



Observatório Europeu da
Droga e da Toxicodependência

ISSN 1609-6185

RELATÓRIO ANUAL 2000

A EVOLUÇÃO DO FENÓMENO DA DROGA
NA EUROPA



Observatório Europeu da
Droga e da Toxicod dependência

RELATÓRIO ANUAL 2007

A EVOLUÇÃO DO FENÓMENO DA DROGA
NA EUROPA

Aviso legal

A presente publicação é propriedade do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) e encontra-se protegida por direitos de autor. O OEDT 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 reflecte necessariamente as opiniões oficiais dos parceiros do OEDT, dos Estados-Membros da UE ou de qualquer instituição ou agência da União Europeia ou das Comunidades Europeias.

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 o/a ajuda a encontrar respostas às suas perguntas sobre a União Europeia

Número verde único (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

(*) Alguns operadores de telecomunicações móveis não autorizam o acesso a números 00 800 ou poderão sujeitar estas chamadas telefónicas a pagamento.

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, sueco e turco. 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 Oficiais das Comunidades Europeias, 2007

ISBN 978-92-9168-300-0

© Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2007

Reprodução autorizada mediante indicação da fonte.

Printed in Belgium

IMPRESSO EM PAPEL BRANQUEADO SEM CLORO



Observatório Europeu da
Droga e da Toxicodependência

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23-25, 1149-045 Lisboa, Portugal

Tel.: (351) 218 11 30 00 • Fax: (351) 218 13 17 11

info@emcdda.europa.eu • <http://www.emcdda.europa.eu>

Índice

Prefácio	5
Agradecimentos	7
Nota introdutória	9
Comentário — A situação do fenómeno da droga na Europa	11
Capítulo 1	
Políticas e legislações	19
Capítulo 2	
Resposta aos problemas de droga na Europa — Panorâmica geral	29
Capítulo 3	
<i>Cannabis</i>	38
Capítulo 4	
Anfetaminas, <i>ecstasy</i> e LSD	50
Capítulo 5	
<i>Cocaína e cocaína crack</i>	59
Capítulo 6	
Consumo de opiáceos e droga injectada	65
Capítulo 7	
Tendências novas e emergentes e medidas relativas às novas drogas	75
Capítulo 8	
Doenças infecto-contagiosas e mortes relacionadas com o consumo de droga	80
Referências	93



Prefácio

Este é o 12.º relatório anual do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. A exemplo de relatórios anteriores, apresenta uma actualização exaustiva da situação actual no que respeita ao consumo de droga na Europa. Demonstra igualmente os progressos da Europa na aplicação de um sistema de informação exaustivo, metodologicamente sólido e sustentável de acompanhamento do consumo de droga.

O relatório procura responder a duas perguntas fundamentais. O que se sabe sobre o consumo de droga na Europa e sobre os problemas que dele decorrem? Que caminho já foi percorrido em termos de capacidade de responder eficazmente aos problemas relacionados com o consumo de drogas? Estas perguntas são importantes na medida em que, independentemente da persuasão política ou da posição ideológica, os decisores políticos europeus já reconheceram que o problema das drogas levanta uma série de problemas complexos para os quais não existe uma solução simples. Na realidade, os decisores políticos reconhecem que o caminho a seguir passa pela análise dos elementos disponíveis relativos à dimensão e à natureza do problema, bem como dos custos e benefícios das diferentes abordagens de intervenção. A este respeito, o relatório demonstra igualmente o empenhamento da Europa numa política equilibrada e cientificamente fundamentada, bem como num esforço sustentado ao longo do tempo em detrimento de soluções imediatistas. Em consequência, a Europa pode orgulhar-se do facto de a sua resposta a este problema difícil e, frequentemente, emotivo ser, ao mesmo tempo, racional e humana.

O presente relatório reflecte, igualmente, os progressos registados na resposta ao problema das drogas na Europa. Estes progressos são especialmente pertinentes este ano, tanto na Europa como a nível internacional, e dentro em breve traduzir-se-ão em progressos neste domínio. Em 2008, a Comissão Europeia começará a avaliar o impacto do actual plano de acção da União Europeia em matéria de luta contra a droga, e a Comissão de Estupefacientes das Nações Unidas (CND) discutirá os progressos realizados na prossecução dos objectivos fixados na Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas em 1998.

Na Europa, a droga continua a constituir uma séria ameaça às políticas sociais e de saúde e ao cumprimento

da legislação em vigor. Não é difícil encontrar áreas que suscitem preocupações especiais. Não obstante, estamos firmemente persuadidos de que é igualmente importante reconhecer os progressos realizados. Na Europa, cada vez mais Estados-Membros estão a adoptar abordagens estratégicas e planeadas para enfrentar o problema das drogas. Verificou-se igualmente um aumento notável do investimento nas actividades de prevenção, tratamento e redução dos danos, a par de um reforço da cooperação e de uma maior concentração na redução da oferta. De um modo geral, o consumo de drogas permanece a níveis historicamente elevados, embora tenha estabilizado na maior parte das áreas, algumas das quais apresentam mesmo sinais que suscitam algum optimismo, embora moderado. A União Europeia e os seus Estados-Membros apoiam de forma significativa programas internacionais e, num contexto mundial, comprazem-se ao observar que, numa série de domínios importantes, a situação europeia se afigura relativamente positiva.

Enquanto agência de acompanhamento, tratamos factos e números, pelo que estamos empenhados em ser cientificamente rigorosos e imparciais, interpretando as informações disponíveis sem preconceitos nem posições previamente formadas. É este o nosso papel, enquanto presidente do Conselho de Administração e director não abdicamos desta posição e orgulhamo-nos dos elevados padrões que mantemos. No entanto, por muito que o rigor científico seja essencial para o nosso trabalho, não nos devemos esquecer nunca de que por detrás dos números que apresentamos estão pessoas reais, cujas vidas foram afectadas e, por vezes, arruinadas por problemas de droga. Por detrás das estatísticas sobre os pedidos de tratamento, as mortes associadas ao consumo de drogas e as condutas criminosas estão famílias que sofrem, potenciais perdidos e crianças que crescem em comunidades sem segurança. Para responder eficazmente ao problema das drogas é necessário olhar para os nossos dados de forma desapaixonada, mas nunca devemos perder a paixão pelo tema.

Marcel Reimen

Presidente do Conselho de Administração do OEDT

Wolfgang Götz

Director do OEDT



Agradecimentos

O OEDT agradece a colaboração prestada por todos os que a seguir se enumeram, sem a qual este relatório não teria sido possível:

- os directores e pessoal dos pontos focais nacionais da Reitox;
- os serviços que, nos diferentes Estados-Membros, recolheram os dados em bruto destinados ao relatório;
- os membros do Conselho de Administração e do Comité Científico do OEDT;
- o Parlamento Europeu, o Conselho da União Europeia — em especial o Grupo de Trabalho Horizontal «Droga» — 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 OMS, a Interpol, a Organização Mundial das Alfândegas, o projecto ESPAD, o Conselho Sueco de Informação sobre Álcool e outras Drogas (CAN) e o Centro Europeu para a Vigilância Epidemiológica da Sida (EuroHIV);
- o Centro de Tradução dos Organismos da União Europeia e o Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias;
- Prepress Projects Ltd.

Pontos focais nacionais da Reitox

Reitox é a rede europeia de informação sobre a droga e a toxicodependência. A rede é constituída pelos pontos focais nacionais nos Estados-Membros da UE, na Noruega, nos países candidatos e na Comissão Europeia. Sob a responsabilidade dos seus governos, os pontos focais são as autoridades nacionais que fornecem informações no domínio da droga ao OEDT.

Os contactos dos pontos focais nacionais encontram-se disponíveis em:
<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1596>



Nota introdutória

O presente relatório anual baseia-se em informação fornecida ao OEDT pelos Estados-Membros da UE, os países candidatos e a Noruega (que participa no trabalho do OEDT desde 2001) através dos respectivos relatórios nacionais. Os dados estatísticos aqui incluídos referem-se ao ano de 2005 (ou ao último ano disponível). Os gráficos e quadros incluídos no presente relatório podem reflectir a situação existente num subconjunto de Estados-Membros da UE: a selecção é efectuada com base nos países que dispõem de dados em relação ao período em causa.

Em <http://annualreport.emcdda.europa.eu> poderá encontrar uma versão em linha do relatório anual, disponível em 23 versões linguísticas.

O Boletim Estatístico OEDT 2007 (<http://stats07.emcdda.europa.eu>) contém todos os quadros-fonte em que se baseia a análise estatística apresentada no relatório anual. Contém, igualmente, mais informação sobre a metodologia utilizada e mais de 100 gráficos estatísticos adicionais.

Os perfis de dados por país (<http://datapfiles07.emcdda.europa.eu>) fornecem um resumo gráfico de alto nível dos aspectos-chave da situação do fenómeno da droga em cada país.

Três análises exaustivas acompanham o presente relatório, explorando os seguintes temas:

- drogas e condução;
- consumo de drogas entre menores;
- cocaína e cocaína *crack*: um problema de saúde pública que se agrava.

Os temas específicos encontram-se disponíveis em versão impressa e em linha (<http://issues07.emcdda.europa.eu>), apenas em inglês.

Os relatórios nacionais dos pontos focais Reitox fornecem uma descrição e análise pormenorizadas do problema da droga em cada país e estão disponíveis no sítio *web* do OEDT (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).



Comentário — A situação do fenómeno da droga na Europa

A Europa desempenha um papel cada vez mais importante no apoio às acções mundiais para reduzir os problemas de droga

Nem as tendências em matéria de consumo de droga, nem as pessoas envolvidas na produção e no tráfico de droga respeitam as fronteiras nacionais ou geográficas. É, pois, importante reconhecer que o problema de droga europeu faz parte de um fenómeno mundial mais vasto, em que os padrões de consumo na Europa afectam e são afectados pelo mesmo problema existente noutras regiões do mundo. Este facto é reconhecido no actual plano de acção em matéria de luta contra a droga da UE, que aborda a necessidade de uma maior coordenação europeia nos assuntos internacionais e a necessidade de apoiar programas de redução da procura e da oferta de droga nos países vizinhos e nos países produtores. O investimento europeu no apoio às acções internacionais já é considerável, tendo uma auditoria recente da Comissão Europeia indicado que a Comunidade Europeia está a despende, no mínimo, um montante de 750 milhões de euros no financiamento de medidas de redução da procura e da oferta em países terceiros. Além disso, a UE já é o principal doador internacional que apoia o trabalho do Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime (UNODC).

Para além do apoio financeiro, também há indícios de que os países europeus têm levado a sério os compromissos assumidos a nível internacional no sentido de desenvolver respostas adequadas aos problemas de droga. Em 2008, a comunidade internacional avaliará os progressos globais efectuados no que respeita aos objectivos estabelecidos na sessão especial de 1998 das Nações Unidas sobre o combate ao fenómeno mundial da droga. Para complementar os dados disponíveis a nível internacional, o OEDT apoiará o processo de revisão, fornecendo uma avaliação mais pormenorizada da situação europeia. Como mostram os dados apresentados no presente relatório, nos últimos dez anos, os Estados-Membros da UE desenvolveram mecanismos de coordenação cada vez mais vastos a nível nacional e comunitário, normalmente baseados em estratégias e planos de acção. Além disso, melhoraram drasticamente as informações disponíveis sobre a situação em matéria de droga e aumentaram o investimento em intervenções tanto no lado da oferta como no lado da procura. Embora reconhecendo que o consumo de droga continua a constituir um importante desafio para a saúde pública e a política social na Europa, também importa reconhecer estes avanços positivos.

Situar a Europa num contexto global

O consumo de droga é um problema mundial, pelo que se pode obter uma compreensão proveitosa da dimensão relativa do fenómeno da droga na Europa através da comparação dos dados europeus com as informações oriundas de outros países. A dificuldade, neste caso, advém do facto de serem poucas as outras regiões do mundo que dispõem de informações relativamente completas e sólidas. Os EUA, o Canadá e a Austrália podem constituir pontos de comparação significativos no tocante às estimativas da prevalência do consumo de droga no último ano. As estimativas do UNODC mostram que a prevalência do consumo de opiáceos nestes países é, em grande medida, semelhante à da União Europeia, variando entre 0,4% e 0,6%, sendo a do Canadá um pouco mais baixa e a dos EUA ligeiramente mais elevada. O consumo estimado de *cannabis* é, em média, consideravelmente menor na União Europeia do que nos EUA, Canadá ou Austrália. Quanto às drogas estimulantes, os níveis de consumo de *ecstasy* são muito semelhantes em todo o mundo, embora a Austrália mencione níveis de prevalência elevados e, no caso das anfetaminas, a prevalência seja maior na Austrália e nos EUA do que na Europa e no Canadá. A prevalência do consumo de cocaína é mais elevada nos EUA e no Canadá do que na União Europeia e na Austrália. A falta de dados comparáveis torna difícil avaliar o impacto do consumo de droga na saúde pública dos diversos países, embora uma comparação prudente dos índices estimados de novos casos de infecção por VIH diagnosticados, relacionados com o consumo de droga injectada, em 2005, sugira que os índices na Austrália, no Canadá e na União Europeia são inferiores a 10 casos por milhão de habitantes, e a cerca de 36 casos por milhão de habitantes nos EUA.

Quantificar a complexidade: estabelecer objectivos significativos e desenvolver medidas de síntese úteis

O objectivo de todas as estratégias europeias de luta contra a droga é reduzir o consumo de droga e os danos que ele pode causar, tanto às pessoas que a consomem como às comunidades onde vivem. Este objectivo político pode ser enunciado de uma forma simples, mas importa reconhecer que o consumo de droga é um fenómeno multifacetado e complexo, e que qualquer tentativa de avaliar o impacto das políticas neste domínio deve reflectir esta realidade fundamental. Uma conclusão positiva do presente relatório é a de que as políticas europeias em matéria de droga estão a tornar-se mais sensíveis à necessidade de se centrarem em actividades específicas e desenvolverem objectivos significativos. Esta realidade está patente na tendência geral verificada na Europa para as estratégias nacionais

de luta contra a droga serem acompanhadas de planos de acção mais específicos e limitados no tempo e, a nível da coordenação europeia, na revisão anual do actual plano de acção da UE de luta contra a droga, com o abandono ou a alteração dos indicadores na sequência da análise do seu desempenho.

A mudança para uma abordagem mais focalizada é claramente vantajosa para avaliar as acções. No entanto, também é útil dispor de algumas medidas de síntese que permitam descrever mais facilmente as questões complexas. Embora seja difícil elaborar tais escalas e medidas, vários desenvolvimentos recentes neste domínio afiguram-se promissores. No presente relatório, apresentamos uma nova análise dos dados sobre a despesa pública europeia relacionada com a droga. Apesar de os dados serem parciais, são bem ilustrativos dos montantes consideráveis anualmente gastos na Europa na redução da procura e da oferta de droga: algo entre 13 mil milhões e 36 mil milhões de euros. Além disso, deve ter-se em conta que estes valores não incluem os custos sociais do consumo de droga.

Entre os progressos que podem ser úteis neste sentido figura o desenvolvimento de índices que procuram captar os diferentes custos e danos do consumo de drogas ilícitas, como o índice dos danos do consumo de droga recentemente desenvolvido no Reino Unido. Os danos também são um dos principais conceitos incluídos no índice de drogas ilegais (*illicit drug index* — IDI) recentemente proposto pelo UNODC. Estes tipos de abordagens podem revelar-se úteis, no futuro, para analisar as políticas, mas estão dependentes da qualidade dos dados em que a medida compósita se baseia e da capacidade destes dados para abarcar o conceito em causa.

A redução dos danos já é uma componente explícita da abordagem europeia

Ainda subsistem diferenças consideráveis entre os países europeus no tocante à natureza e à escala dos seus problemas de droga nacionais, bem como ao alcance e à formulação das respectivas respostas. Apesar disso, existe um consenso considerável a respeito dos princípios básicos mais gerais: os de que as políticas em matéria de droga devem ser equilibradas, globais e cientificamente fundamentadas. No domínio da redução da procura, a necessidade de actividades de prevenção, tratamento e reabilitação social é aceite por todos, mas o tema da redução dos danos tem sido, tradicionalmente, mais controverso. Esta situação está a mudar e a integração da redução dos danos num pacote global de medidas de redução da procura parece já ter sido mais explicitamente incorporada na abordagem europeia. Essa mudança é visível no facto de já haver tratamento de substituição dos opiáceos e programas de troca de agulhas e seringas em quase todos os Estados-Membros da UE, embora o nível de prestação desses serviços varie consideravelmente. É também evidente num relatório recente da Comissão

Europeia, que concluiu que a recomendação do Conselho de 18 de Junho de 2003 contribuiu para incentivar os Estados-Membros a desenvolverem e expandirem as suas actividades de redução dos danos.

Prisão: serviços para consumidores de droga ainda não estão suficientemente desenvolvidos

Uma conclusão importante da análise dos progressos efectuados na aplicação da recomendação do Conselho foi a de que, apesar dos avanços feitos noutros domínios, os serviços de todos os tipos estavam, normalmente, pouco desenvolvidos nos contextos prisionais. Embora alguns Estados-Membros tenham adoptado programas destinados a desviar os infractores com problemas de droga para o tratamento, em alternativa às sanções penais, as pessoas com problemas de droga continuam a constituir uma percentagem significativa da população prisional em praticamente todos os países. O OEDT está actualmente a colaborar com a Organização Mundial de Saúde (OMS) na criação de uma base de dados que recolherá os indicadores de saúde na prisão. O princípio geral de que os reclusos devem ter acesso às mesmas opções de cuidados de saúde ao dispor da comunidade em geral não é aplicado, em muitos domínios, relativamente aos que têm problemas de droga. Não só muitas das pessoas que entram na prisão têm esse tipo de problemas, como os estudos demonstram que o consumo de droga continua, frequentemente, dentro da prisão. A falta de serviços destinados aos reclusos consumidores de droga suscita a séria preocupação de não só se estar a perder a oportunidade de intervir para reduzir o consumo de droga e o comportamento criminal no futuro, mas também de os ganhos em matéria de saúde obtidos fora da prisão poderem ser postos em causa pela falta desses serviços em contexto de reclusão.

Identificar e partilhar conhecimentos sobre as medidas que resultam

O debate sobre os diversos tipos de actividades de redução da procura está cada vez mais centrado na identificação das intervenções comprovadamente eficazes e que não provocam consequências negativas inesperadas. Dado que qualquer intervenção, se for mal executada, tem poucas probabilidades de ser eficaz, podendo mesmo ser contraproducente, um segundo eixo deste trabalho consiste em identificar as medidas de boas práticas e de controlo da qualidade. O novo regulamento do OEDT realça a importância de identificar e difundir as boas práticas. Uma grande dificuldade neste aspecto reside nos contextos do mundo real em que as intervenções de redução da procura são aplicadas. Os estudos controlados credíveis, a norma de ouro para a maioria das intervenções médicas, são muitas vezes difíceis de conceber ou pura e simplesmente impraticáveis. As dificuldades encontradas na avaliação das provas da eficácia e na identificação das normas de controlo da qualidade são focadas no capítulo 2 do presente relatório.

Síntese — Estimativas do consumo de droga na Europa

(Note-se que estas estimativas se referem à população adulta, sendo as mais recentes disponíveis. No Boletim Estatístico 2007 podem ser encontrados os dados completos e as notas metodológicas integrais)

Cannabis

Prevalência do consumo ao longo da vida: pelo menos 70 milhões, ou um em cinco adultos europeus

Consumo no último ano: cerca de 23 milhões de adultos europeus ou um terço dos consumidores ao longo da vida

Consumo nos últimos 30 dias: mais de 13 milhões de europeus

Variação do consumo no último ano por país: 1,0-11,2%

Cocaína

Prevalência do consumo ao longo da vida: pelo menos 12 milhões, ou cerca de 4% dos adultos europeus

Consumo no último ano: 4,5 milhões de adultos europeus ou um terço dos consumidores ao longo da vida

Consumo nos últimos 30 dias: cerca de 2 milhões

Variação no consumo no último ano por país: 0,1-3%

Ecstasy

Prevalência do consumo ao longo da vida: cerca de 9,5 milhões de adultos europeus (3% dos adultos europeus)

Consumo no último ano: 3 milhões ou um terço dos consumidores ao longo da vida

Consumo nos últimos 30 dias: mais de um milhão

Variação do consumo no último ano por país: 0,2-3,5%

Anfetaminas

Prevalência do consumo ao longo da vida: quase 11 milhões, ou cerca de 3,5% dos adultos europeus

Consumo no último ano: 2 milhões, ou um quinto dos consumidores ao longo da vida

Consumo nos últimos 30 dias: menos de um milhão

Variação do consumo no último ano por país: 0,0-1,3%

Opiáceos

Consumo problemático de opiáceos: entre um e oito casos por 1 000 habitantes adultos (entre os 15 e os 64 anos)

Mais de 7 500 mortes por intoxicação aguda, detectando-se opiáceos em cerca de 70% desses casos (dados de 2004)

Droga principal em cerca de 50% do total de pedidos de tratamento da toxicod dependência

Mais de 585 000 consumidores de opiáceos receberam tratamento de substituição em 2005

Cannabis: a sua popularidade poderá ter atingido o auge — enquanto aumenta o reconhecimento dos problemas de saúde pública

Quase um quarto dos adultos experimentou a *cannabis* em algum momento da sua vida e um em 14 tê-la-ão consumido no último ano, o que a torna a droga ilegal mais consumida na Europa. Porém, mais ainda do

que entre a população em geral, é de longe a droga ilegal mais consumida pela população jovem e muito jovem. O consumo de droga por pessoas que se estão a desenvolver física e socialmente pode constituir um problema particularmente grave, sendo esta questão tratada em pormenor no tema específico sobre o consumo de drogas entre menores. A importância de compreender as consequências de um início precoce do consumo de *cannabis* e as respostas possivelmente adequadas é uma das questões complexas que o vasto consumo de *cannabis* está presentemente a colocar às políticas de saúde pública e de controlo da droga na Europa.

A política europeia tem demonstrado uma tendência geral para a substituição das respostas de justiça penal à posse e ao consumo de pequenas quantidades de *cannabis* pelas abordagens orientadas para a prevenção ou o tratamento. Ainda assim, as infracções relacionadas com a *cannabis* registadas no período de 2000 a 2005 aumentaram consideravelmente (36%) e, na maioria dos países, a *cannabis* é a droga mais comumente envolvida nas acusações de consumo ou posse de droga. Esta situação poderá estar a mudar, visto que a maioria dos países menciona alguma diminuição das notificações de infracções relacionadas com a *cannabis* — o que poderá indicar que as autoridades de aplicação da lei estão a deixar de dar tanta atenção ao consumo desta droga.

Apesar do considerável debate público e nos meios de comunicação social sobre este tema, é difícil discernir qualquer relação directa ou simples entre as políticas de aplicação da lei e a prevalência global do consumo de *cannabis*. Embora existam diferenças temporais e de escala entre os diversos países, a Europa passou por um aumento substancial do consumo de *cannabis* na década de 1990, seguido por uma tendência mais estável, mas em geral ainda crescente, após o ano 2000. Esta situação produziu um quadro europeu mais homogéneo do que acontecia anteriormente. Além disso, os dados mais recentes sugerem que, sobretudo nos países de prevalência elevada, o consumo de *cannabis* está a entrar numa fase mais estável, ou mesmo a reduzir-se. E apesar de os dados ainda serem relativamente fracos, há alguns indícios de que a popularidade da droga entre as faixas etárias mais jovens estará a diminuir em alguns países. Embora as tendências nacionais variem globalmente, é possível alimentar um optimismo prudente de que a escalada do consumo de *cannabis* a que se assistiu na Europa, a partir da década de 1990, já possa ter atingido o ponto máximo.

Embora a Europa esteja a entrar num período de maior estabilidade no que respeita ao consumo de *cannabis*, também é evidente que os níveis actuais são, em termos históricos, muito elevados. Apesar de a percentagem de consumidores de *cannabis* que consome a droga de forma regular e intensiva ser pequena, tal situação representa, ainda assim, um número significativo de indivíduos. Um conjunto crescente de dados resultantes da investigação

e das experiências clínicas permite compreender melhor as necessidades das pessoas que têm problemas relacionados com o consumo de *cannabis*, embora ainda não se saiba bem em que medida os consumidores de *cannabis* em geral desenvolvem problemas com esse consumo. Os dados do tratamento compilados pelo OEDT revelam que o número de novos pedidos de tratamento por consumo de *cannabis* quase triplicou desde 1999, embora esta tendência pareça estar a estabilizar. A sua interpretação é dificultada por várias razões, nomeadamente pelo aumento quer dos serviços vocacionados para os problemas relacionados com a *cannabis* quer da sensibilização para estes problemas, e também pelo facto de uma percentagem significativa dos encaminhamentos para o tratamento serem impostos pelas autoridades judiciais ou por outros serviços sociais. Também é visível que as necessidades dos consumidores de *cannabis* que entram em contacto com os serviços de tratamento são diversificadas, o mesmo acontecendo, na verdade, com as respostas que lhes estão a ser dadas — e que vão desde as intervenções curtas e orientadas para a prevenção até abordagens de tratamento mais formais.

A situação europeia em matéria de *cannabis* também é complicada por factores relacionados com o mercado, sendo difícil compreender totalmente este problema devido à falta de dados de boa qualidade sobre a quota relativa e a disponibilidade dos diversos produtos de *cannabis* na União Europeia. A Europa continua a ser o principal mercado mundial de resina de *cannabis*, a maior parte da qual é produzida no Norte de África. A *cannabis* herbácea também está disponível na Europa, embora o volume de resina apreendida seja mais de dez vezes superior ao da *cannabis* herbácea. No entanto, este quadro poderá estar a mudar: as apreensões de resina de *cannabis* diminuíram ligeiramente em 2005, ao passo que as apreensões de *cannabis* herbácea continuam a aumentar, o mesmo acontecendo com as apreensões de plantas de *cannabis*. Metade dos países europeus comunicou alguma produção interna de *cannabis* em 2005. Algumas formas de *cannabis* produzidas em casa podem ter uma potência relativamente elevada e a produção interna também tem implicações para as actividades de controlo da droga.

O consumo de *cannabis* suscita um complexo conjunto de questões às políticas europeias em matéria de droga, saúde pública e social. Uma evolução positiva é o facto de os Estados-Membros parecerem estar a começar a compreender melhor as implicações do vasto consumo desta droga e o debate se estar a tornar mais focalizado e menos propenso a subavaliar, ou sobreavaliar, o problema.

Cocaína: estimativas do consumo voltam a aumentar

O OEDT reviu a sua estimativa do consumo de cocaína no presente relatório para 4,5 milhões de europeus que consumiram a droga no último ano, o que constitui um aumento em relação à estimativa de 3,5 milhões no relatório

anual de 2006. A tendência geral para a estabilização descrita no último ano também é posta em causa pelos novos dados, que apontam para um aumento global do consumo. Estes dados confirmam a posição da cocaína como segunda droga ilícita globalmente mais consumida, depois da *cannabis* e à frente do *ecstasy* e das anfetaminas em todos os parâmetros de medição, sendo as estimativas do consumo de cocaína no último mês já equivalentes a mais do dobro das do *ecstasy*. Embora os aumentos recentes signifiquem que há mais países a mencionar uma população significativa de consumidores de cocaína, mantém-se uma grande variação de país para país, registando-se baixas taxas de consumo de cocaína na maioria dos países da Europa Oriental.

Também são mencionadas maiores taxas de prevalência nos novos dados fornecidos pela Espanha e o Reino Unido, os dois países com a prevalência mais elevada da Europa — embora em nenhum dos casos os aumentos sejam dramáticos. Em ambos os países, as taxas de prevalência no último ano entre os jovens adultos são semelhantes ou superiores às encontradas nos EUA. É preocupante que, em ambos os países, o consumo de cocaína entre os jovens seja relativamente elevado (4-6% dos jovens de 15-16 anos). Em Espanha, a análise sugere que o recente aumento foi causado pelo consumo na faixa etária dos 15 aos 24 anos. É importante notar que as estimativas relativas às pessoas que têm problemas graves com a cocaína são muito mais baixas. Embora só existam estimativas do consumo problemático de cocaína disponíveis em relação a três países (Espanha, Itália, Reino Unido), a percentagem varia entre 0,3% e 0,6% da população adulta. O consumo da cocaína *crack* continua a ser raro em toda a Europa, mas onde existe causa problemas localizados graves.

Outros indicadores também demonstram uma tendência crescente, confirmando a importância cada vez maior da cocaína no fenómeno da droga europeu. Tanto as quantidades como o número de apreensões registaram um aumento, reflectindo eventualmente um maior afluxo da droga ao mercado europeu, mas também mais actividades de luta contra a oferta. As acções coordenadas contra o tráfico de cocaína estão a aumentar na Europa, devendo uma nova *task force* intergovernamental ser localizada em Portugal, medida que se afigura apropriada dada a crescente importância deste país na luta contra o tráfico de cocaína. Embora as apreensões recorde efectuadas não pareçam ter afectado as tendências em matéria de preços, que ainda são decrescentes, podem ter tido influência nos níveis de pureza.

Até à data, os níveis crescentes de consumo de cocaína apenas produziram um impacto moderado nos indicadores relacionados com a saúde, mas esta situação poderá estar a mudar. Anualmente, são notificadas cerca de 400 mortes relacionadas com o consumo de cocaína na Europa, suscitando-se que as mortes de origem cardiovascular em que a cocaína constituiu um factor agravante podem passar

em grande parte despercebidas. Os pedidos de tratamento para pessoas com problemas de consumo de cocaína estão a aumentar. Em 2005, ela era a principal droga consumida por cerca de 13% dos utentes que pediram tratamento, sendo essa percentagem ainda superior entre os que iniciavam o tratamento pela primeira vez (22%). Segundo os relatórios, o número de novos pedidos de tratamento praticamente triplicou nos últimos cinco anos, situando-se agora acima dos 33 000. A cocaína também foi mencionada como droga secundária em cerca de 15% dos casos e há uma consciência crescente de que o consumo concomitante de cocaína está a complicar o tratamento dos problemas relacionados com o consumo de opiáceos em alguns países. No entanto, o número global de pedidos de tratamento por consumo de cocaína é inferior ao dos relacionados com a *cannabis* e consideravelmente inferior ao dos problemas causados pelos opiáceos.

VIH: avaliação globalmente positiva, mas as novas infecções realçam a necessidade de prosseguir os esforços

Na década de 1990, a existência, ou a ameaça potencial, de uma vasta epidemia de VIH entre os consumidores de

droga injectada serviu de catalizador para o desenvolvimento de serviços destinados a este grupo. Com a expansão desses serviços, a epidemia de VIH anteriormente observada na Europa foi em grande medida evitada. E embora se tenham verificado problemas localizados em alguns países, nomeadamente nos Estados Bálticos e em alguns países afectados por epidemias anteriores, os índices de prevalência do VIH entre os consumidores de droga injectada permaneceram bastante elevados. Globalmente, apesar de o consumo de droga injectada ter diminuído como via de transmissão do VIH, o OEDT estima que, em 2005, foi responsável por cerca de 3 500 novos casos diagnosticados de VIH na União Europeia. Este valor pode ser baixo em termos históricos, mas mesmo assim constitui um considerável problema de saúde pública.

A análise dos dados mais recentes sugere que, na maioria dos países, os índices de novas infecções relacionadas com o consumo de droga injectada são baixos e que, na maioria das regiões da UE, a prevalência do VIH entre os consumidores de droga injectada diminuiu de 2001 a 2005. Em consequência, especialmente em zonas onde a prevalência tem sido elevada, o peso das infecções resultantes do consumo de droga injectada está

Afeganistão — Terão as medidas de desenvolvimento alternativo impacto?

A sustentabilidade da situação, em geral estável ou em melhoria, que se observa no consumo de heroína na Europa é posta em causa pela crescente produção de ópio no Afeganistão. As estimativas referentes a 2006 sugerem que a produção cresceu 43% em resultado de um substancial aumento da superfície cultivada.

As apreensões e os laboratórios desmantelados de opiáceos parecem indicar que o ópio produzido no Afeganistão está a ser cada vez mais convertido em morfina ou heroína no próprio país, antes de ser exportado (CND, 2007). A heroína entra depois na Europa por duas rotas de tráfico principais. A antiga rota dos Balcãs, que é ainda a mais importante em termos do tráfico de heroína, e a rota da «seda», mais recente (ver capítulo 6).

As diferenças regionais verificadas no interior do Afeganistão indicam que o crescimento económico tem potencialidades para reduzir a cultura de papoilas, mas também mostram como ele pode ser prejudicado pela falta de segurança política, a corrupção e os problemas infra-estruturais. É possível reduzir rapidamente o cultivo, mas essas reduções podem ser invertidas com a mesma rapidez. Por exemplo, na província de Nangarhar, no leste do país, o nível do cultivo de papoilas opiáceas diminuiu 96% em 2004/2005, mas desde então regressou, nessa província tal como em muitos outros distritos, aos níveis anteriores, em parte devido às necessidades económicas de zonas densamente povoadas que não conseguiram diversificar a sua economia através da produção de outras culturas de valor elevado e da criação de oportunidades de rendimento não agrícola (Mansfield, comunicação pessoal e 2007).

Pelo contrário, noutras partes da região leste, é provável que os níveis de cultivo continuem a ser pouco importantes e, nas províncias meridionais de Kandahar e Helmand, pode mesmo esperar-se que ele se reduza nas zonas próximas do centro provincial. Os factores favoráveis a essa redução parecem ser, neste caso, o maior controlo governamental e a maior diversificação da produção agrícola, factores que permitiram implantar culturas de valor relativamente elevado ao mesmo tempo que se introduzia uma infra-estrutura de transporte e de comercialização. No norte e no nordeste do país, não só o aumento dos níveis salariais e a diminuição dos preços do ópio dissuadiram da plantação de papoilas, como alguns legumes de valor elevado permitem, efectivamente, obter maiores lucros do que as papoilas. Nestas zonas, a diversificação das culturas foi secundada por esforços de combate aos estupefacientes e por um maior envolvimento governamental — medidas que criaram uma percepção generalizada de que as medidas de proibição do ópio serão aplicadas.

O aumento dos custos de mão-de-obra e a diminuição dos preços levam a que os lucros obtidos com a papoila opiácea tenham deixado de ser imbatíveis e, em algumas zonas, é possível obter rendimentos mais altos a partir de produtos alternativos, sobretudo naquelas em que também existem outras oportunidades de rendimento não agrícola. Estas oportunidades de obtenção de um rendimento legal não estão, todavia, ao alcance de todos e, em muitas zonas, as opções dos agricultores são limitadas pelos elevados custos de transporte, as más estradas e os problemas suscitados pela falta de segurança. Nestas zonas, a corrupção e a insegurança reduzem as oportunidades de comércio das mercadorias legais e impedem o crescimento económico, bem como os esforços de incentivo à diversificação das culturas, mesmo em áreas relativamente próximas dos centros provinciais.

provavelmente a diminuir. A situação existente na Estónia, Letónia e Lituânia continua a ser preocupante, mas também neste caso a maioria dos dados recentes aponta para uma diminuição relativa dos novos casos de infecção.

Esta avaliação está sujeita a reservas significativas: os dados em algumas zonas importantes são fracos e os estudos das tendências ao longo dos últimos cinco anos concluíram que tinha havido aumentos em algumas zonas ou amostras, em cerca de um terço dos países. Além disso, há motivos de preocupação em vários países, suscitados quer pelos níveis relativamente elevados de novos casos de infecção, quer por ter havido um pequeno aumento recente da prevalência, mesmo que os índices globais permaneçam baixos. A história recente demonstra a rapidez com que os problemas causados pelo VIH se podem propagar nas populações vulneráveis, pelo que esta situação realça a necessidade de direccionar e desenvolver serviços que se ocupem das pessoas em risco.

A hepatite C continua a ser a epidemia oculta da Europa

O OEDT estima que existirão cerca de 200 000 europeus infectados pelo VIH que consomem ou consumiram droga injectada. Embora o público esteja sensibilizado para os riscos de infecção pelo VIH colocados pelo consumo de droga injectada, é importante recordar também que cerca de um milhão de pessoas já consumiram droga injectada e estão infectadas com o vírus de hepatite C (VHC) — incluindo uma percentagem significativa que já não consome drogas.

A hepatite C pode ter consequências graves para a saúde, incluindo o cancro e a morte, e a resposta às necessidades das pessoas infectadas pelo VHC sobrecarregará cada vez mais os orçamentos do sector da saúde. Em toda a Europa, os índices de VHC são elevados entre as populações de consumidores de droga injectada (CDI) e os estudos mostram que os jovens CDI continuam a contrair esta doença no início do seu consumo, o que limita as oportunidades de intervenção. Ao contrário da hepatite B, em que as intervenções parecem estar a produzir benefícios, não há qualquer tendência evidente nos dados relativos ao VHC, embora as diferenças patentes entre países possam fornecer algumas pistas sobre as acções que poderão ser eficazes neste domínio.

O consumo de heroína estabilizou mas os crescentes problemas causados pelos opiáceos sintéticos são motivo de preocupação

Estima-se que a produção potencial de heroína a nível mundial, que tem sobretudo lugar no Afeganistão, voltou a aumentar em 2006, para mais de 600 toneladas. Este facto coloca a seguinte questão à Europa: que efeito terá este aumento no fenómeno da droga? O aumento da produção de heroína não se tornou, até agora, evidente na maioria dos indicadores do consumo desta droga — que se têm

mantido globalmente estáveis desde há algum tempo. Os indícios resultantes da análise dos dados de tratamento da toxicod dependência e das *overdoses* de droga sugerem que a população de consumidores de heroína na Europa continua a envelhecer, embora o panorama dos países da Europa Oriental seja menos claro. As estimativas globais do consumo problemático de droga também apontam, de uma forma geral, para a estabilização. No entanto, a diminuição do preço da droga e o aumento do número de jovens consumidores de heroína em tratamento, em alguns países, realça a necessidade de manter a vigilância.

Embora não existam provas claras de que o consumo de heroína esteja a adquirir popularidade junto dos jovens, vários relatórios sugerem que o consumo de opiáceos sintéticos poderá ser um problema crescente em algumas partes da Europa, podendo até estar a substituir a heroína em alguns países. Na Áustria, uma percentagem crescente dos utentes que procuram tratamento tem menos de 25 anos e procura ajuda devido ao consumo de opiáceos desviados das suas utilizações legítimas. Do mesmo modo, a Bélgica refere algum aumento do consumo ilegal de metadona, e na Dinamarca esta droga é muitas vezes mencionada nos relatórios sobre as mortes relacionadas com a droga. A buprenorfina, uma droga que alguns consideram pouco apelativa no mercado de drogas ilegais, também é mencionada como sendo crescentemente consumida e injectada na República Checa. Na Finlândia, poderá mesmo ter substituído a heroína, ao passo que a monitorização realizada em França levanta preocupações acerca do seu consumo ilegal, incluindo por via endovenosa, por jovens que iniciaram o seu consumo de opiáceos com a buprenorfina e não com a heroína.

Abrandamento da tendência decrescente nas mortes por overdose de droga

O OEDT apresenta relatórios regulares sobre as mortes por intoxicação aguda relacionada com o consumo de droga na Europa — trata-se sobretudo de mortes por *overdose*, normalmente envolvendo heroína ou outros opiáceos, embora na maioria dos casos possam ter sido consumidas várias substâncias. As mortes por *overdose* constituem uma significativa causa de mortalidade evitável entre os jovens adultos.

Desde 2000 que muitos países da UE vêm comunicando uma diminuição do número de mortes relacionadas com o consumo de droga, reflectindo possivelmente o aumento da prestação de serviços ou eventuais mudanças no número de consumidores de heroína injectada. Contudo, esta tendência não se manteve em 2004 e 2005. Particularmente preocupante é o facto de, em alguns países, a percentagem de pessoas mais jovens entre as vítimas ter vindo a aumentar. A redução das mortes relacionadas com a droga é um importante objectivo de saúde pública, sendo necessário identificar as razões do abrandamento da tendência decrescente.

A morte por *overdose* não é o único risco para a saúde que as pessoas com problemas de droga enfrentam. Os estudos revelam que existe um considerável excesso de mortalidade entre os consumidores problemáticos de droga, que chega a ser dez vezes superior à mortalidade

da população em geral. É, pois, necessário desenvolver uma abordagem mais vasta na resposta às necessidades de saúde física e mental deste grupo, para que a morbilidade e a mortalidade associadas ao consumo crónico de droga sejam significativamente reduzidas.



Capítulo 1

Políticas e legislações

No presente capítulo, são descritas as políticas em matéria de droga no conjunto da União Europeia e em cada um dos Estados-Membros, bem como a relação entre estes dois níveis de decisão política. Um exercício de recolha de dados promovido pelo OEDT no período em apreço permite ter uma panorâmica geral das actuais estratégias e quadros institucionais nacionais em matéria de droga em toda a Europa. As estimativas dos custos da droga para a sociedade são analisadas numa secção sobre as despesas públicas relacionadas com a droga. Com base nos dados relativos à despesa pública nacional comunicados pelos Estados-Membros, faz-se uma primeira abordagem ao montante total gasto pelos governos europeus com o fenómeno da droga. As alterações legislativas centradas na redução da oferta e nas abordagens jurídicas às análises de despistagem do consumo de droga são descritas numa secção sobre a evolução recente das legislações nacionais. Numa secção relativa à criminalidade associada com a droga apresenta-se uma síntese das últimas estatísticas sobre as infracções à legislação em matéria de droga e as tendências verificadas nas infracções que envolvem opiáceos e *cannabis*. O capítulo termina com uma secção sobre a investigação relacionada com a droga na Europa.

Estratégias nacionais de luta contra a droga

Situação geral e evoluções recentes

No início de 2007, todos os Estados-Membros da UE, excepto a Itália, Malta e Áustria, tinham uma estratégia nacional de luta contra a droga, por vezes acompanhada de um plano de acção. Nessa altura, estavam em vigor na Europa mais de 35 documentos diferentes de planeamento nacional nesta matéria, abrangendo períodos que variavam entre apenas dois anos (plano de acção checo) e mais de dez (estratégia nacional neerlandesa).

Nos últimos anos, tem-se observado uma tendência para substituir o documento de planeamento nacional único pela adopção de dois instrumentos complementares: um quadro estratégico e um plano de acção. Esta abordagem, que permite conceptualizar melhor os objectivos a curto, médio e longo prazo, é presentemente utilizada em quase metade dos Estados-Membros da UE, sendo ainda mais comum nos que aderiram à União Europeia em 2004 e 2007: oito

destes 12 países possuem uma estratégia e um plano de acção em matéria de droga.

A política de conjugar uma estratégia de luta contra a droga com planos de acção facilita uma definição mais pormenorizada dos objectivos, acções, responsabilidades e prazos. Alguns países, por exemplo Chipre, Letónia e Roménia, incorporaram processos de aplicação circunstanciados nas suas estratégias e planos de acção. Esta abordagem, que já é aplicada noutros Estados-Membros (por exemplo, Espanha, Irlanda, Reino Unido) há algum tempo, está a generalizar-se e também foi utilizada no actual plano de acção da UE de luta contra a droga.

Em 2006, quatro Estados-Membros (Grécia, Polónia, Portugal, Suécia) e a Turquia, bem como a Irlanda do Norte, no Reino Unido, adoptaram novas estratégias ou planos de acção nesta matéria. Em nenhum dos casos era a primeira vez que isso acontecia e em cada um deles os relatórios nacionais mencionavam que os novos documentos políticos em matéria de droga tinham beneficiado da experiência adquirida com os anteriores. Em 2007, dois Estados-Membros, Malta e Áustria, bem como a Noruega, deverão adoptar novas estratégias de luta contra a droga, enquanto a República Checa, a Estónia, a França e a Hungria irão aplicar novos planos de acção.

Conteúdo

Reduzir o consumo de droga, em geral, e o consumo problemático de droga, em particular, é um objectivo fundamental das estratégias e planos de acção nacionais de todos os Estados-Membros da UE, dos países candidatos à adesão e da Noruega. O objectivo de prevenir e reduzir os danos individuais e colectivos resultantes do consumo de drogas também é partilhado por todos os países. Outro elemento comum é a abordagem «global», que faz a ligação entre as intervenções destinadas a reduzir a oferta de droga e as que visam reduzir a sua procura. A abordagem «equilibrada», que pretende dar prioridade tanto à redução da oferta como à redução da procura, também está muito difundida. Todos estes elementos também fazem parte da estratégia da UE de luta contra a droga.

A gama de substâncias psico-activas incluídas nas estratégias nacionais é um aspecto em que se observam diferenças perceptíveis entre os países europeus, como está patente nos novos documentos adoptados em 2006. Dois deles tratam

Novo regulamento do OEDT

Em 12 de Dezembro de 2006, o Parlamento Europeu e o Conselho da União Europeia assinaram o regulamento do OEDT reformulado, que entrou em vigor em Janeiro de 2007.

O novo regulamento salienta a importância dos indicadores fundamentais e faz notar que a sua aplicação constitui um requisito prévio para que o Observatório cumpra os seus deveres. Também é acentuada a necessidade de desenvolver um sistema de informação sensível às tendências novas e emergentes.

O novo documento alarga o âmbito do mandato do OEDT. É agora feita uma referência especial ao fornecimento de informações sobre o consumo que associa substâncias psico-activas lícitas e ilícitas e as melhores práticas seguidas nos Estados-Membros. O OEDT também pode desenvolver as ferramentas e os instrumentos necessários para ajudar os Estados-Membros a acompanhar e avaliar as respectivas políticas nacionais em matéria de droga e a Comissão Europeia a fazer o mesmo a nível da UE. Todos estes novos elementos

permitirão ao Observatório fornecer um panorama mais completo do fenómeno da droga.

O novo regulamento dá maior ênfase à colaboração com as agências suas parceiras, em especial a Europol, no caso da monitorização das novas substâncias psico-activas, e com outros parceiros, como a OMS, as Nações Unidas ou as autoridades competentes em matéria de estatística, a fim de obter a máxima eficiência. O novo regulamento esclarece para que países o OEDT pode transmitir os seus conhecimentos, a pedido da Comissão Europeia e com a aprovação do Conselho de Administração.

O papel da rede Reitox de pontos focais nacionais encontra-se mais claramente definido no novo documento. A reformulação também altera o regulamento no que respeita ao Comité Científico. O Observatório ficará, deste modo, munido de um órgão coeso e independente de cientistas eminentes. Para além de ajudar a garantir a qualidade do trabalho do OEDT, também constituirá uma ponte para a comunidade científica e de investigação em geral.

principalmente das drogas ilegais (Polónia, Portugal), apesar de estabelecerem algumas ligações entre as estratégias de luta contra a droga e as estratégias de luta contra o álcool e o tabaco, dois outros abordam tanto as drogas ilegais como o álcool (Grécia, Irlanda do Norte e Reino Unido) e um (Turquia) incide sobre todas as substâncias causadoras de dependência. Além disso, a Suécia adoptou, em simultâneo, dois planos de acção interligados, um relativo ao álcool e o outro às drogas ilegais. Em alguns países (por exemplo, Alemanha, França) há vários anos que se verificam tentativas de integração das políticas relativas às drogas legais e ilegais (1). É provável que o âmbito das futuras estratégias de luta contra a droga e a sua eventual integração noutras estratégias de saúde pública continuem a ser um tema importante nos próximos anos.

As estratégias e os planos de acção nacionais neste domínio incluem, de um modo geral, intervenções nos domínios da prevenção, tratamento e reabilitação, redução dos danos e redução da oferta. A dimensão das diversas intervenções e a importância atribuída a cada uma delas variam, contudo, consoante os países (2). Esta circunstância pode ser explicada pelas diferenças quanto à dimensão e às características do problema da droga, mas também pela diversidade das políticas sociais e de saúde vigentes na Europa. Os recursos financeiros, a opinião pública e a cultura política também são factores importantes, sendo possível demonstrar que os países com determinadas características comuns adoptam políticas semelhantes em matéria de droga (Kouvonen et al., 2006).

Avaliação

Pode considerar-se que a existência, na União Europeia, de diversas estratégias nacionais de luta contra a droga

com objectivos comuns constitui uma vantagem, porque permite fazer uma análise comparativa de diferentes tipos de abordagem. A avaliação das estratégias e dos planos nacionais nesta matéria é, por isso, importante, não só para avaliar os esforços envidados a nível nacional, mas também para compreender melhor a eficácia das estratégias, numa perspectiva global. A União Europeia e os seus membros já investiram recursos significativos neste domínio.

Quase todos os países europeus mencionam o objectivo de avaliar a sua estratégia nacional de luta contra a droga. Os governos pretendem saber se as suas políticas são aplicadas e os resultados previstos alcançados. Em dois Estados-Membros (Bélgica, Eslovénia), o âmbito da avaliação foi limitado a alguns projectos seleccionados. Na maioria dos outros países, e a nível da UE, a execução das acções previstas na estratégia nacional é sistematicamente monitorizada. Isto permite efectuar análises de progresso e utilizar as respectivas conclusões para melhorar ou renovar as estratégias ou os planos de acção existentes.

As avaliações globais, que abrangem o processo, os produtos, os resultados e o impacto, são menos frequentes na Europa. Alguns países (Estónia, Grécia, Espanha, Polónia, Suécia) mencionam o planeamento de uma avaliação interna baseada nas análises de progresso da execução e noutros dados epidemiológicos e criminológicos disponíveis. Em alguns casos (Luxemburgo, Portugal) essa avaliação é realizada por uma entidade externa.

Em suma, as análises de progresso da execução das estratégias e dos planos nacionais de luta contra a droga estão a tornar-se norma na Europa. A etapa seguinte, ou seja, desenvolver as avaliações dos resultados e do impacto, ainda está no início e a futura avaliação do impacto do

(1) Ver o tema específico de 2006 «Políticas europeias em matéria de droga: alargamento para além das drogas ilícitas?».

(2) Ver capítulo 2.

plano de acção da UE de luta contra a droga 2005-2008, para a qual a Comissão Europeia encomendou um estudo destinado a conceber uma metodologia própria, poderá servir de exemplo. Também há alguma actividade na área do desenvolvimento de índices próprios para avaliar o impacto das estratégias nacionais na situação global em matéria de droga. Tanto o Reino Unido como o Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime (UNODC) têm investido esforços consideráveis neste domínio.

Índices relativos à política em matéria de droga

O índice dos danos causados pela droga (*drug harm index* — DHI) do Reino Unido visa captar os custos sociais dos danos causados pelo consumo problemático de qualquer droga ilegal. Abrange quatro tipos de danos: impactos a nível da saúde, danos para a comunidade, criminalidade doméstica relacionada com a droga e criminalidade comercial relacionada com a droga. Não pretende, todavia, apresentar uma síntese completa da situação do país nesta matéria, uma vez que os indicadores estão limitados aos domínios que já dispõem de dados sólidos, sendo os valores e tendências relativos aos resultados utilizados como base de referência para a avaliação dos progressos futuros (MacDonald et al., 2005). O índice de drogas ilegais do UNODC (IDI) combina três dimensões do fenómeno da droga: a produção, o tráfico e o consumo de droga. Os resultados correspondem a uma pontuação global, baseada num factor de «dano/risco *per capita*», que deverá reflectir a magnitude de todos os problemas de droga que surgem num dado país (UNODC, 2005).

A conceptualização de ambos os instrumentos implicou uma evolução metodológica interessante e permitiu ter uma percepção preliminar da utilização de índices globais para avaliar as estratégias de luta contra a droga e monitorizar as situações globais nesta matéria. Uma primeira observação é a de que esses instrumentos podem ser úteis para fazer um acompanhamento longitudinal da situação nacional, mas que, para entender o que se está realmente a passar, é necessário contextualizar o resultado com a análise dos diversos indicadores incluídos nos índices. A utilização de um índice global para as comparações entre países poderá ser mais difícil devido às limitações dos conjuntos de dados existentes e ao facto de a análise não fornecer as variáveis contextuais (por exemplo, a situação geográfica).

Mecanismos de coordenação

Embora já existam mecanismos formais de coordenação da luta contra a droga em quase todos os Estados-Membros da UE e na Noruega, os sistemas existentes são muito diversificados, reflectindo as diferentes estruturas políticas dos vários países. No entanto, é possível descrever algumas características gerais.

A maioria dos países possui mecanismos de coordenação tanto a nível nacional como a nível regional ou local.

A nível nacional, há normalmente uma comissão interministerial de luta contra a droga, muitas vezes complementada por um organismo nacional de coordenação e/ou por um coordenador nacional, responsável pelas actividades de coordenação correntes. A nível regional ou local, existem organismos de coordenação e/ou coordenadores da luta contra a droga na maior parte dos países.

Os países europeus diferem quanto ao modo como os mecanismos de coordenação a nível nacional se interligam com os do nível regional ou local. Em alguns países, especialmente aqueles que possuem uma estrutura federal (por exemplo, Bélgica, Alemanha), utilizam-se sistemas de coordenação verticais para permitir que os diferentes organismos de coordenação autónomos cooperem entre si. Noutros países (por exemplo, Finlândia, Portugal), a coordenação a nível regional ou local é directamente supervisionada pelos organismos de coordenação nacionais.

Na UE, a análise comparativa destes mecanismos de coordenação é dificultada pela diversidade dos sistemas existentes. Contudo, um estudo encomendado pelo OEDT mostrou que é possível avaliar os sistemas de coordenação a partir da sua «qualidade de execução», um conceito destinado a estudar a sua capacidade de produzir resultados em termos de coordenação (Kenis, 2006). Esta abordagem será aprofundada, a fim de poder ser utilizada na avaliação dos sistemas nacionais de coordenação da luta contra a droga.

Despesa pública relacionada com a droga

A despesa pública com o problema da droga mencionada pelos países europeus varia entre 200 000 euros e 2 290 milhões de euros ⁽²⁾. Esta grande variação é explicada, por um lado, pelas diferentes dimensões dos Estados-Membros e, por outro lado, pelos diferentes tipos de despesa e a maior ou menor exaustividade dos dados comunicados pelos diversos países. A maioria mencionou apenas as despesas incorridas com a execução dos programas nacionais relativos à política de luta contra a droga e não especificou outras despesas no domínio da redução da oferta e da procura. Além disso, nem todos os principais domínios da despesa pública com o fenómeno da droga foram sistematicamente incluídos, sendo que apenas 15 dos 23 países forneceram informações pormenorizadas sobre as despesas com as actividades de «saúde e assistência social» (tratamento, redução dos danos, investigação no domínio da saúde, actividades educativas, de prevenção e sociais) e apenas 14 países comunicaram as «despesas com a aplicação da lei» (polícia, exército, tribunais, prisões, actividades das autoridades aduaneiras e financeiras). As informações sobre as despesas noutras áreas (por exemplo, administração, coordenação, monitorização e cooperação

⁽²⁾ Os valores globais relativos à despesa pública relacionada com a droga em 2005, nos Estados-Membros da UE e na Noruega, foram identificados pelos pontos focais nacionais correspondentes.

Os custos do consumo de droga

Os estudos sobre os custos do consumo de droga podem constituir uma importante fonte de informação para o desenvolvimento e a gestão das políticas em matéria de droga.

Os custos relacionados com a droga podem ser divididos em duas grandes categorias: directos e indirectos. Os custos directos são aqueles em que se fazem pagamentos e incluem, normalmente, as despesas nas áreas da prevenção, do tratamento, da redução dos danos e da aplicação da lei. Os custos indirectos correspondem ao valor dos serviços produtivos que não são realizados devido ao consumo de droga e consistem, normalmente, na produtividade perdida em resultado da morbilidade e da mortalidade relacionadas com esse consumo. Os custos relacionados com a droga também podem incluir os custos intangíveis da dor e do sofrimento, normalmente sob a forma de indicadores de qualidade de vida, mas esta categoria de custos é frequentemente omitida devido à dificuldade de a quantificar de forma precisa em termos monetários.

É possível estudar os custos a partir de várias perspectivas diferentes, cada uma das quais poderá incluir categorias de custo diferentes, por exemplo os custos para a sociedade no seu conjunto, para o Estado, para o sistema de saúde, para os contribuintes e para os consumidores e suas famílias.

A perspectiva societal

Os custos sociais relacionados com a droga são os custos totais para a sociedade, directos e indirectos, causados pelo consumo de droga. O resultado, expresso em termos monetários, é uma estimativa dos encargos totais que o consumo de droga impõe à sociedade (Single et al., 2001).

A determinação do custo social do consumo de droga tem várias vantagens. Em primeiro lugar, revela quanto a sociedade está a gastar em questões relacionadas com a droga e, implicitamente, o montante que seria poupado se o consumo de droga fosse abolido por completo. Em segundo lugar, identifica as diversas componentes do custo e a dimensão da contribuição de cada sector da sociedade. Essa informação pode ajudar a determinar as prioridades de financiamento ao revelar as zonas onde poderão existir ineficiências e é possível fazer economias.

A perspectiva da despesa pública

O termo «despesa pública» refere-se ao valor dos bens e serviços adquiridos pelo governo do Estado (isto é, central, regional, local) para executar cada uma das suas funções (isto é, saúde, justiça, ordem pública, educação, serviços sociais). A análise da despesa pública de um Estado fornece informações úteis acerca da capacidade do seu governo para gastar de forma eficaz e eficiente.

A estimativa da despesa pública relacionada com a droga é diferente da estimativa dos custos sociais. A despesa pública representa apenas uma percentagem dos custos sociais, principalmente sob a forma de custos directos; os custos indirectos estão explicitamente excluídos, bem como os custos suportados por intervenientes do sector privado (por exemplo, as companhias de seguros de saúde privadas). A origem das despesas públicas directas explicitamente rotuladas como sendo «relacionadas com a droga» pode ser conhecida através de uma análise exaustiva dos documentos financeiros oficiais (por exemplo, orçamentos ou relatórios anuais). As estimativas tornam-se mais difíceis quando as despesas relacionadas com a droga não são indicadas como tais mas sim incorporadas em programas com objectivos mais amplos (por exemplo, orçamento global das operações policiais). Neste caso, as despesas directas relacionadas com a droga que não estejam identificadas como tal devem ser calculadas com recurso à elaboração de modelos.

O principal objectivo dos cálculos dos custos sociais é ponderar os encargos que os problemas de droga impõem à sociedade relativamente ao custo em que a sociedade incorre para responder a estes problemas (incluindo possíveis efeitos indirectos). Em última análise, isto leva à questão da eficácia e da eficiência: gastarão os governos o seu dinheiro de forma sensata e nos problemas certos? No entanto, alguns autores (Reuter, 2006) propuseram que, para fins políticos, as despesas públicas são mais pertinentes do que os custos sociais. O orçamento da droga ajuda a descrever as políticas que um governo utiliza para reduzir o consumo de droga e os problemas concomitantes, sendo este o primeiro passo para decidir se o nível e o conteúdo dessas políticas são adequados.

internacional) ainda foram mais escassas (sete países), o mesmo acontecendo com as informações sobre os orçamentos regionais e municipais (seis países).

Seis países forneceram informações pormenorizadas sobre as despesas associadas ao combate à droga (quadro 1). Nestes países, a despesa pública relacionada com a droga representava entre 0,11% e 0,96% da despesa geral total da administração pública no ano em apreço (média de 0,32%) ou entre 0,05% e 0,46% do produto interno bruto (PIB) (em média 0,15%). As actividades de «aplicação da lei» representaram 24-77% da despesa total, sendo o restante gasto em actividades «de saúde e assistência social».

O conjunto dos países europeus comunicou uma despesa pública total relacionada com a droga no valor de 8,1 mil milhões de euros. É provável que este valor subestime a dimensão total da despesa pública relacionada com a droga, pois o nível de notificação é muito insuficiente. Os seis países incluídos no quadro 1 são responsáveis por 76% da despesa pública total comunicada pelos Estados-Membros da UE e Noruega. Com base nos dados fornecidos por estes seis países, calcula-se que a despesa pública total relacionada com a droga, suportada pelos países europeus, se situe algures entre 13 mil milhões de euros e 36 mil milhões de euros (*).

(* Quatro dos seis países (Hungria, Países Baixos, Finlândia e Suécia) forneceram modelos pormenorizados dos valores que apresentaram. Aplicando aos restantes países o valor do primeiro e do terceiro quartis da distribuição da percentagem da despesa total da administração pública (0,18% e 0,69%, respectivamente), e da percentagem do PIB (0,08% e 0,37%, respectivamente) despendida pelas administrações públicas dos seis países seleccionados, obtém-se um intervalo da despesa global total acumulada.

Quadro 1: Comparação de países seleccionados com dados completos e outras informações pormenorizadas sobre a composição da sua despesa pública relacionada com a droga

País	Despesa global comunicada			Percentagem da despesa global consagrada a	
	montante (milhões de euros)	em percentagem da despesa pública total ⁽¹⁾ (%)	em percentagem do PIB ⁽²⁾ (%)	cuidados de saúde e assistência social ⁽³⁾ (%)	aplicação da lei ⁽⁴⁾ (%)
Bélgica ⁽⁵⁾	185,9	0,14	0,07	43	54
Hungria	43,5	0,11	0,05	23	77
Países Baixos	2185,5	0,96	0,43	25	75
Finlândia	272,0	0,36	0,18	76	24
Suécia (2002)	1200,0	0,80	0,46	60	40
Reino Unido	2290,0	0,29	0,13	51	49

⁽¹⁾ Despesa geral total da administração pública no ano em apreço (*fonte*: Eurostat).
⁽²⁾ Produto interno bruto no ano em apreço (*fonte*: Eurostat).
⁽³⁾ As despesas de saúde e assistência social incluem tratamento, redução dos danos, investigação no domínio da saúde e da educação, intervenções de prevenção e de carácter sociais. No caso da Finlândia, para além da «prevenção do consumo de substâncias», o montante indicado também inclui os danos à propriedade, a monitorização e a investigação.
⁽⁴⁾ As despesas relativas à aplicação da lei incluem a despesa com a polícia, o exército, os tribunais, as prisões, as autoridades aduaneiras e fiscais.
⁽⁵⁾ A Bélgica também afectou 3% da despesa global comunicada às «actividades de gestão das políticas».
Fontes: Pontos focais nacionais e Eurostat.

Estes valores representam entre 0,12% e 0,33% do PIB da UE (25 países) em 2005.

A nível da União Europeia, a Comissão Europeia irá conceder fundos consideráveis para o combate à droga, no âmbito do novo orçamento para 2007-2013. Está a ser negociado um novo instrumento de financiamento para a prevenção e a informação no domínio da droga, no valor de 21 milhões de euros, que poderá ser adoptado em finais de 2007, disponibilizando 3 milhões de euros para projectos transnacionais, no corrente ano. Outros instrumentos financeiros novos, como o programa de prevenção e luta contra a criminalidade, o programa de saúde pública 2007-2013 e o 7.º Programa-Quadro de IDT 2007-2013, também oferecem oportunidades de financiamento às organizações que trabalham em diversos aspectos do domínio da droga. Além disso, a partir de 2005, a Comissão Europeia e os Estados-Membros co-financiaram projectos de assistência relacionados com a droga em países terceiros, num valor superior a 750 milhões de euros.

Em resposta ao plano de acção da UE de luta contra a droga 2005-2008, o OEDT está a trabalhar no desenvolvimento de uma metodologia que irá permitir que os Estados-Membros, os países candidatos e a Noruega compilem dados normalizados sobre a despesa relacionada com a droga. Isto ajudará o OEDT a estimar quer a despesa pública total consagrada à luta contra a droga, quer a forma como ela se distribui pelas diferentes actividades.

Evolução da política e legislação da UE

No final de 2006, a Comissão Europeia apresentou a sua primeira análise de progresso ⁽⁶⁾ sobre a execução do plano de acção da UE em matéria de luta contra a droga (2005-2008), na qual avaliou em que medida as actividades previstas para 2006 tinham sido realizadas e se os objectivos planeados para 2006 foram cumpridos. O OEDT contribuiu para este trabalho com a produção de vários relatórios e, em 2007, terá lugar um exercício semelhante, antes da avaliação final do impacto do referido plano de acção, que será apresentada pela Comissão Europeia em 2008.

Em Junho de 2006, a Comissão Europeia publicou um livro verde sobre o papel da sociedade civil na luta contra a droga na União Europeia ⁽⁷⁾, como estava estabelecido

Relatórios sobre o custo social do consumo de droga

Os dados sobre o custo social do consumo de droga apenas são fornecidos por um pequeno número de países. Na Finlândia (dados de 2004), calculou-se que os custos indirectos relacionados com o consumo de drogas, incluindo o abuso de medicamentos, rondavam 400 a 800 milhões de euros, sendo 306 a 701 milhões deste montante atribuídos ao custo das vidas perdidas por morte prematura, ao passo que as perdas de produção ascendiam a 61-102 milhões de euros. O custo social do consumo de drogas ilegais foi estimado em 907 milhões de euros em França, em 2003, e em 29,7 milhões de euros no Luxemburgo, em 2004.

⁽⁶⁾ http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/strategy/doc/sec_2006_1803_en.pdf

⁽⁷⁾ http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2006/com2006_0316en01.pdf

no plano de acção. O livro verde tem como objectivo examinar a melhor forma de organizar um diálogo contínuo com as organizações da sociedade civil que operam neste domínio. Os intervenientes foram convidados a apresentar os seus comentários sobre duas opções de diálogo estruturado: um fórum da sociedade civil sobre a droga, como uma plataforma para a realização de consultas informais numa base regular, ou uma articulação temática das redes existentes.

O envolvimento da sociedade civil na política de luta contra a droga na União Europeia também é um dos principais objectivos do programa específico para o período de 2007 a 2013 «Informação e prevenção em matéria de droga» (7), proposto pela Comissão Europeia no âmbito do programa geral «Direitos fundamentais e justiça». Os objectivos gerais do programa em matéria de droga são contribuir para o estabelecimento, na Europa, de um espaço de liberdade, de segurança e de justiça através da melhoria da informação sobre os efeitos do consumo de droga e da prevenção e redução deste consumo, da toxicod dependência e dos danos relacionados com a droga. Para o período de 2007 a 2013, este programa dispõe de um orçamento global de 21 milhões de euros. O programa relativo à droga ainda está a ser debatido no Parlamento Europeu e no Conselho, tendo em vista a sua adopção pelo processo de co-decisão.

Novas legislações nacionais

Redução da oferta

No último ano, os Estados-Membros introduziram numerosas alterações legislativas no domínio da redução da procura, mas vários países também tomaram medidas, em 2006, para melhorar os quadros jurídicos relativos ao tráfico de droga e às questões relacionadas com a redução da oferta.

Na Irlanda, realizaram-se alterações de fundo, nomeadamente a introdução da Lei da Justiça Penal de 2006, que estabelece novas infracções de fornecimento de drogas aos reclusos, disposições para combater os comportamentos anti-sociais e propostas para reforçar a aplicação de uma sentença mínima obrigatória de 10 anos para o tráfico de drogas com um valor de venda na rua igual ou superior a 13 000 euros. A pena ou o auxílio a uma «organização criminosa» (tal como é definida na lei) são penalizados e foi criado um registo de infractores da legislação em matéria de droga, o qual exige que as pessoas condenadas por tráfico de droga informem a polícia do seu endereço, quando saem da prisão. A Hungria, pelo contrário, introduziu alterações processuais, procurando codificar, na disposição relativa à Direcção-Geral da Polícia Nacional, todas as actividades policiais relacionadas com as drogas e os precursores numa única lei global, para facilitar o combate à criminalidade relacionada com a droga.

Também foram estabelecidos ou melhorados vários procedimentos referentes à utilização de alguns instrumentos no combate ao tráfico de droga. Na Estónia, a Lei dos Estupefacientes e Substâncias Psicotrópicas e Actos Associados foi alterada, em Maio de 2005, a fim de alargar o âmbito da vigilância. Na Roménia, uma lei aplicada em Junho de 2006 introduziu o mandado de detenção europeu e estabeleceu os procedimentos para a sua utilização, bem como medidas para melhorar a cooperação judicial, a vigilância e o prosseguimento e a transferência transfronteiriços dos processos judiciais. Na Bulgária, o novo Código de Processo Penal, introduzido em Outubro de 2005, regula a entrega controlada, as transacções confidenciais e as investigações por agentes infiltrados. Também existem disposições tendo em vista a protecção temporária das testemunhas em processos relacionados com droga e, em algumas circunstâncias, para proteger a identidade das testemunhas, bem como regras especiais aplicáveis aos interrogatórios a essas testemunhas e ao recurso a agentes infiltrados.

Os procuradores públicos de outros países também dispõem de instrumentos semelhantes. Na República Checa, os processos judiciais contra as infracções à legislação em matéria de droga invocam frequentemente as disposições do Código de Processo Penal, as quais autorizam a protecção da identidade das testemunhas e a vigilância de pessoas. A Lei de Protecção das Testemunhas também tem sido amplamente aplicada nos processos de droga em Chipre.

O recente aumento do tráfico de cocaína fez com que as atenções se concentrassem na zona das Caraíbas. Nos Países Baixos, está a funcionar, desde o início de 2003, um tribunal especial com instalações prisionais, no aeroporto de Schiphol. Desde o início de 2005, 100% dos voos originários de países-chave das Caraíbas são controlados. Em 2004, foram presos 290 correios de droga por mês, em média, número que diminuiu para 80 por mês no início de 2006. Em França, uma lei promulgada em Outubro de 2005 reforça a cooperação com a região das Caraíbas, no intuito de interceptar o tráfico de drogas ilegais por ar e por mar.

Regulamentação das análises de despistagem do consumo de droga

Vários países comunicaram a adopção de legislação que permite, define ou regulamenta a realização de análises de despistagem do consumo de droga a condutores, detidos, reclusos ou trabalhadores, em diferentes situações.

Os controlos aleatórios feitos aos condutores, à beira da estrada, utilizando dispositivos de análise rápida no local, são presentemente autorizados na Lituânia, nos termos da resolução que aprova o Programa Nacional de Segurança do Tráfego Rodoviário 2005-2010, e no Luxemburgo, ao abrigo de um projecto de lei de 2004 que altera a lei relativa ao controlo do tráfego. Na Letónia, as alterações introduzidas no código penal penalizam os condutores que

(7) COM (2006) 230 final.

se considere estarem a conduzir um veículo sob o efeito de substâncias inebriantes e que se recusem a fazer um teste, com a possibilidade de se aplicar uma sentença de prisão caso haja várias recusas no espaço de um ano. Também na Letónia, a lei «da polícia», alterada, estabelece agora que uma pessoa pode ser transferida para um estabelecimento médico, a fim de determinar se consumiu álcool, ou substâncias estupefacientes, psicotrópicas ou tóxicas, e refere os regulamentos governamentais que especificam esse procedimento. Os procedimentos relativos à realização de análises de despistagem do consumo de droga entre os condutores são descritos de forma mais aprofundada no tema específico sobre droga e condução de 2007.

Determinados grupos de detidos podem ser, agora, submetidos a análises de despistagem do consumo de droga na Escócia, em harmonia com a posição adoptada em Inglaterra e no País de Gales, e o novo projecto de regulamento prisional publicado na Irlanda, em Junho de 2005, pelo Ministério da Justiça, da Igualdade e da Reforma Legislativa (*Department for Justice, Equality and Law Reform*) introduz a possibilidade de se realizarem análises obrigatórias aos reclusos. Esta medida é, alegadamente, tomada a bem da ordem, da segurança e da saúde e será realizada com base em amostras de urina, fluidos orais e/ou cabelo.

Na Noruega, a realização de análises de despistagem do consumo de droga no local de trabalho deixou de depender do consentimento do trabalhador ou candidato a emprego. Desde que a secção 9-4 da Lei do Ambiente de Trabalho de 2005 entrou em vigor, uma entidade patronal só pode exigir que um trabalhador ou candidato a emprego se sujeite a uma análise de despistagem de consumo de droga nas circunstâncias previstas nos estatutos e regulamentos, ou se o desempenho da função sob o efeito dessas substâncias colocar riscos particularmente elevados, ou ainda se a entidade patronal considerar que a análise é necessária para proteger a vida e a saúde dos trabalhadores ou de terceiros. O novo decreto do Governo finlandês sobre análises de despistagem do consumo de droga no local de trabalho estabelece uma lista exaustiva de disposições relativas ao consentimento, bem como aos requisitos de qualidade dos laboratórios, amostras e resultados das análises.

Na República Checa, as regras relativas à realização de análises de despistagem do consumo de droga pela polícia, pelo pessoal prisional ou pelas entidades patronais são actualmente definidas pela Lei 379/2005 da colectânea relativa às «Medidas de protecção contra os danos provocados pelos produtos do tabaco, o álcool e outras substâncias causadoras de dependência». É obrigatório fazer um exame médico quando há razões para supor que o consumo de substâncias põe a pessoa num estado em que pode causar danos a si própria e aos outros. A lei também

especifica em que condições a polícia, o pessoal prisional ou as entidades patronais têm o direito de realizar um teste no ar expirado ou obter uma amostra de saliva. Os exames médicos por teste no ar expirado e amostras de material biológico só podem ser realizados em centros médicos com a devida competência profissional e operacional.

Criminalidade relacionada com a droga

A necessidade de prevenir a criminalidade relacionada com a droga é uma das principais prioridades da agenda política europeia, como é ilustrado pelo facto de a actual estratégia da UE de luta contra a droga identificar este objectivo como um domínio de acção fundamental para atingir o seu propósito de garantir um nível de segurança elevado para o público em geral.

Entre as tarefas programadas para 2007 no plano de acção da UE de luta contra a droga 2005-2008 figura a adopção de uma definição comum de «criminalidade relacionada com a droga», com base numa proposta da Comissão Europeia fundamentada em estudos apresentados pelo OEDT. Aquilo que se entende por «criminalidade relacionada com a droga» varia consoante as disciplinas e os profissionais, mas é possível considerar que inclui quatro grandes categorias: *Crimes psicofarmacológicos* (cometidos sob a influência de uma substância psico-activa); *crimes económicos compulsivos* (cometidos para obter dinheiro/bens/drogas para sustentar um hábito de consumo de droga), *crimes sistémicos* (cometidos no âmbito do funcionamento dos mercados de drogas ilegais) e *infracções à legislação em matéria de droga* (incluindo o consumo, a posse, a venda, o tráfico, etc.) (ver também OEDT, 2007a).

Por vezes, é difícil aplicar na prática as definições dos primeiros três aspectos da criminalidade relacionada com a droga, e os dados são escassos e não normalizados. Os dados relativos aos «relatórios»⁽⁸⁾ sobre as infracções à legislação em matéria de droga estão normalmente disponíveis em todos os países europeus analisados no presente relatório. Contudo, estes dados reflectem também as diferenças existentes nas legislações nacionais e as diferentes formas como a lei é executada e aplicada, bem como as prioridades e os recursos atribuídos a crimes específicos pelos órgãos de justiça penal. Para além disso, os sistemas de informação sobre infracções à legislação em matéria de droga apresentam variações, em especial no que respeita a práticas de registo e de comunicação, isto é, no que respeita àquilo que é registado, bem como à forma e à altura em que é registado. Consequentemente, pode tornar-se difícil fazer comparações directas entre os países, sendo mais adequado comparar tendências do que números absolutos, devendo também ter-se em conta a dimensão das populações nacionais na análise das tendências médias

(8) O termo «relatórios», quando se refere às infracções à legislação em matéria de droga, aparece entre aspas porque descreve conceitos diferentes nos diferentes países (relatórios policiais relativos a suspeitos de infracção à legislação em matéria de droga, a acusações por infracções à legislação em matéria de droga, etc.). Para uma definição exacta por país, consultar as notas metodológicas sobre as infracções à legislação em matéria de droga no Boletim Estatístico de 2007.

européias. Globalmente, a nível da UE, o número de «relatórios» sobre as infracções à legislação em matéria de droga aumentou, em média, 47% entre os 2000 e 2005 (figura 1). Os dados revelam tendências crescentes em todos os países que forneceram informações, excepto a Letónia, Portugal e a Eslovénia, que comunicaram uma diminuição global nesse quinquénio ⁽⁹⁾.

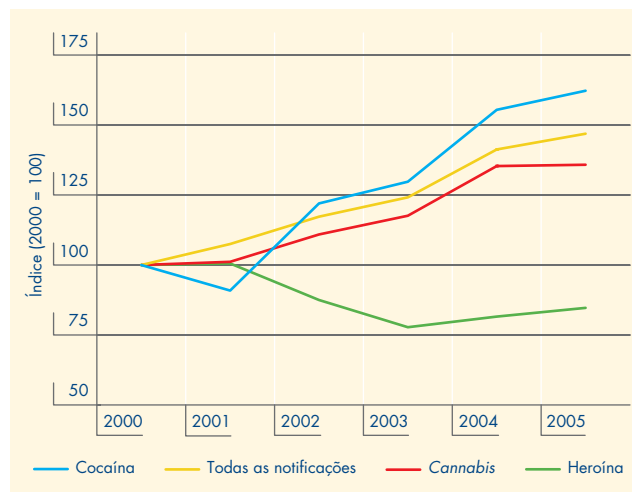
O equilíbrio entre as infracções relacionadas com o consumo e as relacionadas com o tráfico é variável, comunicando a maioria dos países europeus que o grosso das infracções está relacionado com o consumo ou a posse para consumo de droga, chegando os valores em 2005 a atingir 91% em Espanha ⁽¹⁰⁾. Todavia, na República Checa, Luxemburgo, Países Baixos, Turquia e Noruega predominam as infracções relacionadas com a venda ou o tráfico, correspondendo estas infracções até 92% do total das infracções comunicadas em 2005 na República Checa.

Na maioria dos Estados-Membros, a *cannabis* é a droga ilegal mais frequentemente envolvida nas infracções comunicadas ⁽¹¹⁾. Nesses países, as infracções relacionadas com a *cannabis* em 2005 representaram 42 a 74% do total das infracções à legislação em matéria de droga. Na República Checa predominaram as infracções relacionadas com as metanfetaminas, que correspondem a 53% do total; ao passo que no Luxemburgo a cocaína é a substância mais referida (em 35% destas infracções).

No quinquénio de 2000 a 2005, o número de «relatórios» sobre as infracções à legislação em matéria de droga que envolviam a *cannabis* manteve-se estável na maioria dos países que apresentaram dados, o que resultou num aumento de 36% a nível da UE (figura 1). No entanto, a República Checa (2002-2005) e a Eslovénia (2001-2005) comunicaram tendências decrescentes.

Na maioria dos Estados-Membros, com excepção do Luxemburgo e dos Países Baixos, a *cannabis* é a droga ilegal mais frequentemente envolvida nas infracções comunicadas por consumo ou posse para consumo próprio. Todavia, a percentagem de infracções por consumo relativas à *cannabis* diminuiu, desde 2000, em vários países (Áustria, Chipre, Eslovénia, Grécia, Itália e Turquia) e nos anos mais recentes em que existem dados disponíveis (2004 e 2005) na maior parte dos países que apresentaram dados, o que poderá indicar uma menor atenção à *cannabis* por parte das autoridades de aplicação da lei nestes países ⁽¹²⁾.

Figura 1: Tendências indexadas nas notificações de infracções à legislação em matéria de droga nos Estados-Membros da UE, 2000-2005



NB: As tendências representam as informações disponíveis sobre o número nacional de notificações relativas a infracções à legislação em matéria de droga (penais e não penais) comunicadas por todas as autoridades de aplicação da lei dos Estados-Membros da UE; todas as séries são indexadas a uma base de 100 em 2000 e ponderadas pela dimensão das populações dos países, a fim de formar uma tendência global da UE. Como as definições e as unidades de estudo diferem muito entre países, utiliza-se o termo geral «notificações de infracções à legislação em matéria de droga», para mais informações, ver «Drug law offences: methods and definitions» [Infracções à legislação em matéria de droga: métodos e definições] no Boletim Estatístico de 2007.

Os países que não têm dados para dois ou mais anos consecutivos não estão incluídos nos cálculos das tendências: a tendência global é baseada em 24 países, a tendência relativa à heroína é baseada em 14 países, a da cocaína em 14 e a da *cannabis* em 15.

Ver figura DLO-6 no Boletim Estatístico para mais informações.

Fontes: Pontos focais nacionais Reitox e, para os dados demográficos, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

As infracções relacionadas com a cocaína aumentaram ao longo do período de 2000 a 2005 em todos os países europeus com excepção da Alemanha, onde o seu número se manteve relativamente estável. A média da UE aumentou 62% durante o mesmo período (figura 1).

Os «relatórios» sobre as infracções à legislação em matéria de droga relacionadas com a heroína entre 2000 e 2005 mostram uma situação diferente das relacionadas com a *cannabis* ou com a cocaína, tendo registado uma diminuição média global de 15%, na União Europeia, sobretudo entre os anos de 2001 e 2003. Contudo, as tendências nacionais neste tipo de infracções revelam divergências ao longo deste período, mencionando um terço dos países tendências crescentes ⁽¹³⁾.

⁽⁹⁾ Ver quadro DLO-1 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽¹⁰⁾ Ver quadro DLO-2 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽¹¹⁾ Ver quadro DLO-3 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽¹²⁾ Vale a pena referir que, em alguns dos países onde a percentagem das infracções relacionadas com o consumo de *cannabis* tem vindo a diminuir, os valores absolutos dessas infracções estão a aumentar.

⁽¹³⁾ O facto de a média europeia não reflectir o aumento das infracções relacionadas com a heroína verificado em metade dos países que apresentaram informações deve-se, sobretudo, à não inclusão dos países que não dispõem de dados para dois anos consecutivos na média europeia e também à circunstância de esta última ter em conta a dimensão das populações nacionais (conferindo, assim, mais peso aos valores de uns países do que aos de outros).

Investigação sobre o fenómeno da droga

Financiamento

A investigação relacionada com a droga, na Europa, segundo as informações dos pontos focais nacionais, é financiada por fundos públicos nacionais e europeus. Vários Estados-Membros referem que esta investigação é financiada por fundos de investigação nacionais do orçamento geral (Alemanha, Países Baixos, Finlândia, Reino Unido), por fundos de investigação do Ministério da Saúde (Itália), ou por fundos controlados pelo organismo nacional de coordenação da luta contra a droga (França, Suécia). Na Roménia, a investigação é financiada através de organizações internacionais, como o Fundo Mundial.

Actividade de investigação

Tomando as publicações científicas analisadas pelos pares como um indicador da actividade científica, uma análise dessas publicações, em 2005 e 2006, citada nos relatórios nacionais, revela um padrão de prioridades temáticas da investigação que varia consoante os países.

O tratamento da toxicod dependência parece ser um importante tema de investigação, ocupando-se a maioria dos estudos de diferentes aspectos do tratamento de substituição. A investigação sobre a prevenção constitui uma percentagem muito menor da literatura científica citada nos relatórios nacionais. Dos cinco indicadores fundamentais do OEDT, as publicações sobre as doenças infecto-contagiosas são as mais numerosas, seguidas pelas publicações sobre a prevalência do consumo de droga entre os jovens.

As publicações científicas citadas nos relatórios nacionais variam entre os países. A investigação sobre o tratamento, designadamente sobre o tratamento dos consumidores de droga com anticorpos de hepatite C, é citada com particular frequência no relatório alemão, ao passo que o relatório neerlandês se concentra nas novas metodologias de tratamento. Os estudos de investigação citados pelo Reino Unido tratam principalmente do consumo problemático de droga, da criminalidade e das questões relativas ao mercado. As poucas referências à investigação neurocientífica são principalmente neerlandesas, mas a Missão Interministerial de Luta contra a Droga e Toxicod dependência francesa (*Mission Interministerielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie — MILDT*) financiou igualmente uma série de projectos de investigação nesta área.

Os programas de investigação recentemente lançados indicam que a investigação nacional de diversos

A droga e a condução, nos temas específicos de 2007 do OEDT

As substâncias psico-activas podem diminuir a capacidade de condução de um automóvel a ponto de aumentar o risco de acidentes e ferimentos. Um tema específico sobre as drogas e a condução apresenta uma síntese dos resultados de diversos tipos de estudos sobre este assunto, centrando-se na *cannabis* e nas benzodiazepinas, bem como nas abordagens preventivas e jurídicas a este comportamento problemático.

Este tema específico está disponível em versão impressa e na Internet apenas em inglês (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).

Estados-Membros obedece a prioridades semelhantes. Os fundos consagrados à investigação nacional, na Alemanha, incluindo a investigação de base, estão a ser canalizados para a optimização dos serviços de tratamento, de modo a que estes satisfaçam a procura de tratamento. Em 2006, os Países Baixos lançaram o programa de investigação «Comportamento de risco e dependência». No Reino Unido, foram recentemente iniciados estudos sobre a qualidade dos sistemas de tratamento e sobre os consumidores problemáticos de droga muito jovens. Os novos Estados-Membros estão a concentrar-se, sobretudo, no desenvolvimento da base científica necessária para os seus sistemas de monitorização, por exemplo através de inquéritos à juventude.

Investigação da UE

O financiamento comunitário da investigação relacionada com a droga é assegurado através dos programas-quadro de investigação, o mais recente dos quais, o 7.º programa-quadro (2007-2013), foi lançado no final de 2006. Os projectos de investigação que apresentaram relatórios sobre os seus resultados em 2005/2006 provêm do tema «Qualidade de vida» do 5.º programa-quadro de investigação da UE (1998-2002). Entre os ditos relatórios, figuram os seguintes: «Quasi-compulsory treatment of drug dependent offenders in Europe» (Tratamento quase compulsivo dos delinquentes toxicod dependentes na Europa) (QCT); «Support needs for cocaine and crack users in Europe» (Necessidades de apoio aos consumidores de cocaína e de cocaína *crack* na Europa) (Cocineu); e «Integrated services aimed at dual diagnosis and optimal recovery from addiction» (Serviços integrados para um duplo diagnóstico e uma recuperação óptima da dependência) (Isadora).



Capítulo 2

Resposta aos problemas de droga na Europa — Panorâmica geral

O plano de acção da UE de luta contra a droga 2005-2008 exorta especificamente os Estados-Membros a aumentarem a oferta de métodos eficazes e diversificados de prevenção, tratamento, redução dos danos e reintegração social, que sejam facilmente acessíveis. Estas facetas do fenómeno da droga na Europa serão mais pormenorizadamente analisadas no presente capítulo.

As estratégias de prevenção podem ser direccionadas para diversos grupos — desde a totalidade da população até grupos de risco específicos — e os métodos aplicados variam em conformidade. Também há medidas de tratamento e de redução dos danos ao dispor dos consumidores de droga e dos toxicodependentes e, num número considerável de países, a sua eficácia tem sido avaliada através de estudos sobre os resultados obtidos. As medidas de redução dos danos visam prevenir as mortes relacionadas com a droga e reduzir os danos para a saúde, por exemplo as infecções pelo VIH ou pelo vírus da hepatite C. A dependência da heroína é normalmente tratada com terapia de substituição e desenvolveram-se programas especiais para a dependência da *cannabis*, das anfetaminas e da cocaína. Quando o tratamento é bem sucedido, a fase seguinte é a reintegração social. Como se descreverá a seguir, as condições de vida de muitos consumidores de droga são deficientes e as estratégias de reintegração social têm frequentemente de superar problemas consideráveis.

Em relação a cada tipo de intervenção, são dados exemplos de diversos países e analisam-se os resultados da investigação, que confirmam ou não a sua eficácia.

Prevenção

Os efeitos de cada uma das estratégias de prevenção não podem ser, de um modo geral, medidos pelas mudanças nas prevalências do consumo de droga a nível da população. No entanto, cada estratégia de prevenção pode ser comparada com o conjunto de dados científicos acumulados, para determinar se é ou não uma intervenção cientificamente fundamentada. Para isso são necessárias informações adequadas sobre o conteúdo, a cobertura e o número de intervenções de prevenção.

Melhorar as informações disponíveis: monitorização, controlo da qualidade e avaliação

Os Estados-Membros estão a monitorizar cada vez mais as intervenções de prevenção e, conseqüentemente,

a apresentar dados sobre o conteúdo e a disponibilidade das intervenções. A Alemanha, os Países Baixos e a Noruega alargaram a cobertura da informação. A Grécia, Chipre, a Lituânia e a Itália monitorizam a prevenção em meio escolar, ao passo que na Grécia, na Polónia, na Suécia e na Finlândia estão a ser estudados os serviços de prevenção baseados na comunidade e a França criou um sistema centralizado para monitorizar a prevenção da toxicod dependência. Em alguns países (República Checa, Região Autónoma da Galiza, em Espanha, Hungria e Noruega) já se atende à base científica quando é solicitado financiamento para as intervenções e pondera-se a possibilidade de introduzir sistemas de acreditação. Portugal, a Finlândia e a Roménia têm critérios de qualidade mínimos para os programas de prevenção.

As informações provenientes da Hungria e dos Países Baixos parecem sugerir que a existência de sistemas de monitorização da prevenção e de critérios de qualidade leva a que sejam produzidos relatórios de melhor qualidade sobre os projectos e as avaliações e a uma maior qualidade das intervenções.

A maioria dos programas de prevenção não é avaliada. Os programas avaliados são-no, normalmente, em termos do «âmbito e da aceitação da intervenção» e não da «medida em que os objectivos foram atingidos» (relatório nacional grego).

Nos últimos anos, foram realizadas análises da eficácia da prevenção na Alemanha (Bühler e Kröger, 2006) e no Reino Unido (Canning et al., 2004; Jones et al., 2006), bem como pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (Hawks et al., 2002). Estas análises ajudam a definir as boas práticas nas estratégias de prevenção. O estudo mais recente e mais vasto (Bühler e Kröger, 2006) avaliou 49 estudos de alta qualidade, tais como análises e meta-análises, sobre a prevenção do consumo de substâncias e retirou conclusões a respeito da eficiência das estratégias de prevenção da toxicod dependência. Nas secções seguintes, analisa-se a eficácia dos diversos tipos de estratégia de prevenção, com base nos resultados deste estudo e de outros.

Campanhas nos meios de comunicação social

Hawks et al. (2002), em sintonia com a *Health Development Agency* — HDA (2004), concluem que «o recurso às campanhas nos meios de comunicação social por si só,

Práticas cientificamente fundamentadas

As práticas cientificamente fundamentadas são intervenções (por exemplo, de tratamento da toxicod dependência) que foram solidamente comprovadas, com base em investigações científicas (por exemplo, estudos de investigação), para produzirem os resultados pretendidos nos utentes (por exemplo, a redução do consumo de droga). Os critérios normalmente usados para determinar se uma intervenção pode ser considerada uma prática cientificamente fundamentada são a eficácia e a eficiência (Brown et al., 2000; Flay et al., 2005).

A eficácia mede o bom funcionamento de uma intervenção em condições de investigação ideais. É idealmente determinada pela realização de uma experiência controlada, na qual alguns participantes recebem a intervenção no âmbito de um teste, ao mesmo tempo que um grupo de controlo recebe outra intervenção, ou não recebe qualquer intervenção, ou melhor ainda, por uma experiência aleatoriamente controlada, em que os participantes são aleatoriamente escolhidos para receber uma das duas intervenções (Cochrane Collaboration, 2007). Acredita-se, de um modo geral, que só as experiências controladas ou aleatoriamente controladas, de preferência combinadas com a avaliação dos processos, podem determinar a eficácia de uma intervenção e fornecer, assim, uma base para as futuras práticas e políticas.

Infelizmente, porém, a atribuição aleatória dos participantes a um grupo de intervenção ou a um grupo de controlo nem sempre é viável.

A eficiência mede o bom ou mau funcionamento de uma intervenção em circunstâncias normais. Frequentemente, as intervenções que se revelaram promissoras nas experiências controladas são executadas na comunidade para investigar

até que ponto funcionam bem numa situação de rotina. Os estudos sobre a eficiência, por exemplo os estudos nacionais sobre os resultados do tratamento, incidem principalmente sobre o impacto da intervenção na saúde ou sobre outros resultados pertinentes, a fim de provar que medidas funcionam realmente.

O processo de estabelecimento de dados científicos é, no entanto, dificultado pelo facto de existirem pontos de vista divergentes sobre o modo de aferir a qualidade dos estudos de investigação da eficácia ou da eficiência e sobre o tipo de método de investigação (por exemplo, quantitativo ou qualitativo) mais adequado para provar que medidas resultam. Em consequência, podem existir diferentes conclusões a este respeito. Continua a ser difícil determinar o modo de avaliar e ponderar as diferentes fontes de dados no processo de tomada de decisões. Esta tarefa ainda se tornará mais complexa no caso das intervenções que ainda não dispõem de uma ampla base científica, mas que a experiência sugere poderem ser eficazes.

Apesar destas dificuldades, o principal pressuposto continua a ser o de que os dados científicos podem ajudar a melhorar a prática e a política em matéria de cuidados de saúde, e de que é necessário fomentar o debate sobre as práticas cientificamente fundamentadas, acompanhado de critérios claros para avaliar esses dados.

A fim de contribuir para um tal intercâmbio e promover a divulgação das práticas cientificamente fundamentadas, o OEDT está a desenvolver um portal em linha que fornecerá uma panorâmica dos últimos dados disponíveis sobre a eficácia das diferentes intervenções, bem como dos instrumentos existentes para melhorar a qualidade destas últimas e dos exemplos concretos de melhores práticas seguidas nos Estados-Membros da UE. A Cochrane Collaboration será uma importante fonte de informação para o portal.

especialmente em presença de outras influências que as anulam, não foi considerado eficaz para reduzir os diversos tipos de consumo de substâncias psico-activas. Constatou-se, porém, que aumenta os níveis de informação e apoia as iniciativas de carácter político». Contudo, outros dados sugerem que as campanhas nos meios de comunicação social podem ter efeitos positivos, se forem utilizadas como uma medida de apoio para reforçar outras estratégias (Bühler e Kröger, 2006).

Numa avaliação da campanha sobre a cocaína intitulada «Know the score» (Conhece a realidade), realizada na Escócia, Binnie et al. (2006) concluíram que 30% dos consumidores eram menos susceptíveis de tomar cocaína depois de expostos à publicidade, embora 56% afirmassem que a campanha não alterara as suas intenções de consumir cocaína e 11% tivessem declarado que tinha tornado mais provável o seu consumo. Além disso, a recente reavaliação da campanha do Governo dos EUA contra a *cannabis* confirmou as conclusões anteriores de que, embora a campanha (apesar das taxas de memorização positivas e da diferenciação por grupos-alvo) não tivesse afectado as atitudes dos jovens não consumidores em relação ao consumo

de *cannabis*, a exposição à campanha foi associada a efeitos desfavoráveis nas percepções dos jovens sobre o consumo de marijuana por outras pessoas (GAO, 2006).

Em alguns casos isolados, porém, deixou de se privilegiar o aumento do conhecimento (objectivo da maioria das campanhas nos meios de comunicação social) e passou a dar-se mais ênfase ao fornecimento de informações de carácter social-emocional (tentando alterar as percepções sobre, por exemplo, o consumo de *cannabis*). Foi o caso, nos Países Baixos, de uma campanha que divulgou a mensagem «Não és doido se não fumares *cannabis*, porque 80% dos jovens não a fumam» (14). Além disso, alguns elementos da campanha nacional de prevenção da toxicod dependência, na Irlanda, procuram neutralizar alguns dos mitos que rodeiam a *cannabis*, como as alegações de que é «biológica» e «natural».

Estratégias ambientais em relação às substâncias legais

Foi demonstrado que o aumento do preço de uma substância e/ou do limite da idade legal para o seu consumo produz um efeito positivo de redução do consumo,

(14) Ver <http://www.drugsinfo.nl>

mas só pode ser utilizado no caso das substâncias legais, como o álcool e o tabaco (Bühler e Kröger, 2006). Essas estratégias ambientais têm sido, até agora, mais utilizadas pelos países nórdicos e os EUA, concentrando-se predominantemente no álcool, com resultados promissores (Lohrmann et al., 2005; Stafström et al., 2006). Estão, todavia, a surgir cada vez mais abordagens comunitárias globais que tratam o álcool e o tabaco de modo semelhante às substâncias ilegais. A Bélgica, a Bulgária, a Dinamarca, a Lituânia, o Luxemburgo, os Países Baixos, a Polónia, a Eslováquia e a Noruega referem, todos eles, a existência de estratégias ou debates baseados na comunidade acerca da introdução de impostos suplementares ou de leis que regulamentem a disponibilidade do álcool e do tabaco. Essas estratégias visam reduzir o consumo entre os jovens, criando zonas livres de álcool ou aumentando a segurança nos locais de diversão nocturna. No que respeita às escolas, estudos recentes provenientes da Europa (Kuntsche e Jordan, 2006) e de outras regiões (Aveyard et al., 2004) confirmam que o clima normativo e as redes informais influenciam fortemente os comportamentos em termos de consumo das drogas legais e da *cannabis*. A introdução de normas escolares está a ser mais ponderada na Alemanha, Irlanda e Itália ⁽¹⁵⁾.

Prevenção universal

Os programas interactivos baseados no modelo da influência social ou das competências essenciais para a vida revelaram-se eficazes nas escolas, mas as medidas individuais levadas a cabo de forma isolada (por exemplo, a mera comunicação de informação, a educação afectiva ou outras medidas não interactivas) foram avaliadas negativamente (Bühler e Kröger, 2006). Por motivos de organização, a prevenção em meio escolar é normalmente da responsabilidade das autoridades locais, especialmente nos países nórdicos, em França e na Polónia.

Alguns comentadores sugeriram que os programas complementares de carácter geral em matéria de saúde ou de competências essenciais para a vida produzem mais mudanças do que unicamente os programas educativos baseados nas competências, sugerindo que é preferível integrar as intervenções num programa de saúde bem fundamentado (Hawks et al., 2002), o que parece ter sido feito em quase todos os Estados-Membros. Além disso, vários deles (por exemplo, a Itália, a Lituânia, os Países Baixos, a Eslováquia e o Reino Unido) abordam a prevenção da toxicod dependência em conjunto com aspectos de saúde e sociais como a violência, os problemas de saúde mental, a exclusão social, o insucesso escolar e o consumo de tabaco e de álcool no âmbito geral da prevenção em matéria de saúde pública, que também privilegia as respostas específicas às necessidades dos grupos vulneráveis.

Uma razão frequentemente invocada para não se implementarem programas modelo é a de que estes não seriam adaptáveis às condições locais nem atenderiam às necessidades específicas de cada comunidade (Ives, 2006). Um argumento em contrário é, porém, o de que os programas de prevenção normalizados apresentam a vantagem de terem protocolos que fornecem orientações claras para permitir a criação de infra-estruturas de administração e sistemas de formação de professores estáveis, o que facilita a existência de normas de execução comuns, mesmo que as escolas e as condições das comunidades sejam muito díspares.

Em muitos Estados-Membros (Bulgária, Itália, Letónia, Lituânia, Luxemburgo, Áustria, Roménia) o conteúdo dos programas de prevenção concentra-se na sensibilização, no fornecimento de informação e na organização de eventos isolados (como as visitas de peritos) ⁽¹⁶⁾, apesar das provas que sugerem que outros métodos podem ser mais eficazes.

Os programas de influência social realizados em escolas estão muito difundidos, em especial no Reino Unido e nos países que oferecem programas normalizados, como a Alemanha, a Irlanda, a Grécia, a Espanha, a Noruega e, em breve, a Dinamarca.

Quanto à prevenção universal baseada na comunidade, 12 Estados-Membros informam que há planos de luta contra a droga disponíveis na maioria dos municípios, ou em todos eles, e que em dez países eles constituem uma prioridade política. Esses planos assumem principalmente a forma de eventos informativos e, em menor grau, de oferta de actividades de lazer alternativas. A prevenção universal baseada na família consiste, maioritariamente, em sessões nocturnas ou noutras abordagens de informação dos pais e, mais raramente, em formação intensiva para os pais.

Prevenção selectiva

Os Estados-Membros estão a dedicar cada vez mais atenção às estratégias de prevenção dirigidas a comunidades vulneráveis inteiras ⁽¹⁷⁾. Isto significa que é necessário identificar essas comunidades, por exemplo utilizando instrumentos de avaliação normalizados como o índice de carências múltiplas (*index of multiple deprivation*) do Reino Unido, ou indicadores socioeconómicos, como os padrões de habitação ou de educação (número de alunos atrasados na sua escolaridade ou número de alunos subsidiados).

Uma vez identificadas as comunidades-alvo (por exemplo, a França reconhece a existência de «zonas urbanas sensíveis» ou, no caso das escolas «zonas de prioridade educativa»), podem canalizar-se fundos suplementares para esses grupos desfavorecidos. Na Irlanda, Chipre e Reino Unido, já são realizados projectos de prevenção selectiva na maioria destas zonas e Portugal está a preparar-se para

⁽¹⁵⁾ Ver também <http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=19197>

⁽¹⁶⁾ Dados do SQ 22 e 25.

⁽¹⁷⁾ Para mais informações sobre a prevenção selectiva, em especial sobre os grupos e factores de risco, ver relatórios anuais anteriores e o tema específico sobre o consumo de droga entre menores de 2007.

aplicar essa estratégia. Os tipos de projectos em causa vão desde os serviços de aconselhamento na Estónia, Grécia, França e Eslováquia até aos projectos de proximidade no Luxemburgo e na Áustria, por vezes especificamente destinados a grupos étnicos. Além disso, alguns novos Estados-Membros (Bulgária, Hungria, Lituânia, Polónia e Roménia) mencionam muitas intervenções destinadas a famílias vulneráveis. A questão central na maioria dos Estados-Membros é o consumo de substâncias na família, embora alguns países (Grécia, Lituânia, Hungria, Reino Unido) tenham adoptado uma abordagem mais vasta, que engloba todas as famílias desfavorecidas.

Embora também sejam usadas na prevenção universal, as abordagens baseadas nos pares estão a ser crescentemente referidas em relação à prevenção selectiva (Irlanda, Países Baixos, Áustria, Polónia e Noruega). Parkin e McKeganey (2000), na sua análise das abordagens baseadas nos pares, concluíram que o maior impacto desses projectos se faz sentir sobre os próprios educadores de pares, e não sobre o grupo-alvo. Afigura-se que tais abordagens podem ser mais eficazes para alterar os conhecimentos e atitudes do que para alterar os comportamentos. Os projectos de pares raramente são avaliados, mas quando o são (por exemplo, o *Free Style* na Noruega) apenas se avalia, normalmente, o êxito no recrutamento de jovens líderes nas escolas e se os conhecimentos ou atitudes dos líderes de pares foram reforçados.

Apesar de a prevenção selectiva estar a ganhar popularidade, é necessário agir com prudência, especialmente quando se envolvem jovens em risco nos programas par-a-par (Cho et al., 2005; Dishion e Dodge, 2005), porque podem verificar-se «efeitos de contágio» negativos entre os grupos vulneráveis. Estes efeitos inesperados, que são causados pela própria intervenção, podem levar a um aumento do consumo de substâncias ou a comportamentos de risco. No entanto, esses resultados indesejáveis não são um exclusivo da prevenção selectiva, sendo igualmente observados no caso do fornecimento de informação através dos meios de comunicação social, bem como em eventos de prevenção individuais (ver *supra*).

Respostas em matéria de tratamento e redução dos danos

Evolução recente dos sistemas de tratamento

O tratamento dos consumidores de drogas realiza-se predominantemente em regime ambulatorio, incluindo a clínica geral. A ampliação das redes de tratamento em regime ambulatorio prosseguiu nos últimos anos, tendo-se registado uma nova expansão geográfica em vários países, nomeadamente na Bulgária, Estónia, Grécia, Lituânia, Roménia e Finlândia. Pelo contrário, o número de centros de internamento manteve-se estável na maioria dos países.

Entre os países onde a cobertura geográfica dos centros especializados em tratamento da toxicod dependência a nível nacional é muito desigual, incluem-se a Letónia, a Hungria, a Eslováquia e a Roménia. Apesar das recentes expansões da rede de prestadores de serviços, continuam a existir listas de espera para o tratamento de substituição na Grécia, bem como na Hungria e na Polónia.

O tratamento em instalações residenciais, antes predominante no tratamento do consumo de heroína em muitos países europeus, agora é relativamente menos comum, sendo a maioria dos consumidores de opiáceos tratada em regime ambulatorio. Os serviços residenciais revestem-se, todavia, de uma importância crescente na assistência aos consumidores idosos ou de longa data, com necessidades de tratamento complexas devido à coexistência de uma co-morbilidade somática e psicológica grave. A filosofia dos centros de internamento e a forma como funcionam mudaram consideravelmente ao longo dos anos, em resposta à evolução das necessidades. A concentração no mesmo local do tratamento e da assistência médica, incluindo tratamentos psiquiátricos, terapia antiretroviral altamente activa e tratamento de doenças hepáticas, tornou-se mais comum e o recurso ao tratamento de manutenção para estabilizar os utentes aumentou.

Características dos consumidores de droga em tratamento ambulatorio

Os dados do indicador de procura de tratamento podem ser utilizados para caracterizar a situação socioeconómica dos doentes dos centros de tratamento e, até certo ponto, de todos os consumidores de droga⁽¹⁸⁾. Como o acesso ao tratamento em regime ambulatorio é mais fácil e menos selectivo na maioria dos países, é adequado fazer extrapolações a partir deste grupo de utentes para os consumidores de droga em geral.

Em 2005, 20 de 29 países europeus apresentaram informações sobre 315 000 utentes dos centros de tratamento em regime ambulatorio. Os dados são provenientes de mais de 4 000 unidades de tratamento. Aproximadamente metade (53%) dos utentes em regime ambulatorio são tratados por consumo de opiáceos como substância principal e a outra metade pelo consumo de outras drogas como substâncias principais, em especial *cannabis* (22%) e cocaína (16%). A droga mais comum como substância de consumo principal varia entre os países.

Cerca de 80% dos utentes do tratamento em regime ambulatorio são do sexo masculino, com uma média de idades que ronda os 30 anos (28 anos entre os que iniciam o tratamento pela primeira vez), e as suas condições de vida são, de um modo geral, deficientes em comparação com a população geral da mesma idade. Cerca de 60% desses utentes em regime ambulatorio não foram além da instrução primária e cerca de um décimo nem sequer completou este nível de ensino. Cerca de metade dos utentes

⁽¹⁸⁾ Ver quadros e gráficos TDI (indicador da procura de tratamento) no Boletim Estatístico de 2007 para mais pormenores sobre os valores citados nesta secção.

tinha um emprego regular antes de iniciar o tratamento em regime ambulatorio e a outra metade estava desempregada; a maioria destes utentes tem um alojamento estável (85%), vivendo 40% com os pais e 19% sozinhos. Uma minoria significativa dos utentes em regime ambulatorio (15%) vive com crianças, sozinhos ou com os parceiros, sendo este um aspecto que complica a vida do consumidor e que constitui um factor de risco para as crianças.

As informações sobre a situação socioeconómica dos utentes em tratamento são complementadas por informações nacionais de alguns países, discriminadas pela principal substância consumida. Por exemplo, na Alemanha, 67% dos consumidores de heroína estão desempregados ou são economicamente inactivos, em comparação com 53% dos utentes consumidores de cocaína e 35% dos utentes consumidores de *cannabis*, tendo 74% dos utentes consumidores de opiáceos uma escolaridade limitada, comparativamente a 63% dos utentes consumidores de cocaína (Sonntag et al., 2006).

Evolução recente

Em vários países, foram recentemente criadas instalações especializadas para grupos específicos de consumidores de droga, por exemplo, mulheres consumidoras, consumidores de droga injectada sem abrigo, trabalhadores do sexo e consumidores jovens ou muito jovens (ver o tema específico sobre o consumo de droga entre menores de 2007). Noutros países foram alargadas as opções de tratamento farmacológico para responder às necessidades de grupos de consumidores específicos, com o objectivo de aumentar a cobertura do tratamento. Por exemplo, o tratamento de manutenção com buprenorfina já foi autorizado em Malta ⁽¹⁹⁾.

Tratamento de diferentes grupos de consumidores de droga

Os Estados-Membros estão a reconhecer crescentemente a importância de prestar serviços de tratamento adequados aos consumidores problemáticos de *cannabis* e de cocaína. No caso da *cannabis*, os programas de tratamento, aconselhamento e prevenção na Europa encontram-se frequentemente interligados, a fim de chegar a um grande número de consumidores. Estão a ser utilizadas novas estratégias de comunicação, por exemplo através da Internet, numa tentativa de chegar aos consumidores de *cannabis* cujo consumo se situa entre o experimental e o problemático. Os serviços e programas de tratamento específicos para o consumo de *cannabis*, que até à data não eram muito comuns na Europa, estão a ser desenvolvidos neste momento (ver capítulo 3).

Além disso, os Estado-Membros que estão confrontados com uma elevada procura de tratamento por consumo de cocaína começam a encomendar estudos neste domínio,

Quadros jurídicos do tratamento de substituição

Em 2006, foi realizado um inquérito entre a rede especializada de correspondentes jurídicos para obter mais informações sobre as leis e os regulamentos oficiais relativos aos critérios de admissão no tratamento de substituição, bem como sobre as práticas de prescrição e administração. Foram obtidos resultados de 17 países, os quais vieram complementar um relatório de 2003 da base de dados europeia de legislação sobre drogas (*European Legal Database on Drugs — ELDD*) ⁽¹⁾.

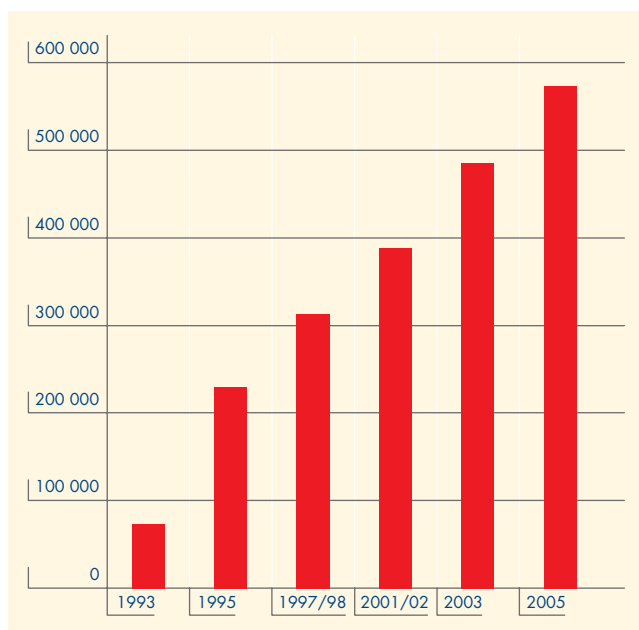
O âmbito do quadro jurídico varia consideravelmente consoante os Estados-Membros. Em alguns países, por exemplo a Bélgica, o tratamento de substituição está abrangido por uma lei parlamentar específica, ao passo que noutros, como Chipre, a sua aplicação está sujeita à interpretação das leis relativas às substâncias controladas. Existe um compromisso entre a força do quadro jurídico e a sua flexibilidade.

As substâncias utilizáveis no tratamento de substituição são normalmente designadas por lei. Na maioria dos casos, só a metadona e a buprenorfina, ou apenas a metadona, podem ser prescritas, embora em alguns países sejam permitidas outras drogas, como a morfina ou a codeína. Do mesmo modo, em quase todos os países os critérios de admissão nacionais são estabelecidos por leis, decretos ou orientações ministeriais. Os critérios mais comuns são o diagnóstico de dependência e a idade mínima, embora por vezes também se exija que tenha havido uma tentativa infrutífera anterior de tratamento sem drogas. Em alguns países, as leis nacionais prevêem sanções para a violação das regras do tratamento, ao passo que noutros essa questão fica ao critério de cada centro de tratamento.

As leis também definem, habitualmente, quem está autorizado a prescrever as substâncias. Trata-se, sobretudo, dos médicos dos centros de tratamento, embora em alguns países qualquer médico, ou alguns médicos especificamente formados ou acreditados, as possam prescrever. Na prática, é raro que os médicos iniciem o tratamento de substituição fora dos centros de tratamento ⁽²⁾. As doses máximas raramente são definidas por lei. Para evitar a duplicação das prescrições, a maioria dos países utiliza formulários de prescrição especiais, embora em vários Estados exista um registo central e alguns deles emitam cartões de identificação especiais. Os dispensários autorizados também se encontram normalmente especificados na legislação, sendo na sua maioria farmácias ou centros de tratamento, embora alguns países também autorizem os médicos a administrar as substâncias. Por último, na maior parte dos países, foi criado um sistema que permite levar as doses para casa, quer pela legislação, quer por orientações ou por simples tolerância, mas em certos casos essa prática é especificamente proibida.

⁽¹⁾ Estão disponíveis informações mais pormenorizadas no endereço: <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>

⁽²⁾ Ver quadro HSR-6 no Boletim Estatístico de 2007.

Figura 2: Disponibilidade estimada do tratamento de substituição dos opiáceos nos Estados-Membros da UE-15, 1993-2005

NB: Ver mais pormenores nos quadros HSR-7 e HSR-8 e figuras HSR-1 e HSR-5 no Boletim Estatístico de 2006.

Fontes: Pontos focais nacionais e relatórios; ver lista pormenorizada das fontes na figura HSR-5 do Boletim Estatístico de 2007.

sendo a questão complicada pelo facto de os consumidores de cocaína em pó e de cocaína *crack* pertencerem, normalmente, a grupos sociais bastante distintos (ver capítulo 5). Presentemente, porém, devido à actual falta de serviços específicos, a grande maioria dos consumidores de psicoestimulantes, incluindo consumidores de anfetaminas, estão a ser tratados no âmbito dos serviços tradicionais, orientados para os opiáceos, tendo-se identificado a necessidade de dar formação ao pessoal e aos médicos dos serviços de tratamento em toda a Europa.

Tratamento da dependência de heroína

Após ter sido politicamente aprovado como resposta ao consumo de heroína, na segunda metade da década de 1980, o tratamento de substituição continuou e passou a ser a principal opção para o tratamento da dependência de opiáceos, na maioria dos países (figura 2).

As principais drogas de substituição utilizadas são a metadona e a buprenorfina. Idealmente, o tratamento farmacológico deveria ser combinado com o aconselhamento psicológico e o apoio social. O tratamento de substituição é normalmente administrado em regime ambulatorio, em unidades especializadas no tratamento da toxicoddependência, mas cada vez mais também por médicos particulares. Em alguns países,

por exemplo, a Alemanha, a França e o Reino Unido, os médicos de clínica geral estão muito envolvidos no tratamento dos consumidores de droga. Noutros, o nível de envolvimento dos médicos inseridos na comunidade continua a ser limitado, tanto por razões jurídicas como por falta de interesse no tratamento da toxicoddependência⁽²⁰⁾. O controlo da qualidade também tem sido uma prioridade de vários países, tendo levado a um maior rigor regulamentar, ao aumento das exigências de formação ou à introdução de níveis mais elevados de fiscalização e monitorização⁽²¹⁾. O tratamento da dependência de opiáceos é analisado de forma mais pormenorizada no capítulo 6.

Respostas em matéria de redução dos danos

A prevenção das doenças infecto-contagiosas e a redução das mortes relacionadas com a droga são objectivos essenciais da resposta da UE ao fenómeno da droga, estabelecendo o actual plano de acção o objectivo de aumentar a disponibilidade e a acessibilidade dos serviços e dos meios para prevenir e reduzir os danos para a saúde.

Em Abril de 2007, a Comissão Europeia apresentou um relatório ao Conselho e ao Parlamento Europeu sobre a aplicação da recomendação do Conselho de 18 de Junho de 2003 relativa à prevenção e redução dos efeitos nocivos da toxicoddependência para a saúde⁽²²⁾. Este relatório confirma que a redução dos danos é um objectivo de saúde pública definido a nível nacional em todos os Estados-Membros. O documento de base encomendado para apoiar o relatório da Comissão apresenta uma vasta panorâmica europeia das políticas e intervenções de redução dos danos. Esta panorâmica baseia-se em informações fornecidas, principalmente, por responsáveis políticos, peritos da Reitox e organizações de base. O documento inclui extensos inventários por país⁽²³⁾.

A recomendação do Conselho levou a que mais países harmonizassem as suas políticas nacionais com a estratégia europeia, dando maior destaque à expansão da prestação dos serviços de redução dos danos. A sua influência parece ter-se feito sentir de forma particular entre os países que aderiram à UE em 2004.

Reintegração social

Uma habitação precária, um emprego irregular e um cadastro prisional são indicadores de exclusão social que caracterizam a vida de numerosos consumidores de droga. Em muitos países europeus, o número de consumidores problemáticos de droga que são contactados, mantidos em tratamento ou em tratamento de substituição é maior do que nunca, pelo que a procura de alojamento, educação, emprego e apoio jurídico aumentou significativamente. Os

⁽²⁰⁾ Ver quadros jurídicos do tratamento de substituição (p. 33) e <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>

⁽²¹⁾ Ver também p. 69.

⁽²²⁾ Recomendação do Conselho, de 18 de Junho de 2003, relativa à prevenção e redução dos efeitos nocivos da toxicoddependência para a saúde; JO L 165, 3.7.2003, p. 31-33.

⁽²³⁾ Ambos os documentos estão disponíveis no endereço: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/drug_rec_en.htm#1

sistemas de assistência são, assim, desafiados a encontrar novas respostas para novos perfis de utentes, muitas vezes caracterizados por necessidades múltiplas. A reintegração social é hoje reconhecida como uma determinante fundamental do êxito do tratamento a longo prazo.

Em alguns países, o sector da reintegração está a ser objecto de atenção política e de investimento crescentes e, em vários deles, as normas aplicáveis ao tratamento de manutenção prevêm que sejam postos ao dispor dos utentes serviços de assistência social e de reintegração. Por exemplo, a análise intercalar da estratégia irlandesa de luta contra a droga recomendou que a reabilitação fosse incluída como quinto pilar da estratégia, ao passo que na Dinamarca foram lançados novos programas para grupos vulneráveis («responsabilidade partilhada») pelos ministérios do Emprego e dos Assuntos Sociais. Outro exemplo é a estratégia do Governo norueguês de prevenção e combate do fenómeno dos sem-abrigo, a qual estabelece objectivos mensuráveis, como a redução dos despejos e o aumento do acesso a habitações permanentes, de modo a que o alojamento temporário passe a ser a excepção.

Também na Noruega, um plano de acção de combate à pobreza inclui um sistema de subvenções que, em 2006, distribuiu 6,5 milhões de euros para a prestação de serviços de acompanhamento residencial a pessoas sem-abrigo e consumidores de álcool e de drogas. Além disso, a Grécia, a França, Itália, a Lituânia, a Áustria, Portugal e a Eslováquia participam na iniciativa EQUAL da Comissão no domínio do emprego e da inclusão social ⁽²⁴⁾.

A UE também incentivou a criação de um quadro denominado «Método Aberto de Coordenação» (MAC), no qual os Estados-Membros coordenam as suas políticas de combate à pobreza e à exclusão social através de um processo de intercâmbio de políticas e de aprendizagem mútua.

As medidas de reintegração reflectem as diferentes realidades socioculturais e económicas nacionais existentes na Europa, mas também revelam alguma diversidade em relação aos objectivos, aos grupos-alvo e às condições. Por exemplo, a Bulgária e a Romênia são os únicos países que mencionam projectos de reintegração social específicos para meninos de rua.

Estudos nacionais sobre os resultados do tratamento

Três Estados-Membros (Irlanda, Itália, Reino Unido) realizaram estudos nacionais sobre os resultados do tratamento, destinados a investigar esses resultados mediante o acompanhamento de uma coorte de consumidores problemáticos de droga ao longo do tempo, em diferentes modalidades e contextos de tratamento. Uma característica importante dos estudos consiste no facto de estes investigarem os resultados do tratamento nos serviços existentes e em circunstâncias clínicas do quotidiano. Entre as modalidades de tratamento comuns examinadas incluem-se a manutenção com metadona, a redução da metadona, a desintoxicação e as intervenções sem recurso a drogas, como as comunidades terapêuticas e o aconselhamento. O consumo de droga, a saúde física e psicológica, a permanência no tratamento e o comportamento criminal são as principais variáveis utilizadas.

Na Itália, o estudo Vedette (1998-2001) procurou avaliar a eficácia do tratamento oferecido nos centros públicos de tratamento de todo o país. A permanência no tratamento e a mortalidade entre os consumidores de heroína eram as principais variáveis dos resultados. Até à data, foram instituídos três estudos sobre os resultados do tratamento no Reino Unido.

O primeiro foi o *National Treatment Outcome Research Study* (Estudo de Investigação Nacional dos Resultados de Tratamento) (NTORS), realizado pelo *National Addiction Centre* na Inglaterra e no País de Gales, entre 1995 e 2000. O estudo investigou os resultados do tratamento em programas residenciais ou comunitários, tendo chegado a algumas conclusões positivas, como o aumento das taxas de abstinência do consumo de drogas ilegais, redução da frequência do consumo, redução da criminalidade e melhores condições de saúde. No entanto, alguns resultados a mais longo prazo, observados durante esse período de cinco anos, foram menos satisfatórios. Por exemplo, a melhoria inicialmente constatada

no consumo de cocaína *crack* foi parcialmente invertida ao fim de quatro a cinco anos e muitos consumidores de droga continuaram a consumir grandes quantidades de bebidas alcoólicas (Gossop et al., 2001).

O estudo NTORS será actualizado pelo *Drug Treatment Outcomes Research Study* (Estudo de Investigação dos Resultados do Tratamento da Toxicodependência) (DTORS), que está a ser realizado na Universidade de Manchester. Este estudo foi iniciado em 2006 e irá acompanhar consumidores de droga de toda a Inglaterra por um período inicial de 12 meses. Tem por objectivo avaliar o impacto do tratamento da toxicodependência em relação a vários indicadores dos resultados e está centrado na análise das vias de tratamento que produzem melhores resultados em determinados subgrupos de consumidores de droga. Em 2001, foi iniciado na Escócia, o *Drug Outcome Research Study* (Estudo de Investigação dos Resultados em matéria de Droga) (DORIS), que está a ser efectuado pela Universidade de Glasgow. Este estudo examina o impacto e a eficácia dos serviços de tratamento da toxicodependência baseados em agências de tratamento, incluindo os serviços baseados nas prisões. Os consumidores de droga foram acompanhados durante 33 meses.

Na Irlanda, o *Research Outcome Study* (Estudo de Investigação dos Resultados) (ROSIE), realizado pela Universidade Nacional da Irlanda, Maynooth, teve início em 2003 e avalia a eficácia do tratamento da droga através do acompanhamento dos consumidores de opiáceos que iniciam o tratamento, ao longo de um período de até três anos, documentando as alterações observadas (Cox et al., 2006). Ao fim de um ano de acompanhamento, o estudo constatou reduções acentuadas do consumo de droga e da actividade criminal, uma baixa taxa de mortalidade e alguns resultados positivos no que respeita às queixas de saúde física e mental dos participantes.

⁽²⁴⁾ http://ec.europa.eu/employment_social/equal/index_en.cfm

Em muitos países, os programas e acções não são especificamente direccionados para os consumidores de droga, mas sim para os grupos sociais vulneráveis em geral, sendo normalmente executados a nível local ou regional. Assim, os «*plans de prévention de proximité*» (planos de prevenção de proximidade) (PPP) criados pelo Governo da Valónia em 2003 abordam a pobreza e a toxicod dependência a nível local como dois problemas interligados, ao passo que na Dinamarca a Lei dos Serviços Sociais obriga os municípios a oferecer um plano de acção social a todos os consumidores de droga. Do mesmo modo, as autoridades locais da Polónia têm a obrigação jurídica de reintegrar socialmente os consumidores de droga e nos Países Baixos a maioria dos novos serviços de reintegração social é criada pelos municípios. Por último, na Alemanha, a concessão de abrigo, a escolarização e a habitação são da competência dos *Länder* ou dos municípios, ao passo que os programas federais para pessoas com deficiência estão disponíveis para apoiar a integração profissional dos consumidores de droga.

A ajuda em matéria de habitação vai desde os abrigos diurnos de emergência, albergues e residências a curto prazo até aos apartamentos de transição, o alojamento assistido e os subsídios ao arrendamento. Para evitar «prender» os utentes a uma dependência dos serviços a mais longo prazo, estão a ser estudadas abordagens inovadoras no domínio do apoio à habitação ou da gestão financeira. Por exemplo, na Dinamarca, oferece-se formação em matéria de alojamento aos utentes que se encontram em apartamentos de reintegração, para reduzir eventuais problemas futuros, quando tiverem de gerir os seus próprios apartamentos, e no Reino Unido os utentes são aconselhados sobre o modo de fazer compras, cozinhar e gerir o orçamento doméstico.

Embora a criação de novas oportunidades de formação e acesso ao ensino seja mencionada como sendo algo comum em muitos países, o trabalho pago é mais difícil de obter para estes grupos. No entanto, é particularmente importante para o grupo-alvo, pois não só proporciona estabilidade económica como melhora a auto-estima e o estatuto social e regulariza o ritmo de vida. Entre as novas formas de inserir os utentes no trabalho remunerado incluem-se a formação de parcerias com empresas privadas, os sistemas de orientação e a oferta de incentivos como

os subsídios aos salários dos estagiários e os empréstimos para a criação de empresas. Em vários países, os centros de tratamento da toxicod dependência criaram as suas próprias empresas socioeconómicas, oferecendo emprego pago aos seus utentes. Outras iniciativas procuram melhorar a situação em termos de emprego através de uma melhor harmonização dos perfis, expectativas e competências com as realidades da vida profissional. Por exemplo, a Bolsa de Emprego de Viena serve de intermediária entre os utentes, as agências de luta contra a droga e os serviços públicos de emprego, realizando aconselhamento específico com vista a aumentar as taxas de sucesso profissional. Também ajuda a identificar soluções para os clientes para quem a reintegração profissional já deixou de ser possível.

A reintegração dos consumidores de heroína marginalizados e idosos, com elevados níveis de doença física e mental constitui um desafio particularmente difícil. Na Bélgica, os consumidores de droga com problemas psiquiátricos podem ser tratados em unidades especializadas no consumo de substâncias e localizadas em hospitais psiquiátricos ou gerais, ou noutros centros de cuidados psiquiátricos; a Dinamarca informa que os consumidores de droga com problemas psiquiátricos são assistidos em instituições psiquiátricas e que os consumidores de droga idosos, que já não conseguem cuidar de si próprios devido a esse consumo, à demência ou a comportamentos problemáticos, são alojados em lares alternativos. Nos Países Baixos, foi adoptada uma nova Lei do Apoio Social, em 2007, a qual inclui a toxicod dependência na mesma regulamentação que os (outros) problemas psiquiátricos crónicos. Contudo, um grande centro residencial centralizado destinado a alojar 120 consumidores de droga sem abrigo com problemas psiquiátricos deparou com a oposição da população local. Para as pessoas com problemas de saúde mental, a ajuda profissional ao restabelecimento de uma rede de apoio e de contactos está identificada como uma componente importante do processo de reintegração social.

Em alguns países (por exemplo, a Bulgária, a República Checa, a Grécia e a Eslovénia), os programas de reintegração estruturados apenas são fornecidos no seguimento de um tratamento da toxicod dependência bem sucedido, não estando actualmente disponíveis medidas específicas de reintegração para os utentes em tratamento de manutenção.



Capítulo 3

Cannabis

Introdução: a evolução do consumo de cannabis na Europa

A *cannabis* é a droga ilegal mais consumida no mundo e uma substância que tem estado no centro do debate europeu a respeito da droga, desde a década de 1960, quando o seu consumo se tornou praticamente sinónimo de uma crescente contra-cultura juvenil. Não obstante esta familiaridade, é difícil compreender os padrões do consumo de *cannabis* na Europa. Um elemento importante neste quadro são os diferentes produtos de *cannabis* actualmente disponíveis no mercado europeu. Historicamente, na Europa são comuns três formas principais de *cannabis*: a resina de *cannabis*; a *cannabis* herbácea e; muito menos frequente, o óleo de *cannabis*. Para muitos, fumar a resina de *cannabis* juntamente com tabaco continua a ser a via habitual de administração da droga, embora noutras partes do mundo este padrão de consumo seja relativamente invulgar. Embora a Europa continue a ser o principal mercado mundial para a resina de *cannabis*, os produtos de *cannabis* herbácea parecem estar a tornar-se mais comuns e a predominar em alguns mercados. Nos últimos anos, este quadro complicou-se ainda mais com a crescente disponibilidade de *cannabis* produzida na Europa, parte da qual é cultivada em condições controladas e pode atingir uma potência relativamente elevada. Este tipo de *cannabis* transformou-se num produto específico em muitos países e vem dificultar a avaliação do impacto provocado pela alteração dos padrões de consumo de *cannabis* na saúde pública.

Oferta e disponibilidade

Produção e tráfico

Uma vez que a *cannabis* pode ser cultivada numa série de ambientes diferentes e cresce espontaneamente em muitas partes do mundo, é extremamente difícil produzir estimativas convincentes da produção mundial. Após uma tendência crescente que durou vários anos, tendo em conta a informação sobre a diversificação da produção de *cannabis*, o UNODC reduziu as suas estimativas mundiais de produção de *cannabis* herbácea de 45 000 toneladas em 2004 para 42 000 toneladas em 2005, sobretudo devido às estimativas que apontavam para uma diminuição da produção na América do Norte, na sequência dos intensos esforços de erradicação da *cannabis*. Calcula-se

Interpretação dos dados sobre apreensões e outros dados relativos ao mercado

As apreensões de droga ocorridas num país são normalmente consideradas como um indicador indirecto da oferta e disponibilidade de drogas, embora também reflectam os recursos, as prioridades e as estratégias dos serviços de aplicação da lei, bem como a vulnerabilidade dos traficantes às actividades nacionais e internacionais de redução da oferta, e também as práticas de notificação. As quantidades apreendidas podem variar muito de ano para ano, por exemplo, se num determinado ano se efectuarem apreensões muito volumosas. Por esta razão, o número de apreensões é, por vezes, um melhor indicador das tendências. Em todos os países, o número de apreensões inclui uma grande percentagem de pequenas apreensões a nível da venda a retalho (rua). Quando conhecidos, a origem e o destino das drogas apreendidas podem dar indicações sobre as rotas de tráfico e as zonas de produção. O preço e a pureza/potência das drogas a nível da venda a retalho são mencionados pela maioria dos Estados-Membros, mas os dados provêm de uma série de fontes diferentes, nem sempre comparáveis, o que dificulta a realização de comparações precisas.

Para observar as apreensões de droga num contexto mais vasto, apresenta-se neste relatório informações resumidas sobre a situação mundial. O Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime publica um relatório anual sobre a situação internacional em matéria de droga, o qual constitui a principal fonte utilizada nas estimativas mundiais aqui incluídas. O leitor deverá ter em conta que há dificuldades em compilar informações deste tipo e, em muitas partes do mundo, os sistemas de informação estão pouco desenvolvidos. Por conseguinte, estes dados devem ser encarados como os mais aproximados que é possível obter a partir das fontes de informação actualmente disponíveis.

actualmente que cerca de metade da *cannabis* mundial seja produzida nas Américas (46%), seguida pela África (26%) e depois pela Ásia (22%) (UNODC, 2007).

Marrocos continua a ser o principal produtor internacional de resina de *cannabis*, e embora um trabalho de inquérito recente sugira que a superfície cultivada com *cannabis* diminuiu cerca de 40% entre 2004 e 2005, ainda se calcula que este país produza cerca de 70% da resina de *cannabis* consumida na Europa. Com base em estimativas da superfície total cultivada, Marrocos tinha uma produção

potencial de 1 066 toneladas em 2005, sendo a maior parte da *cannabis* marroquina destinada aos mercados europeu e norte-africano (CND, 2007; UNODC e Governo de Marrocos, 2007). A resina de *cannabis* é introduzida na Europa através da Península Ibérica. Apesar de Marrocos ser, de longe, o principal produtor de resina para o mercado europeu, também há resina proveniente de outros países (Moldávia e Índia) alegadamente disponível, em especial nos países da Europa Central.

Enquanto a resina de *cannabis* na Europa tende a ser um produto bastante uniforme, o mesmo não se pode dizer da *cannabis* herbácea. A droga apreendida em 2005 provinha de origens que incluem a Albânia, os Países Baixos, os países da antiga Jugoslávia, Angola e a África do Sul. Embora a produção interna de *cannabis* herbácea seja difícil de monitorizar sistematicamente, em 2005 foi registada em metade dos países que apresentaram informações. Alguma *cannabis* produzida na Europa é cultivada ao ar livre e pode considerar-se praticamente indistinguível da *cannabis* herbácea importada. No entanto, a *cannabis* de potência relativamente elevada, cultivada de forma intensiva, parece estar a tornar-se uma parte importante e, possivelmente, crescente do mercado em muitos países e os equipamentos para os consumidores produzirem *cannabis* em casa já estão amplamente disponíveis através da Internet ou, em alguns países, junto de fornecedores especializados. O facto de esta forma de droga ser cultivada em espaços interiores e frequentemente na proximidade do mercado a que se destina pode levar a que seja menos apreendida e, por isso, menos visível nos dados disponíveis.

Apreensões

Em 2005, as apreensões de resina de *cannabis* a nível mundial ascenderam, no total, a 1 302 toneladas, para 4 644 toneladas *cannabis* herbácea, apresentando ambos os totais uma diminuição em relação aos valores de 2004. A Europa Ocidental e Central continuaram a ser responsáveis pelo grosso da resina apreendida (70%), ao passo que as maiores quantidades de *cannabis* herbácea apreendida continuaram a estar concentradas na América do Norte (64%) (UNODC, 2007).

Estima-se que em 2005 foram efectuadas, na Europa, 303 000 apreensões de resina de *cannabis* equivalentes a 909 toneladas⁽²⁵⁾, sendo a Espanha responsável por cerca de metade das apreensões e por aproximadamente três quartos da quantidade total apreendida⁽²⁶⁾. Um ligeiro aumento do número de apreensões de resina notificadas em 2005 deu continuidade à tendência crescente observada desde 2000. No entanto, isto não se aplica à quantidade de resina apreendida, que diminuiu em 2005, depois de ter aumentado no período de 2000 a 2004.

Cannabis para consumo pessoal: situação jurídica

Apesar das diferentes abordagens jurídicas à *cannabis* nos diversos Estados-Membros⁽¹⁾, é possível observar, na Europa, uma tendência geral para o desenvolvimento de medidas alternativas às sentenças penais, para os casos de consumo e de posse de pequenas quantidades de *cannabis* para consumo pessoal, sem circunstâncias agravantes. A *cannabis* já é frequentemente distinguida das outras substâncias ilegais tanto pela lei, como pelas directivas do Ministério Público ou pela prática judicial. Na maioria dos países europeus, houve uma substituição das penas de prisão por coimas, cauções, liberdade condicional, isenção de pena e aconselhamento. Podem encontrar-se exemplos desta tendência em várias medidas recentes, incluindo a supressão das penas de prisão no Luxemburgo, em 2001, e na Bélgica, em 2003, e a redução das penas de prisão na Grécia, em 2003, e no Reino Unido, em 2004. Foram emitidas directivas para a polícia ou para os procuradores públicos nos seguintes países: Bélgica, em 2003 e 2005, França, em 2005, e Reino Unido, em 2004 e 2006. Em 2006, a República Checa quase estabeleceu categorias diferentes para as drogas não medicinais, mas o projecto de Código Penal foi rejeitado por outros motivos, não conexos. Não obstante, o número de infracções notificadas relacionadas com o consumo de *cannabis* continua a aumentar na Europa (ver capítulo 1).

O debate sobre a *cannabis* continua aceso e subsiste uma considerável controvérsia a respeito dos custos e benefícios relativos das diferentes respostas de saúde pública e de justiça penal. Isto reflecte-se no facto de nem todas as medidas terem seguido a via da atenuação das penas e, em alguns países, estas terem mesmo sido agravadas ou a situação existente ter passado a ser criticamente analisada. Em 2004, uma directiva destinada aos procuradores públicos da Dinamarca exortou-os a aplicar coimas, em vez de advertências, e em Itália, em 2006, a distinção jurídica entre as drogas não medicinais foi eliminada, desencorajando a tendência para distinguir entre drogas «leves» e drogas «duras». Outros países têm estado a rever a sua actual resposta à *cannabis*, por exemplo, os Países Baixos publicaram uma estratégia específica para esta droga em 2005 e a Alemanha procedeu a uma avaliação da aplicação de penas por simples posse de *cannabis*.

A política relativa à *cannabis* continua a ser uma questão polémica, que gera grande desacordo na opinião pública. Este facto está patente nas conclusões do recente Inquérito Eurobarómetro (2006), em que se perguntou aos cidadãos europeus se concordavam com a afirmação de que o consumo pessoal de *cannabis* deveria ser legalizado em toda a Europa. Um pouco mais de dois terços (68%) dos inquiridos não estavam de acordo e apenas cerca de um quarto (26%) concordava com esta proposta. Em todos os países, apesar de a percentagem dos inquiridos favoráveis à manutenção da proibição variar, foi sempre esse o ponto de vista maioritário.

(1) Para uma análise mais vasta, ver a síntese do tema na ELDD <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>

(25) Os dados sobre as apreensões europeias de droga em que a presente secção se baseia podem ser encontrados nos quadros SZR-1, SZR-2, SZR-3 e SZR-4 do Boletim Estatístico de 2007.

(26) Esta situação deverá ser verificada quando estiverem disponíveis os dados em falta referentes ao ano de 2005. Nas estimativas, os dados em falta para 2005 foram substituídos por dados de 2004.

A posição relativa da resina de *cannabis* e da *cannabis* herbácea está patente no facto de em 2005 as apreensões de *cannabis* herbácea corresponderem apenas a cerca de metade (152 000) das outras e a menos de um décimo do volume apreendido (66 toneladas). Os valores das apreensões de *cannabis* herbácea na Europa aumentaram constantemente nos últimos cinco anos, embora a situação das quantidades apreendidas pareça ser menos clara, com um possível aumento em 2005, após um período de diminuição entre 2001 e 2004. As conclusões, neste caso, são necessariamente preliminares, pois o Reino Unido, país responsável pela maioria das apreensões de *cannabis* herbácea tanto em número como em quantidade, ainda não apresentou dados relativos a 2005.

Em 2005, um número estimado de 13 500 apreensões na UE levou à apreensão de cerca de 24 milhões de plantas de *cannabis* (a maior parte na Turquia), e 13,6 toneladas de plantas de *cannabis* (a maior parte em Espanha). Globalmente, o número de apreensões de plantas de *cannabis* na Europa revela uma contínua tendência crescente desde 2000. Se examinarmos os Estados-Membros da UE, o número de plantas de *cannabis* apreendidas atingiu o ponto mais alto em 2001 e voltou a aumentar a partir de 2003, ao passo que na Turquia, após um aumento no período de 2001-2003, o número de plantas de *cannabis* apreendidas diminuiu em 2004 e voltou a aumentar em 2005.

Preço e potência

Em 2005, o preço médio ou típico de venda a retalho da resina de *cannabis* e da *cannabis* herbácea variou, entre os diversos países e dentro de cada país, comunicando a maioria destes países preços para os produtos de *cannabis* que variam entre 4 e 10 euros por grama ⁽²⁷⁾. Contudo, os preços médios ou típicos registados para ambos os tipos de *cannabis* variaram entre 2 euros por grama e mais de 15 euros. Os preços médios da resina de *cannabis*, indexados à inflação, diminuíram no período de 2000-2005 em todos os países que apresentaram dados, excepto a Polónia, onde os preços se mantiveram estáveis. Os preços médios da *cannabis* herbácea, indexados à inflação, também diminuíram ou permaneceram estáveis durante o mesmo período, em todos os países que forneceram informações, excepto a Eslovénia ⁽²⁸⁾.

A potência dos produtos de *cannabis* é determinada pelo seu teor de Δ^9 -tetrahydrocannabinol (THC), a sua substância activa (OEDT, 2004). Em 2005, o teor médio ou típico de THC da resina de *cannabis* a nível da venda a retalho variou, segundo as informações comunicadas, entre menos de 1% e 17%, sendo esta amplitude de variação difícil de explicar dada a origem comum da maior parte da resina

Inquéritos — Um instrumento importante para compreender os padrões e as tendências em matéria de consumo de droga na Europa

O consumo de droga entre a população em geral ou entre a população escolar é avaliado através de inquéritos que proporcionam estimativas da percentagem de pessoas que declaram ter consumido drogas em determinados períodos: ao longo da vida, no último ano ou no último mês.

O OEDT, em associação com os peritos nacionais, desenvolveu um conjunto de elementos fundamentais comuns (o «Questionário-Modelo Europeu», QME) a utilizar nos inquéritos à população adulta e que foram aplicados na maioria dos Estados-Membros da UE. O QME é descrito em pormenor no «Handbook for surveys about drug use among the general population» (Manual de inquéritos sobre o consumo de droga entre a população geral) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1380>). No entanto, ainda subsistem diferenças entre os diversos países no que respeita à metodologia e ao ano da recolha de dados, devendo as pequenas diferenças constatadas entre os dados nacionais ser interpretadas com prudência ⁽¹⁾.

A realização de inquéritos é dispendiosa, pelo que poucos países recolhem informações anualmente. Os dados apresentados neste relatório baseiam-se no inquérito mais recente disponível, ou seja, na maioria dos casos, terá sido realizado entre 2003 e 2006.

São comumente utilizados três indicadores do consumo de droga ao longo do tempo para apresentar os dados de inquérito. O mais vasto é o consumo ou a prevalência ao longo da vida. Este indicador é normalmente usado para apresentar os dados relativos a grupos muito jovens, por exemplo crianças em idade escolar, mas é pouco útil para reflectir a situação existente entre os adultos, embora possa dar uma ideia dos padrões de consumo e da incidência. No presente relatório, privilegia-se a informação sobre o consumo no último ano e no último mês, dado que estes dois indicadores reflectem melhor a situação actual, servindo a segunda categoria muitas vezes como indicador substitutivo do consumo regular. É importante identificar claramente os consumidores regulares ou que têm problemas com o seu consumo de droga, tendo sido feitos alguns progressos neste aspecto com o desenvolvimento de escalas destinadas a avaliar as formas de consumo mais intensivas, as quais são incluídas sempre que estejam disponíveis (ver caixa sobre o desenvolvimento de escalas psicométricas, p. 43).

⁽¹⁾ Faixas etárias habitualmente utilizadas pelo OEDT: todos os adultos (dos 15 aos 64 anos) e jovens adultos (dos 15 aos 34 anos). Os dados de alguns países abrangem faixas etárias ligeiramente diferentes (designadamente, 16-64, 18-64, 16-59 anos). Para mais informações sobre a metodologia dos inquéritos à população («methodology of population surveys») e os métodos utilizados em cada inquérito nacional, ver Boletim Estatístico de 2007.

⁽²⁷⁾ Ver quadro PPP-1 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽²⁸⁾ Os dados relativos ao preço da resina de *cannabis* e da *cannabis* herbácea foram analisados em relação a 19 países (que dispunham de dados em relação a três anos consecutivos, pelo menos).

européia. A potência da *cannabis* herbácea variou entre menos de 1% e pouco mais de 15%. Nos dados disponíveis, não é possível distinguir entre a *cannabis* herbácea produzida a nível doméstico e a importada, mas os Países Baixos apresentaram uma estimativa de 17,7% para a *cannabis* herbácea produzida localmente ⁽²⁹⁾.

Prevalência e padrões do consumo de *cannabis*

Entre a população em geral

Os dados de inquérito mais recentes confirmam a ideia de que a *cannabis* é a substância ilegal mais consumida na Europa. Durante a década de 1990, o consumo da droga, sobretudo entre os jovens, aumentou em praticamente todos os países. No entanto, alguns dados mais recentes sugerem que essa tendência crescente está a estabilizar, embora a níveis historicamente elevados. Uma importante questão secundária é investigar as tendências entre os que consomem a droga intensivamente e durante longos períodos. Neste caso, os dados não são tão bons, mas subsiste a preocupação de que haja mais jovens a consumir *cannabis* desta forma e que este facto se esteja a reflectir parcialmente no aumento dos pedidos de tratamento por consumo de *cannabis* que se têm verificado em alguns países.

Segundo algumas estimativas conservadoras, a *cannabis* foi consumida pelo menos uma vez (prevalência ao longo da vida) por mais de 70 milhões de adultos europeus, o que corresponde, em média, a quase um quarto (22%) da população entre os 15 e os 64 anos ⁽³⁰⁾. Os valores nacionais variam entre 2% e 37%, sendo os mais baixos registados na Bulgária, Malta e Roménia, e os mais elevados na Dinamarca (36,5%), França (30,6%), Reino Unido (29,8%) e Itália (29,3%) ⁽³¹⁾. Apesar desta grande variação global, 12 dos 26 países europeus que forneceram informações mencionaram taxas de prevalência ao longo da vida na ordem de 10 a 25% ⁽³²⁾.

Mudando o ponto de referência de «ao longo da vida» para «no último ano», os níveis registados do consumo de *cannabis* diminuem, mas continuam a ser consideráveis. As estimativas sugerem que mais de 23 milhões de adultos europeus consumiram *cannabis* no último ano, produzindo um valor médio de cerca de 7% da população entre os 15 e os 64 anos de idade. Os valores nacionais variam

entre 1% e 11,2%, tendo os valores mais baixos sido comunicados pela Bulgária, Grécia e Malta, e os mais elevados pela Itália (11,2%), Espanha (11,2%), República Checa (9,3%) e Reino Unido (8,7%). Mais uma vez, apesar da grande variação global, 13 dos 25 países que forneceram informações mencionaram estimativas da prevalência no último ano entre 4% e 9% (figura 3).

As estimativas da prevalência no último mês incluem as pessoas que consomem *cannabis* mais regularmente, embora não necessariamente de forma intensiva. Estima-se que 13,4 milhões de adultos europeus a consumiram no mês transacto, em média cerca de 4% dos adultos entre 15 e 64 anos. Os valores nacionais variam entre 0,5% e 8,7%. Os valores mais baixos foram comunicados pela Bulgária, Malta, Lituânia e Suécia, e os mais elevados pela Espanha (8,7%), Itália (5,8%), Reino Unido (5,2%) e França (4,8%). Os valores de 13 dos 26 países que forneceram informações situam-se entre 2% e 6% ⁽³³⁾.

Consumo de *cannabis* entre os jovens adultos

O consumo de *cannabis* é desproporcionadamente elevado entre os jovens e, dependendo do país inquirido, entre 3% e 49,5% dos jovens adultos europeus (15-34 anos) que dizem já ter consumido *cannabis*, 3-20% dizem tê-la consumido no último ano, e 1,5-15,5% referem tê-la consumido no último mês. Os valores mais elevados do consumo ao longo da vida são referidos pela Dinamarca, França, Reino Unido e Espanha, com a Espanha, a República Checa, a França e a Itália a comunicarem os níveis mais altos de prevalência no último ano. Em média, 30% dos jovens adultos referem ter consumido a substância ao longo da vida, 13% no último ano, e mais de 7% no último mês. A título de comparação, as estimativas do último ano e do último mês relativas aos adultos entre os 35 e os 64 anos são de 3% e 1,6%, respectivamente ⁽³⁴⁾.

Se a atenção se restringir aos jovens na faixa etária dos 15 aos 24 anos, as estimativas da prevalência do consumo ao longo da vida variam entre 3% e 44% (comunicando a maioria dos países valores de 20 a 40%). As taxas de prevalência no último ano variam entre 4% e 28% (na maioria dos países 10-25%), e as taxas de prevalência no último mês situam-se entre 1% e 19% (na maioria dos países 5-12%). Entre os homens desta faixa etária, as estimativas da prevalência são ainda mais altas. O consumo ao longo da vida foi mencionado por 11-51% dos homens jovens (na maior parte dos países 25-45%), o consumo no último ano foi referido por 5-35% (na maioria dos países 15-30%),

⁽²⁹⁾ Os dados sobre a potência da *cannabis* podem ser encontrados nos quadros PPP-2 e PPP-5 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽³⁰⁾ A percentagem média foi calculada como a média das taxas de prevalência nacionais ponderadas de acordo com a população da faixa etária pertinente em cada país. Os valores totais foram calculados multiplicando a prevalência entre a população envolvida em cada país e, nos países que não dispunham de dados, imputando a prevalência média. Estes valores correspondem, provavelmente, a um nível mínimo, pois é possível que os dados não tenham sido exaustivamente comunicados.

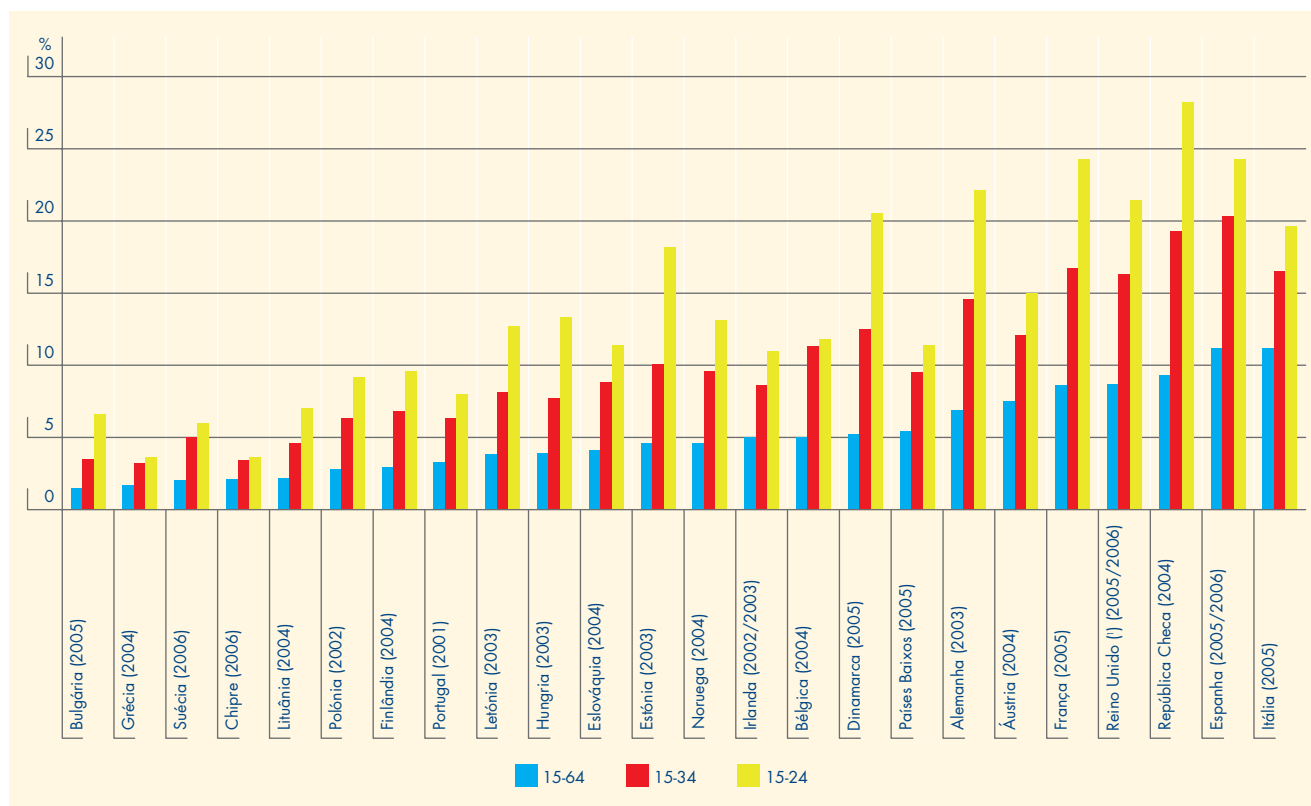
⁽³¹⁾ Neste texto, os valores relativos ao Reino Unido baseiam-se no *British Crime Survey* (Inglaterra e País de Gales) de 2006, por razões práticas. Há estatísticas complementares relativas à Escócia e à Irlanda do Norte, bem como uma estimativa combinada para o Reino Unido (apresentada no Boletim Estatístico de 2007).

⁽³²⁾ Ver quadro GPS-8 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽³³⁾ Ver quadro GPS-12 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽³⁴⁾ Ver quadro GPS-9, GPS-11 e GPS-13 no Boletim Estatístico de 2007.

Figura 3: Prevalência no último ano do consumo de *cannabis* entre todos os adultos (15-64 anos) e os jovens adultos (15-34 anos e 15-24 anos)



(*) Inglaterra e País de Gales.

NB: Os dados provêm dos inquéritos nacionais mais recentes disponíveis em cada país quando os relatórios foram elaborados. Os países estão ordenados de acordo com a prevalência geral (todos os adultos). Ver quadros GPS-10, GPS-11 e GPS-18 no Boletim Estatístico de 2007 para mais informações.

Fontes: Relatórios nacionais Reitox (2006), extraídos de inquéritos à população, relatórios ou artigos científicos.

e o consumo no último mês por 1,7-23,7% (na maior parte dos países 6-20%)⁽³⁵⁾.

Padrões de consumo de *cannabis*

Como já foi dito, o consumo de *cannabis*, à semelhança do que acontece com a maioria das restantes drogas ilegais, é nitidamente mais elevado entre os jovens, embora mesmo neste caso seja possível encontrar uma variação considerável por país. O consumo também é visivelmente maior entre os homens do que entre as mulheres, embora esta diferença tenda a ser menos pronunciada no caso dos jovens. De um modo geral, o rácio entre homens e mulheres aumenta nas medições mais recentes do consumo e, também aí, é possível observar uma variação considerável em função dos países, por exemplo, os rácios entre os géneros em relação ao consumo registado de *cannabis* no último mês variam entre 1,5 em Itália e 1,14 na Lituânia (ver tema específico relativo ao género e ao consumo de droga) de 2006.

Em muitos casos, o consumo de *cannabis* tende a cessar após um curto período experimental e as taxas de consumo

diminuem, geralmente, à medida que os indivíduos envelhecem. É, todavia, difícil acompanhar os percursos dos consumidores de *cannabis* nos dados disponíveis e identificar as alterações do padrão de consumo ao longo do tempo. Será possível entender um pouco melhor esta questão comparando o consumo registado ao longo da vida com as medições do consumo mais recentes. Em média, esta análise sugere que 32% dos adultos (15-64 anos) que já consumiram *cannabis* o fizeram no último ano e 18% no último mês. Estas percentagens, às vezes denominadas «taxas de continuação», variam consideravelmente consoante os países e são influenciadas por vários factores, incluindo a evolução histórica do consumo de *cannabis* num país e o número de casos novos. No entanto, importará provavelmente compreender a percentagem de consumidores de *cannabis* que avançam para padrões de consumo regulares e duradouros para entender o potencial impacto do consumo desta substância na saúde pública. Apesar dos receios de que o número de pessoas que consomem a droga regular ou intensivamente⁽³⁶⁾ esteja a crescer, actualmente as

⁽³⁵⁾ Ver quadros GPS-17, GPS-18 e GPS-19 e figuras GPS-1, GPS-3, GPS-7 e GPS-12 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽³⁶⁾ Ainda não há uma definição universalmente aceite de «consumo intensivo de *cannabis*». Trata-se, todavia, de um termo geral que indica um consumo de *cannabis* superior a um determinado limiar de frequência. Não implica necessariamente a existência de «dependência/abuso» ou de outros problemas, mas considera-se que aumenta o risco de consequências negativas, incluindo a dependência. Neste capítulo, os valores referem-se a um «consumo diário ou quase diário» (definido como o consumo em 20 ou mais dos últimos 30 dias). Este nível de referência tem sido frequentemente utilizado nos estudos e pode ser obtido a partir do questionário-modelo europeu. Os estudos metodológicos em curso (nacionais e do OEDT) ajudarão a compreender melhor as relações existentes entre o consumo intensivo/frequente e os problemas (ver caixa sobre o desenvolvimento de escalas psicométricas, p. 43).

Desenvolvimento de escalas psicométricas para identificar o consumo intensivo, dependente e problemático de cannabis nos dados de inquérito

As descrições sobre o consumo de droga obtidas a partir dos inquéritos são baseadas no comportamento ao longo de diferentes períodos comunicado pelos próprios inquiridos. Historicamente, o consumo diário não foi sistematicamente monitorizado, em parte porque a prevalência do consumo de cannabis era baixa, na maioria dos países. Além disso, a restrição das atenções ao consumo no último mês não permite estimar o número de consumidores intensivos com precisão. Todavia, como o consumo de cannabis aumentou em toda a Europa e, com ele, as preocupações suscitadas pelos problemas concomitantes, foi necessário reconsiderar essa abordagem. Na verdade, quase todos os países da UE recolhem actualmente informações sobre o número de dias em que a droga foi consumida no mês anterior à entrevista. Com base nestas informações, estima-se que cerca de 3 milhões de pessoas possam estar a consumir cannabis diariamente, ou quase diariamente.

O OEDT está a trabalhar com os peritos nacionais para melhorar a representação deste tipo de consumo intensivo nos dados resultantes dos inquéritos à população. Porém, estes dados ainda constituem um instrumento pouco preciso para identificar as pessoas que sofrem de problemas ou de dependência decorrentes do seu consumo de cannabis. Esta informação é crucial para compreender o impacto do consumo de cannabis na saúde pública e constitui, presentemente, uma questão fundamental para o grupo de peritos em matéria de inquéritos do OEDT.

Também está a ser desenvolvido o quadro metodológico e conceptual necessário para monitorizar as «formas intensivas de consumo de droga», que poderá ser utilizado nos inquéritos à população para identificar melhor os consumidores que têm problemas. Alguns países estão a começar a medir a «dependência» ou o «consumo problemático» de cannabis entre a população em geral, havendo projectos pioneiros em curso em França, Alemanha, Países Baixos, Polónia, Portugal, Reino Unido e, mais recentemente, em Espanha.

Um exemplo da importância deste trabalho é dado pela experiência do inquérito francês de 2005, que incluiu a escala experimental CAST (*cannabis abuse screening test*) (teste de rastreio do abuso de cannabis); nesta medição, uma análise preliminar sugeriu que nada menos de 16% das pessoas que consumiram cannabis no último ano e 58% dos consumidores diários poderiam estar em risco de consumo problemático.

informações disponíveis são muito poucas para que esta questão possa ser estudada. O OEDT está a colaborar de forma mais estreita com vários Estados-Membros no

desenvolvimento de uma melhor abordagem metodológica a este tema. Uma estimativa aproximada feita pelo OEDT em 2004, com base num número limitado de dados, sugeriu que cerca de 1% dos adultos europeus, ou cerca de 3 milhões de pessoas, poderão ser consumidores de cannabis «diários ou quase diários». Está previsto que esta estimativa seja actualizada num futuro próximo. Vários países comunicaram aumentos do consumo regular ou intensivo de cannabis, mas só a Espanha enviou dados comparáveis sobre o «consumo diário»⁽³⁷⁾, que aumentou de 0,7% em 1997 para 2% em 2006.

Outra importante necessidade de informação neste domínio é a de compreender melhor os factores associados ao abandono do consumo. Como já foi dito, a maioria das pessoas que começam a consumir cannabis deixam de o fazer ao fim de algum tempo. É claramente importante compreender os factores associados a esse abandono para formular intervenções neste domínio. Estão a começar a surgir algumas informações nesta área, por exemplo, o inquérito de 2005 à população francesa constatou que entre as pessoas que já tinham consumido cannabis, mas que não a consumiram no último ano, a maioria (80%) apresenta como principal motivo para o não consumo a pura e simples falta de interesse por este, e isto apesar de a maioria dos adultos (quase 60%) considerar que seria fácil obter cannabis, se quisesse.

Tendências do consumo de cannabis entre os adultos

O acompanhamento das tendências do consumo de droga na Europa é dificultado pela inexistência de séries de dados cronológicas fiáveis em muitos países. No entanto, um número crescente de países tem realizado inquéritos, desde a década de 1990, começando alguns deles a fornecer informações úteis sobre as tendências ao longo do tempo.

As séries cronológicas fornecidas pelos inquéritos podem clarificar a evolução do consumo de cannabis na Europa. Uma das conclusões é a de que existem importantes diferenças cronológicas entre os diversos países e vagas de popularidade observáveis no consumo da droga, desde que esta começou a popularizar-se na década de 1960⁽³⁸⁾. São disto exemplo os dados da Suécia (relatório nacional Reitox 2005), país que registou um nível relativamente elevado de experimentação na década de 1970 entre os recrutas do serviço militar obrigatório e os alunos das escolas, seguido de uma diminuição substancial na década de 1980 e, depois, de uma nova subida na década de 1990 para níveis semelhantes aos da década de 1970, seguida de uma diminuição nos últimos anos. Observa-se um fenómeno semelhante nos dados finlandeses, com grandes vagas de consumo da droga; primeiro na década de 1960 e depois na década de 1990.

⁽³⁷⁾ 1997 (0,7%), 1999 (0,8%), 2001 (1,5%), 2003 (1,5%), 2005/06 (2%). Este parâmetro (consumo em 30 dias nos últimos 30 dias) é diferente do anteriormente usado «consumo diário ou quase diário» (consumo em 20 dias ou mais nos últimos 30 dias), que produzirá uma estimativa mais elevada. Em França, entende-se por «consumidor regular» alguém que consuma a droga «10 ou mais vezes nos últimos 30 dias (4,3% dos adultos do sexo masculino, 1,3% dos adultos do sexo feminino). No Reino Unido, entende-se por «consumo frequente» um «consumo superior a uma vez por mês no último ano», não sendo comparável com os parâmetros utilizados na presente secção.

⁽³⁸⁾ Ver também figura 4 do Relatório Anual de 2004.

Pode concluir-se, dos dados de inquérito, que o consumo de *cannabis* aumentou acentuadamente durante a década de 1990, em quase todos os países da UE. Este aumento manteve-se até há pouco tempo em muitos países, embora haja indícios de estabilização em alguns países, em especial entre o que pode considerar-se grupo de prevalência elevada. Um exemplo disto é o caso do Reino Unido, que, de um modo geral, parece ser muitas vezes «pioneiro» no que respeita às tendências do consumo de droga. No início da década de 1990, o Reino Unido destacou-se como um país de prevalência elevada, comunicando, em relação à maioria dos parâmetros, os valores mais altos da Europa. No entanto, os níveis de prevalência no último ano, entre os jovens adultos (16-34) estabilizaram a partir de 1998 e diminuíram entre 2003 e 2006 (20,0% para 16,3%). Curiosamente, na faixa de idades mais jovem (16-24), tem sido observada uma diminuição constante desde 1998, sugerindo que o consumo de *cannabis* se tornou menos popular entre os jovens ⁽³⁹⁾.

Os níveis de consumo de *cannabis* em França, Espanha e Itália começaram a aproximar-se do níveis de prevalência no Reino Unido, nos últimos anos (2002, 2003 e 2005, respectivamente), após um período de aumentos constantes, mas também aqui estão a surgir alguns indícios de estabilização da situação. A França informou que o consumo diminuiu em 2005 e, embora a Espanha refira um ligeiro aumento até 2006, globalmente há indícios, nos dados mais recentes, de que a tendência poderá ser para estabilizar. Na República Checa, país com taxas de prevalência elevadas, é difícil avaliar as tendências com os dados disponíveis — embora as informações relativas aos jovens adultos sugiram que os níveis de prevalência poderão ter diminuído ligeiramente.

Nos países que apresentam uma prevalência média e baixa no último ano, entre os jovens adultos (15-34 anos), os dados mais recentes da Dinamarca e dos Países Baixos mostram uma ligeira descida, embora os níveis de consumo ainda pareçam estar a aumentar na Estónia, Alemanha, Hungria, Eslováquia e Noruega ⁽⁴⁰⁾. Contudo, estes aumentos são, na sua maioria, pequenos e geralmente menos pronunciados nas estimativas mais recentes.

A Finlândia e a Suécia continuam a figurar entre os países que registam os níveis mais baixos de consumo de *cannabis* e, apesar de as estimativas da prevalência terem aumentado, não há indícios de convergência com os países de prevalência mais elevada. O aumento observado na Suécia, de 2000 a 2004, na prevalência no último ano entre os jovens adultos (de 1,3% para 5,3%), embora grande, é difícil de interpretar devido a alterações metodológicas na realização do inquérito e as estimativas

da prevalência nos inquéritos de 2004, 2005 e 2006 sugerem que a situação é estável.

Entre a população escolar

Outra perspectiva útil sobre os padrões e as tendências do consumo de *cannabis* é proporcionada pelos dados dos inquéritos escolares, os quais revelam um aumento dos níveis de consumo de *cannabis* em muitos países da UE, no final da década de 1990 e no início da década de 2000.

Globalmente, o quadro geral revelado pelos dados provenientes dos inquéritos escolares reflecte o que se encontra nos inquéritos a adultos. As taxas mais elevadas de prevalência do consumo de *cannabis* ao longo da vida entre os alunos de 15-16 anos na Europa são as registadas pela Bélgica, República Checa, Irlanda, Espanha, França e Reino Unido, comunicando todos eles taxas entre 30% e 44%. A Alemanha, Itália, Países Baixos, Eslovénia e Eslováquia comunicam taxas superiores a 25%. Em contraste, a Grécia, Chipre, Roménia, Suécia, Turquia e Noruega comunicam estimativas da prevalência ao longo da vida inferiores a 10%.

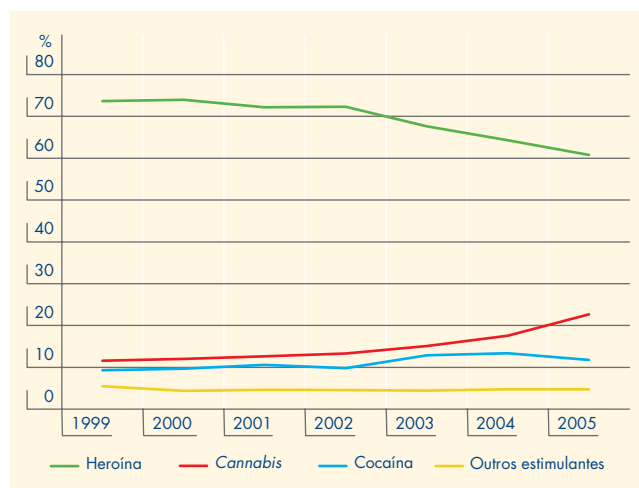
A análise dos dados das primeiras três rondas do inquérito ESPAD (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*) (Projecto Europeu para o Estudo do Álcool e Outras Substâncias em Meio Escolar) (1996-2003) revelou diferenças geográficas acentuadas nas tendências da prevalência do consumo de *cannabis* ao longo da vida entre a população escolar de 15-16 anos. Os países podem ser classificados em três grupos geográficos. Na Irlanda e no Reino Unido, que têm longos históricos de consumo de *cannabis*, a prevalência ao longo da vida é elevada, mas tem-se mantido estável na última década. Nos Estados-Membros da Europa Central e Oriental, juntamente com a Dinamarca, a Espanha, a França, a Itália e Portugal, a prevalência do consumo de *cannabis* ao longo da vida aumentou substancialmente entre 1995 e 2003. No terceiro grupo de Estados-Membros (Finlândia e Suécia, no norte, e Grécia, Chipre e Malta, no sul), mais a Noruega, as estimativas da prevalência ao longo da vida entre a população escolar mantiveram níveis relativamente baixos (em torno de 10% ou menos). No próximo ano, deverão ficar disponíveis novos dados resultantes da próxima ronda do estudo ESPAD.

Apenas quatro países (Itália, Polónia, Suécia e Reino Unido) forneceram novos dados resultantes dos inquéritos escolares nacionais, em 2005, e a Bélgica apresentou dados provenientes de um inquérito realizado na região da Flandres. Na Suécia, a situação revelou-se estável, tendo sido constatadas pequenas diminuições nos outros quatro inquéritos.

⁽³⁹⁾ Ver figura GPS-10 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽⁴⁰⁾ Ver figura GPS-4 no Boletim Estatístico de 2007.

Figura 4: Tendências no padrão de utilização dos serviços de tratamento (1999-2005) — Droga principal na base do pedido de tratamento pelos utentes em percentagem do total de pedidos



NB: Com base nas respostas de 21 Estados-Membros: Bulgária, República Checa, Dinamarca, Alemanha, Irlanda, Grécia, Espanha, França, Itália, Chipre, Lituânia, Luxemburgo, Hungria, Malta, Países Baixos, Roménia, Eslovénia, Eslováquia, Finlândia, Suécia e Reino Unido. Os dados em falta foram interpolados para cada país mantendo a tendência média da UE nos dados disponíveis para cada ano. Para mais informações e notas pormenorizadas, ver figura TDI-3 no Boletim Estatístico de 2007.

Fontes: Pontos focais nacionais da Reitox.

Cannabis: dados sobre a procura de tratamento ⁽⁴¹⁾

Padrões globais da procura de tratamento

Entre os 326 000 pedidos de tratamento notificados no total, em 2005 (dados de 21 países), a *cannabis* foi a principal razão do respectivo encaminhamento em aproximadamente 20% dos casos, o que a coloca em segundo lugar, a seguir à heroína. A maior procura de tratamento por consumo de *cannabis* como droga principal verifica-se normalmente nos centros de tratamento em regime ambulatorio ⁽⁴²⁾.

Os utentes dos serviços de tratamento da toxicodependência são frequentemente referenciados como consumidores problemáticos de outras drogas, juntamente com a droga principal que os leva a procurar tratamento; esta situação é menos frequente no caso dos consumidores de *cannabis*, que são os utentes mais comumente referidos como consumindo apenas uma substância (*cannabis*). Alguns, porém, consomem *cannabis* em associação com outras drogas, mais frequentemente com álcool (37%) e anfetaminas ou *ecstasy* (28%). A seguir ao álcool (38%), a *cannabis*

figura como a segunda substância mais frequentemente citada pelas pessoas em tratamento ⁽⁴³⁾.

Aumento dos pedidos de tratamento

Entre os cerca de 130 000 novos pedidos de tratamento da toxicodependência, os consumidores de *cannabis* representam 29% dos novos utentes, logo a seguir à percentagem de novos pedidos de tratamento por consumo de heroína (35%; dados disponíveis de 22 países) ⁽⁴⁴⁾. Embora os problemas de disponibilidade dos dados dificultem a realização de comentários precisos sobre as tendências, é possível identificar as principais tendências patentes nos pedidos de tratamento por consumo de *cannabis*. Entre 1999 e 2005, o número total de novos pedidos de tratamento e de pedidos de tratamento registados referentes ao consumo de *cannabis* quase triplicou. No entanto, a tendência crescente parece estar a estabilizar, nos dados mais recentes. Em todos os países (excepto a Lituânia), entre os novos clientes, a percentagem que, segundo os dados, procura tratamento por consumo de *cannabis* como substância principal é superior à percentagem correspondente entre todos os utentes ⁽⁴⁵⁾.

No período de 1999 a 2005, a percentagem dos utentes que procuraram tratamento devido ao consumo de *cannabis* como droga principal aumentou na maioria dos países que forneceram dados (figura 4). No entanto, existem variações interessantes entre os diversos países, sendo a *cannabis* citada por menos de 5% dos utentes que iniciam tratamento na Bulgária, Lituânia, Polónia e Roménia, e por mais de 30% na Hungria e em França. Relativamente aos restantes países, em 12 deles a percentagem de utentes consumidores de *cannabis* varia entre 5% e 20% e em sete situa-se entre 21% e 29%. Do mesmo modo, entre os novos pedidos de tratamento, há variações consideráveis entre países, sendo a *cannabis* citada por menos de 10% dos novos utentes na Bulgária, Lituânia, Luxemburgo, Polónia e Roménia e por mais de 50% na Dinamarca, Alemanha, França e Hungria ⁽⁴⁶⁾.

O aumento da procura de tratamento por consumo de *cannabis* não parece ter uma explicação simples. Continua a não ser claro em que medida o aumento dessa procura resulta de aumentos na prevalência do consumo intensivo de *cannabis* e dos problemas conexos na população, ou de uma melhor percepção dos riscos. Outros factores também poderão ter contribuído para esse aumento, incluindo uma melhor cobertura dos dados das agências de tratamento em regime ambulatorio que assistem consumidores de *cannabis*, normalmente aquelas

⁽⁴¹⁾ A análise da distribuição geral e das tendências baseia-se nos dados sobre os utentes que procuram tratamento em todos os centros de tratamento; a análise do perfil dos utentes e dos padrões de consumo de droga baseia-se principalmente nos dados dos centros de tratamento em regime ambulatorio.

⁽⁴²⁾ Ver figura TDI-2 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽⁴³⁾ Ver quadros TDI-22 e TDI-23 (parte i) e (parte iv) no Boletim Estatístico de 2007.

⁽⁴⁴⁾ Ver figura TDI-2 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽⁴⁵⁾ Ver quadros TDI-3 (parte iii) e TDI-5 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2007.

⁽⁴⁶⁾ Ver quadros TDI-5 (parte ii) e TDI-4 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2007.

que registam pedidos de tratamento por consumo desta droga, e possivelmente a existência de mais diagnósticos e notificações do consumo problemático de *cannabis*. Convém ainda considerar os contributos de outras duas possíveis causas: a diversificação da oferta de tratamento, por exemplo, a abertura de centros de tratamento por consumo de *cannabis* em França, no final de 2004, e o aumento do número de encaminhamentos do sistema judicial. No primeiro caso, em resposta à procura crescente de tratamento por consumo de *cannabis*, vários países implementaram programas específicos para adolescentes e jovens, com uma oferta de tratamento mais direccionada para os consumidores de *cannabis*. Neste caso, um aumento da procura produziu um aumento da oferta que, por sua vez, poderá ter acentuado a procura. No segundo caso, os encaminhamentos do sistema judicial estão muitas vezes relacionados com as infracções associadas ao consumo de *cannabis*. As conclusões da investigação mostram que a maioria das pessoas encaminhadas para tratamento pelo sistema judicial consomem a *cannabis* como droga principal. Neste contexto, o aumento do número de encaminhamentos do sistema judicial terá contribuído para o aumento da procura de tratamento por consumo de *cannabis*.

Perfis dos utentes

Independentemente dos factores que explicam o aumento da procura de tratamento por consumo de *cannabis*, interessa conhecer as características das pessoas que acabam por procurar tratamento, embora não seja possível sugerir que esta minúscula fracção da população consumidora de *cannabis* seja representativa. Examinando o perfil das pessoas que iniciam o tratamento ambulatorio por consumo de *cannabis* como droga principal, verifica-se que têm como características mais comuns serem jovens, do sexo masculino, estarem ainda a estudar e não empregadas ou desempregadas, e viverem com os pais, e não em casa própria⁽⁴⁷⁾. Em comparação com outros utentes, os que iniciam o tratamento por consumo de *cannabis* como droga principal apresentam a maior percentagem de pessoas do sexo masculino e a idade mais jovem (média de idades de 24,5 anos). Os que iniciam o tratamento pela primeira vez ainda são mais jovens do que os utentes consumidores de *cannabis* em geral (média de idades de 23,8). Deste modo, 67% e 80% dos utentes com 15-19 anos ou menos de 15 anos estão a iniciar o tratamento pela primeira vez. Contudo, nos últimos três anos registaram-se indícios de que a idade destes utentes estará a aumentar⁽⁴⁸⁾. Globalmente, os utentes em tratamento por consumo de *cannabis* podem ser divididos em três grupos: aqueles que a consomem ocasionalmente (34%), os que a consomem uma ou várias vezes por semana (27%) e aqueles que a consomem diariamente (39%).

É provável que estas diferenças de consumo registadas entre os utentes consumidores de *cannabis* resultem das diferentes vias de encaminhamento para o tratamento, podendo especular-se que o maior número de encaminhamentos do sistema judicial poderá estar associado aos baixos níveis de consumo de alguns utentes quando iniciam o tratamento. Há diferenças entre países na frequência do consumo de *cannabis*, referindo metade dos países mais de 30% de consumidores diários e a outra metade menos de 30%. Os Países Baixos, a Dinamarca e a Espanha têm as percentagens mais elevadas de consumidores regulares entre os utentes em tratamento, ao passo que a Hungria, a Alemanha e a Itália referem a percentagem mais elevada de consumidores ocasionais⁽⁴⁹⁾. Além disso, como a seguir se analisa, é possível que as respostas ao consumo intensivo de *cannabis* estejam na prevenção e não no tratamento, podendo essas diferenças na prática nacional afectar os níveis globais dos dados comunicados. Este facto poderá explicar, em parte, por que razão alguns países de prevalência elevada referem valores relativamente baixos em relação ao tratamento por consumo de *cannabis*.

Responder aos problemas causados pela *cannabis*

Os dados sobre o tratamento por consumo de *cannabis* têm de ser vistos no contexto daquilo que constitui esse tratamento na Europa e que abrange actualmente um vasto «continuum» de medidas, que vão desde intervenções breves até ao tratamento em regime de internamento. Em alguns dos programas, a orientação tende tanto para a prevenção e a redução dos danos como para o tratamento dos problemas de droga.

A identificação das pessoas em risco e a intervenção precoce são reconhecidas como uma componente importante de todos os programas de luta contra a droga e o pessoal docente poderá figurar entre as primeiras pessoas a identificar o consumo de *cannabis* entre os alunos. A Alemanha, a Itália e a Polónia desenvolveram programas para professores que os ajudam a dar resposta a essa situação e a procurar a ajuda de especialistas, quando adequado.

Não existem dados científicos sólidos que informem a prática de tratamento por consumo de *cannabis* e os estudos de investigação nesta área limitam-se a e baseiam-se principalmente nas experiências americana e australiana. Na Europa, entre as abordagens mais comuns aos problemas causados pela *cannabis*, incluem-se as seguintes: serviços em regime ambulatorio a curto prazo, aconselhamento, programas escolares e actividades preventivas de proximidade. Geralmente, as intervenções parecem basear-se em abordagens

⁽⁴⁷⁾ Ver quadros TDI-13, TDI-14 e TDI-21 (parte i) e (parte ii) no Boletim Estatístico de 2007.

⁽⁴⁸⁾ Ver quadro TDI-10 (parte i), (parte ii) e (parte ix) nos Boletins Estatísticos de 2007, 2006 e 2005.

⁽⁴⁹⁾ Ver quadro TDI-18 (parte iii) e (parte iv) no Boletim Estatístico de 2007.

de intervenção breves, que conjugam as entrevistas motivacionais com elementos cognitivo-comportamentais. Embora não exista forte consenso sobre o que constitui uma prática eficaz, alguns estudos sugeriram que este tipo de abordagem pode ser útil. Uma iniciativa europeia nesta área é o projecto INCANT, onde a Bélgica, a França, a Alemanha, os Países Baixos e a Suíça têm cooperado na investigação da utilidade da terapia familiar multidimensional (MDFT) com consumidores de *cannabis*. Depois de obter uma avaliação positiva da fase-piloto (Rigter, 2005), este projecto foi alargado para dar lugar a um ensaio controlado aleatório, em vários locais, que comparou a MDFT aos tratamentos normalmente utilizados para as perturbações causadas pela *cannabis*.

Treze Estados-Membros apenas mencionam a disponibilidade de centros de tratamento especializados para consumidores problemáticos de *cannabis*, sugerindo que a maioria dos consumidores de *cannabis* são atendidos em programas gerais de tratamento da toxicod dependência, ou em serviços de saúde ou de assistência à juventude de carácter genérico. Surgiram algumas preocupações de que poderá ser inadequado tratar os jovens consumidores de *cannabis* nos serviços gerais de tratamento da toxicod dependência, se isto levar a que esses utentes se misturem com consumidores mais velhos e problemáticos de outras drogas. Embora ainda não se saiba ao certo até que ponto isto constitui um problema, continua a ser uma questão importante para o planeamento dos serviços neste domínio.

A França oferece um exemplo de um serviço especializado para consumidores de *cannabis* em que foram criados 250 centros de consulta em 2005. Calcula-se que estes centros atendam actualmente 2 900 utentes por mês, cerca de um terço dos quais (31%) solicita tratamento por sua iniciativa, ou é encaminhado por terceiros (31%), e pouco mais de um terço é enviado por decisão de tribunal (38%). Outros exemplos de programas de tratamento específicos para consumidores de *cannabis* incluem o Centro de Juventude de Maria, na Suécia, que presta aos jovens consumidores problemáticos de *cannabis* um serviço de aconselhamento seguido por sessões de apoio. Na Alemanha foi ainda desenvolvida uma terapia modular das perturbações relacionadas com a *cannabis* para adolescentes (Candis) no Departamento de Investigação de Tratamentos em Regime Ambulatório, em Dresden, desde Janeiro de 2006.

Intervenções quase compulsivas

Apesar de uma tendência geral para direccionar os consumidores de *cannabis* que entram em contacto com o sistema judicial para os serviços de tratamento e de aconselhamento, em vez de lhes aplicar sanções penais, a disponibilidade e a estrutura destes mecanismos diferem substancialmente em toda a Europa, sendo poucos os países (Alemanha, França, Luxemburgo, Áustria, Suécia) que dizem oferecer programas ou serviços estruturados.

Para os consumidores de *cannabis* encaminhados pelos serviços judiciais, as intervenções de tratamento não são o único tipo de resposta registado. Aos consumidores ocasionais são oferecidos cursos intensivos, em alguns países, por exemplo a Alemanha, a Áustria e o Luxemburgo mencionam cursos destinados a alterar as convicções e os padrões de consumo dos consumidores de *cannabis* ⁽⁵⁰⁾.

Novas estratégias de comunicação para o relacionamento com consumidores de *cannabis*

Na Europa, há vários programas inovadores que procuram explorar novos instrumentos de comunicação tendo em vista o relacionamento com os consumidores de *cannabis*. Em alguns países (Alemanha, Reino Unido) foram desenvolvidas intervenções breves baseadas na Internet, que permitem aos consumidores de *cannabis* avaliarem o seu consumo actual e identificarem eles próprios os problemas. Um exemplo desta abordagem é o programa alemão «Quit the shit» ⁽⁵¹⁾, que oferece apoio aos consumidores que queiram deixar de consumir a *cannabis*. Um estudo de avaliação concluiu que os utentes desse serviço afirmaram ter reduzido o consumo de *cannabis*, tanto em termos da quantidade consumida como do número de dias em que esse consumo tinha lugar.

Na Dinamarca, o SMASH é um projecto de apoio e aconselhamento anónimo para jovens consumidores de *cannabis*, destinado a reduzir os efeitos nocivos, fornecer informações e apoio para os ajudar a deixarem de fumar *cannabis* ⁽⁵²⁾. O projecto assenta na assinatura de dois pacotes de SMS. O primeiro destes pacotes (*hashfacts*) fornece informações factuais sobre o consumo de *cannabis* e o segundo oferece apoio e motivação aos que tentam deixar de consumir drogas. Os jovens também podem receber orientação pessoal através de mensagens de texto que os ajudam a cessar ou a reduzir o consumo de *cannabis*. Na Irlanda existe um serviço semelhante, embora dê mais destaque à difusão de informações.

⁽⁵⁰⁾ http://www.lwl.org/LWL/Jugend/KS/Projekte_KS1/FreD/FreD-Basics/

⁽⁵¹⁾ <http://www.drugcom.de>

⁽⁵²⁾ <http://www.smash.name>

Consumo de droga entre os menores, nos temas específicos de 2007 do OEDT

O tema específico do consumo de droga por europeus muito jovens (com menos de 15 anos de idade) conclui que a prevalência do consumo de droga nesta faixa etária é baixa e reflecte sobretudo um consumo experimental. O consumo regular de droga por pessoas muito jovens é raro e envolve, frequentemente, apenas um sector muito problemático da população.

A resposta primordial ao consumo de droga entre os jovens com menos de 15 anos está em grande medida centrada nas estratégias de prevenção ou de intervenção precoce. Mesmo

assim, estima-se no tema específico que cerca de 4 000 pessoas muito jovens recebem tratamento da toxicod dependência na Europa. O tratamento da toxicod dependência adaptado às necessidades dos jovens constitui uma excepção, mas a maioria dos países europeus identificou a necessidade desses programas.

O tema específico também examina o modo como o reconhecimento das ligações entre o consumo de substâncias psico-activas legais e ilegais na juventude e a dependência de substâncias numa fase posterior da vida foi incorporado nas políticas de saúde pública europeias.

Este tema específico está disponível em versão impressa e na Internet apenas em inglês (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).



Capítulo 4

Anfetaminas, *ecstasy* e LSD

Em muitos países europeus, a segunda substância ilegal mais consumida é algum tipo de droga sintética, embora à escala europeia existam presentemente mais consumidores de cocaína. O consumo destas substâncias entre a população em geral é habitualmente baixo, mas as taxas de prevalência entre os grupos etários mais jovens são significativamente mais elevadas, e o consumo destas drogas pode ser particularmente alto em alguns contextos sociais ou entre alguns grupos culturais. Globalmente, as anfetaminas (anfetaminas e metanfetaminas) e o *ecstasy* figuram entre as drogas sintéticas ilegais mais prevalentes.

As anfetaminas e metanfetaminas são estimulantes do sistema nervoso central. Das duas drogas, as anfetaminas

são claramente mais fáceis de obter na Europa, enquanto o consumo significativo de metanfetaminas parece estar restringido à República Checa.

O *ecstasy* refere-se a substâncias sintéticas quimicamente relacionadas com as anfetaminas, mas que diferem um pouco destas quanto aos efeitos. O membro mais conhecido do grupo do *ecstasy* é o 3,4-metilenedioxi-metanfetamina (MDMA), mas podem encontrar-se outras substâncias análogas nas pastilhas de *ecstasy* (MDA, MDEA). A prevalência do consumo de *ecstasy* na UE tem aumentado desde 1990.

Historicamente, o ácido lisérgico dietilamida (LSD) é, de longe, a droga alucinogénia mais conhecida, mas os seus níveis de consumo globais há muito tempo que se mantêm baixos e bastante estáveis. Recentemente, surgiram indícios de que há uma maior disponibilidade e um maior consumo de alucinogénios naturais, sobretudo de cogumelos alucinogénios.

Anfetaminas e metanfetaminas: diferenças e semelhanças

No mercado de drogas ilegais, os principais representantes do grupo das anfetaminas são a anfetamina e a metanfetamina (e respectivos sais) — duas substâncias sintéticas estreitamente relacionadas entre si e membros da família das fenetilaminas. Ambas as substâncias são estimulantes do sistema nervoso central, partilhando o mesmo mecanismo de acção, efeitos comportamentais, tolerância, efeitos de abstinência e de consumo prolongado (crónicos). A anfetamina é menos potente do que a metanfetamina, mas em situações não controladas os efeitos são quase indistinguíveis.

Os produtos das anfetaminas e das metanfetaminas são sobretudo constituídos por pós, mas o hidróclorato de metanfetamina, um sal puro e cristalino, também é consumido. Os comprimidos com anfetaminas ou metanfetaminas podem ter logótipos semelhantes aos observados nos comprimidos de MDMA e noutros comprimidos de *ecstasy*.

Em virtude das formas físicas em que se encontram disponíveis, as anfetaminas e metanfetaminas podem ser ingeridas, aspiradas, inaladas e, o que é menos comum, injectadas. Ao contrário do sal de sulfato de anfetamina, o hidróclorato de metanfetamina, em especial na sua forma cristalina, é suficientemente volátil para ser fumado.

Fonte: OEDT, *Drug profiles* (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=25328>).

Oferta e disponibilidade ⁽⁵³⁾

Anfetaminas

A produção mundial de anfetamina foi estimada em 88 toneladas em 2005 (UNODC, 2007). Apesar de a produção ilegal se ter estendido a outras regiões do mundo, ainda continua a estar concentrada na Europa Ocidental e Central. Em 2005, foram desmantelados laboratórios de fabrico ilegal de anfetaminas na Bélgica, Bulgária, Alemanha, Estónia, Lituânia, Países Baixos e Polónia. Segundo os relatórios, as anfetaminas apreendidas na Europa são maioritariamente provenientes da Bélgica, dos Países Baixos e da Polónia, e em menor grau da Estónia e da Lituânia.

A nível mundial, foram apreendidas 12,9 toneladas de anfetaminas em 2005, na sua maioria em duas regiões: Europa Ocidental e Central e leste e sudeste da Ásia.

Estima-se que em 2005 se efectuaram na UE 40 300 apreensões de anfetamina, equivalentes a 6,6 toneladas. Até 2004, o Reino Unido foi sempre responsável pelo maior número de apreensões e pelas

⁽⁵³⁾ Ver informações sobre a interpretação dos dados sobre as apreensões e outros dados relativos ao mercado na p. 38. Não há dados disponíveis sobre as apreensões e as quantidades apreendidas de anfetaminas, *ecstasy* e LSD em todos os países para 2005. Para mais informações, ver quadros relativos às apreensões no Boletim Estatístico de 2007.

Medidas internacionais contra a produção e o desvio de precursores de droga

Foram lançadas várias iniciativas internacionais para prevenir o desvio de precursores químicos utilizados no fabrico de drogas ilícitas: o projecto Cohesion está centrado no permanganato de potássio (utilizado no fabrico de cocaína) e no anidrido acético (utilizado no fabrico de heroína), ao passo que o projecto PRISM se ocupa dos precursores das drogas sintéticas⁽¹⁾. Todos os dados a seguir referidos são provenientes do relatório do INCB sobre os precursores (INCB, 2007b).

Em 2005, as apreensões mundiais de permanganato de potássio foram as maiores até então comunicadas ao INCB, tendo sido apreendidas 183 toneladas por 16 países, quase todas fora da Europa.

A Europa também foi responsável por uma pequena percentagem dos 22 400 litros de anidrido acético apreendidos a nível mundial em 2005.

Nesse ano, foram comunicadas ao INCB apreensões equivalentes a 41 toneladas de efedrina e pseudoefedrina, precursores fundamentais das metanfetaminas, a maioria pela China, sendo os Estados-Membros da UE (principalmente a Grécia, a Bulgária, a Roménia e a República Checa), juntamente com a Federação da Rússia, responsáveis por 1,7 toneladas.

As apreensões a nível mundial de 1-fenil-2-propanona (P-2-P), utilizado no fabrico ilegal de metanfetaminas e anfetaminas, ascenderam a 2 900 litros em 2005, tendo os países europeus contribuído com 1 700 litros (sobretudo na Alemanha e nos Países Baixos).

A percentagem da Europa nas apreensões mundiais de 3,4-metilenedioxifenil-2-propanona (3,4-MDP-2-P), utilizado no fabrico do MDMA, diminuiu em 2005 para 38%, tendo sido notificados 5100 litros (sobretudo em França e nos Países Baixos). As apreensões crescentes de 3,4-MDP-2-P noutras regiões parecem indicar que o fabrico ilegal de MDMA está a alastrar para fora da Europa.

(1) Todas enumeradas no quadro I da Convenção de 1988 das Nações Unidas.

maiores quantidades de anfetaminas apreendidas na Europa. Não obstante algumas flutuações, a nível europeu, tanto o número global de apreensões de anfetaminas como as respectivas quantidades têm vindo a aumentar desde o ano 2000⁽⁵⁴⁾. Em 2005, porém, a maioria dos países que apresentaram dados registou uma tendência decrescente no número de apreensões de anfetaminas efectuadas.

Esta situação deverá ser confirmada quando estiverem disponíveis os dados do Reino Unido de 2005.

Em 2005, o preço médio ou típico de venda a retalho das anfetaminas variou entre 7 euros por grama e 37,5 euros por grama, mencionando a maioria dos países europeus preços de 10 a 20 euros por grama⁽⁵⁵⁾. No período de 2000 a 2005, os preços médios das anfetaminas, indexados à inflação, diminuíram na maior parte dos 17 países que forneceram dados suficientes.

A pureza média ou típica das anfetaminas vendidas a retalho em 2005 variou consideravelmente, mas a maioria dos países europeus mencionou taxas de pureza entre 15% e 50%⁽⁵⁶⁾.

Metanfetaminas

Estima-se que a produção mundial de metanfetaminas foi de 278 toneladas em 2005, verificando-se maioritariamente no leste e sudeste da Ásia e na América do Norte. Na Europa, o fabrico ilegal de metanfetaminas ainda está em grande medida circunscrito à República Checa (sob a denominação local de «pervitin»), embora a sua produção também seja mencionada na Lituânia, Moldávia e Eslováquia (INCB, 2007a; UNODC, 2007).

Em 2005, estima-se que as apreensões mundiais de metanfetaminas aumentaram para 17,1 toneladas, tendo mais de metade sido comunicadas pelo leste e sudeste da Ásia (China, Tailândia), e um terço pela América do Norte (Estados Unidos). No mesmo ano, calcula-se que tenham sido registadas 2 200 apreensões, equivalentes a cerca de 104 kg de metanfetaminas, em 15 países europeus⁽⁵⁷⁾. A Noruega e a Suécia foram responsáveis pelo maior número de apreensões e pelas maiores quantidades de metanfetaminas apreendidas.

O preço médio ou típico de venda a retalho das metanfetaminas (referido apenas por alguns países), variou, em 2005, entre 5 e 35 euros por grama. A maioria dos países mencionou taxas de pureza média ou típica das metanfetaminas vendidas a retalho na ordem de 30 a 65%⁽⁵⁸⁾.

Ecstasy

A produção mundial de ecstasy foi estimada em 113 toneladas em 2005 (UNODC, 2007). A Europa continua a ser o principal centro de produção de ecstasy, embora a sua importância relativa pareça estar a decrescer, já que essa produção alastrou a outras partes do mundo, nomeadamente à América do Norte e ao leste e sudeste da Ásia (CND, 2006; UNODC, 2006). Na Europa,

(54) Ver quadros SZR-11 e SZR-12 no Boletim Estatístico de 2007.

(55) Ver quadro PPP-4 no Boletim Estatístico de 2007.

(56) Ver quadro PPP-8 no Boletim Estatístico de 2007. Note-se que os níveis médios notificados em relação à pureza das anfetaminas podem ocultar uma grande variação na pureza das amostras analisadas.

(57) No caso do Reino Unido, devido à ausência de dados relativos a 2005, utilizaram-se os dados de 2004 para efeitos de estimativa. Ver quadros SZR-17 e SZR-18 no Boletim Estatístico de 2007.

(58) Ver quadros PPP-4 e PPP-8 no Boletim Estatístico de 2007.

o *ecstasy* é sobretudo fabricado nos Países Baixos (embora se observem nesse país alguns sinais de diminuição da produção) e, em segundo lugar, na Bélgica. Segundo as informações de que dispomos, o *ecstasy* apreendido na Europa em 2005 é originário destes dois países, e em menor grau da Polónia e do Reino Unido.

Das 5,3 toneladas de *ecstasy* que, segundo as estimativas, foram apreendidas em todo o mundo em 2005, uma grande parte continuou a ser apreendida na Europa Ocidental e Central (38%), seguida pela Oceania (27%) e pela América do Norte (20%).

Um número estimado de 26 500 apreensões levou à confiscação de cerca de 16,3 milhões de comprimidos de *ecstasy* na Europa em 2005⁽⁵⁹⁾. As maiores quantidades de *ecstasy* continuam a ser apreendidas no Reino Unido, na Bélgica, nos Países Baixos e na Alemanha. Após um ponto alto, registado em 2001, as apreensões de *ecstasy* feitas na Europa têm vindo a aumentar novamente desde 2003. A quantidade total de *ecstasy* apreendida rondou 20 milhões de comprimidos por ano, entre 2000 e 2004. Em 2005, porém, os dados disponíveis mostram uma diminuição das quantidades de *ecstasy* apreendidas na maioria dos países. Esta situação deverá ser confirmada quando estiverem disponíveis os dados do Reino Unido para 2005.

Em 2005, o custo médio ou típico na venda a retalho dos comprimidos de *ecstasy* variou entre menos de 3 euros a unidade e 15 euros⁽⁶⁰⁾. No período de 2000 a 2005, os preços médios de venda a retalho do *ecstasy*, indexados à inflação, diminuíram na maioria dos 21 países que forneceram dados suficientes.

Na Europa, a maior parte dos comprimidos de *ecstasy* continuaram, em 2005, a conter MDMA ou outra substância afim (MDEA, MDA), normalmente como única substância psico-activa presente. Em dez Estados-Membros, esses comprimidos corresponderam a mais de 80% do número total de comprimidos analisados. Esta conclusão conta com algumas excepções: na Eslovénia, o MDMA o MDEA e o MDA encontram-se mais frequentemente em combinação com as anfetaminas e/ou metanfetaminas, ao passo que na Polónia, as anfetaminas e/ou metanfetaminas são mais vezes encontradas como únicas substâncias psicoativas presentes nos comprimidos analisados. O teor em MDMA dos comprimidos de *ecstasy* varia muito entre os lotes (inclusive entre os que apresentam o mesmo logótipo), num mesmo país e entre países. Em 2005, o teor médio ou típico de MDMA por comprimido de *ecstasy* variava entre 2 e 130 mg nos países que apresentaram dados,

embora na maioria dos países a média se situasse entre 30 e 80 mg de MDMA.

LSD

Após uma diminuição constante ao longo de vários anos, tanto o número de apreensões como as quantidades de LSD apreendidas têm vindo a aumentar desde 2003⁽⁶¹⁾. Apesar de o LSD ser muito menos fabricado e traficada do que outras drogas sintéticas, estima-se que na Europa se efectuaram, em 2005, 800 apreensões, correspondentes a 850 000 unidades de LSD, sendo os Países Baixos responsáveis por cerca de 75% da quantidade total apreendida. O custo médio ou típico no consumidor de uma unidade de LSD variava entre 4 euros e 30 euros⁽⁶²⁾.

Prevalência e padrões de consumo entre a população em geral e os jovens

No que respeita aos parâmetros do consumo recente, o *ecstasy* é, actualmente, a droga sintética mais consumida em 17 países europeus e as anfetaminas a mais consumida em nove⁽⁶³⁾. A prevalência do consumo de anfetaminas ao longo da vida tende a ser mais elevada, reflectindo o aparecimento, mais recente, do *ecstasy* no mercado europeu de drogas ilegais. Os dados resultantes dos inquéritos escolares sugerem que o consumo de *ecstasy*, anfetaminas e drogas psicotrópicas que não a *cannabis* entre os estudantes está concentrado num pequeno número de indivíduos. Por exemplo, os estudantes que experimentaram *ecstasy* também mencionam taxas de prevalência para o consumo de cocaína e de alucinogénios mais de 20 vezes superiores às verificadas entre a população escolar em geral⁽⁶⁴⁾ e cerca de cinco vezes mais elevadas do que entre aqueles que já consumiram *cannabis*.

Entre os Estados-Membros da UE, o consumo de anfetaminas e de *ecstasy* apenas parece ser relativamente elevado em alguns países: República Checa, Estónia e Reino Unido, e em menor escala Letónia e Países Baixos.

Anfetaminas

Alguns inquéritos recentemente realizados entre a população adulta mostram que o consumo de anfetaminas ao longo da vida, na Europa, oscila entre 0,1% e 3,6% (15-64 anos), excepto na Dinamarca (6,9%) e no Reino Unido (Inglaterra e País de Gales), onde atinge 11,5% (o que reflecte um consumo passado mais elevado; o consumo actual está mais de acordo com o dos restantes países). Os países que apresentam a seguir os valores mais elevados são a Noruega

⁽⁵⁹⁾ Ver quadros SZR-13 e SZR-14 no Boletim Estatístico de 2007.

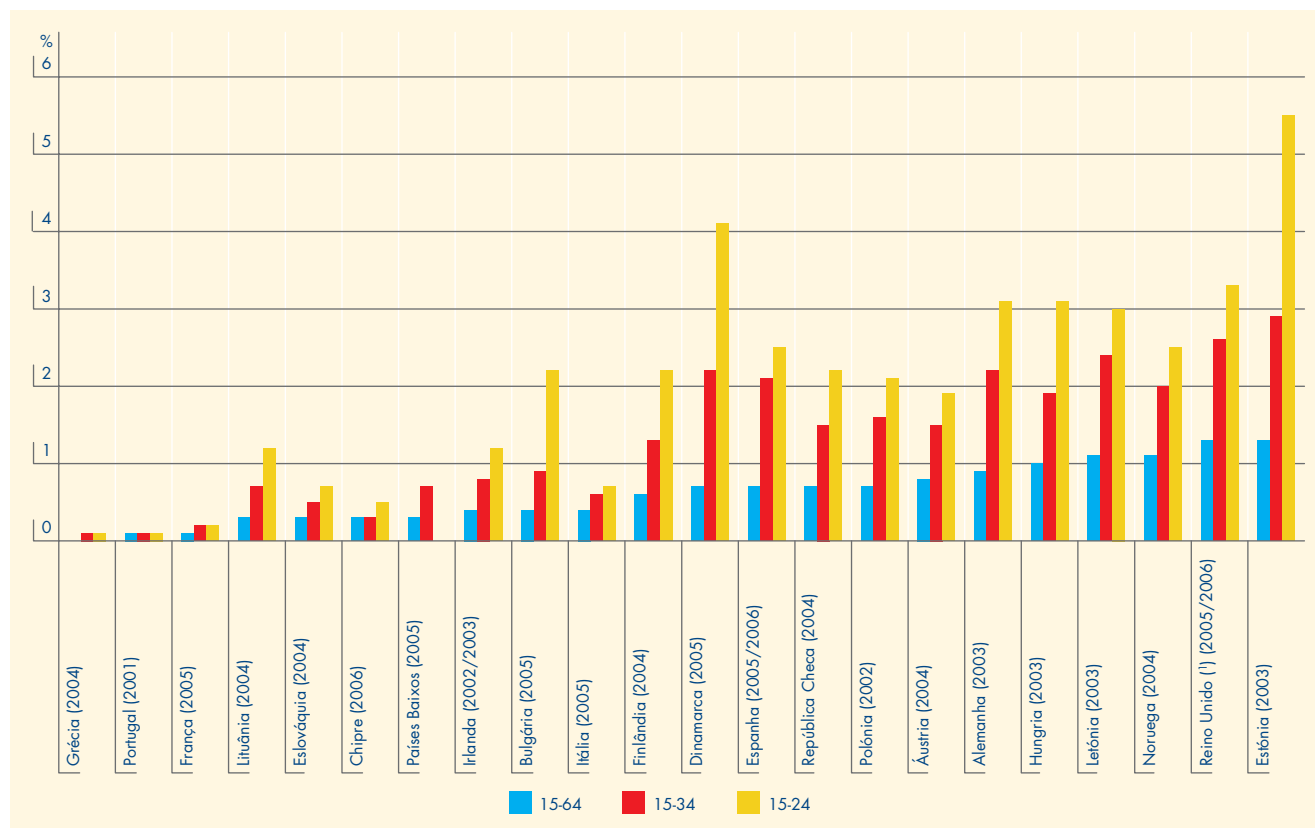
⁽⁶⁰⁾ Ver quadro PPP-4 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽⁶¹⁾ Ver quadros SZR-15 e SZR-16 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽⁶²⁾ Ver quadro PPP-4 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽⁶³⁾ Os dados dos inquéritos relativos ao «consumo de anfetaminas» muitas vezes não estabelecem qualquer distinção entre as anfetaminas e as metanfetaminas, mas normalmente referem-se ao consumo de anfetaminas (sulfato ou dexanfetamina), uma vez que o consumo de metanfetaminas não é comum.

⁽⁶⁴⁾ Ver figura EYE-1 (parte iv) no Boletim Estatístico de 2007.

Figura 5: Prevalência no último ano do consumo de anfetaminas entre todos os adultos (15-64 anos) e os jovens adultos (15-34 anos e 15-24 anos)


(*) Inglaterra e País de Gales.

NB: Os dados provêm dos inquéritos nacionais mais recentes disponíveis em cada país quando os relatórios foram elaborados. Os países estão ordenados de acordo com a prevalência geral (todos os adultos). Ver quadros GPS-10, GPS-11 e GPS-18 no Boletim Estatístico de 2007 para mais informações.

Fontes: Relatórios nacionais Reitox (2006), extraídos de inquéritos à população, relatórios ou artigos científicos.

(3,6%), a Alemanha e a Espanha (3,4%). Em média, cerca de 3,5% dos adultos europeus consumiram anfetaminas pelo menos uma vez ⁽⁶⁵⁾. O consumo no último ano é muito inferior: 0,7% em média (variação 0-1,3%). Dados de inquéritos à população em geral sugerem que quase 11 milhões de pessoas experimentaram anfetaminas, e quase 2 milhões de europeus consumiram-nas no último ano.

Entre os jovens adultos (15-34 anos) o consumo ao longo da vida de anfetaminas varia, segundo os dados fornecidos, entre 0,2 e 16,8%. Porém, se os dados do Reino Unido (Inglaterra e País de Gales) (16,8%) e Dinamarca (12,7%) forem considerados separadamente, a variação limita-se a 0,2-5,9% ⁽⁶⁶⁾. Metade dos países que forneceram dados tem taxas de prevalência inferiores a 4%, sendo as taxas mais elevadas, a seguir às do Reino Unido e da Dinamarca, referidas pela Noruega (5,9%), Alemanha (5,4%) e Letónia (5,3%). Uma média de 5,1% dos jovens adultos europeus experimentou anfetaminas ⁽⁶⁷⁾. O consumo no último ano neste grupo etário varia entre 0,1% e 2,9%, sendo os valores mais elevados comunicados pela Estónia (2,6%), Reino Unido (2,6%) e Letónia (2,4%) (figura 5). Note-se que, quando o consumo no último ano

é tido em conta, os valores do Reino Unido e da Dinamarca são mais consentâneos com os de outros países. Estima-se que, em média, 1,5% dos jovens adultos europeus consumiram anfetaminas no último ano.

A Finlândia é o único país que pode apresentar uma estimativa recente do consumo problemático de anfetaminas (definido como consumo por injeção ou de longa duração/regular), que em 2002 variava, segundo as estimativas, entre 10 900 e 18 500 consumidores problemáticos de anfetaminas (3,1 a 5,3 casos por 1 000 pessoas entre os 15 e os 64 anos), um número correspondente a cerca do triplo dos consumidores problemáticos de opiáceos.

Metanfetaminas

Os níveis de consumo de metanfetaminas na Europa parecem ser limitados, ao contrário do que acontece a nível internacional, em que esse consumo aumentou nos últimos anos. No entanto, os países europeus estão preocupados com o potencial de crescimento revelado pelo consumo desta droga nos Estados-Membros, o que levou à adopção de algumas medidas de precaução, tendo por exemplo

⁽⁶⁵⁾ Ver método de cálculo na nota de rodapé ⁽³⁰⁾.

⁽⁶⁶⁾ Ver quadro GPS-9 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽⁶⁷⁾ Ver figura GPS-18 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2007.

no Reino Unido sido tomada a decisão de reclassificar as metanfetaminas nas drogas mais perigosas (classe A).

Historicamente, o consumo de metanfetaminas na Europa tem estado concentrado na República Checa e, em alguma medida, na Eslováquia. Dois países, a República Checa e a Eslováquia, comunicaram estimativas recentes do consumo problemático de metanfetaminas. Em 2005, na República Checa estimava-se que existissem 18 400 a 24 000 consumidores de metanfetaminas (2,5 a 3,2 casos por 1 000 pessoas entre os 15 e os 64 anos), quase o dobro dos consumidores problemáticos de opiáceos, e na Eslováquia, 6 000 a 14 000 consumidores de metanfetaminas (1,5 a 3,7 casos por 1 000 pessoas entre os 15 e os 64 anos), ligeiramente menos do que o número estimado de consumidores de opiáceos. As metanfetaminas passaram a ser a droga primária mais frequentemente citada entre as pessoas que procuram tratamento pela primeira vez na Eslováquia, e também foram comunicados níveis elevados de consumo de metanfetaminas entre alguns grupos de subpopulações da Hungria.

Noutras partes da Europa, não há notícia de um consumo significativo de metanfetaminas. Neste caso há duas importantes reservas: a maioria dos inquéritos não permite que este consumo seja diferenciado do das anfetaminas e as metanfetaminas têm sido ocasionalmente encontradas em comprimidos vendidos como *ecstasy* e, por isso, podem ser consumidas inadvertidamente ⁽⁶⁸⁾.

Ecstasy

O *ecstasy* foi consumido a título experimental por 0,3-7,2% dos adultos. Metade dos países menciona taxas de prevalência ao longo da vida de 2,5% ou menos, sendo as taxas de prevalência mais elevadas comunicadas pela República Checa (7,1%), pelo Reino Unido (7,2%), pela Espanha (4,4%) e pelos Países Baixos (4,3%). A prevalência do consumo de *ecstasy* no último ano varia entre 0,2% e 3,5% dos adultos, sendo as taxas mais elevadas comunicadas pela República Checa (3,5%), Estónia (1,7%) e Reino Unido (1,6%), mas metade dos países refere taxas de prevalência de 0,5% ou menos. Estima-se que quase 9,5 milhões de europeus experimentaram *ecstasy* (uma média de 3%), e quase 3 milhões consumiram-no no último ano.

Entre os jovens adultos (15-34 anos), a prevalência do consumo de *ecstasy* ao longo da vida varia entre 0,5% e 14,6%, sendo os valores mais elevados mencionados pela República Checa (14,6%), o Reino Unido (13,3%) e os Países Baixos (8,1%) ⁽⁶⁹⁾. Uma média de 5% dos jovens adultos europeus experimentou *ecstasy*.

Na faixa etária dos 15 aos 24 anos, a prevalência do consumo de *ecstasy* ao longo da vida varia entre 0,4% e 18,7%, sendo os valores mais elevados mencionados pela República Checa (18,7%), o Reino Unido (10,4%) e a Hungria (7,9%) ⁽⁷⁰⁾. O consumo no último ano entre este grupo etário varia entre 0,3% e 12%, sendo os valores mais elevados comunicados pela República Checa (12,0%) e pela Estónia (6,1%) (figura 6).

Na faixa etária dos 15 aos 24 anos, encontram-se taxas mais elevadas de prevalência do consumo de *ecstasy* ao longo da vida entre os homens (0,3-23,2%) do que entre as mulheres (0,3-13,9%). Em inquéritos escolares recentes, os aumentos na prevalência do consumo de *ecstasy* ao longo da vida verificavam-se, em grande medida, de forma semelhante entre os alunos do sexo masculino e feminino, embora a diferença entre os géneros vá aumentando progressivamente com o aumento da idade. Entre os jovens, podem ocorrer grandes aumentos nos níveis de prevalência com pequenos aumentos da idade, por exemplo, os dados disponíveis de 16 países mostram que, relativamente aos estudantes mais jovens, a prevalência do consumo de *ecstasy* ao longo da vida entre os estudantes de 17-18 anos é, na maioria dos casos, consideravelmente mais elevada ⁽⁷¹⁾.

LSD

A experiência de consumo de LSD ao longo da vida entre a população adulta varia entre 0,2% e 5,5%, com dois terços dos países a comunicarem taxas de prevalência entre 0,4% e 1,7%. Entre os jovens adultos (15-34 anos) a prevalência do consumo de LSD ao longo da vida varia entre 0,3% e 7,6%, e no intervalo etário 15-24 anos varia entre 0 e 4,2%. A prevalência do consumo desta droga no último ano é baixa, e no grupo etário dos 15-24 anos ultrapassa 1% apenas em sete países (Bulgária, República Checa, Estónia, Itália, Letónia, Hungria e Polónia).

Tendências

Globalmente, na Europa, continua a haver indícios de que o consumo de anfetaminas e de *ecstasy* tende a estabilizar ou mesmo a diminuir. O consumo de anfetaminas entre os jovens adultos (15-34) tem vindo a diminuir substancialmente no Reino Unido (Inglaterra e País de Gales) desde 1996, e em menor grau na Dinamarca e na República Checa, enquanto nos restantes países os níveis de prevalência parecem ter, em grande medida, estabilizado, embora sejam mencionados alguns pequenos aumentos ⁽⁷²⁾.

O panorama é mais complexo para o consumo de *ecstasy* entre os jovens adultos (15-34 anos) ⁽⁷³⁾. Após os aumentos do consumo registados, de um modo geral, na década de

⁽⁶⁸⁾ Ver «Anfetaminas e metanfetaminas: diferenças e semelhanças», p. 50.

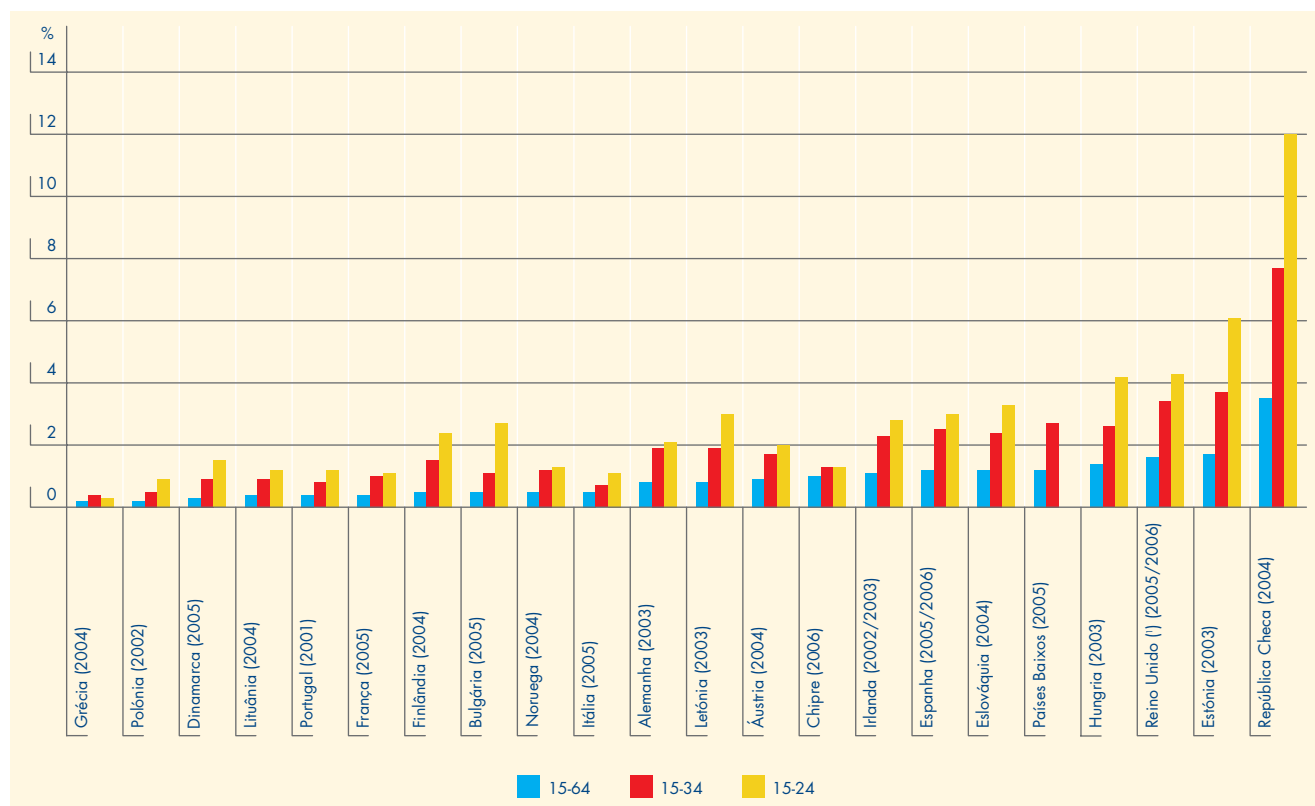
⁽⁶⁹⁾ Ver quadro GPS-9 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽⁷⁰⁾ Ver quadro GPS-17 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽⁷¹⁾ Ver figura EYE-1 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2007.

⁽⁷²⁾ Ver figura GPS-8 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽⁷³⁾ Ver figura GPS-21 no Boletim Estatístico de 2007.

Figura 6: Prevalência no último ano do consumo de *ecstasy* entre todos os adultos (15-64 anos) e os jovens adultos (15-34 anos e 15-24 anos)


(1) Inglaterra e País de Gales.

NB: Os dados provêm dos inquéritos nacionais mais recentes disponíveis em cada país quando os relatórios foram elaborados. Os países estão ordenados de acordo com a prevalência geral (todos os adultos). Ver quadros GPS-10, GPS-11 e GPS-18 no Boletim Estatístico de 2007 para mais informações.

Fontes: Relatórios nacionais Reitox (2006), extraídos de inquéritos à população, relatórios ou artigos científicos.

1990, nos últimos anos vários países, incluindo dois com uma prevalência elevada, a Espanha e o Reino Unido, informam ter havido alguma estabilização ou mesmo pequenas diminuições. Em alguns países, observa-se uma diminuição da prevalência na faixa etária dos 15-24 anos, mas não na faixa dos 15-34 anos ⁽⁷⁴⁾, o que sugere uma menor popularidade desta droga entre as faixas etárias mais jovens. Uma questão suscitada pelos dados registados em alguns países (Espanha, Dinamarca, Reino Unido) é a de saber se a cocaína estará a substituir as anfetaminas e o *ecstasy* como droga estimulante de eleição ⁽⁷⁵⁾.

Nos inquéritos escolares nacionais ou regionais mais recentes, comunicados em 2006 (Itália, Polónia, Suécia; Flandres, na Bélgica), não se registaram alterações, ou houve até alguma diminuição no número de pessoas que já consumiram anfetaminas e *ecstasy* ao longo da vida ⁽⁷⁶⁾.

Contextos recreativos

Os estudos do consumo de droga em contextos recreativos como os eventos de dança podem proporcionar uma perspectiva útil sobre o comportamento das pessoas que consomem drogas estimulantes de forma regular ou

intensiva. As taxas de consumo de droga nestes contextos são, normalmente, elevadas, mas não se podem generalizar à população em geral. Por exemplo, os estudos das pessoas inquiridas em locais de música e de dança seleccionados mencionam níveis elevados de consumo de *ecstasy* e níveis mais baixos, mas ainda altos, de consumo de anfetaminas ⁽⁷⁷⁾.

Um inquérito anual aos leitores realizado pela revista de música do Reino Unido *Mixmag*, cujo público é constituído por pessoas que frequentam clubes de dança regularmente, conclui que a percentagem de pessoas definidas como grandes consumidoras de *ecstasy* (que consomem normalmente mais de quatro comprimidos por sessão) aumentou para mais do dobro entre 1999 e 2003, de 16% para 36% (McCambrige et al., 2005). Embora a representatividade desta amostra seja questionável, vem confirmar a preocupação geral de que a quantidade de comprimidos de *ecstasy* consumidos por alguns grupos de consumidores tenha aumentado. Num estudo da Internet realizado no Reino Unido (Scholey et al., 2004) também é mencionado um consumo de *ecstasy* e um policonsumo de droga cada vez mais intenso por parte dos consumidores de *ecstasy* experientes. É de referir, no entanto, que alguns

⁽⁷⁴⁾ Ver quadro GPS-4 e GPS-15 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽⁷⁵⁾ Ver quadro GPS-20 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽⁷⁶⁾ Ver figura EYE-4 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽⁷⁷⁾ Ver tema específico relativo ao consumo de droga em contextos recreativos de 2006.

relatórios de Amesterdão sugerem que o consumo de *ecstasy* no último ano e no último mês diminuiu 20% entre 1998 e 2003 e que a quantidade média de *ecstasy* consumido de cada vez também diminuiu nesse período (relatórios nacionais Reitox). Segundo um inquérito realizado em 2005 entre os frequentadores de bares em Amesterdão, apenas 3% consumiam *ecstasy* nas suas saídas nocturnas.

Embora os dados disponíveis sobre o consumo combinado de drogas e de álcool continuem a ser limitados, o consumo de álcool em locais recreativos com música e dança, muitas vezes em quantidades consideradas perigosas para a saúde e em combinação com drogas estimulantes, constitui um motivo de preocupação crescente.

Dados sobre a procura de tratamento

O número de pedidos de tratamento por consumo de anfetaminas e de *ecstasy* é relativamente pequeno. De um modo geral, este tipo de consumo de droga raramente está na base da procura de tratamento da toxicoddependência na maioria dos 21 países com dados disponíveis ⁽⁷⁸⁾. Esses pedidos de tratamento referem-se sobretudo ao consumo de anfetaminas como substância principal, e só numa muito pequena percentagem ao *ecstasy* ⁽⁷⁹⁾.

Há um pequeno número de países com uma percentagem não menosprezável de consumidores de anfetaminas e de *ecstasy* entre os utentes, os quais podem ser divididos em três grupos. A República Checa e a Eslováquia referem uma percentagem substancial de pedidos de tratamento relacionados com o consumo de anfetaminas como droga principal (respectivamente, 58% e 24% de todos os utentes), que estão, na sua maioria, relacionados com um problema de consumo de metanfetaminas como droga principal. A Suécia, a Finlândia e a Letónia informam que cerca de um terço dos utentes inicia o tratamento por consumo de anfetaminas como droga principal. A Irlanda, os Países Baixos, o Reino Unido e a França referem que entre 1% e 5% dos doentes que iniciam o tratamento o fazem por consumo de *ecstasy* como substância principal ⁽⁸⁰⁾.

Em todos os países, excepto a Grécia e a Suécia, a percentagem de novos utentes que iniciam o tratamento por consumo de anfetaminas e de *ecstasy* como droga principal é maior do que a percentagem de todos os utentes que recebem tratamento por consumo destas drogas ⁽⁸¹⁾. Embora este facto possa ter várias explicações, está de acordo com os dados relativos às tendências: de 1999 a 2005 o número de pedidos de primeiro tratamento por consumo de anfetaminas e de

ecstasy como substâncias principais sofreu um aumento superior a 3 000, de 6 500 para 10 000 ⁽⁸²⁾.

Os utentes que iniciam tratamento por consumo de outros estimulantes que não a cocaína rondam em média os 27 anos (26 se estiverem a iniciar o tratamento pela primeira vez) e consumiram a droga pela primeira vez com 19 anos em média ⁽⁸³⁾. Os utentes consumidores de *ecstasy*, juntamente com os consumidores de *cannabis*, são a faixa etária mais jovem que inicia o tratamento da toxicoddependência. Nos Países Baixos, a percentagem mais elevada de mulheres em tratamento é a das consumidoras de *ecstasy*. A percentagem de mulheres entre os utentes consumidores de anfetaminas é mais elevada do que no caso de outras drogas, registando-se a maior percentagem de utentes do sexo feminino em regime ambulatorio na faixa etária mais jovem ⁽⁸⁴⁾.

Os utentes consumidores de anfetaminas consomem-na, normalmente, em combinação com outras substâncias, sobretudo *cannabis* e álcool, e em alguns países o consumo por injeção é comumente referido ⁽⁸⁵⁾. Na República Checa, regista-se uma variação geográfica interessante, em que a maioria dos utilizadores vive fora da capital; esta situação é semelhante aos relatórios provenientes dos EUA, país onde as zonas não metropolitanas têm taxas de admissão mais elevadas para o consumo de metanfetaminas e de anfetaminas (Dasis, 2006).

Resposta ao consumo de droga em contextos recreativos

Actividades de prevenção da toxicoddependência

De um modo geral, verificou-se uma mudança nas abordagens de prevenção, com um maior reconhecimento do papel fundamental que os factores de estilo de vida desempenham na modelação das atitudes face ao consumo de droga, e na importância de contestar a crença de que o consumo de droga é um comportamento normal ou aceitável. Este tipo de abordagem tem especial pertinência para o trabalho de prevenção em contextos que estão culturalmente associados ao consumo de droga. A elevada prevalência desse consumo em alguns contextos recreativos, como clubes, bares e eventos de dança, leva a que estes locais tenham sido identificados como alvos adequados para as iniciativas de redução da procura de droga. A necessidade de desenvolver as actividades de prevenção nos contextos recreativos também é assinalada no plano de acção da UE de luta contra a droga (2005-2008).

⁽⁷⁸⁾ Ver figura TDI-2 (parte ii) e quadro TDI-5 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽⁷⁹⁾ Ver quadro TDI-113 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽⁸⁰⁾ Ver quadro TDI-5 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2007.

⁽⁸¹⁾ Ver quadros TDI-4 (parte ii) e TDI-5 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2007.

⁽⁸²⁾ Ver figura TDI-1 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2007.

⁽⁸³⁾ Ver quadros TDI-10, TDI-11 e TDI-102 a TDI-109 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽⁸⁴⁾ Ver quadros TDI-21 e TDI-25 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽⁸⁵⁾ Ver quadros TDI-4, TDI-5 (parte ii), TDI-24, TDI-116 e TDI-117 no Boletim Estatístico de 2007.

Uma abordagem tem consistido em elaborar material informativo que transmita mensagens de prevenção e, por vezes, de redução dos danos em contextos recreativos. O material é habitualmente elaborado num estilo acessível, que reflecte a cultura juvenil do grupo-alvo, e é, por vezes, distribuído através de equipas móveis de proximidade. Para interagirem com os jovens, as equipas de proximidade adoptam, normalmente, uma abordagem isenta de julgamento e, embora afirmem que a opção mais segura é não consumir qualquer droga, também podem dar conselhos de redução dos danos (Bélgica, República Checa, Portugal, Áustria).

Além disso, para as respostas destinadas a informar e a persuadir as pessoas a não consumirem droga, um número crescente de Estados-Membros também está a desenvolver abordagens destinadas a regulamentar melhor os ambientes recreativos. Algumas destas abordagens, incluindo a realização de eventos explicitamente livres de droga, tentaram alterar as crenças de algumas pessoas de que a droga facilita as suas actividades de lazer. Num número crescente de países (Bélgica, Dinamarca, Irlanda, Itália, Lituânia, Países Baixos, Suécia, Reino Unido, Noruega), os municípios parecem estar interessados em estabelecer um contacto mais estreito com a indústria do lazer e em desenvolver abordagens destinadas a limitar a disponibilidade de drogas e a reduzir os riscos para a saúde presentes nos locais de dança e música, entre outros. Por exemplo, os guias para uma

frequência segura dos locais de vida nocturna, como os que foram desenvolvidos no Reino Unido ⁽⁸⁶⁾, já estão a ser produzidos em vários países.

Entre as respostas mais utilizadas ao consumo de *ecstasy*, anfetaminas e drogas psicotrópicas, figuram as campanhas públicas de informação e, cada vez mais, os sítios na Internet. As estratégias de prevenção têm usado a Internet para estabelecer um contacto de baixo limiar com os jovens que tomam *ecstasy*, anfetaminas ou outras drogas psicotrópicas, ou que possam estar a considerar a hipótese de as tomar. Em muitos Estados-Membros, estão em curso actividades de informação e de prevenção através de sítios na Internet, para promover uma reflexão crítica entre os jovens sobre o seu próprio comportamento de consumo. Estes sítios fornecem aconselhamento, por exemplo, sobre saídas nocturnas «sensatas», sexo seguro, riscos do tráfego rodoviário, dietas saudáveis, turismo ligado à realização de festas e questões jurídicas (Bélgica) ⁽⁸⁷⁾.

Tratamento da toxic dependência

Os serviços de tratamento para consumidores de *ecstasy*, anfetaminas e outras drogas psicotrópicas são geralmente prestados através de serviços de tratamento da toxic dependência que atendem consumidores de droga problemáticos, ou de serviços mais especializados para consumidores de cocaína e de outras drogas estimulantes. Para mais informações sobre os serviços de tratamento da toxic dependência na UE, ver capítulo 2 e capítulo 5.

⁽⁸⁶⁾ Ver tema específico relativo ao consumo de droga em contextos recreativos de 2006.

⁽⁸⁷⁾ Podem ser encontradas ligações a alguns deles em <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5575>



Capítulo 5

Cocaína e cocaína crack

O aumento do consumo de cocaína tem vindo a tornar-se um problema importante para a política europeia em matéria de droga. Reconhecendo a importância crescente deste assunto, os padrões de consumo de cocaína são analisados em pormenor no tema específico sobre cocaína de 2007.

Oferta e disponibilidade ⁽⁸⁸⁾

Produção e tráfico

A cocaína é a segunda droga mais traficada a nível mundial, a seguir à *cannabis*. As apreensões de cocaína a nível mundial continuaram a aumentar em 2005, atingindo agora 756 toneladas no total, sendo as maiores quantidades de droga apreendidas na América do Sul e, em segundo lugar, na América do Norte.

A Colômbia é, de longe, o maior produtor mundial de coca ilícita, seguida do Peru e da Bolívia (UNODC, 2007). A maior parte da cocaína apreendida na Europa provém da América do Sul, sendo expedida directamente ou através da América Central, das Caraíbas e da África Ocidental.

O ponto de entrada principal na Europa continua a ser a Península Ibérica, afigurando-se que Portugal está a adquirir uma importância crescente. A cocaína também é directamente importada para outros países, continuando os Países Baixos a ser um ponto de entrada fundamental. A Espanha e os Países Baixos são considerados como os principais centros de distribuição dessa droga. Também são mencionadas importações de fora da Europa por vários outros países, incluindo a Bélgica, a Alemanha, a França e o Reino Unido, e a distribuição também poderá estar a diversificar-se, registando-se uma maior actividade através da Europa Oriental e Central, sendo por vezes, presentemente, a UE e os países vizinhos referidos como locais de trânsito secundários.

Apreensões

Estima-se que em 2005 se efectuaram na Europa 70 000 apreensões de cocaína, equivalentes

a 107 toneladas. A maioria destas apreensões continua a registar-se em países da Europa Ocidental, especialmente em Espanha, que é responsável por cerca de metade das apreensões e dos volumes apreendidos na Europa ⁽⁸⁹⁾. No período de 2000 a 2005, verificou-se um aumento do número de apreensões e de quantidades de cocaína apreendidas a nível europeu ⁽⁹⁰⁾. Este facto deve-se, sobretudo, aos acentuados aumentos registados em Espanha e em Portugal, país que substituiu os Países Baixos, em 2005, como país responsável pelas segundas maiores apreensões de cocaína a seguir à Espanha.

Preço e pureza

Em 2005, o preço médio ou típico da cocaína vendida a retalho variou amplamente através da Europa, entre 45 e 120 euros por grama, referindo a maioria dos países 50-80 euros por grama ⁽⁹¹⁾. No período de 2000 a 2005, os preços médios de venda da cocaína, indexados à inflação, apresentaram uma tendência decrescente na maioria dos 19 países que forneceram dados suficientes.

A pureza média ou típica da cocaína ao nível do consumidor oscilou, em 2005, entre 20% e 78%, mencionando a maioria dos países purezas na ordem de 30 a 60% ⁽⁹²⁾. Os dados disponíveis ao longo do período de 2000 a 2005 indicam uma diminuição global da pureza média da cocaína na maioria dos 21 países que forneceram dados.

Prevalência e padrões de consumo de cocaína

Presentemente, a cocaína é, depois da *cannabis*, a segunda droga ilegal mais consumida em muitos Estados-Membros da UE e na União europeia em geral. Segundo inquéritos nacionais à população recentemente realizados na UE e Noruega, calcula-se que mais de 12 milhões de europeus tenham experimentado cocaína pelo menos uma vez (prevalência ao longo da vida), o que equivale a quase 4% da população adulta ⁽⁹³⁾. Segundo os dados nacionais

⁽⁸⁸⁾ Ver «Interpretação dos dados sobre apreensões e outros dados relativos ao mercado», p. 38.

⁽⁸⁹⁾ Esta situação deverá ser verificada quando estiverem disponíveis os dados em falta referentes ao ano de 2005. Para efeitos de estimativa, os dados em falta de 2005 foram substituídos por dados de 2004.

⁽⁹⁰⁾ Ver quadros SZR-9 e SZR-10 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽⁹¹⁾ Ver quadro PPP-3 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽⁹²⁾ Ver quadro PPP-7 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽⁹³⁾ Ver método de cálculo na nota de rodapé ⁽⁹⁰⁾.

fornecidos, a prevalência do seu consumo ao longo da vida varia entre 0,2 e 7,3%, tendo três países comunicado mais de 5% (Espanha, Itália e Reino Unido) ⁽⁹⁴⁾.

O consumo de cocaína no último ano é referido por, pelo menos, 4,5 milhões de europeus (1,3% em média), variando entre 0,1% na Grécia e 3,0% em Espanha, com a Itália e o Reino Unido a comunicarem também níveis de prevalência superiores a 2% ⁽⁹⁵⁾. As estimativas baseadas nos inquéritos sugerem que 2 milhões de europeus (0,6% em média) consumiram cocaína no último mês ⁽⁹⁶⁾.

À semelhança do que acontece com outras drogas ilegais, a prevalência do consumo de cocaína concentra-se nos jovens adultos (15-34 anos). Cerca de 7,5 milhões de jovens adultos europeus (5,3% em média) consumiram-na pelo menos uma vez na vida, mencionando cinco países níveis de prevalência de 5% ou mais (Alemanha, Itália, Dinamarca, Espanha, Reino Unido) ⁽⁹⁷⁾. As estimativas do consumo de cocaína durante períodos de referência mais curtos ⁽⁹⁸⁾ sugerem que, no último ano, dos 3,5 milhões (2,4%) de jovens adultos que consumiram a droga, 1,5 milhões (1%) consumiram-na no último mês.

Entre a população escolar, as taxas de prevalência globais para o consumo de cocaína são muito inferiores às do consumo de *cannabis*. Na maioria dos países, a prevalência do consumo de cocaína alguma vez na vida entre os jovens de 15-16 anos é de 2% ou menos, apenas chegando a 6% em Espanha e no Reino Unido ⁽⁹⁹⁾. Os dados sobre os estudantes de 17-18 anos facultados por 16 países revelam estimativas muito mais elevadas da prevalência do consumo de cocaína ao longo da vida na faixa etária mais velha em Espanha, embora os dados preliminares relativos a este país sugiram que ocorreu recentemente uma redução ⁽¹⁰⁰⁾. Na maioria dos restantes 15 países, a prevalência é maior entre os estudantes mais velhos, mas as diferenças são menos acentuadas. Importa notar, no entanto, que os níveis de prevalência do consumo de cocaína no último ano e no último mês são muito mais baixos.

O consumo de cocaína não está limitado a alguns grupos sociais, mas o consumo dessa droga por jovens adultos socialmente bem integrados, em contextos recreativos, pode atingir níveis mais altos do que os registados nos inquéritos à população em geral. Os estudos sobre os locais de dança e de música em vários países europeus revelaram que a prevalência do consumo de cocaína ao longo da vida varia entre 10% e 75% ⁽¹⁰¹⁾.

Os padrões de consumo de cocaína diferem muito consoante os grupos de consumidores. Entre os consumidores bem integrados socialmente, a droga é normalmente aspirada; muitos também consomem outras substâncias, incluindo o álcool, o tabaco, a *cannabis* e outros estimulantes para além da cocaína ⁽¹⁰²⁾, e este tipo de policonsumo de droga pode causar grandes riscos para a saúde.

De uma maneira geral, o consumo de cocaína *crack* na Europa continua a ser relativamente invulgar e concentrado em subpopulações marginalizadas e excluídas de algumas cidades. Contudo, os fumadores de cocaína constituem uma percentagem significativa dos pedidos de tratamento, embora continuem a ser uma minoria. Entre as pessoas que não injectam outras drogas, o consumo de cocaína injectada não parece ser comum, mesmo entre os utentes de tratamento (ver *infra*). Porém, tem havido cada vez mais referências a consumidores de heroína injectada que também injectam cocaína, ou misturas de cocaína e heroína.

As estimativas da prevalência do consumo problemático de cocaína ⁽¹⁰³⁾ apenas estão disponíveis em relação a três países (Espanha, Itália, Reino Unido). As estimativas obtidas nestes países são na ordem de 3 a 6 consumidores problemáticos de cocaína por 1 000 adultos (entre os 15 e os 64) ⁽¹⁰⁴⁾.

Tendências no consumo de cocaína

Os sinais de estabilização do consumo de cocaína entre os jovens adultos, observados no Relatório Anual de 2006, não são confirmados pelos dados mais recentes. Todos os países que comunicaram dados de inquérito recentes registaram aumentos na prevalência do consumo de cocaína no último ano na faixa etária dos 15 aos 34 anos, embora possa haver alguma estabilização em Espanha e no Reino Unido (Inglaterra e País de Gales), os Estados-Membros com os níveis de prevalência mais elevados. A Itália e a Dinamarca também registaram aumentos significativos (figura 7).

A análise dos dados relativos aos países com séries cronológicas mais longas e taxas de prevalência apreciáveis pode permitir detectar as tendências existentes em alguns subgrupos da população. Tanto em Espanha como no Reino Unido, o aumento da prevalência foi geralmente maior entre os homens do que entre as mulheres. O aumento da prevalência do consumo de cocaína no último ano registado em Espanha desde 2001 pode ser atribuído aos maiores

⁽⁹⁴⁾ Ver quadro GPS-8 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽⁹⁵⁾ Ver quadro GPS-10 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽⁹⁶⁾ Ver quadro GPS-12 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽⁹⁷⁾ Ver quadro GPS-9 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽⁹⁸⁾ Ver quadros GPS-11 e GPS-13 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽⁹⁹⁾ Ver quadro EYE-3 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽¹⁰⁰⁾ Ver quadro EYE-2 no Boletim Estatístico de 2007.

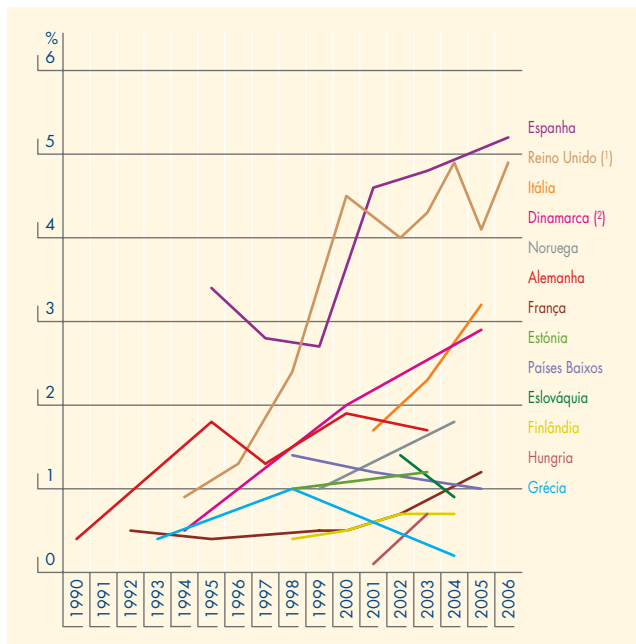
⁽¹⁰¹⁾ Ver tema específico relativo consumo de droga em contextos recreativos de 2006.

⁽¹⁰²⁾ Ver figura 15 no Relatório Anual de 2006.

⁽¹⁰³⁾ Definido como um consumo de cocaína a longo prazo e/ou regular e/ou por via endovenosa.

⁽¹⁰⁴⁾ Ver quadro PDU-2 no Boletim Estatístico de 2007 e o tema específico relativo à cocaína de 2007.

Figura 7: Tendências na prevalência no último ano do consumo de cocaína entre os jovens adultos (15-34 anos)



(1) Inglaterra e País de Gales.

(2) Na Dinamarca, o valor relativo a 1994 corresponde à categoria «drogas duras».

NB: Os dados provêm dos inquéritos nacionais mais recentes disponíveis em cada país quando os relatórios foram elaborados. Ver quadro GPS-4 no Boletim Estatístico de 2007 para mais informações.

Fontes: Relatórios nacionais Reitox (2006), extraídos de inquéritos à população, relatórios ou artigos científicos.

níveis de consumo na faixa etária dos 15 aos 24 anos, e não entre as pessoas dos 15 aos 34 anos em geral.

Foi sugerido que, em alguns países europeus, poderá ter havido uma «substituição» dos outros estimulantes pela cocaína (105). É necessário tratar os dados dos inquéritos realizados entre os jovens em locais de música e dança com cautela devido ao carácter muito selectivo da amostra. No entanto, eles podem fornecer uma perspectiva do comportamento dos consumidores regulares, e os estudos realizados nos Países Baixos indicam que, em alguns municípios, a cocaína suplantou o *ecstasy* entre os frequentadores de clubes, como estimulante mais consumido, estando a obter cada vez mais aceitação entre alguns grupos.

Cocaína: dados sobre a procura de tratamento

A seguir aos opiáceos e à *cannabis*, a cocaína é a droga mais mencionada como droga principal consumida pelas

pessoas que iniciam tratamento na Europa. Em 2005, foram comunicados cerca de 48 000 pedidos de tratamento por consumo de cocaína como droga principal, correspondentes a cerca de 13% dos pedidos de tratamento registados em toda a UE (106); a cocaína também é mencionada como droga secundária por cerca de 15% dos utentes do tratamento em regime ambulatorio (107). O valor global oculta uma grande variação em função dos países, comunicando a maioria deles baixas percentagens de consumidores de cocaína entre os utentes do tratamento da toxicod dependência, embora sejam mencionadas percentagens elevadas de consumidores de cocaína entre os utentes pelos Países Baixos (35%) e a Espanha (42%, em 2004). Entre os utentes que iniciaram o tratamento pela primeira vez, a percentagem de consumidores de cocaína é mais elevada, correspondendo a cerca de 22% de todos os novos pedidos de tratamento (33 000 indivíduos, com base em 22 países) globalmente mencionados como estando relacionados com a cocaína.

Mantém-se a tendência crescente, comunicada em anos anteriores, de utentes que procuram tratamento devido ao consumo de cocaína. De 1999 a 2005, a percentagem de novos utentes que pediram tratamento por consumo de cocaína aumentou de 11% para 24% do total de novos utentes e o número de casos notificados passou de 13 000 para 33 000 (108). Uma análise mais aprofundada das tendências da procura de tratamento por consumo desta droga é apresentada no tema específico relativo à cocaína de 2007.

Os dados europeus sobre os consumidores de droga que iniciam o tratamento por consumo de cocaína como droga principal referem-se sobretudo à cocaína em pó (85%), sendo apenas 15% os relativos à cocaína *crack*; e quase todo o tratamento para a dependência de cocaína é, segundo os relatórios, realizado em centros de tratamento em regime ambulatorio (94%) (109). Note-se, todavia, que os dados sobre a procura de tratamento por consumo de cocaína administrado em regime de internamento e pelos médicos de clínica geral se encontram incompletos.

Segundo os dados fornecidos, os utentes consumidores de cocaína que entram para os centros de tratamento em regime ambulatorio são os mais velhos a seguir aos consumidores de opiáceos, com uma média etária de 31 anos (110). A maioria é do sexo masculino, apresentando uma das maiores diferenças de prevalência entre homens e mulheres no total dos utentes de todos os tipos (quase cinco homens para cada mulher entre todos os utentes, e seis homens para cada mulher entre os novos utentes) (111). A maioria dos consumidores de cocaína em regime

(105) Ver capítulo 4 no presente relatório.

(106) Ver figura TDI-2 no Boletim Estatístico de 2007.

(107) Ver quadro TDI-22 (parte i) no Boletim Estatístico de 2006.

(108) Ver figura TDI-1 no Boletim Estatístico de 2007.

(109) Ver quadros TDI-24 e TDI-1 15 no Boletim Estatístico de 2007.

(110) Ver quadro TDI-10 no Boletim Estatístico de 2007.

(111) Ver quadro TDI-21 no Boletim Estatístico de 2007.

ambulatorio começou a consumir a droga entre os 15 e os 24 anos de idade ⁽¹¹²⁾.

Tratamento por consumo de cocaína

A oferta de respostas especializadas para os consumidores problemáticos de cocaína e de cocaína *crack* continua a ser limitada e, como já foi dito, a Espanha e os Países Baixos são presentemente responsáveis pela maioria das referências ao tratamento por consumo de cocaína. No entanto, entre os países com populações significativas de consumidores de cocaína, parece haver um interesse crescente pela prestação de serviços especializados. Nos países em que a prevalência é baixa, a oferta de serviços de tratamento específicos para a cocaína não é referida como sendo uma prioridade política, o que não causa surpresa. Ao contrário do tratamento por consumo de opiáceos, em que a população-alvo é relativamente homogênea, o tratamento por consumo de cocaína, na Europa, confronta-se com o desafio de ter de intervir junto de um espectro mais amplo de consumidores. A maioria dos consumidores de cocaína como droga principal que estão a ser tratados em regime ambulatorio diz aspirar a cocaína em pó, fumando-a ou inalando-a como vias de administração secundárias mais utilizadas, e são relativamente poucos (menos de 10%) os utentes que afirmam injectar a droga. Entre os que iniciam o tratamento pela primeira vez, os níveis de injeção são ainda mais baixos (5%) ⁽¹¹³⁾. Cerca de 16% dos utentes consumidores de cocaína referem consumi-la em combinação com opiáceos e, em alguns países, muitos utentes em tratamento por consumo de opiáceos também estarão a consumir cocaína, pelo menos ocasionalmente.

É, assim, provável que os serviços de tratamento sejam confrontados com a prestação de cuidados a três populações, que podem ser sucintamente caracterizadas como: em primeiro lugar, consumidores de cocaína mais integrados socialmente, que também podem ter um historial de policonsumo «recreativo» regular de drogas, incluindo álcool; em segundo lugar, consumidores de cocaína que também podem ter problemas de consumo de opiáceos; e em terceiro lugar, consumidores de cocaína *crack* muito marginalizados e problemáticos.

É provável que as necessidades destes três grupos sejam diferentes e exijam diferentes abordagens por parte dos prestadores de serviços. A maior parte do tratamento por consumo de cocaína na Europa, referido nos relatórios, tem lugar em centros de tratamento em regime ambulatorio, que, em muitos casos, estarão orientados para as necessidades dos consumidores de opiáceos. É questionável até que ponto tais serviços conseguirão atrair os consumidores de cocaína relativamente bem integrados que desenvolveram problemas através do consumo recreativo da droga. Também é provável que uma percentagem deste grupo procure ajuda quer através de prestadores de cuidados de

saúde genéricos, como os médicos de clínica geral ou os conselheiros, ou ainda, quando têm capacidade para tal, através de clínicas privadas especializadas.

Ao contrário do tratamento por consumo de opiáceos, há poucas opções farmacológicas para o tratamento por consumo de cocaína, embora a medicação possa ajudar a aliviar os sintomas que lhe estão associados. Actualmente, não há nenhum agente farmacológico que auxilie os consumidores a alcançarem ou gerirem a abstinência de cocaína — embora possam vir a existir algumas opções neste sentido. Na Europa, é dada prioridade às intervenções psicossociais, que são sobretudo baseadas em abordagens cognitivo-comportamentais. É possível encontrar uma análise aprofundada e detalhada das opções de tratamento por consumo de cocaína no tema específico relativo à cocaína de 2007 e numa análise técnica do OEDT (OEDT, 2007b).

A baixa prevalência e o carácter geograficamente muito restrito dos problemas causados pela cocaína *crack* na Europa leva a que haja muito menos experiência na resposta às necessidades deste grupo de consumidores. Existe uma extensa bibliografia baseada na experiência dos EUA no que respeita aos problemas relacionados com a cocaína *crack*, mas ainda não se sabe ao certo até que ponto ela pode ser directamente aplicada ao contexto europeu. O Reino Unido, que comparativamente aos outros países europeus refere um nível relativamente elevado de consumo problemático de *crack*, produziu orientações para os profissionais sugerindo que o tratamento por consumo de *crack* deve ser fornecido no contexto de um programa estruturado de tratamento da toxicod dependência, que inclui a abstinência e medidas de minimização dos danos (NTA, 2002). Uma avaliação recente da prestação de serviços no Reino Unido também registou alguns resultados positivos entre os utentes consumidores de cocaína *crack* em tratamento residencial (Weaver, 2007).

Redução dos riscos e dos danos

Os consumidores recreativos de cocaína correm o risco não só de se tornarem toxicod dependentes, mas também de serem vitimados pela interacção do consumo de cocaína com outras drogas, ou com problemas cardiovasculares coexistentes. A maioria dos países europeus menciona que os consumidores de cocaína podem aceder a informações sobre esta droga e os riscos do seu consumo através de várias fontes de informação, como os sítios na Internet, as linhas de auxílio e outros meios. Vale a pena referir que a European Foundation of Drug Helplines (Fundação Europeia de Linhas de Auxílio para a Toxicod dependência) diz ter havido um aumento do número de chamadas relacionadas com a cocaína nos anos de 2005 e 2006 ⁽¹¹⁴⁾.

O consumo de cocaína também pode estar associado a uma actividade sexual de alto risco ou ao envolvimento na indústria do sexo. Os estudos têm concluído que as mulheres

⁽¹¹²⁾ Ver quadro TDI-11 (parte i) a (parte iv) no Boletim Estatístico de 2007.

⁽¹¹³⁾ Ver quadro TDI-17 (parte ii) e (parte vi) e quadro TDI-110 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽¹¹⁴⁾ <http://www.fesat.org/>

consumidoras de cocaína *crack* podem ser particularmente vulneráveis e ter comportamentos sexuais de alto risco a troca de dinheiro ou de droga e, em alguns países, os programas de redução dos danos ou de proximidade trabalham especificamente com os trabalhadores do sexo, procurando combater os comportamentos de risco a nível sexual e de consumo de droga.

Embora o seu número seja pequeno, os consumidores de cocaína *crack* são susceptíveis de correr riscos particularmente elevados de sofrerem problemas e podem ter dificuldade em aceder ao tratamento e a outros serviços. Em algumas cidades, onde existem problemas significativos com a cocaína *crack*, os programas de redução dos danos têm procurado agir através de intervenções de proximidade e de crise, da assistência a problemas médicos agudos e do encaminhamento para serviços estruturados. Por exemplo, em Viena, há salas disponíveis, através dos serviços de tratamento em

regime ambulatorio, para oferecer aos consumidores de cocaína e de cocaína *crack*, que sofrem frequentemente de ansiedade, um espaço em que se sintam seguros, sendo também prestados cuidados de saúde básicos e fazendo-se o encaminhamento para outros serviços. Nos países que possuem salas de consumo para os consumidores de droga injectada, essas instalações foram, por vezes, alargadas a consumidores de cocaína *crack*. Na Alemanha, por exemplo, há instalações especiais para os fumadores de *crack* em Francoforte e em Hamburgo.

As abordagens de redução dos danos para os consumidores de cocaína injectada não são, de um modo geral, diferentes das oferecidas a outros consumidores de droga injectada (ver capítulo 8), embora alguns estudos sugiram que os consumidores de estimulantes se injectam mais e, por isso, possam correr maiores riscos. Além disso, há riscos específicos associados ao consumo de cocaína *crack* por injeção, se esta não tiver sido correctamente preparada.

Cocaína e cocaína crack: um crescente problema de saúde pública, nos temas específicos de 2007 do OEDT

Nos últimos anos, tem havido sinais de que o consumo de cocaína se está a tornar um problema crescente na Europa. Este tema específico mostra que, em alguns países europeus, se registou um acentuado aumento do consumo de cocaína, dos pedidos de tratamento devido ao seu consumo e das apreensões desta droga. Além disso, examina as potencialidades do consumo de cocaína para produzir grande impacto na saúde pública, dando especial atenção às suas consequências

para a saúde, as quais, muitas vezes, não são devidamente reconhecidas pelos sistemas de notificação existentes. Analisa, ainda, pormenorizadamente os desafios que se colocam ao fornecimento de um tratamento eficaz para a dependência da cocaína e da cocaína *crack*, o qual se tem revelado particularmente difícil, nomeadamente devido aos tipos muito diversificados de consumidores de cocaína e às suas diferentes necessidades.

Este tema específico está disponível em versão impressa e na Internet apenas em inglês (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).



Capítulo 6

Consumo de opiáceos e droga injectada

Oferta e disponibilidade de heroína ⁽¹¹⁵⁾

Historicamente, na Europa, a heroína importada tem sido consumida em duas formas: a heroína castanha (forma química de base), de maior disponibilidade, originária principalmente do Afeganistão, e a heroína branca (forma de sal), menos comum e mais cara, habitualmente originária do sudeste da Ásia, que é, todavia, cada vez mais rara. Além disso, existem drogas opiáceas produzidas na UE, mas o seu fabrico está, em 2005, essencialmente limitado a uma pequena produção de produtos caseiros obtidos a partir da papoila (como a palha da papoila e o concentrado de papoila, obtido por trituração de caules e cabeças desta planta) em alguns países do leste da UE (Letónia, Lituânia e Polónia).

Produção e tráfico

A heroína consumida na Europa é maioritariamente produzida no Afeganistão, que continua a ser o principal fornecedor mundial de ópio ilegal, seguido de Mianmar. Calcula-se que tenham sido produzidas cerca de 6 610 toneladas de ópio em 2006, 92% das quais no Afeganistão. Este valor constitui um aumento de 43% em relação à estimativa de 2005, devido a um crescimento substancial da superfície cultivada. A produção mundial potencial de heroína foi estimada em 606 toneladas em 2006 (472 toneladas em 2005) (UNODC, 2007). As apreensões de opiáceos e os laboratórios desmantelados parecem indicar que o ópio produzido no Afeganistão está a ser crescentemente convertido em morfina ou heroína, antes de ser exportado (CND, 2007).

A heroína entra na Europa por duas rotas de tráfico principais. A rota dos Balcãs, historicamente importante e mais curta, continua a desempenhar um papel crucial no contrabando de heroína. Após atravessar o Paquistão, o Irão e a Turquia, esta rota subdivide-se num ramo meridional, através da Grécia, da antiga República jugoslava da Macedónia, da Albânia, da Itália, da Sérvia, de Montenegro e da Bósnia e Herzegovina, e num ramo setentrional, através da Bulgária, da Roménia, da Hungria, da Áustria, da Alemanha e dos Países Baixos, funcionando este último país como um centro de distribuição secundário para outros países da Europa Ocidental. Desde meados da

década de 90, o contrabando de heroína para a Europa tem-se intensificado (apesar de ser menor do que nas rotas balcânicas) através da «rota da seda», que atravessa as repúblicas da Ásia Central, o mar Cáspio e a Federação da Rússia, a Bielorrússia ou a Ucrânia, até à Estónia, à Letónia, a alguns países nórdicos e à Alemanha e Bulgária. Embora estas sejam as rotas mais importantes, os países da Península Arábica (Omã, Emiratos Árabes Unidos) transformaram-se em locais de trânsito para a heroína enviada do sudoeste e do sudeste da Ásia (INCB, 2006), sendo alguma dela seguidamente traficada através da África Oriental (Etiópia, Quênia, Maurícias) e, por vezes, também através da África Ocidental (Nigéria), a fim de ser expedida para os mercados de drogas ilegais da Europa e, em menor grau, da América do Norte (INCB, 2007a). Também há registo do tráfico de heroína do sudoeste da Ásia para a Europa através de países do sul e do leste da Ásia (Índia, Bangladesh, Sri Lanca, China).

Apreensões

Em 2005, foram apreendidas em todo o mundo 342 toneladas de ópio, 32 toneladas de morfina e 58 toneladas de heroína. A Ásia (China, Afeganistão, Irão, Paquistão) continuaram a ser responsáveis pelas maiores quantidades de heroína apreendidas a nível mundial (54%) seguida da Europa (38%) (UNODC, 2007).

As 52 000 apreensões estimadas permitiram apreender, em 2005, cerca de 16,8 toneladas de heroína nos Estados-Membros da UE, nos países candidatos à adesão e na Noruega. O Reino Unido (com base nos dados de 2004) continuou a ser responsável pelo maior número de apreensões feitas na Europa, seguido pela Espanha, a Alemanha e a Grécia, ao passo que a Turquia apreendeu as quantidades mais elevadas (seguida pelo Reino Unido, a Itália e os Países Baixos), sendo responsável por quase metade do volume total apreendido em 2005 ⁽¹¹⁶⁾. As apreensões de heroína revelam uma diminuição global entre os anos 2000 e 2003 e, segundo os dados disponíveis, têm vindo a aumentar desde então. Ao longo do período de 2000 a 2005, as quantidades totais de heroína apreendidas nos Estados-Membros da União Europeia variaram, numa tendência ligeiramente decrescente, enquanto na Turquia se registou um grande aumento durante o mesmo período ⁽¹¹⁷⁾.

⁽¹¹⁵⁾ Ver «Interpretação dos dados sobre apreensões e outros dados relativos ao mercado», p. 38.

⁽¹¹⁶⁾ Esta situação deverá ser verificada quando estiverem disponíveis os dados em falta referentes ao ano de 2005. Nas estimativas, os dados em falta para 2005 foram substituídos por dados de 2004.

⁽¹¹⁷⁾ Ver quadros SZR-7 e SZR-8 no Boletim Estatístico de 2007.

Preço e pureza

É difícil detectar as tendências em termos de preço e de pureza devido à falta de dados consistentes, pelo que as estimativas se baseiam apenas numa série limitada de países ⁽¹¹⁸⁾. A maioria deles refere um preço médio ou típico para a heroína castanha vendida na rua entre 35 e 80 euros por grama. No período de 2000-2005, os preços médios de venda a retalho da heroína, indexados à inflação, terão diminuído na maioria dos 18 países que forneceram dados comparáveis. A pureza média ou típica da heroína castanha a nível da rua varia consideravelmente, segundo os relatórios, comunicando a maioria dos países valores que variam entre 15% e 50%. Os valores relativos à heroína branca tendiam a ser mais elevados (30-70%), nos casos em que estava disponível. A pureza média dos produtos de heroína tem oscilado, na maioria dos 18 países que forneceram dados, desde o ano 2000.

Estimativas da prevalência do consumo problemático de opiáceos

Os dados apresentados nesta secção são resultantes do indicador do consumo problemático de droga (CPD) do OEDT, que inclui principalmente estimativas do consumo de droga injectada e do consumo de opiáceos, embora em alguns países o consumo de anfetaminas seja um componente importante ⁽¹¹⁹⁾. O número de consumidores problemáticos de opiáceos é difícil de calcular, sendo necessárias análises sofisticadas para obter estimativas relativas à prevalência a partir das fontes de dados disponíveis. Além disso, como a maioria dos estudos se baseia numa área geográfica restrita, como uma cidade ou um distrito, a extrapolação para gerar estimativas nacionais é difícil.

A estimativa também é complicada pelo facto de os padrões do consumo problemático de droga na Europa parecerem estar a diversificar-se. Por exemplo, os problemas associados ao policonsumo têm vindo a adquirir um peso crescente na maioria dos países, enquanto outros, onde os problemas associados aos opiáceos (quase exclusivamente de heroína) têm tradicionalmente predominado, dão agora conta de mudanças para outras drogas, nomeadamente a cocaína.

As estimativas recentes da prevalência do consumo problemático de opiáceos a nível nacional variam, aproximadamente, entre um e seis casos por 1 000 habitantes dos 15 aos 64 anos de idade.

Comparativamente, estima-se que a prevalência total de consumidores problemáticos de droga varia entre um e oito casos por 1 000 habitantes. Algumas das estimativas bem documentadas mais baixas provêm dos novos Estados-Membros da UE, embora isso não aconteça no

caso de Malta, que registou uma prevalência relativamente elevada (5,8-6,7 casos por 1 000 habitantes entre os 15 e os 64 anos) (figura 8).

A partir dos poucos dados disponíveis, é possível calcular que a prevalência média do consumo problemático de opiáceos varia entre quatro e cinco casos por mil habitantes dos 15 aos 64 anos, o que equivale a cerca de 1,5 milhões (1,3-1,7 milhões) de consumidores problemáticos de opiáceos na UE e na Noruega. No entanto, estas estimativas estão longe de ser sólidas, sendo necessários dados mais completos.

Tendências do consumo problemático de opiáceos ao longo do tempo

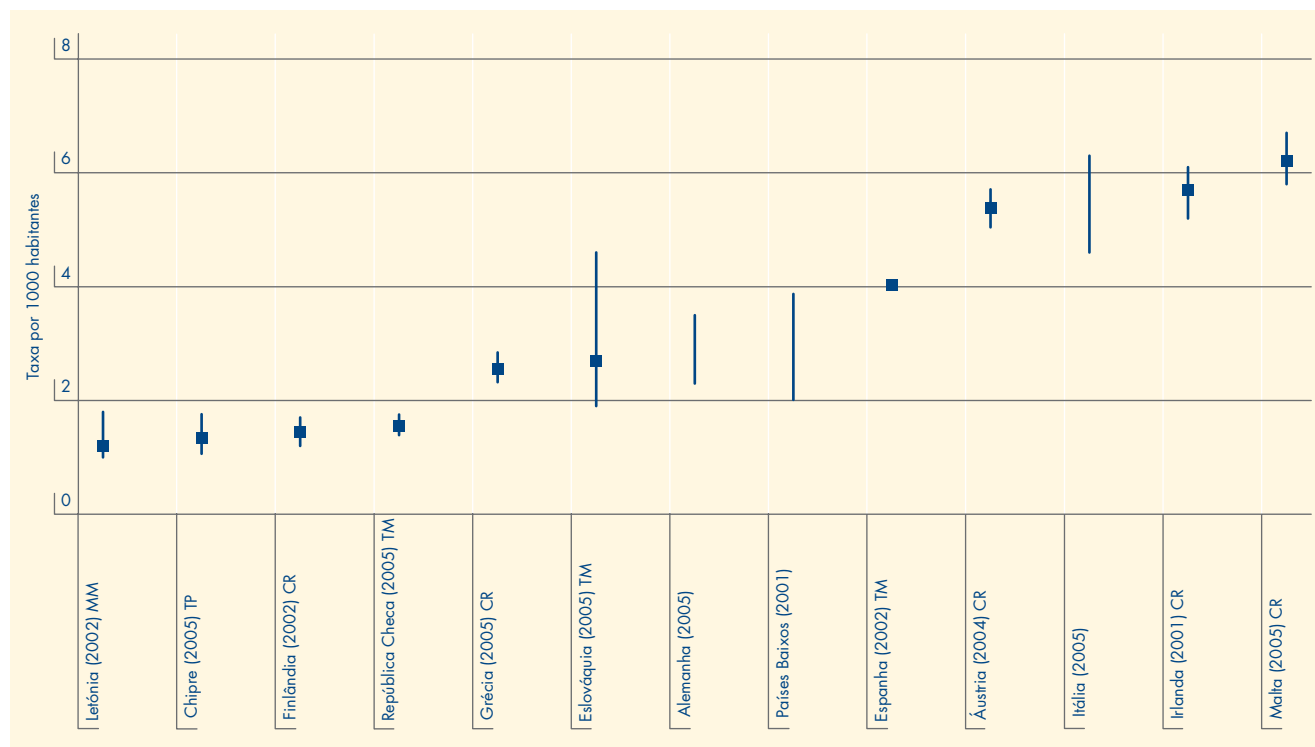
A falta de dados históricos fiáveis e coerentes dificulta a avaliação das tendências do consumo problemático de opiáceos ao longo do tempo, pelo que devem ser interpretadas com prudência. Os relatórios de alguns países sugerem que o consumo problemático de opiáceos poderá ter, em média, estabilizado um pouco nos últimos anos. Apenas existem dados de estimativas repetidas sobre o consumo problemático de opiáceos no período entre 2001 e 2005 em relação a oito países, os quais apresentam um retrato relativamente estável, em que um único país, a Áustria, revela um claro aumento ⁽¹²⁰⁾.

Não obstante a indicação geral de que a prevalência do consumo de opiáceos tende, de uma forma global, a manter-se relativamente estável, há indícios de que as apreensões de heroína aumentaram (ver *supra*), possivelmente devido a uma maior disponibilidade de heroína no mercado europeu, e são cada vez mais as referências ao consumo de opiáceos desviados de utilizações legítimas. Em Itália, as estimativas da incidência do consumo de heroína baseadas nos dados relativos aos pedidos de tratamento sugerem um aumento a partir de 1998, após um período de diminuição, com uma incidência anual em 2005 de aproximadamente 30 000 novos consumidores de heroína. Também na Áustria, a percentagem de pessoas com menos de 25 anos aumentou entre os novos utentes do tratamento de substituição, o que sugere um aumento do número de jovens com problemas, associados ao desvio e ao consumo não controlado de opiáceos com prescrição médica. Do mesmo modo, após um período de diminuição, a República Checa refere um aumento do consumo por via endovenosa de uma substância desviada (neste caso, a buprenorfina), e as informações disponibilizadas pela Bélgica sugerem que houve um aumento do consumo ilegal de metadona. Uma monitorização recente dos serviços de porta aberta em França manifesta preocupação com o consumo ilegal de buprenorfina, incluindo por via intravenosa, e entre jovens que iniciaram o seu consumo problemático de droga com a buprenorfina e não com a heroína. Também foram

⁽¹¹⁸⁾ Ver quadros PPP-2 e PPP-6 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽¹¹⁹⁾ Embora a definição técnica de consumo problemático de droga (CPD) do OEDT seja «o consumo de droga injectada ou o consumo prolongado/regular de heroína, cocaína e/ou anfetaminas», as estimativas deste indicador têm reflectido principalmente o consumo de heroína. Nos poucos países em que o consumo problemático de anfetaminas é referido, existem estimativas bem documentadas. As estimativas do consumo problemático de cocaína são escassas e o indicador do consumo problemático de droga poderá ser menos fiável para esta droga, excepto em alguns países que têm uma prevalência elevada.

⁽¹²⁰⁾ Ver figura PDU-4 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2007.

Figura 8: Estimativas da prevalência do consumo problemático de opiáceos (taxa por 1 000 habitantes entre 15 e 64 anos), 2001-2005

NB: O símbolo indica uma estimativa pontual e uma barra indica um intervalo de incerteza da estimativa, que pode ser um intervalo de confiança de 95% ou um intervalo baseado numa análise de sensibilidade (ver informações pormenorizadas no quadro PDU-3). Os grupos-alvo podem variar ligeiramente em virtude dos diferentes métodos de cálculo e fontes de dados, pelo que as comparações devem ser efectuadas com prudência. Quando nenhum método é indicado, a linha apresentada representa um intervalo entre o limite mais baixo de todas as estimativas existentes e o limite mais alto das mesmas. Métodos de cálculo: CR = Captura-recaptura; MT = Multiplicador de tratamento; TP = Regressão truncada de Poisson; MM = Multiplicador de mortalidade. Ver mais pormenores nos quadros PDU-1, PDU-2 e PDU-3 no Boletim Estatístico de 2007.

Fontes: Pontos focais nacionais.

referidas preocupações com novos subgrupos de consumidores jovens e marginalizados de droga injectada. Na Finlândia, a heroína também parece ter sido em grande medida substituída pela buprenorfina entre os novos pedidos de tratamento por consumo de opiáceos, sendo a buprenorfina cada vez mais mencionada nos relatórios sobre mortes por overdose.

Consumo de droga injectada

Os consumidores de droga injectada (CDI) correm elevados riscos de sofrer problemas de saúde devido ao consumo de droga, tais como infecções transmitidas por via sanguínea (por exemplo, VIH/sida, hepatite) ou overdose de droga. Não obstante a sua importância para a saúde pública, poucos países estão actualmente em condições de fornecer estimativas dos níveis de consumo de droga injectada (figura 9), pelo que uma melhor monitorização desta população específica constitui um desafio importante para o desenvolvimento dos sistemas de monitorização da saúde na Europa.

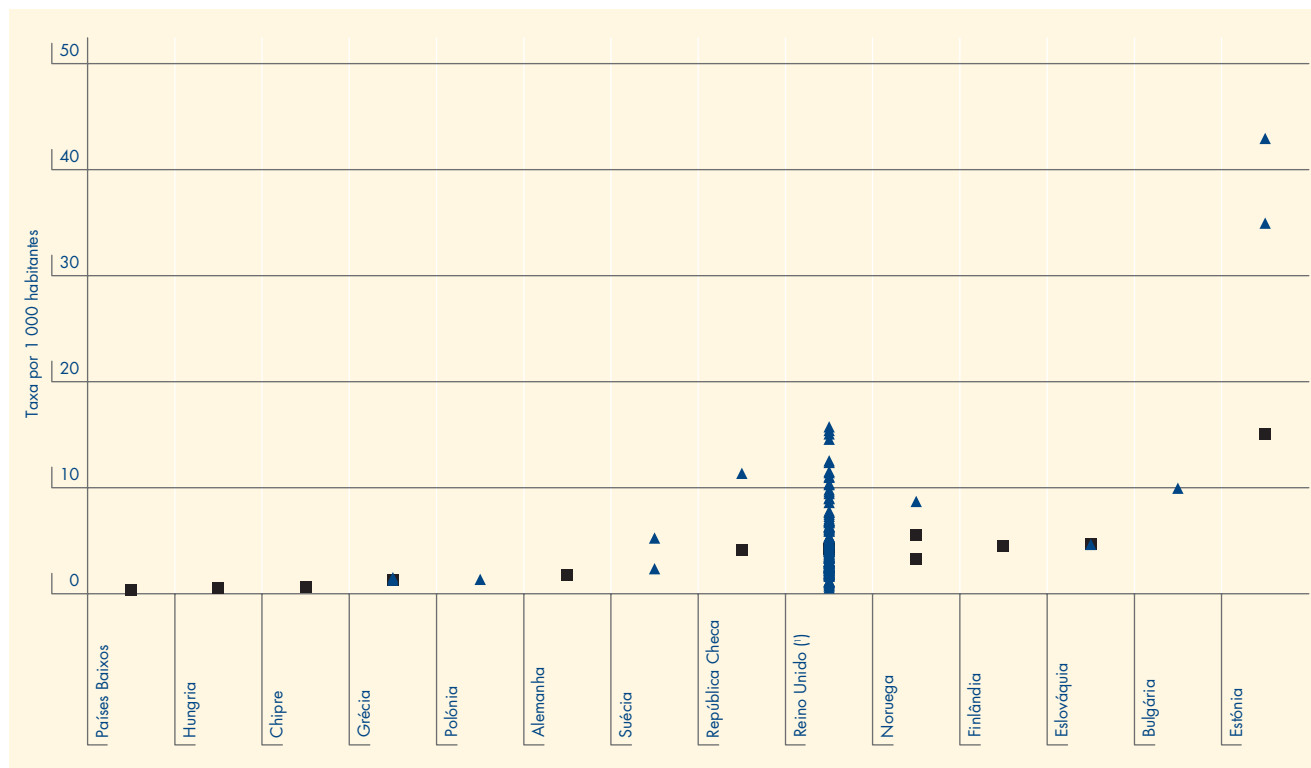
Estimativas indirectas da prevalência do consumo de droga injectada

A maioria das estimativas disponíveis sobre o consumo de droga injectada é calculada a partir das taxas de

overdoses fatais ou dos dados relativos às doenças infecto-contagiosas (como o VIH). Regista-se uma variação considerável entre os diversos países, oscilando as estimativas nacionais, normalmente, entre 0,5 e seis casos por 1000 habitantes dos 15 aos 64 anos, no período de 2001 a 2005. A Estónia constitui uma excepção, tendo comunicado uma estimativa muito mais elevada de 15 casos por mil habitantes. Dos outros países que puderam fornecer dados, as estimativas mais elevadas foram comunicadas pela República Checa, a Eslováquia, a Finlândia e o Reino Unido, que referem entre quatro e cinco casos por 1000 habitantes dos 15 aos 64 anos, e os valores mais baixos são de Chipre, Hungria e Países Baixos, com menos de um caso por mil habitantes.

A extrapolação a partir dos poucos dados disponíveis deve ser efectuada com prudência, mas sugere, mesmo assim, uma prevalência média de consumidores de droga injectada (actuais) de três a quatro casos por mil habitantes adultos. Isto significaria que poderão existir cerca de 1,1 milhões (0,9-1,3 milhões) de consumidores de droga injectada na UE e na Noruega, actualmente. Estes são, predominantemente, consumidores de opiáceos, embora também possam injectar outras drogas, e alguns países mencionam um problema significativo de consumo de anfetaminas ou metanfetaminas injectadas (República Checa, Eslováquia, Finlândia, Suécia).

Figura 9: Estimativas dos estudos nacionais e subnacionais da prevalência do consumo de droga injectada (taxa por 1 000 habitantes entre os 15 e os 64 anos), 2001-2005



(1) Estimativas regionais de Inglaterra para 2004/2005.

NB: Quadrado preto = amostra com cobertura nacional; triângulo azul = amostra com cobertura subnacional.

O padrão das estimativas da prevalência subnacionais depende muito da disponibilidade e da localização dos estudos no interior de um país. Os grupos-alvo podem variar ligeiramente em virtude dos diferentes métodos de estudo e fontes de dados, pelo que as comparações devem ser efectuadas com prudência.

Ver mais pormenores nos quadros PDU-1, PDU-2 e PDU-3 no Boletim Estatístico de 2007.

Fontes: Pontos focais nacionais.

Tendências do consumo de droga injectada a partir dos dados relativos aos pedidos de tratamento

A falta de dados torna difícil tirar conclusões sobre as tendências em matéria de consumo de droga injectada, embora os dados sobre os consumidores de droga que iniciam o tratamento ofereçam uma perspectiva sobre este comportamento. Os pedidos de tratamento dos consumidores de opiáceos, por exemplo, podem fornecer uma indicação dos padrões de consumo na população em geral. A percentagem de consumidores de droga injectada entre os consumidores de heroína como droga principal que iniciam o tratamento (2001-2005) revela a existência de grandes diferenças entre países. Globalmente, estes dados sugerem que o consumo por esta via poderá estar a tornar-se menos popular, observando-se uma diminuição na Dinamarca, Irlanda, Grécia, Hungria, Reino Unido e Turquia. Em alguns países (Espanha, Países Baixos e Portugal), a percentagem de consumidores de heroína em tratamento que se injectam é relativamente pequena. No entanto, este quadro não é observável em toda a parte, por exemplo, em vários dos novos Estados-Membros, o consumo por via endovenosa parece continuar a ser o modo de

administração predominante da heroína. Note-se que as tendências em matéria de consumo de droga injectada entre os que não consomem heroína poderão ser diferentes.

Tratamento da dependência de opiáceos

Tratamento de manutenção

Já existe uma base documental relativamente sólida, sustentada pelos dados provenientes dos estudos sobre os resultados de tratamento e de experiências controladas, em relação à eficácia dos tratamentos de substituição na terapêutica da dependência de heroína e outros opiáceos (ver análise em Gossop, 2006). Foi demonstrada a existência de efeitos positivos na redução do consumo de drogas ilegais, dos comportamentos com riscos para a saúde e da criminalidade, bem como na melhoria do funcionamento social. Os programas de tratamento de substituição incluem normalmente, para além da medicação, outras intervenções de apoio às mudanças comportamentais. Há um consenso generalizado nesta área de que é boa prática integrar os programas no quadro geral dos cuidados de saúde e da assistência social.

Garantia de qualidade e tratamento de substituição

A eficácia de qualquer serviço depende da qualidade dos cuidados prestados. Algumas pessoas têm manifestado preocupação por haver programas de tratamento de substituição de fraca qualidade, que centram excessivamente as suas actividades na prescrição de medicamentos e não prestam suficiente atenção ao fornecimento de um apoio social e médico mais vasto. As críticas incidem ainda na falta de um acompanhamento clínico adequado, nas práticas de prescrição deficientes, que levam ao desvio das drogas para o mercado ilegal, e no facto de os programas de tratamento com doses baixas não serem consentâneos com os dados clínicos a respeito da eficácia (Loth et al., 2007; Schifano et al., 2006; Strang et al., 2005).

Muitos países têm levado estas preocupações a sério e a Dinamarca, a Alemanha e o Reino Unido informam, todos eles, que estão a efectuar revisões com o objectivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Do mesmo modo, a Dinamarca completou recentemente um projecto de três anos destinado a documentar o impacto de um apoio psicossocial mais amplo no tratamento de substituição e a testar os processos de garantia de qualidade.

Na Alemanha, dois estudos recentes examinaram as práticas do tratamento de substituição, analisando as possibilidades de melhorar os cuidados prestados (COBRA), e investigaram as questões relativas à garantia de qualidade que deram origem a um novo manual para profissionais de medicina (ASTO). No Reino Unido, foi recentemente realizada uma auditoria na

Inglaterra para analisar as práticas de prescrição e de gestão clínica e para avaliar em que medida elas estão de acordo com as orientações clínicas existentes.

A disponibilidade de orientações clínicas, normas e protocolos de tratamento nacionais é importante para garantir a qualidade do tratamento de substituição. Segundo os relatórios, as orientações e os protocolos de tratamento nacionais estão a ser preparados ou revistos na Dinamarca, Irlanda, Hungria, Portugal, Reino Unido e Noruega, tendo a Eslováquia publicado orientações sobre a administração do tratamento com metadona em 2004. Nos Países Baixos, o tratamento de manutenção obedece cada vez mais às normas de tratamento médico e a administração de metadona é supervisionada durante a primeira fase do tratamento. Na Áustria, foram elaborados, em 2005, dois decretos que definiram o quadro do tratamento medicamente assistido, com o objectivo de melhorar o tratamento de substituição e incluir medidas relativas ao consumo vigiado, bem como de regulamentação dos médicos que trabalham nesta área.

Um sistema de monitorização nacional para a notificação dos utentes em programas de tratamento de substituição também fornece informações úteis para avaliar a qualidade e a disponibilidade dos serviços. Segundo os relatórios, esses programas já existem em 17 Estados-Membros e estão a ser preparados registos nacionais do tratamento de substituição na Bélgica e no Luxemburgo, enquanto na República Checa o registo existente está a ser alargado a todos os centros de saúde.

Práticas de prescrição do tratamento de substituição na Europa

Nos últimos quinze anos, o tratamento para a dependência da heroína aumentou muito na Europa. Segundo os dados disponíveis, isto deve-se sobretudo ao facto de o tratamento de substituição ter aumentado mais de sete vezes nos Estados-Membros da UE-15, desde 1993.

Com excepção de cinco países (República Checa, França, Letónia, Finlândia, Suécia), a metadona é, de longe, a droga mais usada, correspondendo a cerca de 72% dos tratamentos de substituição⁽¹²¹⁾. Em geral, a metadona é administrada a partir de centros especializados de tratamento em regime ambulatorio, mas em alguns países também pode ser administrada por médicos de clínica geral ou, depois de os doentes terem sido estabilizados, em contextos assistenciais baseados na comunidade. As práticas de administração da metadona são variáveis, por vezes ela só pode ser obtida em centros especializados e o seu consumo é supervisionado, mas em alguns países, como o Reino Unido, as farmácias também desempenham um papel importante e podem ser autorizadas prescrições para que a substância seja tomada em casa.

Nos últimos anos, tem havido interesse, em toda a UE, pela utilização de outros agentes farmacológicos no tratamento

da toxicoddependência, e o recurso à buprenorfina, em especial, tornou-se mais comum. A Eslovénia, em 2005, e Malta, em Maio de 2006, aderiram ao grupo de países europeus que autorizaram o tratamento de manutenção com buprenorfina em unidades especializadas⁽¹²²⁾. Actualmente, a Bulgária, a Hungria, a Polónia e a Roménia são os únicos países onde esta opção de tratamento não se encontra disponível.

Um motivo de interesse pela utilização da buprenorfina reside no facto de esta poder ser considerada uma opção farmacêutica mais adequada do que a metadona para o uso na prática comunitária. Esta questão é complexa, sendo analisada em pormenor no tema específico relativo à buprenorfina de 2005. Na maioria dos países, a buprenorfina só pode ser receitada por médicos formados e acreditados para o efeito, estando sujeita a uma regulamentação adequada ao seu estatuto de droga controlada pelas convenções internacionais (Lista III da Convenção das Nações Unidas sobre Substâncias Psicotrópicas de 1988).

A buprenorfina é comercializada sob a forma de comprimidos sublinguais e, apesar de não ser considerada uma substância particularmente apelativa para ser injectada, conhecem-se casos em que os comprimidos foram dissolvidos

⁽¹²¹⁾ Ver quadros HSR-7, HSR-9 e HSR-11 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽¹²²⁾ Ver figura HSR-1 e quadro HSR-8 no Boletim Estatístico de 2007.

Procedimento para a autorização europeia de introdução de medicamentos no mercado

A Agência Europeia de Medicamentos (EMA) é responsável pela avaliação científica dos pedidos de autorização europeia de introdução de medicamentos no mercado. Os medicamentos aprovados através do procedimento centralizado obtêm uma autorização de introdução no mercado única, que é válida em todos os Estados-Membros da União Europeia.

A segurança de todos os medicamentos autorizados também é monitorizada. Essa monitorização é realizada através da rede comunitária de agências de medicamentos nacionais, em estreita cooperação com os profissionais de saúde e as próprias empresas farmacêuticas.

A EMA publica um Relatório Público Europeu de Avaliação (EPAR) sobre todos os produtos autorizados a nível central que recebem uma autorização de introdução no mercado; os EPAR são publicados no sítio web da EMA (<http://www.emea.europa.eu/>) e há um resumo destinado ao público disponível em todas as línguas oficiais da UE. A EMA também trabalha em parceria com o OEDT e a Europol para apoiar o trabalho de detecção de novas ameaças colocadas pelas drogas na Europa, no contexto da decisão do Conselho (ver capítulo 7).

e injectados. A possibilidade de a buprenorfina ser mal utilizada é confirmada pelas referências feitas por alguns países ao desvio desta droga para o mercado de drogas ilegais. Para pôr termo ao consumo ilegal de buprenorfina, foi desenvolvida uma nova formulação da droga, em combinação com a naloxona. Esta formulação, denominada Suboxona, obteve uma autorização europeia de introdução no mercado em 2006.

Em Janeiro de 2007, os Países Baixos introduziram o tratamento assistido com heroína como uma opção possível para o tratamento da dependência de opiáceos, alargando o número de locais de tratamento para cerca de 1 000, passando a ser, assim, juntamente com o Reino Unido, um dos dois países europeus em que esta opção se encontra disponível. Globalmente, o número de utentes que recebem heroína na Europa é muito pequeno e o tratamento está, normalmente, reservado a casos particularmente crónicos, em que as outras opções terapêuticas não produziram resultados. A eficácia da heroína como agente de substituição também foi estudada em investigações experimentais efectuadas em Espanha (March et al., 2006) e na Alemanha (Naber e Haasen, 2006). Ambos os estudos apresentaram conclusões positivas a respeito desse tratamento, sugerindo que ele poderá ser uma modalidade adequada para os consumidores de opiáceos socialmente excluídos, com problemas graves e que reagiram mal a outras opções de tratamento. Juntamente com trabalhos já realizados anteriormente, estes estudos sobre a prescrição de heroína estimularam o debate sobre a necessidade de

disponibilizar esta opção de tratamento de uma forma mais ampla.

Dados sobre o tratamento

O OEDT reúne dois tipos de informações para descrever o tratamento na Europa. O indicador da procura de tratamento baseia-se na monitorização das características dos utentes que iniciam o tratamento em toda a Europa. Além disso, pede-se aos Estados-Membros que forneçam dados que descrevam a estrutura global e a disponibilidade dos serviços.

Dados do indicador de procura de tratamento

Os dados provenientes da monitorização dos utentes que iniciam o tratamento da toxicodependência na Europa oferecem uma perspectiva não só sobre a situação epidemiológica em geral, no que respeita aos padrões e tendências do consumo, mas também sobre a procura e a disponibilidade relativas das diversas formas de tratamento. Este facto pode dificultar a interpretação das informações disponíveis, dado que o aumento do número de pessoas em tratamento por um problema de droga específico tanto pode indicar um aumento da procura dos serviços como um aumento da disponibilidade de um tipo de serviço específico. Para ajudar a analisar este tipo de dados, faz-se uma distinção entre os novos pedidos de tratamento e todos os pedidos de tratamento, partindo-se do pressuposto de que os novos pedidos de tratamento reflectem melhor a evolução dos padrões mais gerais de consumo de droga e que todos os tratamentos reflectem melhor os pedidos globalmente feitos no sector do tratamento em geral.

As informações resultantes do indicador de procura de tratamento (IPT) não abrangem todas as pessoas em tratamento da toxicodependência, que são em número consideravelmente superior; só os utentes que solicitam tratamento no ano em causa são registados, mas em 2007 está a ser implementado um projecto-piloto que pretende alargar a recolha de dados europeus aos utentes em tratamento contínuo⁽¹²³⁾ e avaliar a cobertura do sistema de notificação dos sistemas nacionais.

Em muitos países, os opiáceos, sobretudo a heroína, continuam a ser as principais drogas pelas quais os utentes procuram tratamento. Do total de 326 000 pedidos de tratamento comunicados em relação a 2005, no âmbito do indicador da procura de tratamento, os opiáceos foram registados como droga principal em cerca de 40% dos casos, tendo cerca de 46% destes utentes afirmado consumir a droga por via endovenosa⁽¹²⁴⁾.

Alguns países mencionam uma percentagem de pedidos de tratamento significativa em relação a outros opiáceos que não a heroína. Na Finlândia, 41% dos utentes referem outros opiáceos, em especial a buprenorfina, como droga de consumo principal e em França 7,5% dos utentes estão registados como consumidores de buprenorfina. No Reino

⁽¹²³⁾ Ver <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1420> (relatório de reunião de 2006).

⁽¹²⁴⁾ Ver quadro TDI-5 no Boletim Estatístico de 2007.

Unido e nos Países Baixos, cerca de 4% dos utentes estão referenciados como consumidores de metadona como substância principal. Na Espanha, na Letónia e na Suécia, entre 5% e 7% dos utentes estão a iniciar o tratamento por consumo de opiáceos não especificados, que não a heroína ou a metadona, como substância principal ⁽¹²⁵⁾. Na Hungria, onde o consumo de produtos caseiros à base de papoilas opiáceas tem um longo historial, cerca de 4% dos pedidos de tratamento estão relacionados com o ópio.

A maioria dos consumidores de opiáceos é notificada pelas unidades de tratamento em regime ambulatorio. Na Suécia, porém, 71% dos utentes consumidores de opiáceos são mencionados pelos centros de tratamento em regime de internamento, o que indica uma diferente estruturação dos serviços neste país. O Reino Unido também menciona uma pequena percentagem (3%) dos pedidos de tratamento em regime de internamento relativos a utentes consumidores de opiáceos ⁽¹²⁶⁾. Nos poucos países que fornecem dados sobre a procura de tratamento nas agências de porta aberta, uma percentagem significativa dos utentes procura tratamento por consumo de opiáceos como droga principal ⁽¹²⁷⁾.

A percentagem relativa de pedidos de tratamento feitos por utentes não consumidores de opiáceos está a aumentar no conjunto de dados do IPT e o número efectivo de novos utentes que pedem tratamento por consumo de opiáceos também está a diminuir em muitos países, tendo o número absoluto de novos pedidos de tratamento registados por consumo de heroína como droga principal diminuído de 80 000 em 1999 para 51 000 em 2005 ⁽¹²⁸⁾.

Níveis do tratamento de substituição

Estima-se que em 2005, nos Estados-Membros da UE e na Noruega, tenha havido, no mínimo, 585 000 tratamentos de substituição. Esta estimativa baseia-se na monitorização do tratamento realizada na maioria dos países e oferece uma panorâmica geral da disponibilidade de tratamento. Estes valores constituirão, provavelmente, uma estimativa mínima, dado ser possível que nem todos os dados relativos a algumas modalidades de tratamento tenham sido comunicados, por exemplo o tratamento prestado pelos médicos de clínica geral ou nas prisões.

A grande maioria dos utentes tratados (97%) é mencionada pelos Estados-Membros da UE-15, que também contribuem com a maioria (80%) dos pedidos de tratamento registados no conjunto de dados relativos ao indicador da procura de tratamento. Este valor indica que o tratamento de substituição aumentou mais de sete vezes desde 1993, ano em que os casos de substituição eram estimados em cerca de 73 000 (Farrell, 1995). Os dados revelam um aumento de cerca de 15% do número de utentes na UE e na Noruega, entre 2003 e 2005, que se deve, sobretudo, aos aumentos verificados na Alemanha (aumento estimado

de 8 300 casos), em França (5 706), em Itália (6 234), em Portugal (4 168) e no Reino Unido (41 500) ⁽¹²⁹⁾. Em 2005, registou-se uma estabilização do número de utentes do tratamento de substituição nos Países Baixos (122 casos por 100 000 habitantes) e no Luxemburgo (355 casos por 100 000 habitantes).

O crescimento relativo mais forte registado entre 2003 e 2005 foi observado (ainda que não exclusivamente) em alguns dos novos Estados-Membros, havendo países que referem aumentos substanciais (superiores a 40%), como a Bulgária, a Estónia, a Grécia, a Lituânia, a Roménia e a Noruega. Estes aumentos coincidiram com uma expansão geográfica da disponibilidade da opção do tratamento de substituição em muitos desses países. A oferta do tratamento de substituição não aumentou em todos os novos Estados-Membros: a Hungria, a Polónia e a Eslováquia comunicaram uma situação relativamente estável, enquanto o número de utentes do programa de metadona de alto limiar da Letónia chegou mesmo a diminuir de 67 para 50. Em dois países com níveis de oferta de tratamento historicamente elevados, Espanha e Malta, a oferta diminuiu recentemente, reflectindo, possivelmente, os níveis globais da procura nestes países.

A interligação entre os pedidos de tratamento repetidos, os níveis de manutenção e a prevalência do consumo problemático de opiáceos é complexa. Os níveis dos pedidos de tratamento repetidos feitos pelos utentes e o número de utentes em programas de manutenção são determinados pela evolução histórica da incidência e da prevalência do consumo de opiáceos, bem como pela organização e o tipo de serviços de tratamento. Em relação a alguns países, é possível utilizar os níveis estimados da prevalência do consumo de drogas opiáceas para calcular o rácio entre os utentes do tratamento de manutenção e os consumidores problemáticos de opiáceos.

Calculou-se a amplitude do tratamento de substituição entre os consumidores problemáticos de opiáceos relativamente aos Estados-Membros da UE que dispõem de estimativas do consumo problemático de opiáceos para 2005 (figura 10). Os resultados revelam diferenças significativas entre os diversos países, com taxas que variam entre menos de 10% (Eslováquia) e cerca de 50% dos consumidores de opiáceos (Itália). No entanto, os dados sublinham a necessidade de rever as opções de tratamento disponíveis em todos os países, a fim de garantir que elas são suficientes para satisfazer as necessidades estimadas.

Apesar de alguns aumentos recentemente verificados no tratamento de substituição nos Estados Bálticos e nos países da Europa Central, os seus níveis permanecem baixos em comparação com o número estimado de consumidores de opiáceos nestes Estados-Membros, com

⁽¹²⁵⁾ Ver quadro TDI-114 no Boletim Estatístico de 2007.

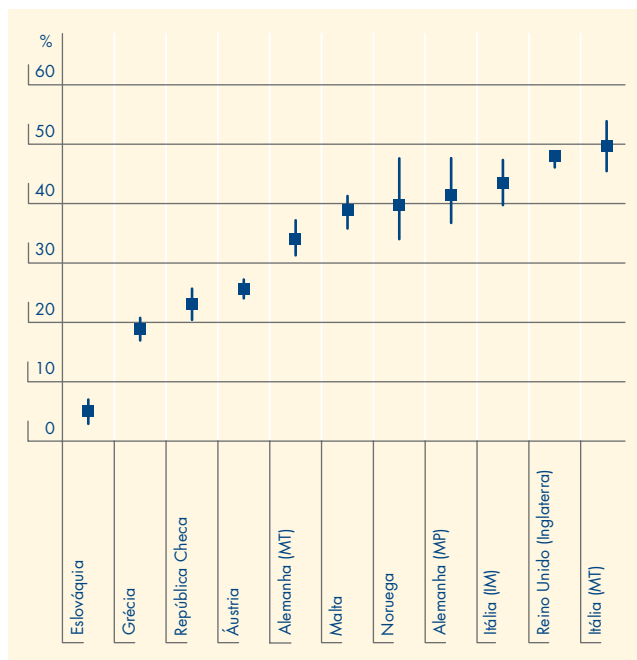
⁽¹²⁶⁾ Ver quadro TDI-24 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽¹²⁷⁾ Ver quadro TDI-119 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽¹²⁸⁾ Ver figura TDI-1 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽¹²⁹⁾ Ver quadro HSR-7 no Boletim Estatístico de 2007.

Figura 10: Número de utentes do tratamento de manutenção por consumo de opiáceos em percentagem do número estimado de consumidores problemáticos de opiáceos, 2005



NB: Estas informações apenas estão disponíveis para nove países. O símbolo indica uma estimativa pontual; uma barra indica um intervalo de incerteza originado pelos processos de estimativa; o número de consumidores de opiáceos é estimado por meio de vários métodos: MT = Multiplicador de tratamento; MP = Multiplicador polícia; IM = Indicador variantes múltiplas. Quando nenhum método é indicado, a linha apresentada representa um intervalo entre o limite mais baixo de todas as estimativas existentes e o limite mais alto das mesmas. Para mais informação, ver a figura HSR-3 no Boletim Estatístico de 2007.

Fontes: Pontos focais nacionais.

excepção da Eslovénia. Uma estimativa da Estónia sugere que apenas 5% dos consumidores de heroína que habitam nos quatro principais centros urbanos estão abrangidos por programas de substituição, e esta taxa não vai além de 1% a nível nacional.

Pedidos de tratamento por consumo de opiáceos

A percentagem de pedidos de tratamento por consumo de opiáceos como droga principal reflecte, em alguma medida, a prevalência relativa de opiáceos ilegais como droga problemática que exige (ainda mais) tratamento, embora também seja influenciada pela organização dos serviços de tratamento e pelo sistema de comunicação de informações.

A percentagem de utentes que procuram tratamento devido ao consumo de opiáceos varia consoante os países. Com base nos dados mais recentes disponíveis, os consumidores de opiáceos correspondem a 40-70% do total dos pedidos de tratamento em 12 países, menos de 40% em sete países e mais de 70% em seis países ⁽¹³⁰⁾.

A percentagem dos pedidos de tratamento respeitantes ao consumo de heroína diminuiu de 74% do total dos pedidos de tratamento em 1999 para 61% em 2005. Os únicos países que não mencionam uma diminuição são a Bulgária e o Reino Unido ⁽¹³¹⁾.

A diminuição em termos absolutos dos novos pedidos de tratamento por consumo de opiáceos, sobretudo causados pelo consumo de heroína, é confirmada pelo exame da tendência dos novos utentes consumidores de heroína: todos os países, com excepção da Bulgária e da Grécia, mencionam uma diminuição da percentagem de novos pedidos por consumo de heroína como droga principal entre os novos utentes, nos últimos sete anos. Entre 1999 e 2005, a percentagem de novos utentes consumidores de heroína entre os novos utentes em geral diminuiu de 70% para 37%.

Utentes que solicitam tratamento

As pessoas que procuram tratamento devido a problemas com os opiáceos tendem a ser relativamente mais velhas do que as que pedem ajuda por problemas com outras drogas ⁽¹³²⁾ e também tendem a referir condições sociais piores. Os níveis de desemprego entre os utentes consumidores de opiáceos são geralmente elevados, os níveis de escolaridade baixos e entre 10% e 18% estão registados como sem-abrigo.

A maioria dos utentes (60%) afirma ter iniciado o consumo de opiáceos antes dos 20 anos de idade, sendo o início do consumo de opiáceos depois dos 25 anos muito invulgar ⁽¹³³⁾. Em média, registava-se um intervalo de 7 a 8 anos entre o início do consumo de opiáceos e o primeiro contacto com o tratamento da toxicod dependência: a média de idades no início do consumo de opiáceos era de 22 anos e a média de idades na altura do primeiro pedido de tratamento de 29-30 anos. Os pedidos de tratamento em regime de internamento foram normalmente apresentados por pessoas mais velhas do que as que recebiam tratamento em regime ambulatorio e os dados sugerem um intervalo bastante curto entre o primeiro contacto com o tratamento e os episódios de tratamento subsequentes.

Há três homens para cada mulher entre os consumidores de opiáceos que fazem tratamento em regime ambulatorio e quatro entre os que estão internados. Existiam, contudo, várias diferenças entre países, sendo a percentagem de homens normalmente maior entre a população tratada nos países do sul da Europa.

A nível europeu, entre os utentes consumidores de opiáceos que procuram tratamento e cuja via de administração é conhecida, há em média 58% que injectam a substância (53% se estiverem a iniciar o tratamento pela primeira vez). A percentagem de

⁽¹³⁰⁾ Ver quadro TDI-5 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽¹³¹⁾ Ver figura TDI-3 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽¹³²⁾ Ver quadro TDI-10 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽¹³³⁾ Ver quadros TDI-11, TDI-107 e TDI-109 no Boletim Estatístico de 2007.

consumidores de droga injectada é mais elevada na Roménia, na República Checa e na Finlândia e mais baixa nos Países Baixos, na Dinamarca e em Espanha ⁽¹³⁴⁾.

A maioria dos utentes consumidores de opiáceos toma múltiplas drogas, consumindo os opiáceos em combinação com outra substância secundária, sobretudo outros opiáceos (35%), cocaína (23%) e *cannabis* (17%) ⁽¹³⁵⁾.

Alguns países referem um grau elevado de co-ocorrência da dependência de opiáceos e de outras patologias psiquiátricas entre os consumidores de opiáceos, observação que também tem sido feita em muitos estudos clínicos, os quais indicam que a depressão grave, crises de ansiedade, perturbações da personalidade anti-sociais e *borderline* são distúrbios relativamente comuns entre os consumidores de opiáceos (Mateu et al., 2005).

⁽¹³⁴⁾ Ver quadros TDI-4 e TDI-5 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽¹³⁵⁾ Ver quadro TDI-23 no Boletim Estatístico de 2007.



Capítulo 7

Tendências novas e emergentes e medidas relativas às novas drogas

As tendências emergentes em matéria de droga muitas vezes reproduzem, expandem ou substituem as tendências que estiveram anteriormente em voga e suscitam questões sobre o motivo por que as substâncias psico-activas são consumidas. Por conseguinte, as tendências emergentes em matéria de consumo de drogas e de álcool devem ser compreendidas não só em relação às mudanças políticas introduzidas pelos governos, mas também em relação umas às outras e no âmbito mais vasto das modas actuais e da evolução sócio-cultural das actividades de lazer.

Os progressos ocorridos nos meios das tecnologias da informação e da comunicação, em especial a Internet, criaram canais que facilitam a divulgação das novas tendências e permitem exprimir diversas opiniões sobre o consumo de drogas e os riscos a este associados.

A alteração dos padrões de consumo de droga e os novos padrões de consumo surgem, normalmente, a nível local ou de algumas cidades, sendo muito poucos os Estados-Membros que têm, por exemplo, sistemas de monitorização para indicar a quantidade de intoxicações fatais ou não fatais causadas pelo consumo de substâncias psico-activas novas ou emergentes. No contexto de um quadro inevitavelmente parcial, as informações acumuladas sobre as tendências em matéria de droga que estão a surgir na Europa são avaliadas através da triangulação dos dados provenientes de uma grande quantidade de fontes diferentes.

O presente capítulo descreve a evolução recente do consumo ilegal de substâncias psico-activas que habitualmente não são abordadas pelos principais indicadores neste domínio e que só recentemente foram identificadas como potencialmente preocupantes pelos responsáveis políticos ou atraíram as atenções dos meios de comunicação social.

Piperazinas: novas substâncias psico-activas

A evolução mais significativa em matéria de novas substâncias psico-activas, nos últimos anos, é a disseminação de vários derivados novos das piperazinas, alguns dos quais surgiram na Europa entre 2004 e 2006.

Este grupo de substâncias sintéticas é obtido a partir do composto inicial piperazina e inclui a BZP (1-benzilpiperazina) e a mCPP [1-(3-clorofenil)piperazina]. Estas duas substâncias são fáceis de adquirir junto dos fornecedores de produtos químicos e através da Internet, estando a produção ilegal principalmente limitada aos comprimidos ou cápsulas.

BZP

Os estudos têm comparado os efeitos fisiológicos e subjectivos da BZP com os das anfetaminas e sugerem que a BZP tem aproximadamente um décimo da potência da dextanfetamina.

Nos últimos anos, os produtos que contêm BZP começaram a ser agressivamente comercializados como uma alternativa legal ao *ecstasy* por vários retalhistas, através da imprensa, de sítios na Internet, de lojas específicas e de bancas em clubes e festivais, podendo ser também vendidos como «*ecstasy*». A BZP é oferecida em várias combinações com outras piperazinas e pensa-se que algumas delas, em especial a BZP combinada com a TFMPP⁽¹³⁶⁾, são concebidas de modo a imitar os efeitos do *ecstasy*. Estes produtos costumam ostentar no rótulo, de forma visível, a informação de que contêm piperazina, mas são muitas vezes falsamente apresentados como «naturais» ou «à base de plantas».

Os dados acumulados na UE acerca das tendências emergentes no consumo de droga sugerem que elas podem reflectir as tendências dos consumidores nos mercados legais — por exemplo, a venda de substâncias inteiramente sintéticas como a BZP, com a alegação de que é «natural» ou «à base de plantas», pode apelar ao maior interesse dos consumidores pelos produtos naturais. Além disso, a aparente segurança da BZP é fomentada pelo facto de os produtos serem frequentemente vendidos por retalhistas específicos ou em lojas especializadas e não na rua.

A BZP tem sido encontrada em 14 Estados-Membros da UE (Bélgica, Dinamarca, Alemanha, Irlanda, Grécia, França, Malta, Países Baixos, Áustria, Portugal, Espanha, Suécia, Finlândia, Reino Unido) e na Noruega.

Há alguns indícios de que a BZP, que parece ter uma estreita margem de segurança quando usada de forma recreativa, apresenta riscos para saúde. No Reino Unido, registaram-se

⁽¹³⁶⁾ 1-(3-Trifluorometilfenil)piperazina.

incidentes em que houve observação clínica de intoxicações com BZP e em que esta droga foi toxicologicamente confirmada como tendo sido a única substância psico-activa consumida, nos quais os consumidores sofreram efeitos secundários graves, alguns deles conducentes a emergências médicas. No entanto, não existem casos fatais directamente atribuíveis à BZP. Em Março de 2007, a UE respondeu à crescente preocupação suscitada pelo consumo de BZP solicitando formalmente uma avaliação dos riscos para a saúde e sociais colocados por esta substância ⁽¹³⁷⁾.

mCPP

A mCPP tem sido descrita como produzindo efeitos estimulantes e alucinogénios semelhantes aos do *ecstasy* (MDMA). Os comprimidos com mCPP são frequentemente desenhados de modo a parecerem-se com os de *ecstasy* e quase sempre vendidos como tal, sendo estas drogas por vezes encontradas em combinação. É de supor que a adição de mCPP visa potenciar ou a melhorar os efeitos do MDMA.

Desde 2004 que a mCPP tem sido detectada em 26 Estados-Membros (todos menos Chipre) e na Noruega, estando, assim, a tornar-se na nova substância psicotrópica mais encontrada na UE desde que a monitorização do sistema de alerta precoce foi iniciada em 1997.

Não houve qualquer notificação de intoxicações graves nem de casos fatais relacionados com a mCPP na União Europeia. Há poucos indícios de que se trate de uma substância particularmente perigosa em termos de toxicidade aguda, embora a toxicidade crónica (consumo prolongado) ainda não tenha sido determinada.

Abuso sexual facilitado pela droga

Desde a década de 1980 que os casos de abuso sexual envolvendo a adição dissimulada de droga a uma bebida para incapacitar a vítima têm sido crescentemente noticiados nos meios de comunicação social e mencionados na literatura médica. No entanto, é muito difícil obter provas forenses deste tipo de crime. Os estudos forenses revelam, efectivamente, que elevadas concentrações de álcool e também de benzodiazepinas de prescrição médica são muitas vezes identificadas em casos de alegado abuso sexual (em mais de 80% dos casos franceses e em 30% dos casos do Reino Unido), mas a dificuldade de detectar drogas como o GHB limita a obtenção de provas nos casos de alegados ataques que não sejam rapidamente notificados. As provas forenses resultantes dos estudos realizados a partir do ano 2000 (no Reino Unido, França, Estados Unidos e Austrália) indicam que a administração dissimulada de drogas para fins de abuso sexual parece ser pouco comum, embora a incidência real possa ser superior à identificada, por os casos não serem notificados, ou serem-no tardiamente.

GHB

A venda livre de GHB ⁽¹³⁸⁾ na Internet foi restringida desde que esta substância foi incorporada na Lista IV da Convenção das Nações Unidas sobre Substâncias Psicotrópicas em Março de 2001 e, por isso, todos os Estados-Membros da UE são obrigados a controlá-la nos termos das respectivas legislações relativas às substâncias psicotrópicas. O GHB tem sido terapêuticamente utilizado em anestesia em França e na Alemanha, e no tratamento da síndrome da abstinência do álcool na Áustria e em Itália. Em Junho de 2005, o Comité dos Medicamentos para Uso Humano (CHMP) da EMEA recomendou que se concedesse uma autorização de introdução no mercado para o medicamento Xyrem (em que o GHB é a substância activa) para o tratamento da cataplexia em doentes adultos com narcolepsia (EMEA, 2005) ⁽¹³⁹⁾.

O GHB é facilmente fabricado a partir dos seus precursores gama-butirolactona (GBL) e 1,4-butanediol (1,4-BD), solventes muito utilizados industrialmente e disponíveis a nível comercial. Alguns países, reconhecendo o potencial para que estas substâncias precursoras sejam mal utilizadas, optaram por controlar uma delas, ou ambas, ao abrigo da legislação relativa ao controlo de drogas ou equivalente (Itália, Letónia, Suécia). Como o GBL não é controlado na maioria dos Estados-Membros e os fornecedores de produtos químicos em linha facultam um acesso fácil a esta substância, alguns consumidores de GHB parecem ter passado a consumir GBL. Algumas análises qualitativas da venda de GHB em linha e dos fóruns sobre drogas sediados no Reino Unido, na Alemanha e nos Países Baixos sugerem que os consumidores obtêm o GBL junto de fornecedores de produtos químicos que o comercializam para vários fins legítimos.

Prevalência e padrões de consumo

Todas as fontes de informação disponíveis sugerem que a prevalência geral do consumo de GHB é baixo, circunscrevendo-se os níveis de consumo significativos a algumas subpopulações específicas. Um inquérito na Internet realizado no Reino Unido concluiu que o GHB era mais utilizado em casa (67%) do que em contextos de vida nocturna (26%) (Sumnall et al., 2007). Um inquérito a 408 frequentadores de bares em Amesterdão, em 2005, apresentou estimativas da prevalência do consumo de GHB ao longo da vida significativamente mais elevadas entre a clientela dos bares *gay* e dos bares da moda (17,5% e 19%, respectivamente) do que nos bares e cafés normais ou frequentados por estudantes (5,7% e 2,7%, respectivamente) (Nabben et al., 2006).

⁽¹³⁷⁾ Ver <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1346>

⁽¹³⁸⁾ No termo GHB está incluído o eventual consumo de GBL ou 1,4-BD.

⁽¹³⁹⁾ Ver «Procedimento para a autorização europeia de introdução de medicamentos no mercado», p. 70.

A Internet como fonte de informação sobre as tendências emergentes em matéria de droga

Em 2004, mais de um terço dos jovens da UE declararam que recorreriam à Internet para se informarem a respeito das drogas (*Eurobarómetro*, 2004). Se os jovens vão procurar informações sobre as drogas na Internet, coloca-se a questão de saber em que medida as informações a que acedem são imparciais e precisas. Muitos sítios da Internet abordam questões relacionadas com o consumo de droga, sendo alguns deles patrocinados pelos governos, outros geridos por grupos de interesses, ou por redes de consumidores ou de apoio ao consumo. Além de funcionar como uma fonte de informação sobre as drogas, a Internet criou um mercado para as drogas legais e ilegais, com sítios que vendem drogas ilegais e substâncias alternativas legais. Explorando o potencial de comercialização da Internet mediante a utilização de estratégias de *marketing* em linha que reagem rapidamente à procura dos consumidores e à evolução das situações jurídica e do mercado, os retalhistas de droga em linha têm cada vez mais possibilidades de difundir novas práticas de consumo de droga, bem como novos produtos.

No âmbito do projecto E-POD (*European perspectives on drugs*) (Perspectivas europeias sobre a droga), o OEDT está a investigar a forma de utilizar a Internet como fonte de informação sobre as tendências emergentes em matéria de droga. A nível da UE também há uma evolução no sentido de fornecer informações fiáveis sobre questões de saúde pública: o novo portal de saúde pública da UE é uma porta de entrada para uma série de recursos de saúde pública europeus, incluindo informações relacionadas com a droga (1).

(1) <http://ec.europa.eu/health-eu>

Tendências

A análise das tendências presentes no consumo do GHB é dificultada pela falta de informação, embora os dados disponíveis sugiram que o consumo de GHB continua a estar limitado a alguns pequenos grupos subpopulacionais. Os dados resultantes dos inquéritos efectuados em locais de dança e de música na Bélgica, Países Baixos e Reino Unido indicam que o consumo de GHB poderá ter atingido o seu ponto mais alto por volta de 2000-2003 e diminuído seguidamente. Contudo, não se sabe ao certo em que medida esta conclusão poderá ser aplicada a outros subgrupos. Note-se que em 2005 as linhas de auxílio para a toxicodependência na Finlândia mencionaram chamadas relativas ao GBL pela primeira vez (FESAT, 2005).

Riscos para a saúde

O principal risco para a saúde associado ao consumo de GHB parece ser o elevado risco de perda de consciência, em especial quando a droga é combinada com o álcool ou outros sedativos. O consumo de GHB também pode causar outros problemas, incluindo coma, diminuição da temperatura corporal, hipotonia, alucinações, náuseas,

vómitos, bradicardia e depressão respiratória. Tem sido observada dependência física do GHB após uma utilização prolongada e podem surgir outros riscos para a saúde decorrentes da eventual presença de solventes ou da contaminação por metais pesados.

Cinco Estados-Membros e a Noruega comunicaram mortes relacionadas com o GHB ao OEDT, desde 1993: Dinamarca e Itália (um caso cada), Finlândia e Noruega (três casos cada), bem como a Suécia e o Reino Unido (cerca de 40 mortes relacionadas com o GHB).

Em Amsterdão, o número notificado de emergências não fatais causadas pelo consumo de GHB foi de 76 em 2005, ultrapassando, tal como em anos anteriores, as emergências médicas atribuídas ao consumo de cogumelos alucinogénios (70 casos), *ecstasy* (63 casos), anfetaminas (três casos) e LSD (um caso). Em comparação com outras substâncias, a percentagem de casos de GHB (84%) que exigiu o recurso aos hospitais foi elevada. Os pedidos de informação sobre o GHB dirigidos ao Centro Nacional de Informação sobre Venenos nos Países Baixos (correspondendo a 241 dos 1383 pedidos apresentados) aumentaram 27% em 2005 relativamente ao ano de 2004.

Redução dos riscos

As respostas ao consumo de GHB são habitualmente fornecidas pelos projectos nacionais ou comunitários direccionados para os locais de vida nocturna, e consistem normalmente na administração de formação ao pessoal dos clubes e na divulgação de informações sobre os riscos desse consumo (Alemanha, França, Países Baixos, Áustria, Reino Unido). O aconselhamento sobre as precauções que devem ser tomadas nos locais de vida nocturna para evitar a adulteração das bebidas e as medidas a tomar em caso de *overdose* são aspectos essenciais das informações divulgadas sobre o GHB. Nos eventos de grande dimensão, são cada vez mais usadas equipas de primeiros socorros capazes de tratar os problemas causados pelas drogas e o álcool, para responder aos incidentes que envolvem o GHB ou outras drogas.

Novas substâncias psico-activas

A Decisão 2005/387/JAI do Conselho, de 10 de Maio de 2005, relativa ao intercâmbio de informações, avaliação de riscos e controlo de novas substâncias psico-activas instituiu um mecanismo de intercâmbio rápido de informações sobre novas substâncias psico-activas que possam constituir uma ameaça social e para a saúde pública. Ao OEDT e à Europol, em estreita cooperação com as suas redes — os pontos focais nacionais da Reitox (PFN) e as unidades nacionais da Europol (ENU), respectivamente — foi atribuído um papel central na criação de um sistema de alerta precoce para a detecção de novas substâncias psico-activas (1).

(1) <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1596>

Cetamina

A cetamina tem sido monitorizada na União Europeia desde que, no ano 2000, surgiram as primeiras preocupações a respeito do seu abuso (OEDT, 2002). A nível nacional, a cetamina está sujeita à legislação relativa às drogas controladas (e não à regulamentação dos medicamentos) em quase metade dos Estados-Membros da UE, e na Suécia e no Reino Unido, foi incluída nas listas dos estupefacientes em 2005 e 2006, respectivamente. Recentemente, uma análise crítica da cetamina realizada pela OMS concluiu que os controlos internacionais iriam dificultar a disponibilidade da substância para utilização na medicina humana em zonas longínquas do mundo, bem como na medicina veterinária, dado não existirem substitutos adequados para ela (OMS, 2006). Após esta análise, em Março de 2007, o projecto de resolução

da Comissão de Estupefacientes (CND) das Nações Unidas sobre a resposta a dar à ameaça colocada pelo abuso e o desvio de cetamina instou os Estados-Membros a ponderarem a adopção de um sistema de medidas de precaução que as respectivas agências governamentais deverão utilizar para facilitar a detecção oportuna do desvio de cetamina.

Há poucos dados epidemiológicos sobre o consumo de cetamina, embora um inquérito escolar recentemente realizado no Reino Unido tenha registado taxas de prevalência ao longo da vida inferiores a 0,5%. Também existem dados resultantes de inquéritos efectuados em locais de dança e de música, tendo os diferentes estudos sobre esta população de alto risco concluído que as taxas do consumo de cetamina ao longo da vida variavam entre 7% num estudo checo e 21% numa amostra húngara.



Capítulo 8

Doenças infecto-contagiosas e mortes relacionadas com o consumo de droga

Doenças infecto-contagiosas relacionadas com o consumo de droga

Os dados fornecidos ao OEDT e ao Centro Europeu para a Vigilância Epidemiológica da sida (EuroHIV, 2006) sugerem que, em finais de 2005, a transmissão do VIH entre os consumidores de droga injectada (CDI) era baixa na maioria dos países da União Europeia. Este facto poderá dever-se, em parte, à maior disponibilidade das medidas de prevenção, tratamento e redução dos danos, incluindo os tratamentos de substituição e os programas de troca de agulhas e seringas, embora existam outros factores, como a diminuição do consumo de droga injectada observada em vários países, que também poderão ter desempenhado um papel importante. Em vários países e regiões da UE, porém, é provável que a transmissão de VIH relacionada com o consumo de droga injectada tenha mantido níveis relativamente elevados em 2005 ⁽¹⁴⁰⁾, o que sublinha a necessidade de garantir a cobertura e a eficácia das práticas de prevenção locais.

A vigilância das doenças infecto-contagiosas relacionadas com a droga entre os consumidores de droga injectada na Europa está actualmente centrada no VIH/sida e na hepatite viral (B e C). É constituída por dois sistemas complementares, a comunicação dos casos (ou «notificações»: números absolutos de novos casos comunicados/notificados) e a monitorização da «seroprevalência» (ou «vigilância sentinela»: percentagem de seropositivos nas amostras de consumidores de droga injectada) (figura 11) ⁽¹⁴¹⁾. É provável que ambos os sistemas sejam imperfeitos e os países diferem quanto à disponibilidade de dados. No entanto, embora os dados fornecidos por qualquer destes dois sistemas devam ser interpretados com cautela, considerados em conjunto fornecem um panorama mais completo das tendências epidemiológicas recentes.

Indicadores da incidência e da prevalência de VIH

Notificação de casos de VIH

Um indicador importante do número (incidência) de novas infecções entre os consumidores de droga injectada

é fornecido pela notificação dos casos de infecções por VIH recentemente diagnosticados. Ao interpretar estes dados, devem ter-se em conta várias considerações: os CDI infectados não podem ser diagnosticados se não estiverem em contacto com os serviços de saúde; as novas infecções podem não ser necessariamente atribuíveis ao consumo de droga injectada e, o número de casos identificados pode ser influenciado pelas diferenças existentes entre os países, ou ao longo do tempo, no tocante às taxas de análise e de notificação.

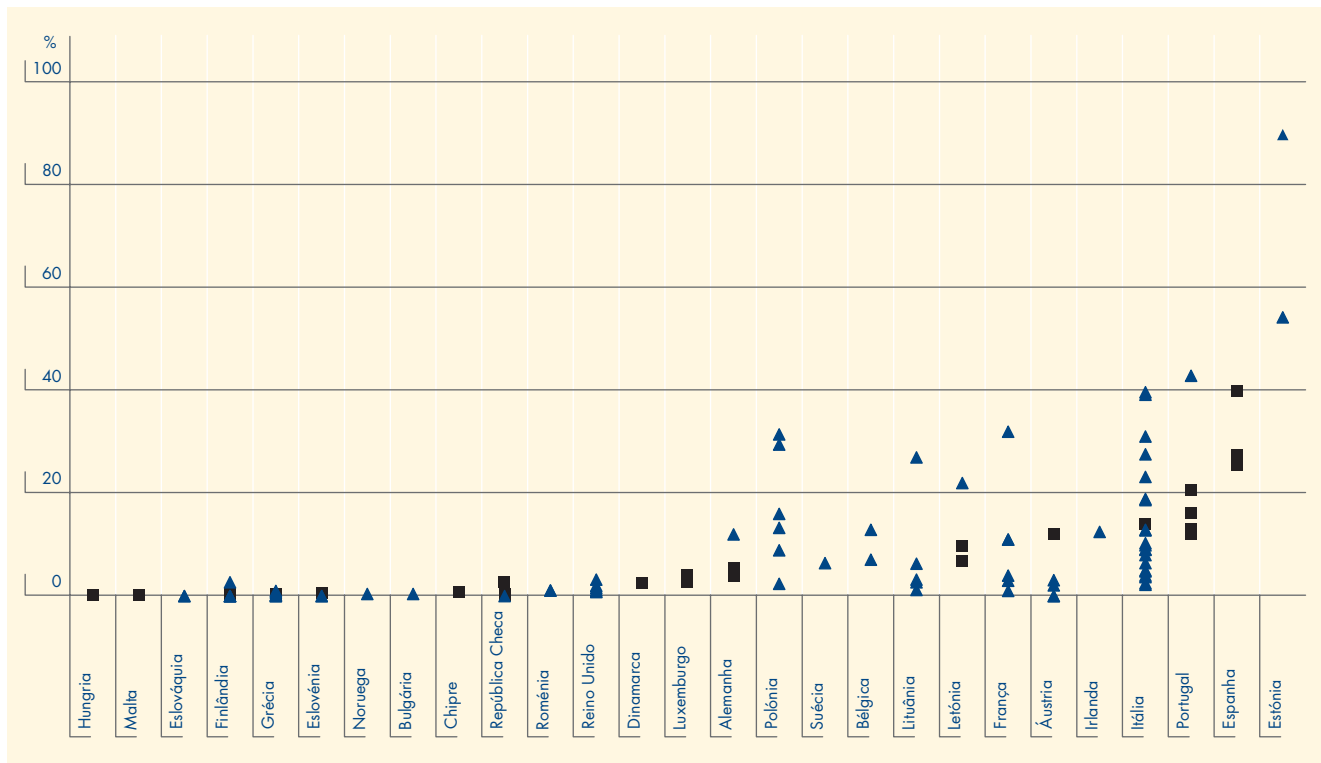
Os dados disponíveis sugerem que, em 2005, na maioria dos países, os índices de novas infecções relacionadas com o consumo de droga injectada eram baixos. Esta análise apresenta a reserva de, em vários países de prevalência elevada, não existirem dados disponíveis sobre os casos notificados recentemente (Estónia, Espanha, Itália, Áustria). Em 19 Estados-Membros, a maioria dos quais nunca teve grandes epidemias de VIH entre os consumidores de droga injectada, os índices de casos notificados relacionados com este consumo mantiveram-se inferiores a cinco casos por milhão de habitantes em 2005. A Irlanda e o Luxemburgo comunicaram valores mais altos, com 16 e 15 novos casos por milhão de habitantes, respectivamente. Em Portugal, que comunicou o índice mais elevado entre os países que dispõem de dados específicos sobre os CDI (85 novos casos por milhão de habitantes em 2005), a situação actual parece ter estabilizado após uma diminuição verificada entre 2000 e 2003 ⁽¹⁴²⁾. Na Letónia, na Lituânia e, provavelmente, também na Estónia, os índices de novos casos de infecção relacionados com o consumo de droga injectada diminuíram fortemente a partir dos níveis máximos registados em 2001-2002, embora continuem a ser elevados em comparação com a maioria dos outros países. Na Letónia, o índice desceu de 283 casos novos por milhão de habitantes em 2001 para 49 por milhão em 2005. Na Lituânia, após um surto entre os reclusos, um nível máximo observado em 2002 (109 por milhão de habitantes) foi seguido por uma diminuição para 25 novos casos por milhão em 2005. Embora tenha havido uma forte diminuição na infecção por VIH na Estónia, o país ainda regista o índice mais elevado de novos casos de infecção por VIH na UE. E embora a Estónia não disponha de dados específicos

⁽¹⁴⁰⁾ Ver figura INF-2 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽¹⁴¹⁾ Alguns estudos da prevalência nesta área têm uma escala reduzida: nesta secção apenas são mencionadas as amostras com mais de 50 pessoas e as tendências ao longo do tempo estatisticamente significativas ($p < 0,05$).

⁽¹⁴²⁾ Os aumentos registados em 2004 (casos de VIH) e 2005 (casos de sida) em Portugal podem dever-se a uma maior atenção e notificação por parte dos profissionais, na sequência dos debates relativos à mudança para a notificação obrigatória dos casos de VIH em 2005.

Figura 11: Estimativas resultantes de estudos nacionais e subnacionais sobre a prevalência do VIH entre os consumidores de droga injectada, 2004/2005



NB: Quadrado preto = amostras com cobertura nacional; triângulo azul = amostras com cobertura subnacional (incluindo local ou regional). As estimativas relativas à Espanha e à Suécia incluem dados de 2006; os dados referentes à Irlanda e à Letónia são de 2003; os dados relativos à Eslováquia são de 2003/2004. Os países são apresentados por ordem de prevalência crescente, com base na média dos dados nacionais ou, caso não estejam disponíveis, dos dados subnacionais. As comparações entre países devem ser interpretadas com prudência devido aos diferentes tipos de contextos e métodos de estudo; as estratégias de amostragem nacionais variam — ver figura INF-3 no Boletim Estatístico de 2007 para mais informações. Todas as amostras mencionadas têm uma dimensão superior a 50.

Fontes: Pontos focais nacionais da Reitox. Para fontes primárias, pormenores dos estudos e dados anteriores a 2004, ver quadro INF-8 parte (i) e parte (ii) e quadro INF-0 parte (i) no Boletim Estatístico de 2007.

sobre os CDI, é provável que o consumo de droga injectada continue a ser uma importante via de transmissão do VIH neste país.

Prevalência do VIH entre os CDI jovens e os novos CDI

As conclusões extraídas dos dados de notificação disponíveis podem ser apoiadas pela análise dos níveis de infecção por VIH nas amostras dos novos CDI (que se injectam há menos de dois anos) e dos CDI jovens (com menos de 25 anos). Como é provável que as infecções nesses grupos tenham sido contraídas recentemente, estes dados fornecem indicadores substitutivos da incidência de VIH. Nestes subgrupos (encontrados nos estudos de prevalência a seguir referidos), um nível elevado de infecção por VIH (mais de 5% em 2004-2005) confirma os indícios de uma elevada incidência recente entre os CDI em Portugal (dados nacionais), Lituânia e Estónia (dados regionais ou a nível das cidades), e sugere que o mesmo tem acontecido numa das três cidades polacas que apresentam dados ⁽¹⁴³⁾. Deverá ter-se em mente que a dimensão dessas subamostras é, em geral, pequena e que os dados de seroprevalência do VIH nos CDI jovens e novos não estão disponíveis em relação a alguns países.

Tendências na prevalência de VIH

As crescentes prevalências de VIH em amostras repetidas de consumidores de droga injectada também podem indicar que as infecções continuam — apesar de a menor mortalidade dos CDI infectados ou a diminuição do número de CDI não infectados poderem confundir grandemente os resultados. A maior parte das séries cronológicas disponíveis para a União Europeia mostra uma estabilização da prevalência, sugerindo que o número de CDI infectados que morreram é contrabalançado pelo número de CDI que contraem a infecção por VIH. No entanto, desde 2001 que se observam alguns aumentos da prevalência geograficamente dispersos por nove países, em alguns estudos de séries cronológicas, embora as tendências simultâneas para a estabilidade ou a diminuição, verificadas noutras regiões, tornem as tendências globais difíceis de detectar. Nestes países incluem-se, mais uma vez, a Letónia (aumento nacional) e a Lituânia (aumento numa cidade), mas também a Áustria (aumento nacional), o Reino Unido (aumento em Inglaterra e no País de Gales, mas ainda com um nível baixo), bem como alguns países onde a prevalência ainda é muito baixa (menos de 1%). Globalmente, estes

⁽¹⁴³⁾ Ver quadros INF-9 e INF-10 no Boletim Estatístico de 2007. No relatório anual, só são mencionadas as amostras com 50 e mais pessoas.

aumentos a nível local ou nacional da prevalência do VIH indicam que não pode haver complacência no tocante à adopção de medidas de prevenção para os CDI.

Pelo contrário, a Grécia (tanto a nível nacional como numa região), a Espanha (tanto a nível nacional como numa região) e a Finlândia (a nível nacional) registam uma diminuição da prevalência. Além disso, é referida uma prevalência constantemente baixa desde 2001 (menos de 1% em todos os dados disponíveis) em quatro países, todos eles novos Estados-Membros: Bulgária (em Sófia, mas com a prevalência a aumentar), Hungria (nacional), Eslovénia (duas cidades, mas a aumentar) e Eslováquia (duas cidades).

Globalmente, entre as mais de noventa séries cronológicas de medições repetidas da prevalência do VIH nas amostras de CDI, abrangendo 22 Estados-Membros mais a Noruega em 2001-2005, são mais as regiões que mostram uma tendência decrescente do que as que revelam uma tendência crescente. Os dados sugerem que, sobretudo nas zonas onde a prevalência tem sido elevada, o nível de infecção entre os CDI poderá estar a diminuir e, possivelmente, que as políticas de prevenção e de redução dos danos estão a produzir efeito ⁽¹⁴⁴⁾.

Estimativa da UE

A partir dos dados disponíveis em relação à notificação de casos e à seroprevalência, bem como das estimativas do número de consumidores de droga injectada e de consumidores problemáticos de droga (ver capítulo 6), estima-se que, na União Europeia, poderá haver cerca de 100 000 a 200 000 pessoas que vivem com o VIH e que já consumiram, alguma vez, droga injectada. Estima-se que o número de novos casos de VIH diagnosticados entre os consumidores de droga injectada ronde actualmente 3 500 por ano na UE.

Incidência da sida e acesso à HAART

Uma vez que a terapia antiretroviral altamente activa (HAART), disponível desde 1996, trava eficazmente a progressão da infecção pelo VIH impedindo-a de se transformar em sida, os dados sobre a incidência desta última perderam a utilidade como indicador da transmissão do VIH. A OMS estima que os níveis de cobertura da HAART são elevados nos Estados-Membros da UE, nos países candidatos e na Noruega, registando, todos eles, uma cobertura de pelo menos 75% ⁽¹⁴⁵⁾, embora não estejam disponíveis dados específicos para os CDI. Os dados relativos à incidência de sida continuam a ser importantes, na medida em que indicam o nível de doença sintomática e a introdução e a disponibilidade da HAART.

Portugal continua a ser o país com maior incidência de sida relacionada com o consumo de droga injectada e o único que registou um aumento recente, com 36 novos casos estimados por milhão de habitantes em 2005, quando em 2004 referia apenas 30 casos por milhão. Além disso, a mortalidade total resultante da sida (que está muito provavelmente relacionada com o consumo de droga injectada) não diminuiu entre 1997 e 2002, indicando que o acesso à HAART poderá ter sido baixo durante este período ⁽¹⁴⁶⁾. Entre os países bálticos, a Letónia regista um decréscimo na incidência da sida, com 23 casos novos por milhão de habitantes, em 2005, tendo diminuído de um valor máximo de 26 casos novos por milhão de habitantes em 2004, ao passo que a Estónia não forneceu dados específicos sobre os CDI em 2005, mas mencionou um aumento entre 2003 e 2004 (de quatro para 13 casos por milhão) ⁽¹⁴⁷⁾.

Infecções pelas hepatites B e C

Apesar de a infecção por VIH entre os CDI da UE estar sobretudo concentrada num pequeno número de países de prevalência elevada, a hepatite viral e, em especial, a infecção causada pelo vírus da hepatite C (VHC), distribui-se de uma forma muito mais uniforme e apresenta uma maior prevalência.

Em 60 estudos de 17 países (seis dos 28 países não apresentam quaisquer dados) são mencionados níveis de anticorpos de VHC superiores a 60% entre as amostras de CDI testadas em 2004-2005 ⁽¹⁴⁸⁾. Entre os jovens CDI (com menos de 25 anos) incluídos nestas amostras, foi encontrada uma prevalência elevada (mais de 40% em pelo menos uma amostra), em sete países, e entre os novos CDI, em relação aos quais muitos países não dispõem de quaisquer dados, na Polónia e no Reino Unido ⁽¹⁴⁹⁾. Apenas cinco países mencionaram estudos em que a prevalência era inferior a 25%.

A partir dos dados e estimativas disponíveis sobre o número de CDI e de consumidores problemáticos de droga (ver capítulo 6), é possível calcular que, na União, vive cerca de um milhão de pessoas infectadas pelo VHC que já consumiram droga injectada alguma vez na vida.

A prevalência dos marcadores relativos à infecção por VHB varia mais do que a dos marcadores da infecção por VHC, possivelmente devido aos diferentes níveis de vacinação. O conjunto de dados mais completo disponível é o relativo ao anticorpo para o principal antigénio da hepatite (anti-HBc), que indica um historial de infecção. Em 2004-2005, seis países comunicaram índices de prevalência superiores a 40%.

⁽¹⁴⁴⁾ Ver quadros INF-9, INF-9 e INF-10 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽¹⁴⁵⁾ Ver figura INF-14 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽¹⁴⁶⁾ Coordenação Nacional para a Infecção VIH/Sida, Ministério da Saúde de Portugal, 2006.

⁽¹⁴⁷⁾ Ver figura INF-1 no Boletim Estatístico de 2007. Os dados relativos aos dois últimos anos são estimativas ajustadas aos atrasos na notificação e, por isso, sujeitas a mudanças ao longo do tempo (fonte EuroHIV).

⁽¹⁴⁸⁾ Ver quadros INF-11, INF-12 e INF-13 no Boletim Estatístico de 2007. No relatório anual, só são mencionadas as amostras com 50 ou mais pessoas.

⁽¹⁴⁹⁾ Ver figura INF-6 (parte vii) no Boletim Estatístico de 2007.

Boa saúde prisional é boa saúde pública

Entre os maiores desafios em matéria de saúde pública, nas últimas duas décadas, figuram os seguintes: o reaparecimento de doenças transmissíveis como a tuberculose; o surgimento e a rápida propagação do VIH/sida; e a pandemia aparentemente incontrolável do consumo problemático de drogas psicotrópicas. Os sectores mais vulneráveis da população são desproporcionadamente afectados por estes problemas de saúde. Entre as populações prisionais, em especial, os problemas de droga são muitas vezes comuns e os níveis de doenças infecto-contagiosas relativamente elevados. Além disso, o consumo de drogas continua ou é, por vezes, iniciado na prisão, podendo os comportamentos de alto risco ser comuns neste contexto. As prisões têm, portanto, potencialidades para conduzir a níveis elevados de infecção de doenças potencialmente mortais, mas também pode oferecer uma oportunidade para intervir junto de um grupo-alvo particularmente importante.

Com algumas excepções [França, Reino Unido (Inglaterra e País de Gales), Noruega] a saúde prisional está geralmente integrada no sistema judicial ou de segurança e não no sistema de saúde, correndo-se, assim, o risco de isolar a saúde nas prisões das abordagens normais de saúde pública e de suscitar dúvidas a respeito da independência, qualidade, acessibilidade e nível dos serviços de saúde prestados.

O mau estado de saúde dos reclusos pode ter implicações para a saúde pública em geral, quando os consumidores de droga são libertados e voltam a contactar com os seus familiares e outras pessoas da comunidade. Por conseguinte, a detecção de doenças transmissíveis graves, como a infecção pelo VIH e a tuberculose, acompanhada pelo tratamento adequado e por medidas de redução dos danos pode contribuir significativamente para o estado de saúde das comunidades de onde os reclusos são provenientes e às quais irão regressar. Aos que são toxicodependentes, os programas de tratamento na prisão podem oferecer uma oportunidade que não só beneficie a saúde do indivíduo, mas também que reduza a probabilidade de este vir a cometer futuras infracções.

A fim de melhorar o nosso conhecimento da situação da saúde prisional e das respostas específicas, o programa de Saúde Pública da Comissão Europeia apoia o Projecto Saúde nas Prisões, do Gabinete Regional para a Europa da Organização Mundial de Saúde, para criar uma base de dados destinada a recolher os indicadores de saúde prisional pertinentes e outros elementos determinantes para a saúde. O OEDT está a participar no desenvolvimento conjunto da base de dados, em colaboração com a OMS Europa e com a *European Network on Drugs and Infections Prevention in Prison* [Rede Europeia de Prevenção de Drogas e Infecções na Prisão] (ENDIPP) (1).

(1) <http://data.euro.who.int/hip/>

As tendências ao longo do tempo nos casos notificados de hepatite B e C mostram panoramas diferentes. No caso da hepatite B, a percentagem de CDI entre todos os casos notificados parece ter diminuído, de um modo geral, reflectindo possivelmente o impacto crescente dos programas de vacinação. Não se discerne qualquer tendência geral em relação à percentagem de CDI entre os casos notificados de infecção por hepatite C (150); no entanto, esta percentagem difere muito consoante os países, sugerindo que existem diferenças na transmissão da hepatite C. Será provavelmente importante compreender os factores responsáveis pelas diferenças constatadas entre os diversos países no tocante aos índices de infecção para se formularem estratégias mais eficazes de prevenção e redução dos danos neste domínio.

Prevenção das doenças infecto-contagiosas

Na última década, verificou-se um consenso a nível da UE a respeito dos principais elementos necessários para combater eficazmente as doenças infecto-contagiosas entre os consumidores de droga injectada. Na Europa, as respostas de prevenção com várias componentes já estão solidamente estabelecidas e podem incluir: o acesso a um tratamento adequado da toxicod dependência, designadamente ao tratamento de substituição; programas de troca de agulhas e seringas; informação e distribuição de materiais de prevenção; educação, incluindo educação pelos pares, sobre o modo de reduzir os riscos; aconselhamento e testes voluntários das doenças infecto-contagiosas; vacinação e tratamento das doenças infecto-contagiosas.

Independentemente do equilíbrio existente entre estes elementos nas diversas políticas nacionais, ninguém duvida que uma abordagem coordenada e ampla de saúde pública é essencial para reduzir a propagação de doenças infecto-contagiosas entre os consumidores de droga.

No presente ano foram publicadas novas orientações (OMS/UNAIDS, 2007) com o intuito de resolver o problema da infecção não diagnosticada de VIH. Nelas se sugere que os prestadores de cuidados de saúde adoptem uma atitude mais pró-activa no que respeita à recomendação de análises e ao aconselhamento em matéria de VIH, sobretudo nos centros direccionados para as populações em maior risco, como os consumidores de droga injectada, para que mais pessoas façam voluntariamente as análises ao VIH. Uma mensagem resultante do trabalho do OEDT sobre este tema é a de que os exames médicos regulares e voluntários, incluindo as análises e o aconselhamento relativos ao VIH e a outras infecções, é um serviço particularmente adequado para oferecer aos consumidores de droga injectada.

A vacinação tem um importante papel a desempenhar na prevenção da hepatite A e B. Alguns países asseguram

(150) Ver figuras INF-8 e INF-11 no Boletim Estatístico de 2007.

a vacinação da hepatite B a nível da população em geral, ao passo que outros apenas vacinam as pessoas consideradas em maior risco. Na Noruega, as vacinações da hepatite A e B foram intensificadas depois de os surtos epidémicos destas infecções hepáticas terem mostrado que o consumo de droga injectada se tinha propagado aos municípios mais pequenos.

A elevada prevalência da infecção pelo vírus da hepatite C entre os consumidores de droga injectada indica uma forte necessidade de desenvolver respostas mais eficazes a esta doença, para a qual a vacinação não constitui uma opção. Vários países têm programas específicos de prevenção da hepatite C e está a ser desenvolvido algum trabalho interessante nesta área, por exemplo a campanha «stop hepC», que está em curso na cidade de Oslo desde 2003, procura chegar aos consumidores de droga antes de eles começarem a injectar-se, ou enquanto ainda estão a iniciar essa prática.

Os serviços de tratamento da toxicod dependência e de redução dos danos também têm de desenvolver respostas aos riscos colocados pelo comportamento sexual dos seus utentes. Para além do consumo de droga injectada, os consumidores de droga também podem estar expostos a um risco elevado de infecção pelo VIH devido ao seu comportamento sexual — quer por não tomarem as decisões correctas quer devido à associação de algumas drogas com comportamentos sexuais de alto risco, ou através do seu envolvimento no trabalho sexual ou da troca de sexo por droga. As consumidoras de droga podem ser particularmente vulneráveis, embora a interacção entre o consumo de droga e o comportamento sexual de alto risco entre alguns grupos de homens que têm relações sexuais com outros homens também suscite preocupação. Para além do VIH, os consumidores de droga também podem correr maiores riscos de contraírem outras doenças transmissíveis sexualmente (DTS), podendo os serviços de tratamento da toxicod dependência desempenhar um papel importante no diagnóstico de DTS que não tenham sido detectadas. Por exemplo um estudo maltês recente refere infecções pelo vírus do papiloma humano não detectadas entre as mulheres rastreadas numa unidade de tratamento em regime ambulatorio.

Programas de troca de agulhas e seringas

A integração de programas de troca ou distribuição de agulhas e seringas nos serviços prestados pelas agências de luta contra a droga, conjugada com a oferta de serviços de aconselhamento a respeito dos riscos e com o encaminhamento dos consumidores de droga para o tratamento, é comum na União Europeia. Os programas de troca de agulhas e seringas (PTS) foram identificados como sendo uma medida prioritária para responder à propagação de doenças infecto-contagiosas entre os

consumidores de droga injectada, em três de quatro países da UE e na Noruega ⁽¹⁵¹⁾. O fornecimento de agulhas e seringas esterilizadas é mencionado por todos os países excepto Chipre, onde esta medida foi recomendada, em 2006, por um grupo de peritos, a fim de travar o possível aumento das infecções relacionadas com o consumo de droga injectada. A distribuição de outros equipamentos de esterilização, como compressas embebidas em álcool e toalhetes secos, água, filtros e pequenos fogões, juntamente com seringas limpas, é uma abordagem que se está a generalizar entre os prestadores de serviços. Embora a distribuição de material de injeção esterilizado através dos PTS já tenha deixado de ser considerada uma questão controversa, nem todos os países dão prioridade a estes programas e alguns consideram que a venda nas farmácias é amplamente suficiente.

A natureza e a amplitude do fornecimento de material de injeção esterilizado variam consoante os países. Geralmente, os locais de distribuição de seringas estão localizados em agências especializadas de luta contra a droga e em todos os países menos três este tipo de oferta é complementado por serviços móveis, capazes de chegar a grupos de consumidores de droga injectada que vivem em bairros marginalizados. As máquinas de venda de seringas complementam os serviços de PTS disponíveis em dez países ⁽¹⁵²⁾, mas os dados sobre a quantidade vendida são escassos e não há trabalhos de investigação sobre a eficácia deste tipo de fornecimento. O Luxemburgo juntou-se à Espanha e à Alemanha, sendo agora um dos poucos países que oferecem troca de agulhas e seringas nas prisões, embora na Alemanha a prestação deste serviço esteja limitada a uma prisão de Berlim.

O grande número de farmácias disponíveis na comunidade leva a que os programas de troca de seringas geridos através delas melhorem consideravelmente a disponibilidade geográfica de seringas e complementem, assim, o fornecimento assegurado pelas agências especializadas. Por exemplo, na Escócia, foram distribuídos 1,7 milhões de seringas através de uma rede de 116 farmácias participantes, em 2004, e em Portugal mais de 1300 farmácias participaram no programa e distribuíram 1,4 milhões de seringas ⁽¹⁵³⁾. Os programas de troca ou distribuição organizadas de seringas com base nas farmácias são mencionados em oito países europeus (Bélgica, Dinamarca, Espanha, França, Países Baixos, Portugal, Eslovénia, Reino Unido).

Nos países onde as farmácias constituem uma fonte comum para os consumidores de droga obterem o seu equipamento de injeção, elas poderiam desempenhar um papel mais importante na oferta de outras medidas de promoção da saúde aos consumidores de droga, incluindo a divulgação de informações sobre os riscos de doenças infecto-contagiosas relacionados com o sexo ou com

⁽¹⁵¹⁾ Ver figura 11 no Relatório Anual de 2006.

⁽¹⁵²⁾ Ver quadro HSR-2 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽¹⁵³⁾ Ver quadro HSR-4 no Boletim Estatístico de 2007.

o consumo de droga injectada, os serviços de análise e de aconselhamento, e o encaminhamento para tratamento. Actualmente, só a França, Portugal e o Reino Unido referem estar a trabalhar no sentido de motivar os farmacêuticos a participarem nos programas de troca de seringas e de apoiar os que já neles participam.

A cobertura geográfica dos PTS e o fornecimento de material de injeção por seu intermédio varia muito consoante os países, mas são em número crescente os que dispõem de redes de PTS a nível nacional. Entre os países que mencionam uma boa cobertura nacional de PTS incluem-se os seguintes: Luxemburgo e Malta, dois países pequenos; Itália, onde os PTS são comumente ou muitas vezes implementados em cerca de 70% das regiões de saúde locais; a República Checa, onde estão disponíveis na totalidade dos seus 77 distritos e na capital, Praga; e a Finlândia, onde a legislação obriga os municípios a prestarem os serviços pertinentes para prevenir as doenças infecto-contagiosas, incluindo os PTS. Portugal estima que os seus PTS de proximidade e baseados nas farmácias abrangem cerca de 50% do território e, na Dinamarca, dez dos 13 distritos possuem programas de troca de seringas. Todas as cidades austríacas com um consumo de droga injectada significativo têm pelo menos um centro de distribuição de agulhas e seringas e na Bulgária há serviços disponíveis em dez cidades que têm níveis relativamente elevados de consumo problemático de droga. Na Estónia, estimou-se em 2005 que 37% dos consumidores de droga injectada estavam em contacto com PTS, ao passo que a cobertura dos grupos-alvo na Eslováquia e na Roménia foi estimada como sendo consideravelmente menor (20% e 10-15%, respectivamente).

Entre 2003 e 2005, vários países registaram aumentos no número total de seringas trocadas ou distribuídas através de PTS especializados (Bulgária, República Checa, Estónia, Hungria, Áustria, Eslováquia, Finlândia) ⁽¹⁵⁴⁾.

As agências especializadas que oferecem programas de troca de agulhas e seringas podem desempenhar outros papéis importantes em matéria de saúde pública, por exemplo, avaliando e sensibilizando para o comportamento de risco entre os utentes, motivando-os para fazerem análises e se vacinarem, bem como fornecendo uma via de prestação de cuidados de saúde primários e de tratamento da toxicod dependência. Embora a amplitude dos serviços prestados por essas agências não seja claramente conhecida, a necessidade de desenvolver este tipo de serviço é realçada pelas conclusões de uma auditoria

nacional recentemente realizada em Inglaterra. O relatório desta auditoria concluiu que os níveis de sensibilização sobre as doenças infecto-contagiosas entre os utentes eram relativamente baixos e que as agências poderiam ser mais pró-activas na oferta de aconselhamento, análises e vacinação.

Mortalidade e mortes relacionadas com o consumo de droga

Mortes relacionadas com o consumo de droga

A definição do OEDT de «mortes relacionadas com a droga» refere-se às mortes directamente causadas pelo consumo de uma ou mais drogas e que, de um modo geral, ocorrem pouco tempo depois do consumo da(s) substância(s). Também são utilizados outros termos para descrever estas mortes, designadamente: «*overdoses*», «intoxicações», «mortes induzidas pela droga» e «mortes por intoxicação aguda» ⁽¹⁵⁵⁾. O número de mortes relacionadas com a droga numa comunidade dependerá do número de pessoas que consomem drogas associadas à *overdose* (particularmente os opiáceos). Entre outros factores que também serão importantes incluem-se os seguintes: a percentagem de consumidores de droga injectada, a prevalência do policonsumo de droga, a disponibilidade e as políticas dos serviços de tratamento e dos serviços de emergência.

Apesar de a comparabilidade dos dados europeus ter melhorado nos últimos anos, as diferenças na qualidade da comunicação de informações constatada entre os diversos países continuam a exigir que as comparações directas sejam feitas com prudência. A amplitude do fenómeno das mortes relacionadas com a droga pode ser expressa em termos do número de casos notificados, por índices demográficos ou por mortalidade proporcional. Embora a qualidade dos relatórios difira entre os países, se os métodos se mantiverem constantes ao longo do tempo, é possível observar as tendências no número e nas características dos casos de *overdose*.

Entre 1990 e 2004, os Estados-Membros da UE notificaram entre 6 500 e mais de 9 000 mortes por ano, num total superior a 122 000 mortes durante esse período. Estes valores devem ser considerados como uma estimativa mínima ⁽¹⁵⁶⁾.

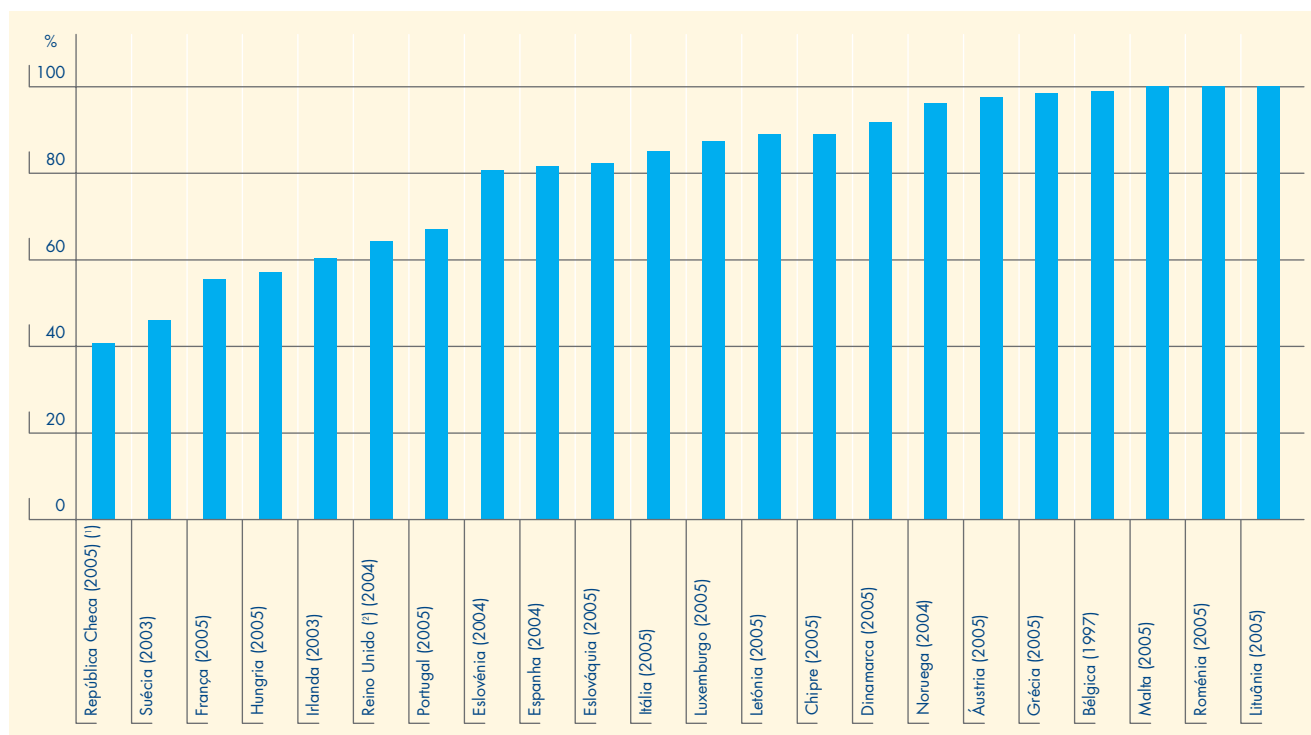
As taxas de mortalidade entre a população resultantes das mortes relacionadas com o consumo de droga variam muito consoante os países, oscilando entre 3-5 ⁽¹⁵⁷⁾ e mais

⁽¹⁵⁴⁾ Ver quadro HSR-3 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽¹⁵⁵⁾ As definições nacionais são, na sua maioria, idênticas à do OEDT ou muito semelhantes a esta, embora alguns países continuem a incluir os casos que envolvem medicamentos psico-activos ou as mortes não causadas por *overdose*, geralmente em percentagem reduzida (ver nota metodológica do Boletim Estatístico de 2007 «Drug-related deaths summary: definitions and methodological issues» [Síntese das mortes relacionadas com a droga: definições e questões metodológicas] e «DRD Standard Protocol, version 3.1» [Protocolo Normalizado das Mortes relacionadas com o consumo de droga versão 3.1]).

⁽¹⁵⁶⁾ Ver quadros DRD-2 (parte i), DRD-3 e DRD-4 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽¹⁵⁷⁾ Em França, a taxa era de 0,9 por milhão de habitantes em 2005, o que poderá implicar que nem todas as mortes foram notificadas, mas vale a pena referir que ela era cerca de dez vezes mais elevada em 1994, quando as mortes por *overdose* começaram a diminuir.

Figura 12: Percentagem das mortes por intoxicação aguda relacionada com o consumo de droga que revelam a presença de opiáceos em relação aos últimos dados disponíveis

(1) Em relação à República Checa, foi utilizada a definição de morte por intoxicação aguda relacionada com o consumo de droga da Selecção D do OEDT, em vez da definição nacional. Esta última inclui a intoxicação por medicamentos psicoactivos, que corresponde à maioria dos casos (156 casos de 218).

(2) Definição do Serviço de Estatísticas Nacionais.

NB: Em alguns países, as «definições nacionais» de morte relacionada com o consumo de droga incluem um pequeno número de mortes indirectamente relacionadas com este consumo.

Dados relativos a 2005 ou ao último ano para o qual se encontram disponíveis dados. Para mais informações, ver quadro DRD-1 no Boletim Estatístico de 2007.

Fontes: Relatórios nacionais Reitox (2006), extraídos de registos de mortalidade em geral ou de registos especiais.

de 50 mortes por milhão de habitantes (18,3 em média), encontrando-se taxas superiores a 20 por milhão em 11 países europeus. Entre os homens dos 15 aos 39 anos, as taxas de mortalidade são, normalmente, três vezes mais elevadas (atingindo, em média, as 61 mortes por milhão de habitantes). Em 2004-2005, as mortes relacionadas com a droga corresponderam a 4% do total de mortes registadas entre os europeus dos 15 aos 39 anos e a mais de 7% das mortes em nove países ⁽¹⁵⁸⁾.

Para além das *overdoses*, os consumidores de droga morrem de causas indirectamente relacionadas com o consumo de droga. Por exemplo, as mortes causadas pela sida associada ao consumo de droga injectada foram quase 1 400 em 2003 (EuroHIV, 2006) ⁽¹⁵⁹⁾, embora esta estimativa possa ser inferior à realidade. O número de mortes resultantes de outras causas indirectamente relacionadas com o consumo de droga (por exemplo, hepatite, violência, suicídio ou acidentes) é mais difícil de avaliar. Estimou-se que, em pelo menos algumas cidades

europeias, 10 a 20% da mortalidade entre os jovens adultos podiam ser directa ou indirectamente atribuídos ao consumo de opiáceos (Bargagli et al., 2006) (ver *infra*). A mortalidade relacionada com outras formas de consumo de droga (por exemplo, de cocaína) faria aumentar este valor, mas é mais difícil de quantificar.

Para determinar a mortalidade global resultante do consumo problemático de droga a nível nacional ou europeu será necessário fazer progressos em matéria de recolha e análise dos dados. O relatório nacional dos Países Baixos menciona uma tentativa nesse sentido à escala nacional. Extrapolando os dados de um estudo local, calculou-se a taxa de mortalidade resultante, directa e indirectamente, do consumo problemático de droga, tendo em conta as diferenças regionais. Embora seja necessário um trabalho metodológico mais aprofundado, este tipo de estudo, para além de medir a quantidade de mortes indirectamente relacionadas com o consumo de droga, tem potencialidades para ultrapassar a possível subnotificação das mortes por *overdose*.

⁽¹⁵⁸⁾ Ver quadro DRD-5 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽¹⁵⁹⁾ Note-se que o valor se refere às zonas ocidental e central da OMS Europa, que incluem alguns países terceiros e o total das mortes na Estónia, Letónia e Lituânia (zona leste).

Mortes por intoxicação aguda relacionada com o consumo de opiáceos

Mortes relacionadas com o consumo de heroína ⁽¹⁶⁰⁾

A *overdose* de opiáceos é uma das principais causas de morte entre os jovens europeus, em especial entre os jovens do sexo masculino residentes em zonas urbanas. Os opiáceos estão presentes na maioria dos casos de morte por intoxicação aguda relacionada com o consumo de substâncias ilegais registados na União Europeia, com percentagens de 46% a 100% (figura 12), principalmente a heroína ou os seus metabolitos. Na Europa, a maioria das mortes por consumo de opiáceos está relacionada com a heroína, mas muitas vezes também são identificadas outras substâncias que podem ter tido algum papel, em especial o álcool, as benzodiazepinas, ou outros opiáceos e, em alguns países, a cocaína. Uma recolha voluntária de dados sobre as substâncias envolvidas nas mortes causadas pelo consumo de droga, que contou com a participação de nove países, em 2006 ⁽¹⁶¹⁾, confirmou que nos casos de *overdose* de opiáceos é normalmente mencionada mais de uma droga (60-90% dos casos) e que estes poderiam ser considerados como «mortes por policonsumo de drogas».

A maioria das mortes por *overdose* de opiáceos envolvem homens (59-100%), verificando-se as maiores percentagens de mulheres na República Checa, na Polónia e na Eslováquia e as menores em Itália, na Lituânia e no Luxemburgo. A maioria das mortes por *overdose* ocorre entre os 20 e os 40 anos de idade, situando-se a média de idades, na maioria dos países, por volta dos trinta e cinco anos ⁽¹⁶²⁾. A média de idades no momento da morte por *overdose* é mais baixa na Bulgária, Estónia, Letónia e Roménia, e mais elevada na Polónia, Finlândia e Reino Unido. Registam-se muito poucas mortes por *overdose* entre pessoas com menos de 15 anos de idade, embora seja possível que as mortes relacionadas com o consumo de droga nesta faixa etária estejam subnotificadas. Apesar de se registarem algumas mortes relacionadas com o consumo de droga em pessoas com mais de 65 anos, apenas sete países referem mais de 5% de casos nesta faixa etária. Em vários Estados-Membros que aderiram à UE desde 2004, a média de idades relativamente baixa no momento da morte e a elevada percentagem de *overdoses* fatais em pessoas com menos de 25 anos podem ser sinal de uma população de consumidores de heroína mais jovens nestes países ⁽¹⁶³⁾.

Em muitos Estados-Membros, a idade das vítimas de *overdose* está a aumentar, o que sugere uma menor incidência do consumo de heroína entre os jovens. Esta tendência é comum entre os 15 Estados-Membros da UE, embora na Áustria e no Luxemburgo se tenham observado

algumas diminuições nos últimos anos. Nos restantes Estados-Membros, a tendência é menos clara e o pequeno número de casos dificulta a interpretação dos valores ⁽¹⁶⁴⁾.

Mortes relacionadas com o consumo de metadona e de buprenorfina

Embora a investigação mostre que o tratamento de substituição reduz o risco de *overdose* fatal, todos os anos são notificadas algumas mortes associadas ao abuso de medicamentos de substituição. A monitorização do número de mortes relacionadas com o consumo de metadona e de buprenorfina, bem como das circunstâncias que rodeiam a morte, pode fornecer informações importantes para se garantir a qualidade dos programas de substituição e para fundamentar as iniciativas de prevenção e de redução dos danos.

A presença de metadona numa percentagem substancial das mortes relacionadas com o consumo de droga é comunicada por vários países, embora o papel desempenhado pela metadona nem sempre seja claro e também possa haver outras substâncias presentes. A Dinamarca informou que a metadona foi a causa de intoxicação (isoladamente ou em combinação) em 43% das mortes relacionadas com o consumo de droga (89 de 206, em 2005); a Alemanha comunicou que 255 casos (de 1 477) foram atribuídos a «substâncias de substituição» (75 isoladamente e 180 com outros estupefacientes) em 2005, comparativamente a 345 casos em 2004; o Reino Unido notificou 280 casos (de 1972, definição da estratégia de luta contra a droga) em que se faz «menção» à metadona (2004); e na Noruega 55 autópsias revelaram vestígios desta droga. A Espanha mencionou (relatórios nacionais Reitox, 2005) que tinham ocorrido poucas *overdoses* fatais envolvendo apenas a metadona (2% do total), mas que esta estava frequentemente presente, em combinação com outras drogas, nas mortes relacionadas com o consumo de opiáceos (42%) e de cocaína (20%). Os restantes países não notificaram mortes por consumo de metadona, ou os valores comunicados eram muito pequenos.

As mortes causadas por intoxicação aguda de buprenorfina parecem ser raras, facto atribuído às características farmacológicas agonistas-antagonistas desta droga. Mesmo assim, houve países europeus que notificaram algumas mortes. Nos relatórios nacionais relativos a 2006 e 2005, só a França e a Finlândia registaram mortes relacionadas com esta substância. Na Finlândia, a buprenorfina foi encontrada em 83 casos, em 2005 (73 em 2004), geralmente associada a benzodiazepinas, sedativos ou álcool, ou ainda injectada. Em França, apenas foram notificadas duas *overdoses* fatais envolvendo buprenorfina em 2005 (quatro em 2004). A buprenorfina é a principal

⁽¹⁶⁰⁾ Dado que a maioria dos casos notificados ao OEDT se refere a *overdoses* de opiáceos, as características gerais das mortes por intoxicação aguda relacionada com o consumo de droga são as utilizadas na descrição dos casos de opiáceos.

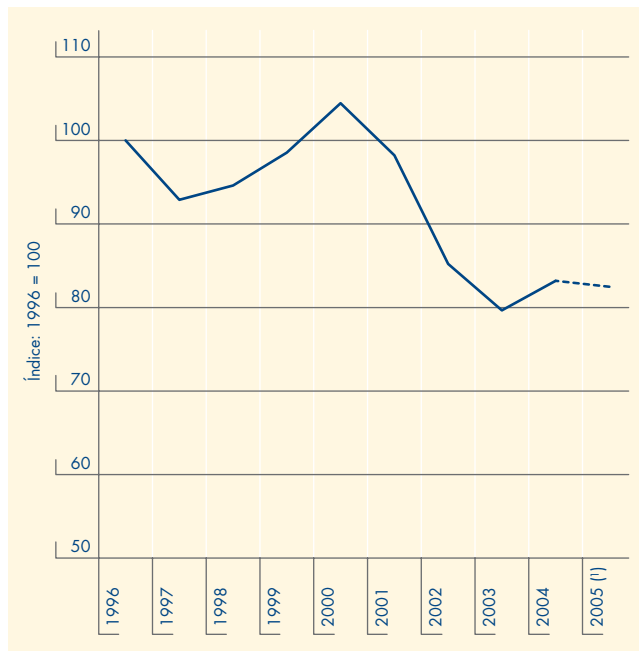
⁽¹⁶¹⁾ República Checa, Dinamarca, Alemanha, Letónia, Malta, Países Baixos, Áustria, Portugal e Reino Unido.

⁽¹⁶²⁾ Ver quadro DRD-1 (parte i) no Boletim Estatístico de 2007.

⁽¹⁶³⁾ Ver figura DRD-2 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽¹⁶⁴⁾ Ver figuras DRD-3 e DRD-4 no Boletim Estatístico de 2007.

Figura 13: Tendência global nas mortes por intoxicação aguda relacionada com o consumo de droga, 1996-2005 para todos os Estados-Membros com dados disponíveis



(¹) Para 2005 o valor é provisório, baseando-se na comparação entre 2004 e 2005 apenas no caso dos países que têm dados para ambos os anos.

NB: A mudança indexada é calculada com base nos países com informações para o ano mencionado e o ano anterior. Ver no quadro DRD-2 do Boletim Estatístico de 2007 o número de mortes em cada país e as notas metodológicas.

Fontes: Relatórios nacionais Reitox (2006), extraídos de registos de mortalidade em geral ou de registos especiais (forenses ou policiais).

droga usada no tratamento de substituição dos opiáceos nestes dois países, mas as 70 000 a 85 000 pessoas que, segundo as estimativas, recebem esta substância em França é muito superior ao número de pessoas tratadas na Finlândia. Para além da França e da Finlândia, em 2004, três outros países notificaram mortes em que a buprenorfina foi mencionada (duas ou três em cada caso). Um estudo que fez uma pesquisa exaustiva de tais mortes no Reino Unido, entre 1980 e 2002, apenas encontrou 43 casos, muitas vezes em combinação com benzodiazepinas ou outros opiáceos (Schifano et al., 2005).

Mortes por intoxicação aguda relacionadas com drogas não opiáceas

Mortes relacionadas com o ecstasy e as anfetaminas

As mortes em que o *ecstasy* é mencionado são pouco frequentes, mas suscitaram grande preocupação quando começaram a ser noticiadas há alguns anos, dado ocorrerem, muitas vezes, de forma inesperada e vitimarem jovens socialmente bem integrados. Os poucos dados disponíveis nos relatórios nacionais Reitox de 2006 sugerem que as mortes relacionadas com o consumo de *ecstasy* se mantêm em níveis semelhantes aos mencionados nos

anos anteriores. Na Europa em geral, houve referências a 78 mortes envolvendo o *ecstasy* (¹⁶⁵).

A notificação de mortes relacionadas com o consumo de anfetaminas também não é frequente, embora na República Checa se tenham atribuído 16 mortes ao consumo de «pervitin» (metanfetamina) em 2004 e 14 em 2005, facto relacionado com o aumento do número estimado de consumidores problemáticos de pervitin e dos pedidos de tratamento. Na Finlândia, foram notificadas 65 mortes envolvendo anfetaminas, embora o papel da droga nessas mortes não tenha sido especificado.

Mortes relacionadas com o consumo de cocaína

As mortes por *overdose* relacionadas com o consumo de cocaína são mais difíceis de identificar do que as causadas por opiáceos e muitas vezes considera-se que resultam de uma combinação de várias causas e não da própria toxicidade da cocaína (¹⁶⁶). Vários estudos concluíram que a maioria das mortes relacionadas com a cocaína tem a ver com um consumo crónico da droga e resulta com frequência de problemas cardiovasculares e neurológicos provocados pelo seu consumo ao longo de muito tempo, sobretudo em consumidores com predisposição ou factores de risco nesse sentido. Na Europa, as notificações de mortes em que a cocaína está envolvida também costumam mencionar a presença de outras substâncias (incluindo o álcool e opiáceos), reflectindo o consumo de cocaína em combinação com outras drogas.

Entre os países que forneceram dados, foram identificadas mais de 400 mortes relacionadas com o consumo de cocaína tanto nos relatórios nacionais de 2006 como nos de 2005. É claramente necessário aprofundar a investigação sobre as consequências para a saúde e a mortalidade relacionada com este consumo.

Tendências em matéria de mortes por intoxicação aguda relacionada com o consumo de drogas

As tendências nacionais em matéria de mortes relacionadas com o consumo de drogas podem esclarecer quer a evolução dos padrões do consumo problemático de droga em cada país, quer a evolução das respostas que lhe são dadas. Os dados disponíveis a nível da UE revelam algumas tendências gerais nesse tipo de mortes. Numa perspectiva de longo prazo, os Estados-Membros da UE-15 e a Noruega sofreram um forte aumento das mortes relacionadas com o consumo de droga na década de 1980 e no início da década de 1990, possivelmente correspondente à expansão do consumo de heroína, nomeadamente injectada (¹⁶⁷). As mortes relacionadas com o consumo de droga continuaram a crescer na década de 1990 e 2000, embora de forma menos pronunciada.

A partir de 2000, muitos países da União comunicaram que essas mortes estavam a diminuir, possivelmente graças

(¹⁶⁵) Dependendo do país, os valores referem-se a 2004 ou a 2005, no que ao *ecstasy* e à cocaína diz respeito.

(¹⁶⁶) Ver tema específico relativo à cocaína de 2007 para uma descrição mais pormenorizada das mortes relacionadas com o consumo desta droga.

(¹⁶⁷) Ver figura DRD-8 no Boletim Estatístico de 2007.

à maior disponibilidade de tratamento e às iniciativas de redução dos danos, embora algum abandono do consumo por via endovenosa ou uma redução da disponibilidade de heroína também possam ter desempenhado um papel importante. A nível europeu, as mortes relacionadas com o consumo de droga diminuíram 6% em 2001, 14% em 2002 e 5% em 2003 (figura 13). No entanto, os relatórios relativos a 2004 e os dados provisórios para 2005 indicam que essa diminuição não continuou a verificar-se para além de 2003.

Em alguns países, começou a surgir uma tendência preocupante nas notificações das mortes relacionadas com o consumo de droga. Depois dos valores elevadíssimos atingidos nos anos de 1999 a 2001, a que se seguiu uma nítida diminuição durante dois a três anos, constatou-se um aumento das mortes notificadas em 2004 e 2005 ⁽¹⁶⁸⁾. Este padrão descreve, de um modo geral, as tendências em matéria de mortes relacionadas com o consumo de droga observadas nos últimos anos na Irlanda, Grécia, Portugal, Finlândia e Noruega e, em menor grau, nos Países Baixos, na Áustria e no Reino Unido. Em Itália, ao fim de vários anos de diminuição do número de mortes relacionadas com o consumo de droga, registou-se algum aumento nos últimos dois anos ⁽¹⁶⁹⁾. Foram sugeridas várias causas possíveis para explicar este aumento recente, entre as quais o policonsumo de droga por consumidores de opiáceos, ou um possível aumento na disponibilidade de heroína.

Há uma grande discrepância entre os Estados-Membros da UE-15 e aqueles que aderiram a partir de 2004, no que diz respeito às tendências em matéria de mortes relacionadas com o consumo de droga. Nos Estados-Membros da UE-15 estas diminuíram globalmente desde 1996, de forma muito acentuada entre 2000 e 2002, o que sugere uma diminuição a longo prazo do número de jovens que injectam opiáceos. No entanto, as tendências recentes nestes países são contraditórias. Nos novos Estados-Membros, observou-se um forte aumento até 2002, mas seguido de uma diminuição em 2003-2004.

A percentagem de mortes relacionadas com o consumo de droga aumentou entre os consumidores com menos de 30 anos, na Grécia, e entre os que têm menos de 25 anos, na Estónia, no Luxemburgo e na Áustria, e em menor grau na Letónia e nos Países Baixos, embora na maioria dos países a percentagem de *overdoses* entre os consumidores de droga jovens esteja a diminuir ⁽¹⁷⁰⁾.

Também são observáveis diferenças de género nas tendências das mortes relacionadas com o consumo de droga ⁽¹⁷¹⁾. Ver mais pormenores no tema específico relativo ao género e ao consumo de droga de 2006.

A co-morbilidade e o projecto Isadora

As perturbações psiquiátricas estão frequentemente relacionadas com o consumo problemático de droga. Embora não haja uma recolha sistemática de informações sobre a co-morbilidade a nível europeu, as conclusões da investigação local realizada em vários países europeus sugerem que entre 30% e 90% dos utentes do tratamento da toxicod dependência podem ter problemas psiquiátricos co-mórbidos. Entre as perturbações mais comumente diagnosticadas entre os toxicod dependentes figuram os distúrbios de personalidade, a depressão, a personalidade anti-social, a ansiedade, as perturbações do humor e os distúrbios alimentares. A esquizofrenia e as tendências suicidas também são mencionadas. A co-morbilidade é alegadamente mais comum entre os consumidores de heroína, especialmente aqueles que têm um longo historial de consumo de droga, com várias interrupções do tratamento com metadona, e cujas condições sociais e de vida se deterioraram. Do mesmo modo, a toxicod dependência é comum entre as pessoas com doença mental grave.

O projecto europeu Isadora (*integrated services aimed at dual diagnosis and optimal recovery from addiction* [serviços integrados para um duplo diagnóstico e uma recuperação ótima da dependência]) foi concluído em 2005, após um período de investigação de três anos ⁽¹⁾. O projecto, que tinha o objectivo de identificar os principais factores de risco institucionais e individuais para a co-morbilidade, envolveu sete sítios da Europa e 352 doentes com problemas psiquiátricos agudos. De acordo com os resultados, o mau prognóstico e as vias de duplo diagnóstico caóticas não se devem apenas às características do utente, mas também a uma oferta de serviços fragmentária, que leva muitas vezes a uma ineficiente compartimentação dos cuidados. Entre os produtos do Isadora figura um manual de formação exaustivo sobre o duplo diagnóstico.

⁽¹⁾ <http://isadora.advsh.net/>

Mortalidade global entre os consumidores problemáticos de droga

As informações sobre a mortalidade global (directa e indirectamente causada pelas drogas) entre os consumidores problemáticos de droga referem-se sobretudo aos consumidores de opiáceos, sendo as informações sobre a mortalidade relacionada com outras formas de consumo geralmente escassas. No entanto, estes dados serão cada vez mais importantes para a saúde pública, nomeadamente os relativos aos consumidores de cocaína regulares mas bem integrados socialmente.

Os estudos de investigação sobre os consumidores de opiáceos, em vários contextos europeus, concluíram que há uma mortalidade elevada neste grupo, em comparação com a da população em geral. Um estudo colaborativo,

⁽¹⁶⁸⁾ Ver tabela DRD-2 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽¹⁶⁹⁾ Ver figura DRD-11 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽¹⁷⁰⁾ Ver figura DRD-9 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽¹⁷¹⁾ Ver figura DRD-6 no Boletim Estatístico de 2007.

iniciado no âmbito de um projecto do OEDT, concluiu que os consumidores de opiáceos recrutados nos serviços de tratamento em oito localidades europeias tinham uma mortalidade muito elevada relativamente aos seus pares da mesma idade (ver OEDT, 2006). Um estudo de coorte da mortalidade realizado na República Checa concluiu que a mortalidade dos consumidores de estimulantes era 4 a 6 vezes superior (taxa de mortalidade padrão) à da população em geral, e a dos consumidores de opiáceos 9 a 12 vezes superior (relatórios nacionais REITOX, 2005). Um estudo de coorte francês, que acompanhou indivíduos presos por consumo de heroína, cocaína ou cocaína *crack*, verificou que a mortalidade dos homens era cinco vezes superior à da população em geral e a das mulheres 9,5 vezes superior, mas com tendência para diminuir (relatórios nacionais Reitox, 2005). Aguardam-se novas informações sobre a mortalidade entre os consumidores de droga, provenientes de estudos de coorte que estão a decorrer em vários países europeus (Bulgária, Espanha, Malta, Áustria, Polónia, Roménia, Suécia, Reino Unido, Noruega).

Estudos recentes dos Países Baixos e da Noruega não encontraram qualquer relação entre a idade e o risco de morte por *overdose* (Cruets et al., in press; Ødegård et al., 2006 citado no relatório nacional da Noruega), no entanto, à medida que os consumidores de opiáceos envelhecem, a mortalidade resultante de doenças crónicas pode somar-se, progressivamente, às mortes produzidas por causas externas como o suicídio e a violência. As más condições de vida dos consumidores de droga, bem como os seus problemas de saúde mental, também podem contribuir substancialmente para a elevada mortalidade deste grupo.

O suicídio é identificado como causa das mortes por *overdose* de droga em alguns estudos efectuados entre os consumidores de droga. Os suicídios conhecidos, adicionados às mortes em que a intenção é indeterminada, constituíram 30% das mortes relacionadas com o consumo de droga notificadas na Escócia em 2005. Em 2003, os suicídios representaram 13% das mortes relacionadas com o consumo de droga (Scottish Executive, 2005). Pensa-se que os problemas de abuso de substâncias contribuem para o comportamento suicida de diversas formas: factores de risco comuns, abuso de substâncias entre pessoas propensas a comportamentos de alto risco.

Reduzir as mortes relacionadas com o consumo de droga

A atenção dada às medidas de prevenção das *overdoses* aumentou, em reconhecimento da relativa importância da *overdose* de droga como um problema de saúde pública. Embora o contacto com os serviços de tratamento e outros serviços possa reduzir as mortes relacionadas com o consumo de droga, muito há a fazer em termos de desenvolvimento de intervenções especificamente dirigidas aos riscos de *overdose* e, de um modo geral, a Europa

ainda não dispõe de uma abordagem global à prevenção das *overdoses*.

Os Estados-Membros, em especial aqueles que há mais tempo estão confrontados com epidemias relacionadas com o consumo de heroína, têm vindo a aumentar rapidamente a sua disponibilidade de tratamento da toxicod dependência nos últimos anos e estão agora a chegar a um número crescente de consumidores problemáticos e difíceis de contactar (ver também capítulo 2 e capítulo 6). O acesso mais fácil ao tratamento e a maior variedade de abordagens, incluindo o tratamento de substituição, melhoram as taxas de permanência no tratamento, o que contribui grandemente para reduzir as mortes e a mortalidade relacionadas com o consumo de droga. Vários países baixaram os limiares de acesso ao tratamento de manutenção e há claras mudanças de filosofia no sentido de acelerar a entrada e a readmissão no tratamento de manutenção com metadona (medidas que aumentam comprovadamente a sobrevivência). Além disso, os estudos promovidos por programas de alto limiar sugerem que os critérios de admissão e as regras de tratamento rigorosas conduzem a mais expulsões disciplinares e aumentam o risco de morte para as pessoas expulsas, por comparação com as que permanecem em tratamento (Fugelstad et al., 2007). Está a decorrer em Itália um estudo longitudinal sobre a eficácia dos tratamentos da dependência de heroína que examinará a associação entre a permanência no tratamento e a mortalidade (Bargagli et al., 2006).

Nas primeiras semanas depois de saírem da prisão ou do tratamento, as pessoas que se abstiveram de consumir drogas opiáceas correm um elevado risco de *overdose*, se recaírem no consumo de droga — uma vez que a sua tolerância anterior estará reduzida. Em consequência, informar as pessoas que saem desses contextos a respeito dos riscos de retomarem o consumo de droga e debater com elas as estratégias de redução dos riscos constituem uma importante medida de redução dos danos. A continuidade da assistência por parte dos serviços de apoio social e de tratamento pode desempenhar um papel importante neste caso, sobretudo para as pessoas que saem da prisão.

Outras abordagens de prevenção das *overdoses* são ensinar a posição de recuperação aos consumidores de droga e instruí-los sobre a melhor forma de responderem às situações de emergência, bem como trabalhar com a polícia, os serviços de ambulâncias e os próprios consumidores de droga para incentivar a chamada dos serviços de emergência médica numa fase precoce em caso de *overdose*. A investigação sugere que o consumo concomitante de outras drogas, em especial de álcool e sedativos, pode aumentar o risco de *overdose* fatal de opiáceos e, por isso, é importante que os serviços abordem a questão do policonsumo de droga. Alguns trabalhos experimentais examinaram a possibilidade de fornecer antagonistas dos opiáceos aos consumidores de droga, sendo disto exemplo um projecto-piloto escocês

de distribuição de Naloxona aos consumidores de droga, seus familiares e amigos. Esta abordagem não foi amplamente desenvolvida na Europa, até à data, mas poderá ter algumas potencialidades. A disponibilidade de antagonistas dos opiáceos nas ambulâncias, nos centros de tratamento ou noutros locais onde se possam ter de enfrentar situações de *overdoses* de droga é uma abordagem mais comum, embora não seja universal. Dada a eficácia destas drogas, se forem administradas rapidamente, há uma clara necessidade de analisar a disponibilidade deste tipo de resposta em eventuais revisões das medidas de prevenção das *overdoses*.

Uma abordagem que tem gerado alguma controvérsia é a disponibilização de salas de consumo de droga, nas quais os consumidores podem tomar as suas drogas num espaço criado para o efeito, onde também poderão estar disponíveis serviços médicos e de outro tipo. As salas de consumo de droga têm sido criticadas pelo INCB (*International Narcotics Control Board*) (Conselho Internacional para o Controlo de Estupefacientes) nos seus últimos relatórios anuais, mas são encaradas por alguns Estados-Membros da UE como uma importante componente das suas respostas a algumas formas de consumo muito problemático de droga. Os argumentos a favor das salas de consumo de droga incluem o facto de elas poderem constituir uma medida de prevenção das *overdoses*, reduzirem outros riscos associados ao consumo de droga injectada, proporcionarem uma oportunidade para divulgar

informações e funcionarem como um canal para os serviços de cuidados de saúde primários, de tratamento e outros. As salas de consumo também são, por vezes, encaradas como uma oportunidade para limitar as perturbações da ordem pública causadas pelo consumo de droga. Já existem mais de 70 salas de consumo na UE e na Noruega: cerca de 40 nos Países Baixos, 25 na Alemanha, seis em Espanha, uma no Luxemburgo e uma na Noruega.

Em toda a Europa são utilizadas técnicas de informação, educação e comunicação (IEC) em iniciativas tendentes a reduzir as mortes relacionadas com o consumo de droga. Vários países mencionam a distribuição de materiais de informação especificamente desenvolvidos para os consumidores de droga, os seus pares e familiares, ou a polícia. Contudo, para além dos cursos de primeiros socorros administrados ao pessoal das agências de luta contra a droga ou aos próprios consumidores de droga, a avaliação dos riscos de *overdose* e o aconselhamento acerca da gestão dos riscos parecem estar a tornar-se mais comuns na Europa, sendo mencionados, por exemplo, nos relatórios da Roménia, dos Países Baixos e de Malta. Em 2005, foi lançado na Escócia um plano de acção para reduzir as mortes relacionadas com o consumo de droga, composto por um DVD de sensibilização para as *overdoses*, novas investigações para examinar os atrasos nos pedidos de auxílio e um fórum nacional para analisar as tendências e identificar os domínios em que é necessário tomar novas medidas.



Referências

- Aveyard, P., Markham, W.A., Lancashire, E. et al. (2004), «The influence of school culture on smoking among pupils» [A influência da cultura escolar no hábito de fumar entre os alunos], *Social science and medicine* 58, p. 1767-1780.
- Bargagli, A.M., Faggiano, F., Amato, L., Salamina, G. et al. (2006), «VEdeTTE, a longitudinal study on effectiveness of treatments for heroin addiction in Italy: study protocol and characteristics of study population» [VEdeTTE, um estudo longitudinal sobre a eficácia dos tratamentos da dependência de heroína em Itália: protocolo do estudo e características da população estudada], *Substance use misuse* 41, p. 1861-1879.
- Binnie, I., Kinver, A. e Lam, P. (2006), «Know the score: cocaine wave 3, 2005/06 post-campaign evaluation» [Know the score: cocaine wave 3, 2005/06, avaliação pós-campanha], Scottish Executive, Edimburgo (<http://www.scotland.gov.uk/Publications/2006/06/14152757/0>).
- Brown, C.H., Berndt, D., Brinales, J. et al. (2000), «Evaluating the evidence of effectiveness for preventive interventions: using a registry system to influence policy through science» [Avaliar as provas da eficácia das intervenções preventivas: utilizar um sistema de registo para influenciar as políticas através da ciência], *Addictive behaviours* 25, p. 955-964.
- Bühler, A. e Kröger, C. (2006), «Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs» [Perícia em matéria de prevenção do abuso de substâncias], *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, Vol. 29, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Colónia.
- Canning, U., Millward, L., Raj T. e Warm, D. (2004), *Drug use prevention among young people: a review of reviews* [Prevenção do consumo de droga entre os jovens: uma análise das análises], Health Development Agency, Londres.
- Cho, H., Hallfors, D.D. e Sanchez, V. (2005), «Evaluation of a high school peer group intervention for at-risk youth» [Avaliação da intervenção de um grupo de pares de uma escola secundária junto de jovens em risco], *Journal of abnormal child psychology* 33, p. 363-374.
- CND (2006), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, [Situação do tráfico de droga a nível mundial: Relatório do Secretariado], Comissão de Estupefacientes, Nações Unidas: Conselho Económico e Social, Viena.
- CND (2007), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, [Situação do tráfico de droga a nível mundial: Relatório do Secretariado], Comissão de Estupefacientes, Nações Unidas: Conselho Económico e Social, Viena.
- Cochrane Collaboration (2007), *Cochrane glossary* (<http://www.cochrane.org/resources/glossary.htm>).
- Cox, G., Comiskey, C., Kelly, P. e Cronly, J. (2006), *ROSIE findings 1: summary of 1-year outcomes* [ROSIE Conclusões 1: resumo dos resultados de um ano], National Advisory Committee on Drugs, Dublin.
- Cruts, G., Buster, M., Vicente, J., Deerenberg, I. e Van Laar, M. (no prelo), «Estimating the total mortality among problem drug users» [Estimativas da mortalidade total entre os consumidores problemáticos de droga], *Substance use and misuse* 43.
- Dasis (2006), «Methamphetamine/amphetamines treatment admissions in urban and rural areas: (2004)» [Admissões no tratamento por consumo de metanfetaminas/anfetaminas nas zonas urbanas e rurais], *Relatório DASIS* n.º 27.
- Dishion, T.J. e Dodge, K.A. (2005), «Peer contagion in interventions for children and adolescents: moving towards an understanding of the ecology and dynamics of change» [Contágio dos pares em intervenções junto de crianças e adolescentes: avançar para uma compreensão da ecologia e dinâmica da mudança], *Journal of abnormal child psychology* 33, p. 395-400.
- CEPCD (2007), «HIV Infection in Europe: 25 years into the pandemic» [Infecção por VIH na Europa: 25 anos de pandemia], Relatório técnico, (http://www.eu2007.de/en/News/download_docs/Maerz/0312-BSGV/040Background.pdf).
- EMA (2005), Síntese do parecer do Comité dos Medicamentos para Uso Humano, doc. ref. [emea/chmp/195488/2005](http://www.emea.europa.eu) (<http://www.emea.europa.eu>).
- Eurobarómetro (2004), «Young people and drugs» [Os jovens e a droga], *Flash Eurobarometer* 158 (http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl158_en.pdf).
- Eurobarómetro (2006), «Public opinion in the European Union» [Opinião pública na União Europeia], *Eurobarometer* 66 (http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb/eb66/eb66_highlights_en.pdf).
- EuroHIV (2006), *HIV/AIDS Surveillance in Europe, end-year report 2005* [Vigilância do VIH/SIDA na Europa, relatório de fim do ano de 2005], No. 73, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice.

- Farrell, M. (1995), *Drug prevention: a review of legislation, regulation and delivery of methadone in 12 Member States of the European Union* [Prevenção da toxicod dependência: uma análise da legislação, da regulamentação e da administração de metadona em 12 Estados-Membros da União Europeia], Comissão Europeia, Luxemburgo.
- FESAT (2005), «Monitoring project: changes during the second half of 2005» [Projecto de monitorização: alterações durante a segunda metade de 2005] (<http://www.fesat.org/>).
- Flay, B.R., Biglan, A., Boruch, R.R.F. et al. (2005), «Standards of evidence: criteria for efficacy, effectiveness and dissemination» [Normas dos dados: critérios de eficácia, eficiência e divulgação], *Prevention science* 6, p. 151-175.
- Fugelstad, A., Stenbecka, M., Leifman, A., Nylander, M. e Thiblin, I. (2007), «Methadone maintenance treatment: the balance between life-saving treatment and fatal poisonings» [Tratamento de manutenção com metadona: o equilíbrio entre o tratamento que salva vidas e as intoxicações fatais], *Addiction* 102, p. 406-412.
- GAO (2006), «ONDCP media campaign, contractor's national evaluation did not find that the youth anti-drug media campaign was effective in reducing youth drug use» [Campanha do ONDCP na comunicação social, a avaliação nacional do contratante não concluiu que a campanha anti-droga dirigida aos jovens através da comunicação social tenha sido eficaz na redução do consumo de droga pelos jovens], Relatório técnico, Washington, DC, Government Accountability Office.
- Gossop, M. (2006), *Treating drug misuse problems: evidence of effectiveness* [Tratamento dos problemas de abuso de drogas: provas científicas de eficácia], National Treatment Agency for Substance Misuse, NTA, Londres.
- Gossop, M., Marsden, J. e Stewart, D. (2001), «NTORS after five years: changes in substance use, health and criminal behaviour during the five years after intake» [O NTORS ao fim de cinco anos; evolução do consumo de substâncias, do comportamento sanitário e criminal nos cinco anos seguintes à admissão], National Addiction Centre, Londres.
- Hawks, D., Scott, K., McBride, N. et al. (2002), *Prevention of psychoactive substance use, a selected review of what works in the area of prevention* [Prevenção do consumo de substâncias psico-ativas, uma análise seleccionada de medidas com resultados na área da prevenção], Organização Mundial de Saúde, Genebra.
- HDA (2004), «The effectiveness of public health campaigns» [A eficácia das campanhas de saúde pública], Briefing 7, Health Development Agency, Londres (<http://www.nice.org.uk/download.aspx?o=502775>).
- INCB (2006), *Report of the International Narcotics Control Board for 2005* [Relatório do Conselho Internacional para o Controlo de Estupefacientes relativo ao ano de 2005], Nações Unidas: Conselho Internacional para o Controlo de Estupefacientes, Nova Iorque.
- INCB (2006), *Report of the International Narcotics Control Board for 2006* [Relatório do Conselho Internacional para o Controlo de Estupefacientes relativo ao ano de 2006], Nações Unidas: Conselho Internacional para o Controlo de Estupefacientes, Nova Iorque.
- INCB (2007b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances, 2006* [Precusores e substâncias químicas frequentemente utilizadas na produção ilegal de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, 2006], Nações Unidas: Conselho Internacional para o Controlo de Estupefacientes, Nova Iorque.
- Ives, R. (2006), «Real life is messy» [A vida real é uma confusão], *Drugs: education, prevention and policy* 13, p. 389-391.
- Jones, L., Sumnall, H., Burrell, K., et al (2006), *Universal drug prevention* [Prevenção universal das drogas], John Moores University, Centre for Public Health, Liverpool (<http://www.drugpreventionevidence.info/documentbank/Universal.pdf>)
- Kenis, P. (2006), *Implementation and effects of drugs coordination* [Implementação e efeitos da coordenação em matéria de droga], OEDT, Lisboa (inédito).
- Kouvonen, P., Skretting, A. e Rosenqvist, P. (editores) (2006), *Drugs in the Nordic and Baltic countries: common concerns, different realities* [As drogas nos países nórdicos e bálticos: preocupações comuns, realidades diferentes], Conselho Nórdico para a Investigação sobre o Álcool e a Droga, Helsínquia.
- Kuntsche, E. e Jordan, M. (2006), «Adolescent alcohol and cannabis use in relation to peer and school factors» [O consumo de álcool e de *cannabis* pelos adolescentes em relação aos factores escolares e relativos aos pares], *Drug and alcohol dependence* 84, p. 167-174.
- Lohrmann, D.K., Alter, R.J., Greene, R. e Younoszai, T.M. (2005), «Long-term impact of a district-wide school/community-based substance abuse prevention initiative on gateway drug use» [Impacto a longo prazo de uma iniciativa distrital de prevenção do consumo de substâncias baseada na escola/na comunidade no consumo inicial de droga], *Journal of drug education* 35, p. 233-253.
- London Drug Policy Forum (1996), «Dance till dawn safely: a code of practice on health and safety at dance venues» [Dança até de madrugada em segurança: um código de práticas de saúde e segurança em locais de dança] (<http://www.drugscope.org.uk>).
- Loth, C., Schippers, G.M., Hart, H. e van de Wijngaart, G. (2007), «Enhancing the quality of nursing care in methadone substitution clinics using action research: a process evaluation» [Melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem nas clínicas de substituição com metadona utilizando a investigação-acção: uma avaliação dos processos], *Journal of advanced nursing*, 57, p. 422-431.
- MacDonald, Z., Tinsley, L., Collingwood, J. et al. (2005), *Measuring the harm from illegal drugs using the drug harm index*

[Medição dos danos resultantes das drogas ilegais através do índice dos danos causados pelas drogas], Home Office, Londres.

Mansfield, D. (2007), «Beyond the metrics: understanding the nature of change in the rural livelihoods of opium poppy growing households in the 2006/07 growing season» [Para além da métrica: compreender a natureza da mudança no modo de vida das famílias rurais que cultivam papoilas opiáceas na época agrícola de 2006/2007], relatório da unidade interdepartamental de luta contra a droga afegã do Governo do Reino Unido.

March J. C., Oviedo-Joekes E., Perea-Milla E. et al (2006), «Controlled trial of prescribed heroin in the treatment of opioid addiction» [Estudo controlado da prescrição de heroína no tratamento da dependência de opiáceos], *Journal of substance abuse treatment* 31, p. 203-211.

Mateu, G., Astals, M. e Torrens, M. (2005), «Comorbilidad psiquiátrica y trastorno por dependencia de opiáceos: del diagnóstico al tratamiento» [Comorbilidade psiquiátrica e perturbações causadas pela dependência de opiáceos: do diagnóstico ao tratamento], in: Miranda, J.J.F. e Melich, M.T. (editores), *Monografía opiáceos, Adicciones* 17, p. 111-121.

McCambrige, J., Mitcheson, L., Winstock, A. e Hunt, N. (2005), «Five year trends in patterns of drug use among people who use stimulants in dance contexts in the United Kingdom» [Tendências registadas ao longo de cinco anos nos padrões de consumo de droga entre pessoas que consomem estimulantes em contextos de dança no Reino Unido], *Addiction* 100, p. 1140-1149.

Nabben, T., Benschop, A. e Korf, D. (2006), *Antenne 2005, Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers* [Tendências no consumo de álcool, tabaco e drogas entre os jovens de Amsterdão], Rozenberg Publishers, Amsterdão.

Naber, D., and Haasen, C. (2006), *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhänger — eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie* [Projecto-piloto alemão para tratamento de dependentes de opiáceos assistido com heroína — Estudo terapêutico multicêntrico, aleatório e controlado]. *Abschlussbericht der Klinischen Vergleichsstudie zur Heroin- und Methadonbehandlung gemäß Studienprotokoll* [Relatório final do estudo clínico comparativo do tratamento com heroína e metadona em conformidade com protocolo de estudo], Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg, Hamburgo (http://www.heroinstudie.de/ZIS_H-Bericht_P1_DLR.pdf).

NTA (2002), Research into practice No. 1(b) Commissioners' briefing — commissioning cocaine/crack dependence treatment [Comunicação aos profissionais — funcionamento do tratamento da dependência da cocaína/cocaína crack]. National Treatment Agency for Substance Misuse, London.

OEDT (2002), *Report on the risk assessment of ketamine in the framework of the joint action on new synthetic drugs* [Relatório sobre a avaliação dos riscos da cetamina no âmbito da acção comum relativa às novas drogas sintéticas], Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, Lisboa.

OEDT (2004), *An overview of cannabis potency in Europe* [Panorâmica da potência da cannabis na Europa], Insights n.º 6, Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, Lisboa.

OEDT (2005), *Relatório Anual 2005: Evolução do fenómeno da droga na Europa*, Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, Lisboa.

OEDT (2006), *Relatório Anual 2006: Evolução do fenómeno da droga na Europa*, Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, Lisboa.

OEDT (2007a), *Droga e criminalidade: Uma relação complexa*, Drogas em destaque n.º 16, Observatório da Droga e da Toxicodependência, Lisboa.

OEDT (2007b), *Treatment of problem cocaine use: a review of the literature* [Tratamento do consumo problemático de cocaína: uma análise bibliográfica], Observatório da Droga e da Toxicodependência, Lisboa (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=18945>).

OMS (2006), «Critical review of ketamine 2006» [Análise crítica da cetamina 2006], 34th ECDD 2006/4.3 (www.who.int/medicines/areas/quality_safety/4.3KetamineCritReview.pdf).

OMS/UNAIDS (2007), «Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities» [Orientações para os testes e o aconselhamento sobre o VIH promovidos pelos serviços nos centros de saúde], Organização Mundial de Saúde, 2007 (<http://www.who.int/hiv/topics/vct/en/index.html>).

Parkin, S. e McKeganey, N. (2000), «The rise and rise of peer education approaches» [A grande ascensão das abordagens baseadas na educação pelos pares], *Drugs: education, prevention and policy* 7, p. 293-310.

Relatórios nacionais Reitox (2006) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).

Reuter, P. (2006), «What drug policies cost: estimating government drug policy expenditures» [Quanto custam as políticas em matéria de droga: estimativa das despesas do Estado com estas políticas], *Addiction* 101, p. 315-322.

Rigter, H. (2005), «Treating cannabis dependence in adolescents: a European initiative based on current scientific insights» [Tratamento da dependência de cannabis nos adolescentes: uma iniciativa europeia baseada nos conhecimentos científicos actuais], in *Jugendkult Cannabis Risiken und Hilfe*, Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Berlin, p. 117-124.

SAMHSA, Office of Applied Studies, *National survey on drug use and health, 2005* [Inquérito nacional sobre o consumo de droga e a saúde, 2005] (www.samhsa.gov) e (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).

Schifano, F. et al. (2005), «Buprenorphine mortality, seizures and prescription data in the UK, 1980–2002» [Mortalidade relacionada com o consumo de buprenorfina, dados sobre as apreensões e a prescrição], *Human psychopharmacology: clinical and experimental* 20, p. 343-348.

Schifano, P., Bargagli, A.M., Belleudi, V. et al. (2006), «Methadone treatment in clinical practice in Italy: need for improvement» [Tratamento com metadona na prática clínica em Itália: necessidade de melhorias], *European addiction research* 12, p. 121-127.

Scholey, A., Parrott, A., Buchanan, T. et al. (2004), «Increased intensity of ecstasy and polydrug usage in the more experienced recreational ecstasy/MDMA users: A WWW study» [Maior intensidade do consumo de ecstasy e do policonsumo de drogas entre os consumidores recreativos de ecstasy/MDMA mais experientes : um estudo WWW], *Addictive behaviours* 29, p. 743-752.

Scottish Executive (2005), *National investigation into drug related deaths in Scotland, 2003* [Investigação nacional das mortes relacionadas com o consumo de droga na Escócia, 2003], Scottish Executive, Edimburgo.

Single, E., Collins, D., Easton, B. et al. (2001), *International guidelines for estimating the costs of substance abuse* [Orientações internacionais para estimar os custos do abuso de substâncias], Canadian Center on Substance Abuse, Toronto.

Sonntag, D., Bauer, C. e Hellwich, W.K. (2006), «Deutsche Suchthilfestatistik 2005 für ambulante Einrichtungen» [Estatísticas alemãs 2005 relativas ao tratamento da toxicod dependência em regime ambulatorio], *Sucht* 52, p. S7-43.

Stafström, M., Östergren, P., Larsson, S. et al. (2006), «A community action programme for reducing harmful drinking behaviour among adolescents: the Trelleborg Project» [Um plano de acção comunitário para reduzir o abuso de álcool entre os adolescentes: Projecto Trelleborg], *Addiction* 101, p. 813-823.

Strang, J., Sheridan, J., Hunt, C. et al. (2005), «The prescribing of methadone and other opioids to addicts: national survey of

GPs in England and Wales» [A prescrição de metadona e outros opiáceos a toxicod dependentes; inquérito nacional aos médicos de clínica geral de Inglaterra e País de Gales], *British journal of general practice* 55, p. 444-451.

Sumnall, H., Woolfall, K., Edwards, S., Cole, J. e Beynon, C. (2007), «Use, function and subjective experiences of gamma-hydroxybutyrate (GHB)» [Consumo, função e experiências subjectivas do gama-hidroxibutirato], artigo inédito, Centre for Public Health, John Moores University, Liverpool, Reino Unido.

UNODC (2005), *2005 World drug report* [Relatório mundial sobre a droga 2006], Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime, Viena.

UNODC (2006), *2006 World drug report* [Relatório mundial sobre a droga 2006], Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime, Viena.

UNODC (2007), *2007 World drug report* [Relatório mundial sobre a droga 2006], Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime, Viena.

UNODC e Governo de Marrocos (2007), *Morocco Cannabis Survey 2006* [Inquérito sobre a Cannabis em Marrocos]. Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime, Viena.

Weaver, T. (2007), «Summary of the NECTOS study of specialist crack cocaine services» [Resumo do estudo NECTOS dos serviços especializados em cocaína crack], National Treatment Agency for Substance Misuse, NTA, Londres.

Wikstrom, M., Holmgren, P. e Ahlner, J. (2004), «A2 (N-benzylpiperazine) a new drug of abuse in Sweden» [A2 (N-benzilpiperazina) uma nova droga consumida na Suécia], *Journal of analytical toxicology* 28, p. 67-70.

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodpendência

Relatório Anual 2007: A Evolução do Fenómeno da Droga na Europa

Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias

2007 — 96 p. — 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-300-0

Como obter publicações comunitárias?

As publicações para venda produzidas pelo Serviço das Publicações estão disponíveis na EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>), podendo encomendá-las através do agente de vendas da sua preferência.

Também pode solicitar uma lista da nossa rede mundial de agentes de vendas através do fax (352) 2929-42758.

Acerca do OEDT

O Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) é uma das agências descentralizadas da União Europeia. Criado em 1993 e sediado em Lisboa, é a mais completa fonte de informação sobre a droga e a toxicodependência na Europa.

O OEDT recolhe, analisa e difunde informações objectivas, fiáveis e comparáveis sobre a droga e a toxicodependência. Deste modo, fornece aos seus públicos um panorama fundamentado do fenómeno da droga a nível europeu.

As publicações do Observatório são uma fonte de informação ímpar para uma grande variedade de públicos, incluindo os responsáveis políticos e seus consultores, profissionais e investigadores que trabalham no domínio da droga e, de um modo mais geral, os meios de comunicação social e o grande público.

O relatório anual apresenta a panorâmica geral anualmente traçada pelo OEDT do fenómeno da droga na UE, sendo uma obra de consulta essencial para quem procura os dados mais recentes sobre este fenómeno na Europa.