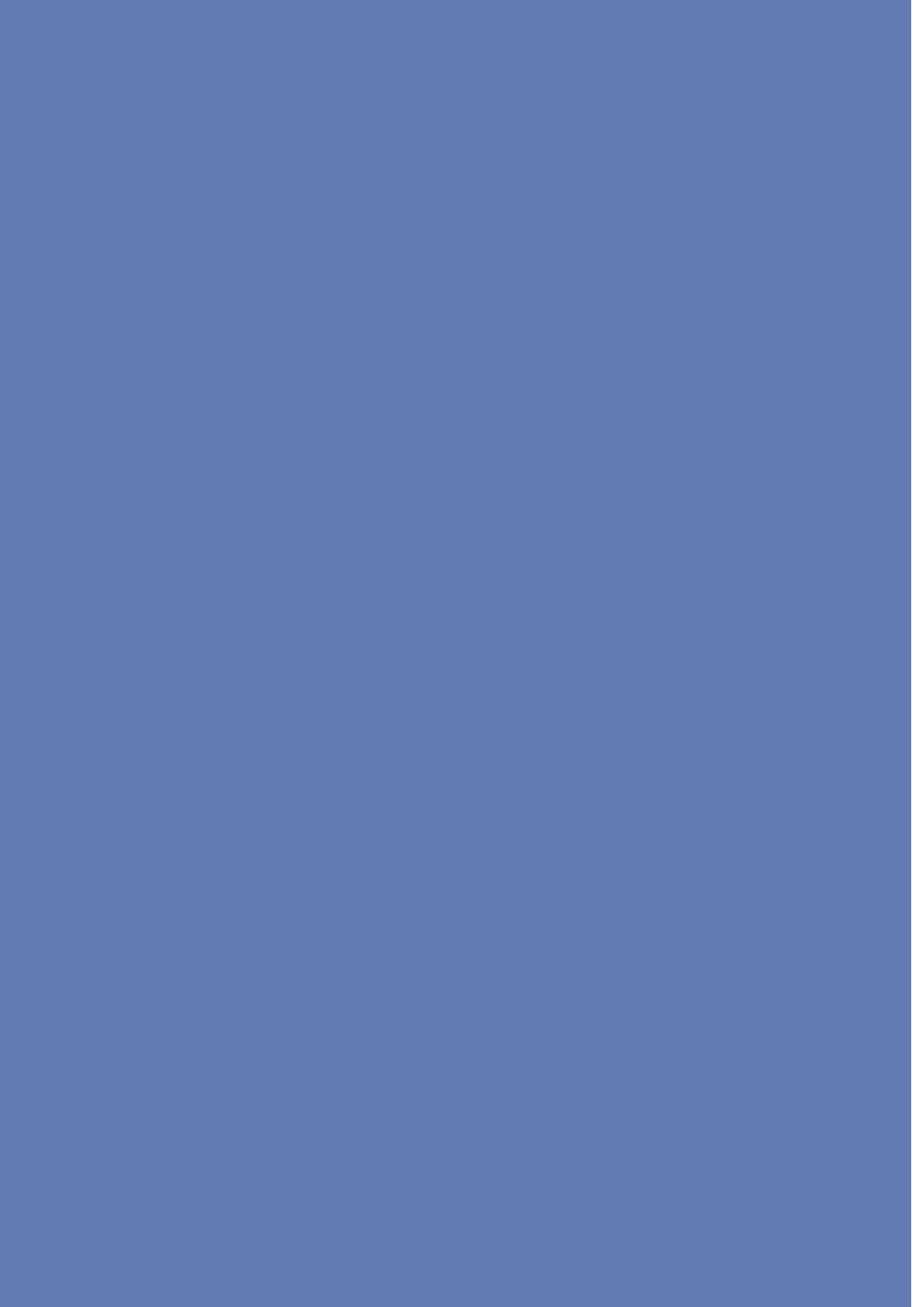




Observatório Europeu da
Droga e da Toxicodependência

RELATÓRIO ANUAL ANUAL 2010

A EVOLUÇÃO DO FENÓMENO DA DROGA NA EUROPA





Observatório Europeu da
Droga e da Toxicodependência

RELATÓRIO ANUAL 2010

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 União Europeia ou de qualquer instituição ou agência da União Europeia.

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

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

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

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

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

Uma ficha bibliográfica figura no fim desta publicação.

Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia, 2010.

ISBN 978-92-9168-441-0

doi:10.2810/36005

© Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2010

Reprodução autorizada mediante indicação da fonte.

Printed in Luxembourg

IMPRESSO EM PAPEL BRANQUEADO SEM CLORO



Observatório Europeu da
Droga e da Toxicodependência

Cais do Sodré, 1249-289 Lisboa, Portugal
Tel.: +351 211210200 • Fax: +351 218131711
info@emcdda.europa.eu • www.emcdda.europa.eu

Índice

Prefácio	5
Agradecimentos	9
Nota introdutória	11
Comentário — Velhas realidades, novas ameaças e austeridade económica: a conjuntura actual da política europeia de luta contra a droga	15
Capítulo 1: Políticas e legislações	
Evolução política internacional e na União Europeia • Estratégias nacionais de luta contra a droga • Despesa pública e custos sociais • Legislação nacional • Investigação relacionada com a droga	23
Capítulo 2: Resposta aos problemas de droga na Europa — Panorâmica geral	
Prevenção • Tratamento • Redução dos danos • Exclusão social e reintegração • Aplicação da legislação em matéria de droga e infracções a essa legislação • Respostas de saúde e sociais na prisão	32
Capítulo 3: <i>Cannabis</i>	
Oferta e disponibilidade • Prevalência e padrões de consumo • Tratamento	46
Capítulo 4: Anfetaminas, <i>ecstasy</i> e substâncias alucinogénias	
Oferta e disponibilidade • Prevalência e padrões de consumo • Anfetaminas e <i>ecstasy</i> em contextos recreativos: consumo e intervenções • Tratamento	57
Capítulo 5: Cocaína e cocaína- <i>crack</i>	
Oferta e disponibilidade • Prevalência e padrões de consumo • Consequências do consumo de cocaína para a saúde • Consumo problemático de cocaína e procura de tratamento • Tratamento e redução dos danos	69
Capítulo 6: Consumo de opiáceos e droga injectada	
Oferta e disponibilidade • Estimativas de prevalência do consumo problemático de opiáceos • Consumo de droga injectada • Tratamento do consumo problemático de opiáceos	80
Capítulo 7: Doenças infecto-contagiosas e mortes relacionadas com o consumo de droga	
Doenças infecto-contagiosas relacionadas com o consumo de droga • Prevenção e resposta às doenças infecto-contagiosas • Mortalidade e mortes relacionadas com o consumo de droga • Redução das mortes relacionadas com o consumo de droga	90
Capítulo 8: Novas drogas e tendências emergentes	
Medidas em relação às novas drogas • O fenómeno «spice» • Acompanhamento de outras substâncias	102
Referências	109



Prefácio

É com grande orgulho que apresentamos o décimo quinto relatório anual sobre a evolução do fenómeno da droga na Europa. A análise nele incluída baseia-se nos dados recolhidos pela rede de pontos focais nacionais Reitox, em estreita cooperação com os respectivos peritos nacionais. O relatório beneficiou da nossa colaboração com a Comissão Europeia, a Europol, a Agência Europeia de Medicamentos e o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças.

No relatório deste ano é, como sempre, apresentada uma panorâmica geral do fenómeno da droga na Europa e das medidas que estão a ser tomadas para o enfrentar. Contudo, não nos limitamos a apresentar dados estatísticos. O relatório é norteado pela necessidade de identificar e partilhar as melhores práticas, bem como de garantir que as intervenções cientificamente fundamentadas recebem o devido apoio. Este imperativo aplica-se tanto às acções de redução da oferta como de redução da procura. A leitura do presente relatório mostra claramente que já temos uma ideia mais precisa das medidas que surtem realmente efeito e que a Europa tem feito grandes progressos em alguns domínios. No entanto, continuam a financiar-se abordagens cuja eficácia não está comprovada. As pressões que agora se fazem sentir sobre o erário público aumentam a necessidade de garantir uma aplicação judiciosa dos fundos públicos. Neste aspecto, a nossa função é fornecer uma avaliação objectiva e imparcial da base factual das intervenções.

Embora se concentre na Europa, o relatório reconhece repetidamente o carácter mundial do fenómeno da droga. Aborda, por exemplo, os graves e crescentes problemas relacionados com a droga que muitos dos nossos países vizinhos enfrentam na actualidade. Tais problemas não só são catastróficos para a saúde pública dos países em causa como, ao minarem o desenvolvimento social e ao alimentarem a corrupção e a criminalidade organizada, constituem uma ameaça real para a União Europeia. A Europa está empenhada em implementar uma política equilibrada e cientificamente fundamentada de luta contra a droga, assente numa sólida compreensão do problema. A crescente influência do modelo europeu de desenvolvimento de sistemas nacionais de informação neste domínio constitui, para nós, um motivo de orgulho. É com satisfação que damos conta do papel cada

vez mais importante que o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência tem vindo a assumir nas iniciativas europeias para ajudar os países terceiros a desenvolverem as suas capacidades nesta matéria.

O número estimado de um milhão de pessoas em tratamento da toxicodependência é revelador dos esforços realizados para prestar assistência às pessoas que dela necessitam. Simultaneamente, porém, recorda-nos a magnitude do problema que a Europa ainda enfrenta. O tratamento de substituição dos opiáceos continua a ser predominante nesta área e parece estar a surgir uma mudança de atitude a seu respeito, havendo quem questione os resultados a longo prazo das pessoas a ele sujeitas. Estas questões são importantes, mas é igualmente importante reconhecer os benefícios sociais e para a saúde pública resultantes do aumento da oferta de tratamento.

A maior disponibilidade de tratamento é uma conclusão positiva, mas subsistem grandes desigualdades no tocante ao seu acesso entre os diversos países europeus. Na prática, são por vezes as pessoas mais necessitadas de tratamento que menos possibilidades têm de lhe aceder e esta desigualdade não é meramente geográfica. O relatório deste ano analisa a importância do meio prisional para chegar às pessoas com problemas de droga. Embora se tenham feito progressos nas prisões, perde-se com demasiada frequência uma oportunidade preciosa de intervir junto de um grupo fundamental de consumidores de droga problemáticos.

Publicamos o presente relatório numa época difícil. A situação económica actual coloca aos Estados-Membros desafios prementes, sendo necessário avaliar cuidadosamente as implicações que ela poderá ter para os níveis de consumo de droga e de oferta de serviços. É demasiado cedo para prever o impacto que a crise económica produzirá no consumo de droga na Europa, mas sabemos que as comunidades marginalizadas e socialmente desfavorecidas são as mais afectadas pelos problemas de droga. Os serviços prestados aos consumidores de droga são cada vez mais ameaçados por cortes orçamentais, que poderão ter um efeito nefasto não só para as pessoas que consomem drogas mas também para as comunidades onde elas vivem. Porém, esse não é o único desafio que a Europa enfrenta neste domínio. As mudanças observadas na oferta de drogas

conhecidas e o aparecimento de novas substâncias põem crescentemente à prova os nossos modelos de controlo da droga. Os problemas colocados por estas mudanças são complexos e estão interligados, exigindo uma resposta concertada e colectiva. A mensagem positiva deixada pelo presente relatório é a de que a Europa está a tornar-se mais capaz de acompanhar este fenómeno em rápida mudança. Trata-se de uma condição essencial para compreendermos os desafios com que estamos

confrontados e garantirmos que as nossas respostas políticas estão à altura de uma situação que, em matéria de droga, está em constante evolução.

João Goulão

Presidente do Conselho de Administração do OEDT

Wolfgang Götz

Director do OEDT





Agradecimentos

O Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) agradece a colaboração prestada pelas pessoas e entidades que a seguir se mencionam, 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 e o Conselho Sueco de Informação sobre Álcool e outras Drogas (CAN);
- o Centro de Tradução dos Organismos da União Europeia e o Serviço das Publicações Oficiais da União Europeia.

Pontos focais nacionais da Reitox

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

Os contactos dos pontos focais nacionais encontram-se disponíveis no sítio *web* do OEDT.



Nota introdutória

O presente relatório anual baseia-se em informação fornecida ao Observatório Europeu da Droga e da Toxicoddependência (OEDT) pelos Estados-Membros da União Europeia, os países candidatos Croácia e Turquia, e a Noruega através dos respectivos relatórios nacionais. Os dados estatísticos aqui incluídos referem-se ao ano de 2008 (ou ao último ano disponível). Os gráficos e quadros incluídos no presente relatório podem reflectir a situação existente num subconjunto de Estados-Membros da União; a selecção pode ser efectuada com base nos países que dispõem de dados em relação ao período em causa ou para pôr em evidência determinadas tendências.

A análise das tendências baseia-se apenas nos países que fornecem dados suficientes para descrever as mudanças ao longo do período em causa. Os valores relativos a 2007 podem substituir os relativos a 2008 que estejam em falta na análise das tendências dos dados do mercado de droga; em relação à análise de outras tendências, os dados em falta podem ser interpolados.

São a seguir apresentadas informações de carácter geral e algumas advertências que é importante ter em conta durante a leitura do relatório anual.

Acesso ao relatório anual e às suas fontes de dados na Internet

O relatório anual está disponível para ser descarregado, em 22 línguas, no sítio *web* do OEDT. A versão electrónica contém ligações a todas as fontes em linha citadas no relatório anual.

Os seguintes recursos só estão disponíveis através da Internet.

O Boletim Estatístico de 2010 contém todos os quadros-fonte em que se baseia a análise estatística apresentada no relatório anual. Contém, igualmente, informações mais pormenorizadas sobre a metodologia utilizada e cerca de 100 gráficos estatísticos suplementares.

Os relatórios nacionais dos pontos focais Reitox fornecem uma descrição e uma análise pormenorizadas do fenómeno da droga em cada país.

As panorâmicas por país apresentam um resumo claro, de alto nível, dos aspectos fundamentais da evolução do fenómeno da droga em cada país.

Oferta e disponibilidade de droga

As informações sistemáticas e de rotina para caracterizar os mercados e o tráfico de drogas ilícitas ainda são limitadas. As estimativas da produção de heroína, cocaína e *cannabis* são obtidas a partir das estimativas do cultivo baseadas em trabalho de campo (amostragem no terreno) e de levantamentos aéreos ou por satélite. Estas estimativas têm algumas limitações importantes ligadas, por exemplo, às variações dos valores de produção ou à dificuldade de monitorizar culturas como a *cannabis*, que podem ser cultivadas dentro de casa e não estão restringidas a certas zonas geográficas.

As apreensões de droga são frequentemente consideradas como um indicador indirecto da oferta, das rotas de tráfico e da disponibilidade das drogas. Constituem um indicador mais directo das actividades de aplicação da lei (por exemplo, prioridades, recursos e estratégias), ao mesmo tempo que reflectem igualmente as práticas de notificação e a vulnerabilidade dos traficantes. Os dados sobre a pureza ou a potência e os preços de venda a retalho das drogas ilícitas também podem ser analisados para compreender os mercados retalhistas de droga. Os preços de venda a retalho das drogas comunicados ao OEDT reflectem o preço para o consumidor. As tendências em matéria de preços são indexadas à inflação a nível nacional. As informações relativas à pureza ou à potência, mencionadas pela maioria dos países, são baseadas numa amostra de todas as drogas apreendidas e, geralmente, não é possível relacionar os dados comunicados com um nível específico do mercado de drogas. No que respeita à pureza ou à potência e aos preços de venda a retalho, as análises são baseadas nos valores médios ou típicos comunicados ou, na sua ausência, em valores medianos. A disponibilidade deste tipo de dados pode ser limitada em alguns países e podem surgir questões de fiabilidade e de comparabilidade.

O OEDT recolhe dados nacionais sobre as apreensões, a pureza e os preços de venda a retalho da droga na Europa. Outros dados sobre a oferta de droga provêm dos sistemas de informação do Gabinete das Nações Unidas para a Droga e o Crime (UNODC) e das suas análises, complementados por informações adicionais fornecidas pelo Serviço Europeu de Polícia (Europol). As informações sobre os precursores de droga são obtidas junto da

Comissão Europeia, que recolhe dados sobre as apreensões destas substâncias na União Europeia (UE), e do Órgão Internacional de Controlo de Espetificantes (sigla inglesa, INCB), que está envolvido em iniciativas internacionais para prevenir o desvio de substâncias químicas precursoras utilizadas no fabrico de drogas ilícitas.

Os dados e estimativas apresentados no presente relatório são os mais aproximados que se encontram disponíveis, mas devem ser interpretados com prudência, dado que muitas regiões do mundo ainda não dispõem de sistemas de informação sofisticados relacionados com a oferta de droga.

Prevalência do consumo de droga medida pelos inquéritos à população em geral

O consumo de droga entre a população em geral ou entre a população escolar pode ser avaliado através de inquéritos representativos, que fornecem estimativas da percentagem de pessoas que declaram ter consumido certas drogas em determinados períodos. Os inquéritos também fornecem informações contextuais úteis sobre os padrões de consumo, as características sociodemográficas dos consumidores e as percepções dos riscos e da disponibilidade.

O OEDT, em estreita colaboração com os peritos nacionais, desenvolveu um conjunto de elementos fundamentais a utilizar nos inquéritos à população adulta (o «Questionário-modelo europeu», QME). Este protocolo já foi aplicado na maioria dos Estados-Membros da União Europeia, mas ainda subsistem diferenças no que respeita à metodologia utilizada e ao ano da recolha de dados, o que significa que se devem interpretar as pequenas diferenças, sobretudo entre países, com cautela.

A realização de inquéritos é dispendiosa e poucos países europeus recolhem informações todos os anos, embora muitos os recolham com intervalos de dois a quatro anos. Os dados apresentados neste relatório baseiam-se no inquérito mais recente disponível em cada país, que, na maioria dos casos, terá sido realizado entre 2005 e 2008. Salvo indicação em contrário, os dados disponíveis sobre a prevalência para o Reino Unido referem-se à Inglaterra e ao País de Gales, embora também estejam disponíveis dados em separado para a Escócia e a Irlanda do Norte.

Dos três períodos normalizados utilizados para comunicar os dados de inquérito, a prevalência ao longo da vida (consumo de uma droga em dada altura da vida de uma pessoa) é o mais alargado. Esta medida não

reflecte a situação actual do consumo de droga entre a população adulta, mas pode ser útil para compreender os padrões de consumo e a incidência. Para os adultos, as faixas etárias habitualmente utilizadas pelo OEDT são 15-64 anos (todos os adultos) e 15-34 anos (jovens adultos). Entre os países que utilizam limites de idade mais altos ou mais baixos incluem-se os seguintes: Dinamarca (16), Alemanha (18), Hungria (18), Malta (18), Suécia (16) e Reino Unido (16-59). Privilegiam-se os períodos do último ano e do último mês (consumo nos últimos 12 meses ou nos últimos 30 dias anteriores ao inquérito) (para mais informações, queira consultar o sítio web do OEDT). No caso da população escolar, a prevalência ao longo da vida e no último ano são semelhantes, uma vez que o consumo de drogas ilícitas antes dos 15 anos raramente se verifica.

O Projecto Europeu de Inquéritos Escolares sobre o Álcool e outras Drogas (ESPAD) utiliza métodos e instrumentos normalizados para avaliar o consumo de droga e de álcool entre amostras representativas de estudantes de 15-16 anos. Realizaram-se inquéritos em 1995, 1999, 2003 e 2007. Em 2007, foram recolhidos dados em 35 países, incluindo 25 Estados-Membros da União Europeia, a Noruega e a Croácia.

Procura de tratamento

Nos relatórios sobre a procura de tratamento, entende-se por «novos utentes» as pessoas que iniciaram o tratamento pela primeira vez na vida e por «todos os utentes» todas as pessoas que iniciam o tratamento. Os utentes em tratamento contínuo no início do ano em causa não estão incluídos nos dados. Nos casos em que a percentagem dos pedidos de tratamento para o consumo de uma droga principal é indicada, o denominador é o número de casos em relação aos quais a droga principal é conhecida.

Intervenções

As informações sobre a disponibilidade e a oferta de várias intervenções na Europa são, geralmente, baseadas no juízo fundamentado dos peritos nacionais, recolhido através de questionários estruturados. Todavia, relativamente a alguns indicadores, estão também disponíveis dados quantitativos de acompanhamento.

Infracções à legislação em matéria de droga

O termo «relatórios», quando se refere às infracções à legislação em matéria de droga, pode descrever conceitos diferentes nos diferentes países.





Comentário

Velhas realidades, novas ameaças e austeridade económica: a conjuntura actual da política europeia de luta contra a droga

A necessidade de evitar pagar um preço elevado pelas medidas de redução dos custos

Num momento em que a Europa está a entrar num período de austeridade económica, com níveis crescentes de desemprego entre os jovens, receia-se que esta situação se possa fazer acompanhar de um aumento das formas problemáticas de consumo de droga. As comunidades deprimidas e marginalizadas sempre correram um risco elevado de sofrerem de problemas de droga, bem como dos danos colaterais da criminalidade e da insegurança. A Europa está presentemente confrontada com o duplo perigo de as medidas de austeridade causarem cortes na oferta de respostas eficazes numa altura em que a sua necessidade pode estar a aumentar. Ao longo da última década, obtiveram-se avanços importantes, ainda que desiguais, na resolução dos problemas de droga. O número das pessoas em tratamento aumentou enormemente e fizeram-se progressos consideráveis no combate às consequências mais nocivas do consumo de droga para a saúde, como a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH). Além disso, os estudos demonstraram que as intervenções podem ser compensadoras do ponto de vista económico, reduzindo a despesa com os problemas de saúde, sociais e criminais associados à droga. Existe o risco de que a situação económica actual suscite decisões políticas que obriguem a Europa a ter de suportar, a longo prazo, custos muito superiores às eventuais poupanças obtidas a curto prazo.

Em destaque: orientações, enquadramentos e melhorias da base factual para a avaliação da redução da oferta

O Tratado de Lisboa, que entrou em vigor em 1 de Dezembro de 2009, confere uma nova ênfase ao papel da União Europeia no estabelecimento de orientações e indicadores e no apoio ao intercâmbio das melhores práticas no domínio da droga. Em tempo de austeridade económica, é particularmente importante garantir que a despesa é direccionada para intervenções de eficácia comprovada. A abordagem europeia em matéria de droga pode ser caracterizada como dando prioridade

aos factos sobre a ideologia. Contudo, em muitos domínios, ainda se fazem investimentos em abordagens sem provas sólidas de eficácia ou insuficientemente avaliadas, enquanto outras comprovadamente válidas nem sempre são implementadas. Este é um problema que afecta persistentemente, mas não exclusivamente, o domínio da prevenção. Há bons modelos de programas em muitas áreas de redução da procura e uma compreensão crescente das acções que poderão ser realmente eficazes. É um desafio, porém, criar o consenso necessário para codificar esse conhecimento num conjunto de orientações e quadros suficientemente prescritivos para apoiar a melhoria dos serviços, mas sem deixar de atender aos diferentes contextos existentes na União Europeia (UE).

O domínio da saúde pública há muito que se habituou à exigência de justificar o impacto das suas intervenções. A necessidade de alargar esta exigência às actividades de redução da procura é um tema cada vez mais presente no debate político da UE. A despesa relativa à redução da oferta é muitas vezes difícil de identificar nos orçamentos nacionais, mas há estudos que sugerem que ela é considerável e, em regra, superior à despesa com as respostas de saúde pública. Deliberações recentes do Conselho concluíram que a avaliação das actividades de redução da oferta é dificultada pela falta de indicadores e medidas normalizados. A definição dos indicadores-chave para a redução da oferta é um dos objectivos do actual plano de acção da União de luta contra a droga. Em 2009, a Comissão Europeia e o OEDT lançaram uma iniciativa conjunta para resolver este problema, prevendo-se que a identificação dos indicadores-chave da oferta e de um mecanismo para a sua aplicação estará concluída em 2011.

Perspectivas políticas: desafios ao modelo político europeu de luta contra a droga

Praticamente todos os Estados-Membros da UE adoptaram uma abordagem comum baseada numa estratégia nacional de luta contra a droga, normalmente secundada por um plano de acção, com objectivos

concretos e um calendário específico. Trata-se de um modelo político racional, visto permitir uma análise regular dos progressos efectuados e uma reorientação da política quando esta revele insuficiências. É também uma abordagem exigente, visto ser necessário desenvolver, acordar e adoptar novas estratégias de luta contra a droga, muitas vezes em simultâneo com a avaliação da estratégia anterior. Estas dificuldades são realçadas no relatório deste ano, onde pela primeira vez se regista uma diminuição do número de países com uma estratégia nacional válida de luta contra a droga. Este facto deve-se, em grande medida, às dificuldades práticas que se colocam à avaliação e à renovação dos documentos de estratégia nacionais que expiraram em 2008 ou 2009. O OEDT está a colaborar com os Estados-Membros no desenvolvimento de instrumentos de avaliação das políticas, a fim de permitir uma análise constante da sua evolução. Não existem soluções simples para o problema da avaliação das políticas de luta contra a droga, mas seria deplorável que as falhas processuais e de planeamento destruíssem uma importante conquista da resposta europeia aos problemas da droga.

Como já foi assinalado no relatório do ano passado, existe uma forte ligação entre os problemas de álcool e os de droga. Todavia, não se observa uma abordagem comum de união das políticas em matéria de droga e de álcool nos vários Estados-Membros da UE. Uns países mantêm essas políticas separadas, outros interligam-nas e outros ainda não desenvolveram uma estratégia relativa ao álcool. Há fortes razões para procurar estabelecer sinergias entre as duas políticas, tanto mais que elas frequentemente incidem sobre as mesmas populações e os mesmos contextos. Os modelos políticos actuais também são desafiados pelo crescimento do mercado das «drogas lícitas», bem como pelo abuso de medicamentos, que analisamos mais adiante. Do ponto de vista da saúde pública, esta situação mostra a necessidade de adoptar uma abordagem mais vasta, que abranja tanto as substâncias ilícitas como as lícitas e, eventualmente, outros comportamentos de dependência. Trata-se de um duplo desafio: analisar em que medida esta perspectiva global se justifica e a forma como pode ser traduzida num quadro regulamentar e de controlo adequado.

Evolução das legislações nacionais em matéria de droga revela semelhanças e diferenças

As penas aplicáveis por infracções à legislação em matéria de droga ilustram claramente as diferenças existentes entre os Estados-Membros da UE no que se refere à aplicação das políticas, mesmo havendo um consenso geral nesta matéria. Os sistemas jurídicos

da maioria dos países da União têm em conta o tipo e a «nocividade» da droga em questão, e se a infracção se refere a um envolvimento no mercado da droga ou ao consumo ou posse para consumo pessoal. Estas distinções variam muito consoante os países. Além disso, tanto podem estar codificadas na lei como resultar dos processos que intervêm no sistema judicial. Não se conhecem claramente os benefícios das diversas abordagens nem quais delas constituem boas práticas, o que indica a importância de uma análise comparativa neste domínio. Actualmente, as comparações entre países devem ser feitas com prudência, pois as diferenças entre infracções podem ser tão determinadas pela prática jurídica do país em questão como pela natureza da própria infracção. Uma segunda questão é saber em que medida a distinção política entre os que beneficiam economicamente com a venda e o transporte das drogas e aqueles que as consomem se traduz depois na prática. Os dados mais recentes revelam uma tendência ligeiramente decrescente das infracções relacionadas com a oferta de droga, enquanto o número de infracções relacionadas com o consumo continua a aumentar.

Tratamento da toxicod dependência: mais disponível do que nunca, mas há desigualdades evidentes

O tratamento eficaz das pessoas que têm problemas com o seu consumo de substâncias é um dos pilares mais importantes da resposta da Europa ao fenómeno da droga. Este é um domínio em que tanto a qualidade como a quantidade dos cuidados disponíveis continuam a crescer. O OEDT estima em mais de um milhão as pessoas que recebem, anualmente, algum tipo de tratamento para problemas causados pela droga na União Europeia. A expansão do tratamento tem sido liderada pelo crescimento dos cuidados especializados em ambulatório, acompanhados pelos serviços de proximidade. Um aspecto importante é o facto de, em alguns países, os serviços de tratamento da toxicod dependência combinarem os cuidados especializados com o envolvimento dos serviços de cuidados primários e dos médicos de clínica geral. É provável que alguns tipos de problemas de droga, sobretudo os mais difíceis de tratar, sejam mais eficazmente geridos por equipas especializadas. No entanto, uma combinação adequada de cuidados especializados e genéricos pode ser importante para aumentar a disponibilidade global de cuidados, sobretudo quando as mecanismos de encaminhamento e apoio estão solidamente estabelecidos.

Embora a oferta de tratamento tenha aumentado, o acesso ao mesmo apresenta desigualdades evidentes

entre as diversas regiões da Europa. Na maioria dos países da Europa Oriental e em alguns países da Europa do Sul, a disponibilidade do tratamento é relativamente limitada, dando origem a longas listas de espera. Os níveis de disponibilidade do tratamento só podem ser devidamente avaliados no que se refere à cobertura relativa da população necessitada de cuidados. Ainda é difícil dizer com segurança em que medida os cuidados disponíveis respondem às necessidades, não obstante os progressos obtidos em relação ao tratamento de substituição dos opiáceos. No total, o OEDT estima que cerca de 670 000 europeus estão presentemente a receber tratamento de substituição dos opiáceos, o que equivale a cerca de metade do número estimado de consumidores problemáticos dessas drogas. Este valor varia muito consoante os países, oscilando as estimativas nacionais dos consumidores que recebem assistência entre menos de 10% e mais de 50%. As diferenças em termos de disponibilidade da assistência também estão patentes no facto de os tratamentos de substituição realizados nos doze Estados-Membros que aderiram à União Europeia desde 2004 não irem além de cerca de 2% do total.

O tratamento de substituição também é considerado uma medida de redução dos danos. Juntamente com a troca de agulhas e seringas, tem sido amplamente promovido como uma componente importante da estratégia global de prevenção do VIH entre os consumidores de droga injectada. Com tendências globais para a estabilidade ou a diminuição dos níveis de consumo de droga injectada, bem como da infecção por VIH relacionada com a droga, a situação da União Europeia parece positiva em comparação com a de muitas outras regiões do mundo. Em 2010 o OEDT publicou uma monografia científica sobre a redução dos danos, onde se descreve a progressiva integração do conceito de redução dos danos, até à presente situação em que o tratamento de substituição e a troca de seringas são componentes aceites das políticas europeias de luta contra a droga. A monografia destaca igualmente a necessidade de melhorar a fundamentação científica de outras intervenções de redução dos danos, bem como a escassez de bons modelos de redução dos danos para os problemas de consumo de estimulantes e de policonsumo de droga, padrões de consumo que estão a assumir uma importância crescente na Europa. Faz ainda notar que as respostas disponíveis na Europa ainda não estão a reduzir significativamente a infecção pelo vírus da hepatite C entre os consumidores de droga injectada, nem as mortes por *overdose* de droga, e que as abordagens de redução dos danos poderão desempenhar um papel importante neste capítulo.

Desenvolvimento de modelos de assistência e resposta à evolução do fenómeno da droga na Europa

Os actuais padrões de consumo estão a obrigar os serviços a desenvolver respostas mais complexas e diferenciadas, baseadas nas necessidades e com uma melhor ligação aos recursos genéricos de saúde e assistência social. No que diz respeito ao tratamento de substituição, esta situação é visível no grupo de consumidores mais velhos e mais crónicos que necessitam de assistência, sendo objecto de um tema específico que acompanha o presente relatório. A necessidade de tratamento e de outras respostas para problemas não relacionados com opiáceos também está a aumentar, com um número crescente de consumidores de *cannabis* e de estimulantes a entrarem em contacto com os serviços. Os complexos padrões do policonsumo de droga, que normalmente incluem problemas relacionados com o álcool, constituem outro desafio. Os modelos de assistência estão a melhorar nestes domínios, embora ainda haja muito a fazer em matéria de desenvolvimento e partilha de melhores práticas. Se bem que as opções terapêuticas exclusivamente farmacológicas para os consumidores de estimulantes ainda pareçam improváveis, o maior interesse da investigação por este domínio tem produzido resultados animadores, incluindo uma melhor compreensão do contributo dado pelas abordagens psicossociais.

***Cannabis*: as variações regionais são importantes**

A *cannabis* continua a ser a droga ilícita mais popular na Europa, mas são observáveis grandes diferenças na prevalência do seu consumo entre os diversos países, as quais estão patentes no facto de as estimativas mais elevadas serem mais de 30 vezes superiores às estimativas mais baixas. Globalmente, o consumo tende a estabilizar ou a diminuir, mas neste panorama geral a longo prazo é possível identificar padrões divergentes. Merecem especial referência alguns países da Europa Oriental onde o consumo ainda parece estar a crescer e que, em alguns casos, rivalizam com os níveis de prevalência existentes na Europa Ocidental ou chegam mesmo a ultrapassá-los.

O conhecimento das implicações do consumo de *cannabis* para a saúde pública, sobretudo no caso dos consumidores com padrões de consumo diário ou crónico, está a aumentar. Análises recentes das consequências adversas desta droga para a saúde identificam vários efeitos, incluindo ansiedade, ataques de pânico e sintomas psicóticos. Estes efeitos agudos são responsáveis por um número significativo de emergências

hospitales relacionadas com a droga nos poucos países que as monitorizam.

Os dados mais recentes mostram, na maioria dos países, uma diminuição do número de novos utentes do tratamento que consomem *cannabis* como droga principal. Os factores subjacentes a esta evolução não são claros mas merecem ser investigados, pois podem indicar uma redução quer da capacidade dos serviços para aceitar novos clientes quer do número de pessoas encaminhadas para o tratamento relacionado com o consumo de *cannabis*.

A grande apetência pela *cannabis* existente na Europa reflecte-se em apreensões anuais de cerca de 1 000 toneladas dessa droga. Globalmente, os dados sugerem que a disponibilidade de *cannabis*, sob as suas várias formas, pode estar a aumentar e não a diminuir no mercado europeu. Não obstante os indícios de que a *cannabis* herbácea produzida a nível interno se tornou mais comum, as quantidades de *cannabis* herbácea apreendida na União Europeia permaneceram estáveis e as apreensões de resina de *cannabis* aumentaram. Em termos de volume, a discrepância entre as apreensões de resina de *cannabis* e as de *cannabis* herbácea é na ordem de dez para um. Qualquer conclusão sobre a disponibilidade dos diversos tipos de *cannabis* na Europa deve ser muito cautelosa, uma vez que a *cannabis* herbácea é cultivada mais perto do seu mercado de destino e, por isso, menos susceptível de ser apreendida. Também têm aumentado os indícios ao envolvimento da criminalidade organizada na produção de *cannabis* a nível interno, levando os serviços de aplicação da lei nacionais e europeus a adoptar novas medidas.

Compreender o complexo mercado de drogas estimulantes da Europa

A cocaína continua a ser a segunda droga ilícita mais consumida na Europa, embora os níveis de prevalência e as tendências desse consumo difiram consideravelmente de país para país. Só se observam níveis de consumo de cocaína elevados e ainda crescentes num pequeno número de países, a maioria da Europa Ocidental, enquanto noutros permanece limitado. Se esta situação irá continuar ou se o consumo de cocaína se irá difundir para outras zonas da Europa, nomeadamente para a Europa Oriental, continua a ser uma questão em aberto. Alguns indícios de que a droga está a ser cada vez mais traficada através da região, bem como as referências esporádicas ao consumo de cocaína em alguns contextos, têm suscitado preocupações.

Síntese: estimativas do consumo de droga na Europa

As estimativas aqui apresentadas referem-se à população adulta (15-64 anos) e baseiam-se nos dados mais recentes disponíveis (inquéritos realizados entre 2004 e 2008). Ver conjunto completo de dados e informações sobre a metodologia utilizada no Boletim Estatístico.

Cannabis

Prevalência ao longo da vida: pelo menos 75,5 milhões de pessoas (22,5% dos adultos europeus).

Consumo no último ano: cerca de 23 milhões de adultos europeus (6,8%) ou um terço dos consumidores ao longo da vida.

Consumo no último mês: cerca de 12,5 milhões de europeus (3,7%).

Variação do consumo no último ano por país: variação global de 0,4% a 15,2%.

Cocaína

Prevalência ao longo da vida: cerca de 14 milhões de pessoas (4,1% dos adultos europeus).

Consumo no último ano: 4 milhões de adultos europeus (1,3%) ou um terço dos consumidores ao longo da vida.

Consumo no último mês: cerca de 2 milhões (0,5%).

Variação do consumo no último ano por país: variação global de 0,0% a 3,1%.

Ecstasy

Prevalência ao longo da vida: cerca de 11 milhões de pessoas (3,3% dos adultos europeus).

Consumo no último ano: cerca de 2,5 milhões de pessoas (0,8%) ou um quarto dos consumidores ao longo da vida.

Variação do consumo no último ano por país: variação global de 0,1% a 3,7%.

Anfetaminas

Prevalência ao longo da vida: cerca de 12 milhões de pessoas (3,7% dos adultos europeus).

Consumo no último ano: cerca de 2 milhões de pessoas (0,6%), ou um sexto dos consumidores ao longo da vida.

Variação do consumo no último ano por país: variação global de 0,0% a 1,7%.

Opiáceos

Consumidores problemáticos de opiáceos: estimados em 1,2 a 1,5 milhões de europeus.

As mortes induzidas pela droga corresponderam a 4% do total de mortes registadas entre os europeus dos 15 aos 39 anos, tendo sido detectados opiáceos em cerca de três quartos dos casos.

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

Cerca de 670 000 consumidores de opiáceos receberam tratamento de substituição em 2008.

As novas rotas que atravessam a Europa Oriental não são o único motivo de preocupação no que diz respeito ao tráfico de cocaína. Esta droga continua a entrar na Europa sobretudo através da Península Ibérica e dos Países Baixos. Uma evolução relativamente recente, porém, é a detecção de instalações de extracção secundária que recuperam o hidróclorato de cocaína ou a cocaína-base incorporados em materiais como cera de abelhas, adubos, vestuário, ervas, plásticos e líquidos. A Espanha notificou trinta dessas instalações á Europol em 2008. Esta evolução indica que os importadores de cocaína para a União Europeia atingiram altos níveis de inovação e sofisticação tecnológica. Devido ao seu valor elevado, a cocaína também pode ser cortada ou misturada com outras substâncias. A utilização de levamisol (l-tetramisol) como agente adulterador da cocaína tem sido crescentemente comunicado nos Estados Unidos e na Europa, facto que levou o mecanismo de alerta rápido europeu a emitir um aviso em 2009. Esta droga pode gerar riscos adicionais para a saúde dos consumidores de cocaína.

Embora nos serviços de tratamento da toxicodependência da Europa ainda predominem os utentes com problemas de consumo de opiáceos, os consumidores de cocaína já constituem cerca de um quarto dos novos utentes que iniciam o tratamento. A maioria é notificada por um pequeno número de países, principalmente a Espanha, a Itália e o Reino Unido, e inclui dois grupos distintos: homens bem integrados socialmente, que inalam a droga, e consumidores de droga marginalizados, que injectam cocaína ou consomem cocaína-*crack* juntamente com outras substâncias. Uma preocupação adicional é a crescente mortalidade associada ao consumo de cocaína. Presentemente, são notificadas cerca de mil mortes por ano relacionadas com esta droga, com aumentos visíveis em Espanha e no Reino Unido, dois países onde o seu consumo está desde há muito estabelecido e em níveis elevados. Embora a presença de outras drogas também seja geralmente detectada, este aumento é preocupante, principalmente porque subsistem receios de que o papel da cocaína nas mortes de consumidores com problemas cardiovasculares preexistentes nem sempre seja referido.

Na Europa, o consumo de anfetaminas continua a ser, de um modo geral, inferior ao consumo de cocaína, mas em muitos países as anfetaminas ou metanfetaminas continuam a ser a droga estimulante mais consumida. O consumo problemático de anfetaminas é sobretudo comunicado pelos países do Norte da Europa, mantendo-se o consumo problemático de metanfetaminas em grande medida limitado à República Checa e à Eslováquia. No entanto, esta situação pode

estar a mudar lentamente, uma vez que a produção de metanfetaminas também já é notificada na Lituânia e na Polónia, tendo como principal destino os mercados escandinavos, onde podem ser vendidas como um substituto das anfetaminas. O consumo problemático de anfetaminas e metanfetaminas é abordado por um tema específico que acompanha o presente relatório anual.

Opiáceos e consumo de droga injectada

O consumo de heroína, sobretudo injectada, continua a ser responsável pela maior parte da morbilidade e da mortalidade relacionadas com o consumo de droga na União Europeia. Segundo uma estimativa prudente, existem 1,35 milhões de consumidores problemáticos de opiáceos na Europa e a maioria dos utentes que iniciam o tratamento ainda menciona os opiáceos como droga principal. Dados de várias fontes indicam que, globalmente, o problema do consumo de opiáceos tende a estabilizar ou a crescer na União Europeia desde 2003/2004. As apreensões de heroína aumentaram em número, mas não em quantidade, devendo esse aumento ser inserido no contexto das crescentes apreensões dessa droga na Turquia. Nos últimos dois anos, os dados das estimativas da prevalência mostram tendência para estabilizar, a procura de novos tratamentos tem crescido lentamente em vários países e as mortes induzidas pela droga aumentaram, bem como as infracções à legislação em matéria de droga. Em certa medida, é possível que estes dados reflectam a natureza de longo prazo dos problemas causados pelos opiáceos, cujos consumidores, depois de se tornarem dependentes, tendem a manter a dependência durante longos períodos. Deste modo, mesmo que o número de novos consumidores recrutados seja relativamente pequeno, é suficiente para manter a população global. O número de consumidores de droga injectada na Europa é estimado entre 750 000 e um milhão, com prevalências muito diferentes consoante os países. Por questões de qualidade dos dados, há que tratar esta estimativa com grande prudência. As tendências do consumo injectado de droga são particularmente difíceis de aferir, mas os dados provenientes da monitorização do tratamento indicam uma tendência decrescente a médio prazo, sendo agora os consumidores de droga injectada minoritários entre os novos consumidores de opiáceos que dão entrada nos serviços de tratamento europeus.

Contudo, em muitos países da Europa Ocidental, a injeção continua a ser a via de administração mais comum para os consumidores de opiáceos. Este facto agrava a já considerável preocupação suscitada pelas consequências do consumo de droga para a saúde

pública em alguns países vizinhos da União Europeia. Na sua fronteira oriental, tanto a Rússia como a Ucrânia parecem ter níveis de consumo problemático de opiáceos duas a quatro vezes superiores à média da UE. Entre os problemas associados ao consumo de opiáceos nesta região figuram elevados índices de infecção por VIH e de mortes induzidas pela droga.

A *overdose* constitui a principal causa de mortalidade associada ao consumo de drogas ilícitas na Europa e as análises toxicológicas mostram a presença dessa substância na maioria das mortes induzidas pela droga. Este facto realça, mais uma vez, a importância dos opiáceos para se compreender o impacto do consumo de droga na saúde pública europeia. O número de mortes induzidas pela droga tem vindo a aumentar desde 2003, na maioria dos países europeus, o mesmo acontecendo com a idade das vítimas mortais, sugerindo um envelhecimento da população de consumidores crónicos. Dados provisórios sugerem que em 2008 se registou um ligeiro aumento das mortes induzidas pela droga notificadas, estimando-se que houve 7 371 casos em 2008 nos Estados-Membros da UE e na Noruega, comparativamente com 7 021 em 2007. É provável que estas estimativas sejam conservadoras. Também se pode estimar que, para cada *overdose* fatal, haja 20 a 25 *overdoses* não fatais, ou seja, cerca de 150 000 por ano na União Europeia. Além disso, é um facto reconhecido que as *overdoses* não fatais podem afectar gravemente a saúde, além de indicarem um maior risco de *overdoses* futuras. Do ponto de vista da saúde pública, um dos principais desafios que os serviços de tratamento da toxicod dependência europeus enfrentam é o desenvolvimento de medidas eficazes para reduzir as *overdoses* fatais e não fatais. Presentemente, esse desafio não está a ter uma resposta adequada.

«Drogas lícitas»: um constante desafio para a monitorização e a resposta ao fenómeno da droga

Os esforços para identificar e responder adequadamente às novas substâncias psicoactivas tentam acompanhar o ritmo de um mercado sofisticado, inovador e rápido, que procura activamente novos produtos e novas estratégias de comercialização. Com 24 novas drogas sintéticas identificadas pela primeira vez na Europa, 2009 foi um ano recorde para o mecanismo de alerta rápido europeu. Este padrão manteve-se em 2010, com 15 novas substâncias detectadas até meados de Julho, incluindo catinonas sintéticas, canabinóides sintéticos e novos derivados sintéticos semelhantes à cocaína e às anfetaminas.

Em Julho de 2010, o comité científico do OEDT procedeu a uma avaliação dos riscos formal da catinona

sintética mefedrona. Esta avaliação foi motivada pelo crescente receio de que esta droga estivesse a ser comercializada como uma alternativa legal a estimulantes como a cocaína e o *ecstasy*. A avaliação dos riscos foi realizada no âmbito do mecanismo rápido para o controlo das novas substâncias psicoactivas existente da Europa. Contudo, a evolução neste domínio é tão rápida que não só alguns Estados-Membros já tinham adoptado legislação proibindo a mefedrona, como alguns sítios *web* que a vendiam já tinham sido encerrados, às vezes para serem de imediato substituídos por outros que ofereciam substâncias alternativas semelhantes.

É necessário manter a vigilância e conseguir responder rapidamente aos novos desenvolvimentos, como os novos grupos químicos de substâncias psicoactivas identificados nos produtos «legal-high», de que são exemplo os aminoindanos (metilenedioxiaminoindano, MDAI) e os derivados sintéticos da cocaína (como a fluorotropacocaína). Embora ainda sejam raras, após as medidas tomadas contra a mefedrona em 2010, essas substâncias começaram a ser detectadas com mais frequência e o mecanismo de alerta precoce recebeu as primeiras notificações de consumidores com problemas causados por elas. O OEDT está a monitorizar a disponibilidade dessas substâncias e o seu possível impacto sobre a saúde.

O exemplo da mefedrona mostra que os Estados-Membros da UE podem ser sujeitos a uma considerável pressão dos meios de comunicação social e da opinião pública para responderem rapidamente a uma nova ameaça potencial. O OEDT, em estreita cooperação com a Europol e a Agência Europeia de Medicamentos, tem procurado fornecer informações oportunas, fiáveis e ponderadas. Neste domínio em rápido desenvolvimento, é cada vez mais necessário melhorar a capacidade da Europa para monitorizar a situação de forma proactiva e, sobretudo, para testar e identificar os constituintes químicos das misturas disponíveis, e avaliar o seu potencial impacto na saúde pública. A falta de materiais de referência normalizados constitui um problema neste aspecto. Em termos de estratégias de controlo, a forma como estes produtos são fabricados e comercializados aumenta a necessidade de apoiar as iniciativas nacionais com uma acção a nível europeu, para que as medidas sejam eficazes.

A criminalidade organizada reconhece o potencial das novas substâncias sintéticas

Há múltiplos factores que dificultam a adopção de disposições legislativas em relação a estas novas

substâncias. Alguns Estados-Membros adoptaram legislação genérica que abrange substâncias do mesmo grupo químico. Esta opção jurídica só existe em alguns países e a sua aplicação pode revelar-se difícil. O facto de algumas dessas substâncias poderem ter utilizações não médicas legítimas, ser vendidas para fins supostamente legítimos, ou ser usadas pela indústria farmacêutica para fins de investigação e desenvolvimento suscita dificuldades adicionais. Além disso, mesmo que as medidas de controlo sejam bem concebidas, podem não resolver todos os problemas neste domínio, existindo até o perigo de poderem acelerar a transição indesejável de um mercado de «drogas lícitas» maioritariamente virtual para outro que envolva a criminalidade organizada. Catinonas como a mefedrona, a metilona e a MDPV já apareceram no mercado ilícita, onde são vendidas como substitutas da cocaína, do *ecstasy* e das anfetaminas, ou como se fossem essas drogas. A Europol tomou nota do desmantelamento de várias grandes instalações de produção ilegal de *ecstasy* que fabricavam comprimidos de mefedrona, e mais de 20 países europeus referiu ter detectado essa droga nas apreensões. É difícil prever em que medida estas novas drogas sintéticas virão a ocupar um lugar importante no futuro mercado de drogas ilícitas da Europa. Todavia, é provável que as organizações criminosas não demorem a reconhecer o potencial de substâncias que podem ser compradas a preços baixos e em grandes quantidades, que no futuro podem ser sintetizadas de forma relativamente fácil e que constituem alternativas atractivas às drogas controladas.

«Desenhar» uma droga nova para substituir uma substância controlada não é um conceito novo. No passado, porém, as drogas sintéticas eram produzidas ilegalmente e directamente vendidas no mercado de drogas ilícitas. Uma importante diferença que se verifica actualmente é a nova interacção observada entre os mercados de drogas ilícitas e não ilícitas, em que as substâncias químicas são fornecidas legalmente, mas depois vendidas como substitutas de substâncias psicoactivas ilícitas.

Problemas futuros: medicamentos, contrafacção de medicamentos e novos medicamentos de *designer*

Os Estados Unidos têm um problema de droga muito antigo e a evolução nesse mercado tem tido, por vezes, implicações para a Europa. Actualmente, o abuso de medicamentos sujeitos a receita médica, nomeadamente de opiáceos como o OxyContin, é uma das principais preocupações da política de luta contra a droga dos Estados Unidos. Na Europa, o abuso de medicamentos sujeitos a receita médica, com excepção dos usados no tratamento de substituição dos opiáceos, não tem sido encarado como um problema grave. Isto deve-se em parte ao quadro regulamentar e às práticas de prescrição, que diferem dos existentes nos Estados Unidos. A possibilidade de esses medicamentos serem mal utilizados também é uma questão considerada no âmbito do sistema de farmacovigilância europeu, que funciona sob a responsabilidade da Agência Europeia de Medicamentos (EMA), com a colaboração do OEDT no que se refere às questões relativas ao consumo de drogas. Os medicamentos contrafeitos, cada vez mais fabricados e vendidos em vez dos produtos legítimos, constituem um problema crescente. Em 2009, o mecanismo de alerta rápido foi notificado da existência de substâncias baseadas em ligeiras modificações das estruturas químicas de medicamentos reconhecidamente susceptíveis de abuso. O surgimento de novos medicamentos «de designer» seria um suplemento indesejável à tarefa de assegurar que os medicamentos prescritos não são desviados e mal utilizados. Este é mais um exemplo de que a inovação no mercado de drogas ilícitas exige uma resposta firme e comum dos quadros regulamentares para o controlo dos medicamentos e das drogas. Trata-se mais de uma ameaça potencial do que de um problema imediato, mas tendo em conta a rapidez com que as novidades surgem neste domínio, é importante antecipar desafios futuros. A ideia de que, futuramente, haverá um número crescente de novas drogas baseadas em medicamentos existentes, mas destinadas a uma utilização não terapêutica, seria particularmente preocupante.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Capítulo 1

Políticas e legislações

Introdução

O acompanhamento e a avaliação das estratégias e dos planos de acção de luta contra a droga constituem um tema importante tanto a nível nacional como a nível internacional. Entre a evolução recentemente verificada neste domínio, adiante descrita no presente capítulo, incluem-se o novo sistema de monitorização que está a ser estabelecido pela Organização das Nações Unidas e os primeiros resultados da aplicação do novo plano de acção da União Europeia de luta contra a droga. Descrevem-se também alguns progressos e dificuldades associados à exigente avaliação das políticas de combate à droga e aos ciclos de renovação das mesmas adoptados pela maioria dos Estados-Membros da União Europeia.

São igualmente analisadas neste capítulo as diferentes abordagens jurídicas utilizadas na Europa para diferenciar as diversas drogas. Essas abordagens incluem o recurso a uma grande variedade de leis, sistemas de classificação das drogas e o exercício de poderes discricionários por parte de magistrados do Ministério Público ou de magistrados judiciais. Outra forma de distinção assenta nas quantidades-limiar que diferenciam as infracções relacionadas com o consumo pessoal das relativas ao tráfico. Os novos dados e tendências em matéria de despesa pública relacionada com a droga e a evolução recente da investigação europeia neste domínio também são focados no presente capítulo.

Evolução política internacional e na União Europeia

Acompanhamento da declaração política e plano de acção das Nações Unidas

Na sessão da Comissão de Estupefacientes (CND) das Nações Unidas, realizada em 2009, os Estados-Membros desta organização adoptaram uma nova declaração política e um novo plano de acção para o combate ao fenómeno da droga a nível mundial (OEDT, 2009a). Além disso, aprovaram uma resolução (52/12) tendo em vista a melhoria da recolha de dados, bem como da sua

transmissão e análise, a fim de acompanhar a aplicação desses novos documentos políticos em matéria de droga.

Tendo em conta as dificuldades sentidas na análise final da declaração política e dos planos de acção relativos à década anterior, a resolução apelava ao desenvolvimento de instrumentos e mecanismos de recolha de dados que permitissem fornecer dados fiáveis e comparáveis. No topo da lista das questões a ter em conta figuram a necessidade de incentivar uma melhor transmissão de informações por parte dos Estados-Membros da ONU e o objectivo de evitar uma duplicação desnecessária com os sistemas de monitorização internacionais existentes, incluindo os de outras agências das Nações Unidas ou de organismos regionais como o OEDT.

O novo instrumento de recolha de dados da ONU irá fundir o questionário para os relatórios anuais («Annual Reporting Questionnaire», ARQ), um instrumento de monitorização associado às convenções das Nações Unidas sobre o controlo da droga, com um novo conjunto de perguntas relativas à declaração política e ao plano de acção recém-adoptados. A adopção do novo questionário deverá ter lugar na sessão de 2011 da Comissão dos Estupefacientes das Nações Unidas e a primeira ronda de recolha de dados realizar-se-á pouco tempo depois.

Estratégia e plano de acção da União Europeia de luta contra a droga

No primeiro ano de aplicação do novo plano de acção da UE de luta contra a droga (2009-2012) realizaram-se várias actividades. Durante as respectivas presidências da União Europeia, tanto a República Checa como a Suécia apoiaram a aplicação do plano de acção com a adopção de Conclusões do Conselho, a primeira exigindo o desenvolvimento de indicadores-chave no domínio dos mercados de droga, da criminalidade relacionada com a droga e da redução da oferta, a segunda apelando ao intercâmbio de boas práticas, a orientações e normas de qualidade para a prevenção universal, e a terceira relativa ao reforço da capacidade de investigação da União Europeia em matéria de drogas ilícitas.

Resposta ao fenómeno da droga ao abrigo do Tratado de Lisboa

O Tratado de Lisboa, que entrou em vigor em 1 de Dezembro de 2009, pretende dotar a União Europeia de métodos de trabalho e regras de votação simplificados, bem como de instituições modernas e com um funcionamento mais racional (1). Melhora igualmente a capacidade de intervenção da União Europeia em diversos domínios da luta contra a droga.

O tráfico de drogas ilícitas é abordado no âmbito do espaço de liberdade, segurança e justiça (artigo 83.º), que prevê o estabelecimento de regras mínimas relativas à definição das infracções penais e das sanções. O Tratado permite a instituição de uma Procuradoria Europeia, com a possibilidade de tornar as suas atribuições extensivas ao combate à criminalidade grave com dimensão transfronteiriça (artigo 86.º). Isto poderá levar a que determinadas infracções no domínio do tráfico de droga sejam objecto de acções penais a nível da UE.

O Tratado de Lisboa também aborda a saúde pública e, tal como no passado, outorga poderes à União Europeia para complementar a acção empreendida pelos Estados-Membros na redução «dos efeitos nocivos da droga sobre a saúde, nomeadamente através da informação e da prevenção». Nos termos do novo artigo relativo à saúde pública, a Comissão Europeia pode tomar iniciativas, em estreito contacto com os Estados-Membros, para definir orientações e indicadores, organizar o intercâmbio das melhores práticas e preparar os elementos necessários à vigilância e à avaliação periódicas. O trabalho levado a cabo pela Comissão e pelo OEDT nestes domínios é, assim, reforçado.

(1) Para mais informações, ver o Tratado de Lisboa no sítio web Europa.

A Comissão Europeia publicou um relatório sobre a aplicação da Decisão-Quadro n.º 2004/757/JAI do Conselho, de 25 de Outubro de 2004, que adopta regras mínimas quanto aos elementos constitutivos das infracções penais e às sanções aplicáveis no domínio do tráfico ilícito de droga. A Comissão concluiu que, embora constitua um primeiro passo para uma abordagem comum no combate ao tráfico de droga, a decisão-quadro não procedeu a uma aproximação substancial entre as legislações nacionais (1). A Comissão também publicou um documento de trabalho onde se descrevem os actuais mecanismos de detecção, monitorização e resposta às tendências emergentes na União Europeia e se propõem orientações para

o trabalho futuro (2). Além disso, foi lançado um novo projecto destinado a apoiar a aplicação de um sistema de caracterização científica das drogas sintéticas a nível da UE (3). Ao atribuir uma espécie de «impressão digital» às drogas, a caracterização científica pode ajudar a identificar os fabricantes e a cartografar os canais de distribuição das drogas. No presente capítulo também se descrevem outras actividades da Comissão, respeitantes à colaboração com a sociedade civil e à investigação relacionada com a droga. A primeira análise global dos progressos efectuados na execução do actual plano de acção da UE de luta contra a droga (2009-2012) será publicada em finais de 2010.

Sociedade civil e políticas no domínio da droga

O Fórum da Sociedade Civil sobre Droga da Comissão Europeia realizou a sua terceira reunião em Março de 2009. A Acção Europeia sobre a Droga (ver *infra*) foi um dos dois pontos principais da ordem do dia. O outro foi o futuro do Fórum, tendo-se o debate centrado em questões práticas como a selecção dos participantes e a organização de reuniões. A reunião também analisou o futuro papel do Fórum da Sociedade Civil sobre Droga: se este deverá continuar a ser uma plataforma de intercâmbio informal ou tornar-se um órgão consultivo formal da Comissão.

Outra medida destinada a envolver e mobilizar a sociedade civil é a Acção Europeia sobre a Droga, da Comissão Europeia. Este projecto convida as autoridades, instituições, associações, organizações não governamentais, empresas e particulares a assumirem um compromisso relativamente a uma acção específica no domínio da droga. O projecto pretende dotar, assim, a sociedade civil de uma plataforma para aumentar a sensibilização a respeito da droga e dos riscos associados ao seu consumo, bem como promover o diálogo e o intercâmbio das melhores práticas. No início de Março de 2010, cerca de 640 candidatos já tinham registado o seu compromisso.

A mobilização da sociedade civil também deverá ser um dos princípios fundamentais da próxima estratégia da UE de luta contra a droga (4), tal como preconiza o Programa de Estocolmo adoptado pelo Conselho Europeu. Este programa estabelece um quadro para a acção da UE nas questões de cidadania, justiça, segurança, asilo e imigração, relativas ao espaço de justiça, liberdade e segurança, nos anos de 2010-2014.

(1) Comunicado de imprensa Europa MEMO/09/548.

(2) SEC(2009) 1090 final.

(3) 13405/09 CORDROGUE 63.

(4) Melhorar a cooperação com os países terceiros e melhorar a investigação e a informação eram os outros dois princípios fundamentais.

Estratégias nacionais de luta contra a droga

Evolução recente

Na Europa, as estratégias e os planos de acção de luta contra a droga já são instrumentos centrais das políticas nacionais neste domínio. Quase todos os 30 países monitorizados pelo OEDT tinham adoptado tais documentos, que agora são periodicamente renovados. Em 2009, sete Estados-Membros adoptaram novas estratégias ou planos de acção nesta matéria (ver quadro 1), enquanto no início de 2010 outros 12 estavam a elaborar novos documentos políticos nacionais ⁽⁵⁾.

Desafios da renovação dos documentos políticos em matéria de droga

Diversos países comunicaram recentemente a existência de atrasos na renovação dos seus documentos de política nacional em matéria de droga ⁽⁶⁾. Cinco dos países com estratégias ou planos de acção caducados em Dezembro de 2008 ainda não tinham adoptado novos documentos um ano depois (Itália, Letónia, Lituânia, Portugal e Roménia). Do mesmo modo, outro conjunto de países cujos documentos políticos expiravam em 2009 ainda não os tinham renovado durante esse ano. Em consequência, pela primeira vez desde meados da década de 1990, diminuiu na Europa o número de países com uma estratégia ou um plano de acção nacionais válidos no domínio da droga.

A renovação dos documentos políticos neste domínio é um processo complexo, em várias etapas. Em primeiro lugar, realiza-se a avaliação final da estratégia ou do plano de acção existentes ou recentemente caducados ⁽⁷⁾. As partes interessadas e, por vezes, o público, também são consultados durante a fase de elaboração da nova política. Dado que as estratégias e os planos de acção coordenam as funções de vários departamentos governamentais na luta contra a droga, a sua redacção implica, normalmente, a apresentação de projectos de texto sucessivos a diversos ministérios. Por último, os documentos políticos devem ser aprovados pelo governo ou pelo parlamento. Relatórios recentes sugerem que, no seu conjunto, este processo pode demorar entre seis meses e dois anos a completar. Em contrapartida, o período de vigência dos documentos de política nacional em matéria de droga varia entre quatro e oito anos. Isto significa que o processo de renovação, para não se atrasar, deve ser, às vezes, iniciado logo após a primeira metade desse período, ou pelo menos vários meses antes de expirar o documento político existente. Contudo, as avaliações finais não podem ser realizadas enquanto a estratégia ou o plano de acção não tiver terminado ou mesmo mais tarde, quando se torna possível avaliar o seu impacto através de dados epidemiológicos e de outro tipo.

A União Europeia e vários países europeus enfrentaram recentemente o desafio de terem de proceder, quase em simultâneo, à avaliação final de um documento político existente e à elaboração do documento que o iria substituir.

Quadro 1: Documentos políticos em matéria de droga adoptados em 2009

País	Nome do documento político	Período	Âmbito	Notas
Bulgária	Estratégia nacional de luta contra a droga	2009-2013	Drogas ilícitas	Complementada por um plano de acção (2009-2013)
Irlanda	Estratégia nacional de luta contra a droga – provisória	2009-2016	Drogas ilícitas	Será substituída por uma estratégia de luta contra o abuso de substâncias que também abranja o álcool
Espanha	Estratégia nacional de luta contra a droga	2009-2016	Drogas ilícitas, álcool e tabaco	Complementada por um plano de acção (2009-2012)
Chipre	Estratégia nacional de luta contra a droga	2009-2012	Drogas ilícitas	
Hungria	Estratégia nacional de luta contra o problema da droga	2010-2018	Drogas ilícitas	Será complementada por planos de acção
Eslováquia	Estratégia nacional de luta contra a droga	2009-2018	Drogas ilícitas	Será complementada por planos de acção
Croácia	Plano de acção contra o abuso de estupefacientes	2009-2012	Drogas ilícitas	Segundo plano de acção no âmbito da estratégia nacional 2006-2012

Fontes: Pontos focais nacionais da Reitox.

⁽⁵⁾ Eslovénia, Estónia, Itália, Letónia, Lituânia, Luxemburgo, Países Baixos, Polónia, Portugal, República Checa, Roménia e Turquia.

⁽⁶⁾ O termo «documento de política nacional em matéria de droga» refere-se a qualquer documento oficial aprovado por um governo que defina os princípios gerais e as intervenções ou objectivos específicos no domínio da droga, quando oficialmente apresentado como estratégia, plano de acção, programa ou outro documento político de luta contra a droga.

⁽⁷⁾ Ver a caixa «Avaliação das estratégias e dos planos de acção nacionais de luta contra a droga», na p.26.

Sendo possível que essa situação se volte a repetir nos próximos anos, foram apresentadas algumas sugestões para que seja gerida de forma diferente no futuro. Uma dessas sugestões refere-se à inserção de um ano de transição entre dois planos ou estratégias sucessivos, dedicado à avaliação e à renovação das políticas.

Ligações entre as estratégias de luta contra a droga e contra o álcool

O consumo de várias substâncias — policonsumo de droga — é muito comum entre os consumidores de droga europeus e quase todos os padrões de policonsumo incluem o álcool (OEDT, 2009d). Os profissionais dos domínios da prevenção, do tratamento, da redução dos danos e da reintegração social estão familiarizados com a sobreposição dos problemas de droga e de álcool, e têm procurado encontrar soluções práticas que incluam ambas as questões em simultâneo. A nível político, porém, a situação afigura-se mais complexa (Muscat, 2008).

Uma análise das estratégias de luta contra a droga e contra o álcool adoptadas na Europa revela muitas situações nacionais diferentes, que vão desde a ausência de qualquer estratégia à existência de uma estratégia para as drogas ilícitas mas não para o álcool, ou de estratégias separadas para as drogas e para o álcool, ou de duas estratégias interligadas, ou ainda de um documento político que abranja as drogas ilícitas e o álcool. Também não existe uma tendência clara para a adopção de um destes modelos. Enquanto muitos países parecem já ter adoptado uma estratégia em relação ao álcool (Comissão Europeia, 2009b) complementarmente à sua estratégia de luta contra a droga, outros alargaram o âmbito de aplicação do seu documento de política nacional em matéria de droga; um exemplo desta opção é a decisão tomada pela Irlanda de incluir o álcool numa nova estratégia de luta contra o abuso de substâncias.

A inexistência de um modelo e de uma tendência europeus comuns reflecte as múltiplas questões que os governos devem ter em conta ao elaborarem as estratégias relativas ao consumo de substâncias. Entre as razões para manter as estratégias separadas figura a necessidade de abordar especificamente os problemas relativos ao álcool, que muitas vezes têm uma magnitude diferente dos causados pelas drogas ilícitas, ou o puro e simples reconhecimento das fronteiras jurídicas entre as drogas lícitas e ilícitas. Em contrapartida, a importância do consumo de álcool entre os consumidores de drogas ilícitas e a necessidade de adoptar abordagens de saúde pública centradas nos estilos de vida e nos comportamentos, e não em substâncias específicas, exigem uma estratégia combinada. Estas questões

contraditórias levaram alguns países a desenvolverem soluções pragmáticas, tais como interligar estratégias separadas de combate às drogas e ao álcool através de uma estratégia global de saúde pública ou de um organismo de coordenação nacional único para a droga e para o álcool (por exemplo, Portugal). Futuramente, neste domínio, será necessário avaliar os méritos dos diferentes modelos de interligação das estratégias relativas ao álcool e à droga existentes na Europa.

Avaliação das estratégias e dos planos de acção nacionais de luta contra a droga

Já é uma prática comum dos países europeus realizarem uma análise ou avaliação final da sua estratégia ou plano de acção nacional de luta contra a droga. Normalmente, o seu objectivo é avaliar o nível de execução alcançado e as alterações ocorridas na situação global em matéria de droga, tendo em vista a elaboração da estratégia ou do plano de acção seguinte.

Em alguns países, há uma fase de avaliação preliminar em que se avalia a lógica, a pertinência e a coerência interna de um documento político. A análise do conteúdo, que por vezes inclui a elaboração de árvores de problemas ou de quadros lógicos, é utilizada para esclarecer a teoria subjacente à política, bem como para identificar incoerências entre os objectivos, as acções e as necessidades.

A execução das acções previstas nos documentos políticos é avaliada por meio de diferentes métodos. Em alguns países, as instituições responsáveis pela execução fornecem dados de forma sistemática. Noutros países, pede-se aos prestadores de serviços ou às autoridades regionais que preencham um questionário sobre o nível de execução e, por vezes, sobre as dificuldades encontradas.

A maioria dos avaliadores reconhece que é difícil determinar os efeitos de uma estratégia de luta contra a droga sobre o fenómeno da droga. No entanto, fornecem geralmente uma análise da situação em matéria de droga, baseada nos indicadores epidemiológicos e noutros dados relativos à saúde ou à aplicação da lei, juntamente com tentativas de associação de alguns elementos da política às alterações observadas na dita situação. Infelizmente, essa análise raramente inclui uma comparação europeia, o que levou alguns países a associarem a diminuição do consumo de *cannabis* ao conteúdo da sua política nacional, embora os dados apontem para uma tendência internacional mais vasta.

A interpretação dos dados é uma das principais etapas de uma avaliação. Em alguns países, é da responsabilidade exclusiva do organismo nacional de coordenação da luta contra a droga, enquanto noutros se mandatam avaliadores externos, comissões especiais ou grupos de peritos para examinarem os dados, avaliarem os resultados e formularem recomendações para a estratégia ou plano de acção seguintes.

Despesa pública e custos sociais

A despesa pública com todos os aspectos do fenómeno da droga na Europa foi estimada em 34 mil milhões de euros em 2005 (OEDT, 2008d). Este valor inclui a despesa directa, prevista pelo governo para as tarefas relacionadas com a droga e como tal identificada no orçamento. A despesa directa é registada como tal em documentos contabilísticos oficiais. Todavia, a maior parte da despesa pública relacionada com a droga não é contabilizada autonomamente — isto é, não se encontra desse modo identificada no orçamento nacional. A despesa não rotulada deve ser calculada através de uma abordagem de modelização dos custos.

Os dados relativos aos diversos anos estão apenas disponíveis para as despesas rotuladas. Em 2008, 22 Estados-Membros da UE comunicaram uma despesa rotulada total com o problema da droga na ordem de 4,2 mil milhões de euros. Nos 16 países que comunicaram dados em 2005 e em 2008, o total da despesa pública rotulada aumentou de 2,10 mil milhões de euros para 2,25 mil milhões de euros. Em percentagem do produto interno bruto, a despesa rotulada total diminuiu em nove países, aumentou em seis e permaneceu inalterada num país ⁽⁸⁾.

A despesa pública relacionada com a droga pode ser classificada de acordo com o sistema internacional de funções do governo (COFOG). A maior parte da despesa rotulada total classificada por sete países que forneceram esses dados (1,82 mil milhões de euros) verificou-se em duas funções do governo: saúde (60%) e manutenção da ordem e segurança públicas (34%) (isto é, serviços policiais, tribunais e prisões). Este desequilíbrio pode ser explicado pelo facto de a despesa com a manutenção da ordem e segurança públicas estar normalmente incorporada em programas de acção mais vastos e mais gerais contra a criminalidade (despesa não rotulada) (OEDT, 2008d).

Os custos sociais do consumo de droga

O cálculo dos custos sociais do consumo de droga revela o montante que se economizaria caso o consumo de droga fosse erradicado e identifica as diversas componentes do custo, bem como a dimensão da contribuição de cada sector da sociedade. Estas informações podem ajudar a determinar as prioridades de financiamento. A despesa pública constitui uma fracção dos custos sociais, sob a forma de custos directos numa perspectiva exclusivamente governamental. Porém, os custos sociais também incluem os custos indirectos (por exemplo, perda de produtividade causada pela

morbilidade e a mortalidade) e os custos suportados por intervenientes do sector privado (por exemplo, instituições de saúde privadas).

Os estudos sobre os custos sociais são demorados e caros. Por este motivo, as informações sobre os custos sociais do consumo de droga na Europa são escassas. Foram recentemente efectuadas estimativas dos custos sociais das drogas na Finlândia e no Reino Unido (Escócia). Os custos directos do consumo de drogas ilícitas e do abuso de medicamentos na Finlândia foram estimados entre 200 milhões de euros e 300 milhões de euros em 2007. Os custos indirectos entre 500 milhões de euros e 1 100 milhões de euros, no mesmo ano. A segurança social era responsável pela maior parte, quase um terço, dos custos directos, seguida da manutenção da ordem e segurança públicas, que correspondia a cerca de um quarto desses custos. A maior parte dos custos indirectos devia-se ao valor das vidas prematuramente perdidas.

Na Escócia, a estimativa mais recente dos custos económicos e sociais do abuso de drogas é de 5,1 mil milhões de euros em 2006. Metade destes custos foram atribuídos a «custos sociais em geral», incluindo os custos para as vítimas de crimes cometidos por consumidores de droga problemáticos e o sofrimento psicológico das famílias dos consumidores de droga mortos em consequência desse consumo. Do total de custos sociais económicos, 96% foram atribuídos ao consumo problemático de droga e 4% ao consumo recreativo de droga.

Legislação nacional

A maioria dos países europeus têm examinado ou aplicado distinções entre as diversas drogas nos seus ordenamentos jurídicos. Entre os exemplos recentes contam-se o novo Código Penal checo, que prevê para as infracções de posse para consumo pessoal que envolvam *cannabis*, ou o seu princípio activo THC, uma pena máxima inferior às que envolvam outras substância. Em 2009 esteve em debate uma opção semelhante na Estónia, mas dez dos treze peritos entrevistados pelo Ministério da Justiça opuseram-se a uma diferenciação das infracções baseada nas substâncias e foi decidido que a lei não seria alterada. Nos Países Baixos, o Governo aceitou a recomendação do Conselho Consultivo sobre Política em matéria de Droga para rever o número de anexos legislativos.

As legislações da União Europeia têm uma grande variedade de distinções e medidas de controlo ao seu

⁽⁸⁾ Ver quadro PPP-10 no Boletim Estatístico de 2010.

dispor, consoante a substância em causa se destine a ser legalmente comercializada e vendida devido às suas propriedades comerciais, industriais ou medicinais. Um primeiro conjunto de opções são os controlos não resultantes das legislações em matéria de droga, que se podem dividir em três categorias: venda sem restrições, venda restrita sem supervisão médica e venda restrita com supervisão médica. Na primeira categoria, a legislação de protecção dos consumidores tem sido utilizada para controlar a venda de determinados produtos; por exemplo, as substâncias presumivelmente psicoactivas vendidas pelas *smart shops*, ou as substâncias novas e ainda não sujeitas a controlo. A segunda categoria refere-se a restrições como os limites de idade aplicados aos compradores, e por vezes aos consumidores, ou o licenciamento dos pontos de venda. É o caso do álcool e do tabaco, mas também pode incluir a venda de *cannabis* nos *coffee shops* dos Países Baixos e a venda de certas substâncias voláteis, por exemplo, no Reino Unido. A terceira categoria engloba as leis que regulamentam as vendas em farmácias, incluindo os remédios para a tosse e as constipações vendidos sem receita médica, bem como os medicamentos sujeitos a receita médica. Nos últimos anos, a República Checa e o Reino Unido restringiram a venda de medicamentos para as constipações com pseudoefedrina, porque eram comprados para fabricar anfetaminas ilícitas. A legislação relativa aos medicamentos também foi eficazmente utilizada na Áustria para restringir a venda dos produtos «spice» sem criminalizar os consumidores (OEDT, 2009a).

A legislação em matéria de droga oferece um segundo conjunto de opções para diferenciar as substâncias. Essas opções podem ser apresentadas sob a forma de uma pirâmide de distinções (Ballotta e outros, 2008). Na sua base está o sistema de distinção assente na classificação jurídica. A sanção penal para uma infracção à legislação relativa à droga varia oficialmente consoante a classe ou a nocividade da substância em causa, definida em listas estabelecidas por lei ou directamente ligadas à legislação. Por exemplo, na Bulgária, Chipre, Países Baixos, Portugal, Roménia e Reino Unido, a lei sugere ou exige aos magistrados que estabeleçam distinções entre os tipos de drogas envolvidos nas diversas infracções; em Espanha, Letónia e Malta, a sanção só varia em caso de acusação por tráfico de droga. No segundo nível da pirâmide, as drogas podem ser classificadas de forma idêntica, mas a lei prevê derrogações específicas, sob a forma de sanções menores, pela posse de uma pequena quantidade de *cannabis* para consumo pessoal, sem circunstâncias agravantes, como é o caso da Bélgica, República Checa, Irlanda e Luxemburgo. No terceiro

A recessão económica e os problemas relacionados com a droga

A Comissão Europeia (2009a) considera que a actual recessão económica é comparável à recessão da década de 1930. Em 2009, o produto interno bruto dos Estados-Membros da UE diminuiu 4,0%, muito mais do que em crises anteriores. Os mercados de trabalho da União Europeia ficaram muito enfraquecidos, tendo a taxa de desemprego aumentado em um terço (de 6,7% em 2008) e prevendo-se que atinja 11% em 2010. A taxa de emprego diminuiu substancialmente: segundo as previsões, a criação de 9,5 milhões de postos de trabalho em 2006-2008 deverá dar lugar a uma perda de 8,5 milhões em 2009-2010.

As consequências da recessão económica sobre o consumo de droga e os problemas com ele relacionados foram examinadas na conferência de 2010 da International Society for the Study of Drug Policy (ISSDP). Uma das suas conclusões gerais é a de que existe um vasto conjunto de mecanismos de impacto possíveis. Por exemplo, pode acontecer que um maior número de adolescentes desempregados venda drogas e aumente, assim, a disponibilidade e o consumo de *cannabis* entre os seus pares. Alguns jovens adultos também podem consumir drogas para enfrentarem o stress e as dificuldades económicas, embora a diminuição dos rendimentos leve outros a despendem menos dinheiro com drogas. Os actuais problemas de droga também podem ser influenciados, quer directamente, com os consumidores mais pobres a optarem por vias de administração mais eficazes e perigosas, quer indirectamente, através de uma redução dos serviços em resultado de cortes na despesa pública.

A avaliação do pleno impacto da recessão actual demorará algum tempo, nomeadamente devido aos múltiplos mecanismos acima descritos e aos efeitos que se farão sentir ao longo dos anos. Neste momento, todavia, é necessário que os governos que estão a ponderar reduzir a despesa no domínio da droga tenham em conta a relação custo-eficácia das medidas existentes.

nível, as distinções são efectuadas em função das orientações do Ministério Público ou da jurisprudência. Na Dinamarca, por exemplo, uma directiva dirigida aos magistrados do Ministério Público preconiza a aplicação de diferentes multas para posse de diferentes drogas, ao passo que na Alemanha uma decisão do Tribunal Constitucional, fazendo notar que a Constituição proíbe as sanções desproporcionadas, exige medidas menos rigorosas para as pequenas infracções de posse de *cannabis* para consumo pessoal.

O topo da pirâmide de distinções é constituído pelo exercício de poderes discricionários por parte de magistrados do Ministério Público ou de magistrados judiciais durante a aplicação da lei. Neste caso,

a natureza da substância é um dos critérios a ter em conta quando se decide não proceder judicialmente contra um infractor ou aplicar-lhe uma sanção menor. Embora os dados sejam limitados, o OEDT (2009e) concluiu que as sentenças podiam diferir mesmo quando as drogas estavam em pé de igualdade perante a lei. Na República Checa, onde a lei classifica todas as drogas da mesma forma, 44% das sentenças referentes a infracções que envolviam heroína foram penas de prisão, para apenas 39% no caso do pervitin (metanfetaminas) e 11% no da *cannabis*. No Reino Unido, entre os infractores que ficaram imediatamente detidos, a pena média por posse foi de cinco meses para a cocaína, sete meses para o *ecstasy* e 10 meses para a heroína. As penas médias por tráfico (excepto infracções relativas a importação e exportação) foram de 29 meses para o *ecstasy* e de 37 meses para a cocaína e a heroína. No entanto, estas três substâncias pertencem todas à mesma classe. Este facto sugere que os magistrados judiciais percebem diferenças quanto aos níveis de perigo ou de gravidade associados às várias drogas, para além das eventuais diferenças assinaladas pela legislação.

As quantidades limiar que delimitam as infracções, classificando-as, por exemplo, como sendo de posse para consumo pessoal, constituem um elemento adicional de distinção em todos os níveis da pirâmide. A recente «Topic overview» do OEDT sobre as quantidades limiar identificou diferenças significativas quanto à base jurídica e às quantidades das substâncias. Esses limiares podem ser estabelecidos por lei ou por decretos ministeriais (por exemplo, República Checa, Grécia, Itália, Chipre, Lituânia, Hungria e Áustria), ou nas orientações do Ministério Público (Dinamarca, Países Baixos, Finlândia e Noruega), ou de ambas as formas (Bélgica e Portugal), e até mesmo nas orientações para as decisões judiciais (Finlândia). Os limiares relativos a infracções semelhantes podem diferir consoante os países; por exemplo, na Lituânia a instauração de uma acção penal por posse de resina de *cannabis* é independente da quantidade, ao passo que em muitos *Laender* alemães só acontece a partir de seis gramas. Os limiares também não são coerentes no tocante à relação entre as drogas, sendo o limiar de peso da *cannabis* entre três (Chipre) a 10 vezes (Países Baixos) superior ao da heroína. O limiar de peso da cocaína pode ser igual ao da heroína (por exemplo, na Dinamarca), ou dez vezes superior (por exemplo, na Letónia).

Globalmente, afigura-se que a distinção feita entre as drogas nos Estados-Membros da UE não depende apenas da classificação formal consagrada nas legislações

em matéria de droga. Resulta igualmente do tipo de legislação utilizada para controlar a droga, das orientações do Ministério Público e da jurisprudência, dos limiares de quantidade relativos estabelecidos e das atitudes do sistema judicial ao aplicar a lei.

Investigação relacionada com a droga

Reforço da capacidade de investigação da União Europeia

O reforço da capacidade de investigação no domínio da droga tem sido um dos objectivos da agenda europeia nos últimos anos. Em 2008, a Comissão Europeia financiou um estudo subordinado ao tema «Análise comparativa da investigação das drogas ilícitas na União Europeia»^(*) e, em Setembro de 2009, organizou uma conferência para debater as formas de melhorar essa capacidade de investigação na União Europeia. O estudo e os debates realizados facultaram várias informações importantes sobre a forma como a investigação relacionada com a droga é realizada na Europa.

Resultados da investigação e barreiras linguísticas

Os resultados da investigação revistos pelos pares são, na sua maioria, publicados em inglês, e este facto limita a sua acessibilidade por parte de um número significativo de investigadores, profissionais e decisores políticos. O mesmo se aplica aos trabalhos divulgados em publicações periódicas analisadas pelos pares noutras línguas. Em 2008, o OEDT identificou 27 publicações desse tipo na Europa, editadas em checo, dinamarquês, alemão, grego, espanhol, francês, húngaro, polaco, português, sueco e norueguês. Muitas organizações governamentais e não governamentais também apresentam os resultados da investigação em relatórios que só estão disponíveis nas suas línguas nacionais. A maior parte destas informações continua a ser acessível apenas a um número limitado de pessoas.

A importância das barreiras linguísticas foi salientada no estudo «Comparative analysis of research into illicit drugs in the European Union» (Análise comparativa da investigação das drogas ilícitas na União Europeia) e debatida na conferência organizada pela Comissão sob o tema «Bridging the research gap in the field of illicit drugs research in the EU» (Colmatar as lacunas da investigação no domínio das drogas ilícitas na UE). Como primeira medida para ultrapassar esses obstáculos, o OEDT desenvolveu a «research thematic web area» (área temática da web dedicada à investigação), que fornece uma lista de estudos nacionais com ligações aos relatórios publicados e não publicados.

(*) Os documentos e apresentações da conferência, incluindo um relatório completo do estudo, estão disponíveis no sítio web da conferência.

A maior parte dessa investigação é efectuada pelos Estados-Membros, que definem as prioridades de investigação em função das suas necessidades nacionais. Geralmente, não existe uma estratégia coerente de investigação sobre a droga, com fundos próprios, encontrando-se a investigação relacionada com a droga normalmente integrada em programas de saúde, ciências sociais ou outros. Além disso, a investigação está muito orientada para a epidemiologia e a avaliação das intervenções, encontrando-se a oferta de droga e a redução da oferta, bem como a avaliação das políticas, sub-representadas. De um modo geral, a coordenação entre a política, a investigação e a prática também carece de uma abordagem coerente a longo prazo. A actividade de investigação nacional é complementada pelo sétimo programa-quadro da Comunidade Europeia de actividades de investigação, desenvolvimento tecnológico e demonstração (2007-2013).

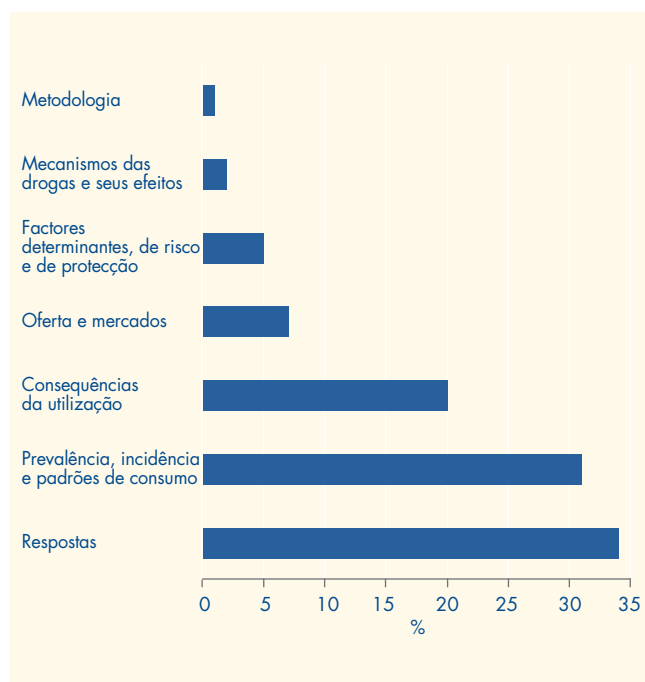
Estas informações contribuíram para as conclusões do Conselho sobre o reforço da capacidade de investigação da União Europeia em matéria de drogas ilícitas ⁽¹⁰⁾, que identificam as seguintes prioridades futuras: investigação da causa e natureza dos problemas da droga e respostas a dar-lhes; e investigação no domínio da procura e da redução da procura de droga. Os Estados-Membros também são convidados a reforçar a sua capacidade de investigação e os mecanismos de coordenação e a explorarem as oportunidades oferecidas pelo sétimo programa-quadro de Investigação, por exemplo, as redes europeias de investigação (ERA-NET) e as bolsas Marie Curie. Além disso, os Estados-Membros e a comunidade científica são incentivados a «contribuírem activamente para as consultas sobre a futura política de investigação europeia e os futuros objectivos da investigação relacionada com a droga no âmbito da próxima estratégia da UE de luta contra a droga». O Conselho acorda igualmente estabelecer um intercâmbio anual em matéria de investigação relacionada com a droga a fim de promover uma cooperação transfronteiriça nesse domínio. Reconheceu a necessidade de melhorar o acesso aos resultados da investigação por parte dos responsáveis políticos e dos profissionais e convida o OEDT a fornecer e divulgar através da sua área temática na *web* sobre investigação e o seu portal relativo às boas práticas, a informação sobre a investigação relacionada com a droga e os respectivos resultados.

Informações relativas à investigação nos Estados-Membros

Os países europeus referiram, nos relatórios nacionais Reitox de 2009, mais de 650 projectos de investigação empreendidos ou publicados entre 2007 e 2009, ou seja quase o dobro do período anterior. Este aumento verificou-se em 26 dos 29 países que forneceram dados. O Reino Unido mencionou o maior número de projectos de investigação, mais de 100, seguido pela Alemanha, Países Baixos e Finlândia, cada um com mais de 50, e pela República Checa e Suécia, com mais de 30.

Tal como nos anos anteriores, os estudos investigaram as respostas dadas à situação do fenómeno da droga (cerca de um terço), a prevalência (cerca de um terço), a incidência e os padrões de consumo de droga (também cerca de um terço) e as consequências deste último (um quinto) (figura 1). Em comparação com o ano passado, foram citados cerca de mais 40 estudos sobre a oferta e os mercados. Embora isto se deva, em grande medida, a uma recolha de dados específica sobre os mercados da *cannabis*, coordenada pelo OEDT em 2009, também indica um interesse crescente pelos estudos no domínio da oferta.

Figura 1: Temas investigados pelos estudos nacionais relacionados com a droga citados nos relatórios nacionais Reitox de 2009 (percentagem dos estudos citados)



NB: Realizou-se um levantamento das referências a estudos relacionados com a droga em 29 relatórios nacionais Reitox (2009), no período de 2007-2009. Os estudos foram classificados de acordo com o contexto em que foram citados.

Fonte: Relatórios nacionais Reitox (2009).

⁽¹⁰⁾ Disponível na página *web* «Drug-related research» do OEDT.



Capítulo 2

Resposta aos problemas de droga na Europa — Panorâmica geral

Introdução

Este capítulo apresenta uma panorâmica das respostas aos problemas de droga na Europa, sempre que possível destacando as tendências, a evolução e as questões de qualidade. Em primeiro lugar, analisam-se as medidas de prevenção, seguindo-se as intervenções nos domínios do tratamento, da redução dos danos e da reintegração social. Em conjunto, todas estas medidas formam um sistema global de redução da procura de droga. Elas podem ser consideradas complementares e são, por vezes, oferecidas em combinação e pelos mesmos serviços. É o que sucede cada vez mais com o tratamento e as medidas de redução dos danos, por exemplo.

As respostas desenvolvidas no âmbito da aplicação da legislação em matéria de droga são também abordadas numa secção, que inclui os dados mais recentes sobre as infracções à dita legislação. A concluir o capítulo apresenta-se uma análise dos dados disponíveis sobre as necessidades dos consumidores de droga nas prisões e as respostas existentes nesse contexto específico.

Prevenção

A prevenção do consumo da droga pode dividir-se em diversos níveis ou estratégias, que vão desde as acções direccionadas para a sociedade em geral (prevenção ambiental) até às acções centradas nas pessoas em risco (prevenção indicada). Idealmente, as diferentes estratégias não concorrem entre si, sendo antes complementares. Os principais desafios que se colocam às políticas de prevenção são os de adaptar os diversos níveis de prevenção ao grau de vulnerabilidade dos grupos-alvo (Derzon, 2007) e assegurar que as intervenções são cientificamente fundamentadas e têm uma cobertura suficiente.

Estratégias ambientais

As estratégias de prevenção ambiental procuram alterar o meio cultural, social, físico e económico imediato em que as pessoas fazem as suas escolhas sobre o consumo

de droga. Tais estratégias incluem, normalmente, medidas como a proibição de fumar, o aumento do preço das bebidas alcoólicas ou as escolas promotoras de saúde. As medidas de prevenção ambiental a nível societal e direccionadas para o clima social nas escolas e comunidades são comprovadamente eficazes em termos de alteração das crenças normativas e, conseqüentemente, do consumo de substâncias (Fletcher e outros, 2008).

Quase todos os países europeus aplicam proibições parciais ou totais de fumar e a publicidade ao tabaco é proibida por uma directiva da UE de 2003 (2003/33/CE). Em vários desses países estão igualmente a ser debatidas propostas de preços mínimos para o álcool e restrições à sua promoção. Dez Estados-Membros da UE comunicaram, em 2009, os esforços envidados para desenvolver climas escolares positivos e protegidos, incluindo regras estritas em matéria de posse e consumo de substâncias. Os países do Norte da Europa também desenvolveram o conceito de ambientes positivos e protegidos a nível das comunidades, por exemplo através de planos de acção municipais de combate ao consumo de álcool.

Prevenção universal

A prevenção universal é dirigida à população em geral, nomeadamente ao nível da escola e da comunidade. O seu objectivo é dissuadir ou atrasar o início do consumo de droga e os problemas a este associados, fornecendo aos jovens as competências necessárias para evitar a iniciação no consumo de drogas. Os dados provam a eficácia das intervenções de prevenção universal bem concebidas e bem estruturadas. Um exemplo recente é o programa holandês de intervenção conjunta junto das escolas e dos pais que reduziu o consumo de álcool (Koning e outros, 2009). A eficácia de outras intervenções, nomeadamente das campanhas nos meios de comunicação social, não está suficientemente comprovada e alguns estudos observaram até alguns efeitos prejudiciais. Apesar disso,

a maioria dos países europeus continua a comunicar a afectação de recursos a esse tipo de campanhas.

A prevenção universal em meio escolar é referida por todos os países europeus, se bem que com conteúdos e níveis de cobertura variáveis. O fornecimento de informação e, em segundo lugar, a formação em competências essenciais para a vida são os dois tipos de intervenção mais importantes. Os protocolos de intervenção estruturada («programas») ainda são relativamente escassos. A necessidade de melhorar a prevenção universal em meio escolar é crescentemente reconhecida na Europa. Onze Estados-Membros da UE referem, por exemplo, os esforços realizados para definir normas de prevenção.

Prevenção selectiva

A prevenção selectiva é dirigida a grupos específicos, famílias ou comunidades, que, devido aos seus escassos laços sociais e recursos, podem ser mais propensas a desenvolver um consumo de droga ou a cair na toxicodependência. Ainda há poucos dados sobre a eficácia deste tipo de prevenção, dada a dificuldade em aplicar concepções de avaliação experimentais. Isto não se aplica, porém, às intervenções dirigidas a famílias vulneráveis, cuja eficácia foi demonstrada em diversos estudos (Petrie e outros, 2007). Entre os exemplos recentes neste domínio inclui-se uma adaptação do «programa de fortalecimento das famílias» avaliada em Espanha, que foi considerada eficaz em termos de redução dos indicadores de futuro consumo de droga, como as perturbações comportamentais na escola e os sintomas de depressão. Também se registaram resultados positivos no Reino Unido, com redução dos riscos para as crianças, dos casos de comportamento anti-social notificados, dos problemas escolares, da delinquência juvenil, da violência doméstica, dos problemas de saúde mental e física e do abuso de substâncias, entre as primeiras 699 famílias que completaram os «Family Intervention Projects» (projectos de intervenção familiar).

Os países europeus referem, em média, uma oferta limitada de prevenção selectiva, dirigindo-se a maior parte das intervenções aos jovens delinquentes, às famílias vulneráveis e às minorias étnicas. Globalmente, os dados indicam que a cobertura da prevenção selectiva não aumentou nos últimos anos. É possível que existam excepções, como as intervenções junto das famílias vulneráveis realizadas em alguns países e o FreD, um protocolo de intervenção sistemática para jovens delinquentes, que já é aplicado em mais de um terço dos Estados-Membros da UE.

Aprender com os ensaios no domínio da prevenção

Continua a haver pouca investigação sobre a eficácia das medidas de prevenção europeias (!). A prevenção universal e a prevenção indicada em meio escolar são os domínios que recebem maior atenção. Paralelamente, está em curso um debate sobre a transferibilidade dos resultados da investigação de outras partes do mundo, sobretudo dos Estados Unidos.

O estudo do EU-DAP, um ensaio multicêntrico europeu que envolve cerca de 7 000 alunos com idades compreendidas entre os 12 e os 14 anos em sete Estados-Membros da UE, está a contribuir para o desenvolvimento da investigação no domínio da prevenção e mostra que as intervenções podem produzir resultados semelhantes no interior da Europa e nos diversos continentes.

Segundo os relatórios, o programa «Unplugged», em 12 sessões, permitiu obter uma redução significativa dos riscos de consumo de tabaco, álcool e *cannabis* ao fim de um ano. O objectivo deste programa é corrigir as crenças normativas sobre o consumo de substâncias, ao mesmo tempo que oferece formação em matéria de competências essenciais para a vida e informações sobre as substâncias. Também se observaram efeitos benéficos persistentes nos 18 meses subsequentes ao programa no tocante aos episódios de embriaguez e ao consumo frequente de *cannabis* nos últimos 30 dias, enquanto o efeito a curto prazo sobre o consumo diário de cigarros foi diminuindo progressivamente (Faggiano e outros, 2010).

Uma análise da mediação revelou que os resultados relativos ao consumo de *cannabis* se deviam principalmente à correcção das crenças normativas, das expectativas positivas em relação a essa substância e das atitudes positivas face às drogas ilícitas. O reforço das competências em matéria de comunicação, tomada de decisões e capacidade de dizer «não» foi menos eficaz.

Os investigadores europeus e americanos estão a efectuar análises paralelas com os dados do EU-DAP e de outras proveniências a fim de compreender a forma como as crianças e os adolescentes reagem à prevenção em diferentes contextos. A influência diferencial do género, do contexto social e das características psicológicas são objecto de especial atenção.

(!) Facto que levou à fundação da European Society for Prevention Research.

Prevenção indicada

A prevenção indicada visa identificar os indivíduos com problemas comportamentais ou psicológicos, que podem renunciar o desenvolvimento de problemas de consumo de substâncias numa fase da vida posterior, e torná-los individualmente objecto de intervenções especiais. Os programas de prevenção indicada são habitualmente avaliados e mostram,

com frequência, níveis de eficácia elevados (OEDT, 2009c). Globalmente, as intervenções neste domínio continuam a ser limitadas, referindo seis países a realização de intervenções dirigidas a crianças com défice de atenção/hiperactividade ou perturbações comportamentais e dez países a existência de intervenções precoces e aconselhamento para pessoas que iniciaram o consumo de drogas. Um desenvolvimento recente é o «*Cannabis show*» neerlandês, baseado num programa de prevenção do consumo de *cannabis* já existente (educação pelos pares de carácter lúdico), que está a ser realizado numa escola para jovens com problemas comportamentais e outros problemas psiquiátricos.

Tratamento

As principais modalidades de tratamento dos problemas de droga utilizadas na Europa são as intervenções psicossociais, a substituição de opiáceos e a desintoxicação. A importância relativa das diferentes modalidades de tratamento em cada país é influenciada por diversos factores, incluindo a organização do sistema nacional de saúde.

Não existe um conjunto de dados que permita descrever toda a população de consumidores de droga que estão actualmente a fazer tratamento da toxicod dependência na Europa. Contudo, o indicador da procura de tratamento do OEDT, que reúne os dados relativos às pessoas que deram entrada em serviços especializados de tratamento da toxicod dependência ⁽¹¹⁾, permite recolher informações sobre um subgrupo importante desta população. Em 2008, este indicador registou cerca de 440 000 utentes em início de tratamento, 40% dos quais pela primeira vez na vida.

Uma estimativa conservadora, baseada em diversas fontes, incluindo o indicador de procura de tratamento, aponta para que um milhão de pessoas tenha recebido tratamento por consumo de drogas ilícitas na União Europeia em 2007, mais de metade das quais recebeu tratamento de substituição de opiáceos. A Alemanha, a Espanha, a França, a Itália e o Reino Unido foram responsáveis por quase 80% dos consumidores de droga em contacto com o tratamento.

Esta estimativa do tratamento da toxicod dependência na União Europeia, embora necessite de ser melhorada, indica um nível considerável de oferta de tratamento. Além disso, realça o grande aumento da oferta de

tratamento registado desde meados da década de 1990, quando a política em matéria de droga inclui a maior disponibilidade e o melhor acesso ao tratamento da toxicod dependência entre as suas prioridades. Nas duas últimas décadas, verificou-se uma expansão dos serviços especializados em regime ambulatorio e um desenvolvimento das abordagens de proximidade. Vários países aumentaram a sua oferta de tratamento de substituição através do envolvimento de outros prestadores de serviços, como os médicos de clínica geral. Em consequência, o número de pessoas que recebem tratamento de substituição na Europa quase decuplicou desde 1993 ⁽¹²⁾. As alterações ocorridas na oferta de tratamento também foram desencadeadas por novos grupos de utentes, como os consumidores de *cannabis* e de estimulantes, que acederam ao tratamento em número crescente, nos últimos 15 anos.

Embora a sua disponibilidade tenha aumentado em muitos países, ainda há obstáculos que impedem ou dissuadem os consumidores de droga de aceder ao tratamento da toxicod dependência, ou a algumas das suas modalidades. Nesses obstáculos incluem-se as regulamentações com critérios de admissão e quadros jurídicos rigorosos, os custos do tratamento para os doentes, a falta de pessoal devidamente formado ou a baixa densidade geográfica dos prestadores de serviços de tratamento. Outros obstáculos para os consumidores de drogas que necessitam de tratamento são os horários de abertura inadequados, a obrigatoriedade de comparecer diariamente nos serviços e a falta de assistência às crianças (por exemplo, durante o tratamento em regime de internamento), factores que colidem com a sua vida pessoal e profissional. As crenças e os preconceitos pessoais, tanto por parte dos profissionais como dos consumidores de droga, quanto à adequação, aos efeitos e aos resultados de determinadas abordagens de tratamento também podem dificultar o acesso ao tratamento.

O aumento dos tempos de espera para o tratamento da toxicod dependência pode ser uma das consequências dos obstáculos ao seu acesso. Segundo as informações fornecidas pelos peritos nacionais em 2008, uma disponibilidade de tratamento limitada e a falta de recursos, bem como os atrasos por razões processuais, são as principais causas dos tempos de espera existentes, que diferem consoante as modalidades de tratamento (ver *infra*).

⁽¹¹⁾ O indicador da procura de tratamento recebeu dados de 29 países relativos aos centros de tratamento especializados, cobrindo mais de 60% das unidades na maioria dos países (ver quadro TDI-7 Boletim Estatístico de 2010).

⁽¹²⁾ Ver figura HSR-2 no Boletim Estatístico de 2010.

Tema específico do OEDT sobre o tratamento e a assistência aos consumidores de droga mais velhos

As previsões apontam para uma duplicação do número de consumidores de droga mais velhos na Europa, entre 2001 e 2020, o que exigirá abordagens adequadas e inovadoras de tratamento e assistência a esta população crescente. Um tema específico este ano publicado pelo OEDT examina o desenvolvimento e as causas deste fenómeno de envelhecimento nas últimas duas décadas. Apresenta também as características de saúde e sociais dos consumidores de droga mais velhos, a fim de especificar as suas necessidades actuais. O relatório conclui com uma panorâmica das actuais intervenções dirigidas aos consumidores de droga mais velhos e das melhores práticas existentes nos Estados-Membros.

Este tema específico está disponível em versão impressa e no sítio *web* do OEDT apenas em inglês.

Tratamento em regime ambulatorio

Há informações disponíveis sobre cerca de 383 000 consumidores de droga que iniciaram o tratamento em regime ambulatorio na Europa durante o ano de 2008. A maioria destes consumidores recorreu a serviços especializados de tratamento da toxicod dependência, sendo poucos os países que apresentaram dados sobre as pessoas que iniciaram o tratamento com um médico de clínica geral ou em estruturas de redução de danos. Mais de metade dos utentes que iniciaram o tratamento (53%) menciona os opiáceos, principalmente a heroína, como droga principal, enquanto 22% referem a *cannabis* e 18% a cocaína⁽¹³⁾. A via de encaminhamento mais comum é a iniciativa própria (36%), seguida pelo encaminhamento pelo sistema judicial (20%). Os restantes utentes são encaminhados através dos serviços sociais e de saúde, ou de redes informais, incluindo familiares e amigos⁽¹⁴⁾.

Os utentes que iniciam o tratamento em regime ambulatorio são predominantemente jovens do sexo masculino, com uma média de idades de 31 anos, sendo o número de homens quatro vezes superior ao das mulheres. Os utentes que iniciam o tratamento pela primeira vez e os do sexo feminino são, em média, ligeiramente mais jovens. Também são registadas médias de idades mais baixas para os utentes consumidores de *cannabis* (25) e para os que consomem outros estimulantes que não a cocaína (29), sendo referidas médias de idades

mais elevadas para os consumidores de cocaína (32) e de opiáceos (34) como droga principal. Em média, os utentes mais jovens são referidos pela República Checa (26) e os mais velhos pela Espanha (33)⁽¹⁵⁾. Os rácios entre homens e mulheres são mais elevados entre os utentes consumidores de *cannabis* (cinco homens para cada mulher) e de cocaína (4,8 homens para cada mulher) e mais baixos entre os que consomem outros estimulantes que não a cocaína (2,2 para cada mulher). Independentemente da droga principal consumida, os rácios entre os géneros são mais elevados nos países do Sul da Europa e mais baixos nos países do Norte⁽¹⁶⁾.

As duas modalidades de tratamento em regime ambulatorio mais importantes na Europa são as intervenções psicossociais e o tratamento de substituição de opiáceos. No caso dos consumidores de opiáceos, são frequentemente associadas. As intervenções psicossociais prestam apoio aos consumidores que tentam controlar e superar os seus problemas de droga. Estas intervenções incluem aconselhamento, aumento da motivação, terapia cognitivo-comportamental, gestão de casos, terapia de grupo e familiar e prevenção de recaídas. São maioritariamente oferecidas, consoante o país, por instituições públicas ou por organizações não governamentais. Em 2008, peritos de nove dos 27 países que forneceram dados estimaram que este tipo de tratamento não está sujeito a tempo de espera. Noutros dez países, os peritos nacionais estimaram que o tempo de espera médio não ultrapassa um mês. Na Noruega, o tempo de espera médio foi estimado em 10 semanas, enquanto a Dinamarca exige por lei que o tratamento tenha lugar no prazo de 14 dias. Os peritos de sete países não conseguiram fornecer uma estimativa.

O tratamento de substituição é a principal opção de tratamento para os consumidores de opiáceos na Europa. Geralmente, tem lugar em regime ambulatorio, embora em alguns países também esteja disponível em regime de internamento, sendo crescentemente facultado nas prisões⁽¹⁷⁾. O tratamento de substituição de opiáceos está disponível em todos os Estados-Membros da UE, na Croácia e na Noruega⁽¹⁸⁾. Na Turquia, o tratamento de substituição ainda não foi introduzido, apesar de ser permitido, ao abrigo de um regulamento de 2004 sobre os centros de tratamento. Na maioria dos países, os serviços públicos especializados de tratamento em regime ambulatorio são os principais fornecedores do tratamento de substituição. Contudo, os consultórios de médicos de

⁽¹³⁾ Ver quadro TDI-19 no Boletim Estatístico de 2010.

⁽¹⁴⁾ Ver quadro TDI-16 no Boletim Estatístico de 2010.

⁽¹⁵⁾ Ver quadros TDI-10 e TDI-103 no Boletim Estatístico de 2010.

⁽¹⁶⁾ Ver quadro TDI-21 no Boletim Estatístico de 2010.

⁽¹⁷⁾ Ver «Assistência aos consumidores de droga nas prisões», p. 43.

⁽¹⁸⁾ Ver quadros HSR-1 e HSR-2 no Boletim Estatístico de 2009.

clínica geral, muitas vezes convencionados por centros especializados, desempenham um papel crescente na oferta deste tipo de tratamento. Estes prestadores de cuidados de saúde funcionam, a vários níveis, em 13 países.

Estima-se que em 2008 cerca de 670 000 consumidores de opiáceos receberam tratamento de substituição na Europa ⁽¹⁹⁾. Peritos de dez dos 26 países que apresentaram dados estimaram que não existe tempo de espera para este tipo de tratamento. Em quatro países (República Checa, Dinamarca, Itália e Portugal), o tempo de espera médio estimado é inferior a um mês. Na República Checa, só há tempo de espera para o tratamento com metadona, uma vez que a buprenorfina em altas doses pode ser receitada por médicos de clínica geral nos seus consultórios — embora o utente tenha de suportar os custos da medicação. Noutros quatro países (Hungria, Roménia, Finlândia e Noruega), os tempos de espera estimados variam entre um e seis meses, enquanto noutros três países (Bulgária, Grécia e Polónia) são superiores a um ano. Entre eles, a Grécia regista um tempo de espera médio de 38 meses e os dados revelam que 5 261 consumidores problemáticos de opiáceos se registaram nas listas de espera para admissão nos programas de substituição em 2008. Contudo, os tempos de espera médios nacionais podem camuflar grandes variações regionais. Por exemplo, na Irlanda o tempo de espera médio para o tratamento de substituição varia entre menos de 3,5 meses em Dublin e 18 meses no Sudeste do país (Comptroller and Auditor General, 2009). Os peritos de quatro países não conseguiram fornecer uma estimativa dos tempos de espera.

Tratamento em regime de internamento

Segundo os dados disponíveis, em 2008, cerca de 42 000 consumidores de droga iniciaram o tratamento em regime de internamento. Mais de metade mencionou os opiáceos como droga principal (57%), sendo que a maioria dos restantes utentes identificou a *cannabis* (13%), outros estimulantes que não a cocaína (13%) e a cocaína (7%) como droga principal. Os utentes são sobretudo jovens do sexo masculino, verificando-se um rácio entre os géneros de 3,5 homens para cada mulher e uma média de idades de 30 anos ⁽²⁰⁾.

O tratamento em regime de internamento ou residencial exige que os utentes pernoitem na instituição durante várias semanas ou vários meses. Em muitos casos, estes programas têm por objectivo levar os utentes a absterem-se de consumir droga e não permitem tratamentos de substituição. A desintoxicação de droga

é uma intervenção a curto prazo, realizada sob vigilância médica, que visa resolver os sintomas de abstinência associados ao consumo crónico de droga, sendo por vezes um pré-requisito para o início do tratamento em regime de internamento a longo prazo, baseado na abstinência de droga. A desintoxicação é normalmente uma intervenção em regime de internamento realizada em hospitais, centros de tratamento especializados, ou centros residenciais com serviços médicos ou psiquiátricos.

Os utentes em regime de internamento recebem alojamento e tratamentos psicológicos estruturados de acordo com as suas necessidades individuais, e participam em actividades orientadas para a sua reabilitação social. Muitas vezes recorre-se a uma abordagem baseada em comunidades terapêuticas, neste contexto. Os hospitais psiquiátricos também oferecem tratamento em regime de internamento, nomeadamente para utentes com patologias psiquiátricas co-mórbidas.

O acesso ao tratamento psicossocial em regime de internamento é classificado como imediato pelos peritos nacionais da Grécia, da Hungria e da Turquia. Os peritos estimam que o tempo de espera médio é inferior a um mês em 12 países e a 25 semanas na Noruega. Na Áustria, o tempo de espera pode atingir vários meses, segundo os relatórios, dependendo da região e do centro de tratamento. Os peritos de dez países não forneceram estimativas do tempo de espera para este tipo de tratamento.

Os peritos da Hungria, da Eslovénia, da Eslováquia, da Turquia e da Comunidade flamenga da Bélgica consideram que a desintoxicação não tem tempo de espera. Em 11 países, o tempo de espera médio estimado é inferior a duas semanas. Em Chipre, República Checa e Grécia varia entre duas semanas e um mês, enquanto na Irlanda, na Áustria e na Noruega é estimado entre um e três meses. Os peritos de cinco países não forneceram qualquer estimativa.

Garantia de qualidade

A maioria dos países europeus está a tomar medidas para melhorar a qualidade do tratamento da toxicod dependência. Entre elas figuram o desenvolvimento e a aplicação de orientações, a adopção de planos de acção nacionais de luta contra a droga que contemplam as questões de qualidade do tratamento, os processos de certificação e acreditação da qualidade, e os estudos que investigam as diferenças de qualidade entre centros de tratamento ou que os submetem a análises comparativas.

⁽¹⁹⁾ Ver quadro HSR-3 no Boletim Estatístico de 2010.

⁽²⁰⁾ Ver quadros TDI-7, TDI-10, TDI-19 e TDI-21 no Boletim Estatístico de 2009.

Recentemente, começaram a ser aplicadas orientações relativas à qualidade do tratamento em seis países, ao passo que Chipre, a Turquia e a Noruega publicaram orientações do mesmo tipo. Dez países adoptaram documentos estratégicos novos, que em alguns casos incluem sistemas de acreditação. A Polónia e a Eslováquia também introduziram critérios de acreditação dos centros de tratamento, tendo a Eslováquia adoptado a certificação ISO 9001. Quatro países, Estónia, Letónia, Países Baixos e Roménia, estão a investigar a heterogeneidade da qualidade do serviço prestado nos respectivos sistemas de tratamento.

O Reino Unido tem um longo historial de avaliação do seu sistema de saúde e possui um dos mais vastos conjuntos de instrumentos para controlar e melhorar a qualidade do tratamento. Entre esses instrumentos conta-se agora um documento sobre a gestão clínica do tratamento da toxicodependência (NTA, 2009) que aborda as linhas de responsabilidade e prestação de contas, a melhoria da qualidade, as políticas de gestão dos riscos e os procedimentos para identificar e corrigir o mau desempenho.

Um estudo encomendado pelo OEDT identificou 60 orientações nacionais em matéria de tratamento em 17 dos 22 países europeus que forneceram informações. As modalidades mais focadas pelas orientações são o tratamento psicossocial (29), o tratamento de substituição de opiáceos (28) e a desintoxicação (22). Aparentemente, os países com um número elevado de doentes em tratamento de substituição de opiáceos têm mais tendência para elaborar orientações relativas a cada uma das modalidades.

Dezassete países mencionam a existência de orientações específicas para o tratamento dos consumidores de opiáceos. Cinco países possuem orientações relativas ao consumo de diferentes substâncias, ao passo que a Hungria e a Alemanha têm orientações para as perturbações causadas pelo consumo de anfetaminas e de *cannabis*. Dez países formularam orientações relativas aos consumidores problemáticos de droga de longa data e nove para os consumidores jovens. Oito países também se ocupam dos consumidores de droga com perturbações concomitantes.

Quase todas as orientações são dirigidas aos profissionais de tratamento (58) e aos prestadores de serviços (52), destinando-se cerca de metade aos responsáveis pelo planeamento dos cuidados de saúde (25). Portugal é o único país que menciona a existência de orientações destinadas aos utentes, ao passo que a Dinamarca refere ter orientações dirigidas aos

responsáveis políticos. As orientações foram elaboradas com a participação dos profissionais de tratamento em 17 países e de outros profissionais em quatro países. Os investigadores também participaram na sua elaboração em nove países, os responsáveis políticos em três e os utentes num país. O portal do OEDT sobre as melhores práticas contém mais informações sobre as orientações nacionais em matéria de tratamento.

Redução dos danos

A prevenção e a redução dos danos relacionados com a droga constituem um objectivo de saúde pública em todos os Estados-Membros da UE e na estratégia da UE de luta contra a droga ⁽²¹⁾. Presentemente, também estão disponíveis análises dos dados científicos relativos às intervenções de redução dos danos, bem como estudos que mostram o impacto combinado dessas intervenções, para fins de planeamento dos serviços (OEDT, 2010a). Entre as principais intervenções neste domínio, figuram o tratamento de substituição de opiáceos e os programas de troca de agulhas e seringas, destinados a combater as mortes por *overdose* e a propagação de doenças infecto-contagiosas. Segundo os relatórios, estas medidas estão disponíveis em todos os países excepto na Turquia. Embora existam diferenças consideráveis quanto à variedade e aos níveis de oferta de serviços (ver capítulos 6 e 7), a tendência geral na Europa é para o crescimento e a consolidação das medidas de redução dos danos.

Nova monografia do OEDT sobre a redução dos danos

O OEDT publicou em 2010 a monografia intitulada «Harm reduction: evidence, impacts and challenges» (Redução dos danos: dados, impactos e desafios), que oferece uma vasta panorâmica deste domínio através dos seus 16 capítulos, da autoria de mais de 50 peritos europeus e internacionais. A primeira parte da monografia recapitula o surgimento e a difusão da abordagem de redução dos danos e analisa este conceito de diversos pontos de vista, nomeadamente das organizações internacionais, dos investigadores e os consumidores de droga. Uma segunda parte é dedicada aos dados e impactos actuais, ilustrando como o conceito se expandiu e passou a abranger uma grande variedade de comportamentos e danos, incluindo os relacionados com o álcool, o tabaco e o consumo de drogas recreativas. A última parte aborda os desafios e as inovações, bem como a necessidade de integrar e de harmonizar as informações com as necessidades individuais e sociais.

Esta publicação está disponível em versão impressa e no *sítio web* do OEDT apenas em inglês.

⁽²¹⁾ COM(2007) 199 final.

A maioria dos países oferece vários serviços de saúde e sociais, incluindo os recomendados pela OMS, o UNODC e a UNAIDS (2009), no âmbito de um «pacote global» de prevenção do VIH entre os consumidores de droga injectada. As intervenções sistematicamente oferecidas dependem do contexto nacional, mas incluem a avaliação dos riscos e o aconselhamento a nível individual, a informação especificamente direccionada e a educação para um consumo mais seguro, a distribuição de equipamento de injeção complementar das agulhas e seringas, a promoção do uso de preservativos entre os consumidores de droga injectada, as análises de despistagem das doenças infecto-contagiosas e respectivo aconselhamento, a terapia antiretroviral e a vacinação contra a hepatite viral. Muitos destes serviços são prestados nas estruturas de redução de danos. Todavia, as respostas de redução dos danos para prevenir as mortes induzidas pela droga continuam a escassear ⁽²²⁾, não obstante a necessidade dessas intervenções ser crescentemente reconhecida. Entre as novas iniciativas neste domínio, incluem-se os alertas precoces sobre as substâncias associadas a maiores riscos ⁽²³⁾. Por exemplo, todos as estruturas de redução de danos da República Checa foram notificados em 2009 sobre uma possível penetração do fentanil no mercado de droga local.

Após as recentes melhorias no tratamento da hepatite C, a maioria dos países está agora a intensificar esforços para prevenir, detectar e tratar a hepatite entre os consumidores de droga, incluindo os que se encontram em tratamento de substituição. São exemplos recentes disto o novo plano nacional para a hepatite em França; um estudo-piloto para desenvolver as recomendações relativas à prevenção do VHC na Alemanha; e as orientações para o tratamento da hepatite na República Checa, nos Países Baixos e no Reino Unido. Vários países, entre os quais a Bélgica, a França, o Luxemburgo e a Hungria, referem também a realização de estudos e campanhas de rastreio nas prisões.

As respostas de redução dos danos alargaram o seu âmbito da epidemia de VIH/sida para a perspectiva mais ampla de atender às necessidades de saúde e sociais dos consumidores problemáticos de droga, sobretudo dos socialmente excluídos. A integração da redução dos danos na resposta ao fenómeno da droga também fez avançar a recolha de dados sobre o mesmo. Os inventários nacionais dos serviços e os estudos sobre a qualidade dos serviços (República Checa,

Alemanha, Irlanda e Finlândia), bem como os inquéritos aos utentes (Estónia, Lituânia, Luxemburgo e Hungria) permitem compreender melhor a oferta de serviços e as necessidades dos consumidores. Ajudam igualmente a promover a avaliação da qualidade e o intercâmbio de melhores práticas, a melhorar os materiais e as técnicas de prevenção e a desenvolver novas intervenções.

Exclusão social e reintegração

A reintegração social é reconhecida como uma componente essencial das estratégias globais de luta contra a droga. Pode ter lugar em qualquer fase do consumo de droga e em diferentes contextos, e inclui o desenvolvimento das capacidades, a melhoria das aptidões sociais, medidas para facilitar e promover o emprego e para obter ou melhorar a habitação. Na prática, os programas de reintegração podem oferecer aconselhamento profissional, colocação profissional e apoio à habitação. As intervenções em meio prisional, que têm impacto nas recaídas e na reincidência na infracção, podem ligar os reclusos aos serviços de habitação e apoio social na comunidade, preparando-os para a sua saída da prisão. De um modo geral, os resultados das medidas de reintegração social dependem frequentemente da colaboração eficiente entre as instituições de saúde e de assistência social.

Apesar de não existir uma relação causal directa entre as formas mais problemáticas de consumo de droga e a exclusão social, elas estão frequentemente associadas. Os dados mostram que 9% dos utentes que, em 2008, iniciaram o tratamento da toxicod dependência em regime ambulatorio e cerca de 13% dos que o iniciaram em regime de internamento eram sem-abrigo. Cerca de 40% dos utentes que iniciaram o tratamento em ambos os contextos não tinham concluído o ensino secundário, enquanto 47% dos que iniciaram o tratamento em regime ambulatorio e 71% dos que o iniciaram em regime de internamento disseram estar desempregados ou economicamente inactivos ⁽²⁴⁾. É provável que estes valores não melhorem na situação económica actual, em que o crescimento das taxas de desemprego faz aumentar a concorrência no mercado de trabalho ⁽²⁵⁾.

Todos os países que forneceram dados referem a disponibilidade de programas e serviços de habitação, educação e emprego. Estes serviços podem ser especificamente destinados aos consumidores de droga ou direccionados para as necessidades dos grupos

⁽²²⁾ Ver quadro HSR-8 no Boletim Estatístico de 2010.

⁽²³⁾ Ver a caixa «Surto de antraz entre os consumidores de heroína no Reino Unido e na Alemanha» no capítulo 7.

⁽²⁴⁾ Ver quadros TDI-12, TDI-13 e TDI-15 no Boletim Estatístico de 2010.

⁽²⁵⁾ Ver a caixa «A recessão económica e os problemas relacionados com a droga» no capítulo 1.

socialmente excluídos em geral. A Irlanda e a Suécia estão a debater o modelo de «habitação em primeiro lugar» para pessoas sem-abrigo com problemas de saúde mental e de consumo de substâncias. Este modelo está frequentemente associado a serviços de tratamento e sociais integrados na comunidade, bem como à gestão de casos. O acesso à habitação não depende de essas pessoas se manterem sóbrias ou não consumirem drogas, como normalmente acontece para este grupo problemático. A abordagem de «habitação em primeiro lugar» teve resultados positivos para os sem-abrigo em diversas variáveis sociais e de saúde, nomeadamente no consumo de substâncias (Pleace, 2008).

A melhoria da empregabilidade e do acesso a trabalho pago é importante para a reintegração social dos consumidores de droga. Países como a Alemanha, a Itália, a Áustria, Portugal e o Reino Unido têm vindo a dar cada vez mais prioridade aos aspectos do processo de recuperação relacionados com o emprego, através de novas iniciativas e da afectação de mais recursos financeiros.

Aplicação da legislação em matéria de droga e infracções a essa legislação

A aplicação da legislação em matéria de droga é uma componente importante das políticas nacionais e da UE em matéria de droga e inclui uma vasta gama de intervenções principalmente a cargo da polícia e de instituições afins (por exemplo, os serviços aduaneiros). Os dados relativos às actividades de aplicação da lei são frequentemente menos desenvolvidos e menos acessíveis do que os de outros domínios da política de luta contra a droga. Uma excepção importante é a dos dados referentes às infracções à legislação em matéria de droga, que analisamos na presente secção. Nesta são também examinadas as recentes medidas de aplicação da lei destinadas a combater a produção de *cannabis* para fins comerciais e os novos progressos da colaboração internacional no combate ao tráfico de droga.

Aplicação da legislação em matéria de droga

Em 2010, a Europol abriu um «ficheiro de análise» relativo à *cannabis* ⁽²⁶⁾. Esse projecto inclui uma componente relativa ao cultivo de *cannabis*, com o intuito de intensificar a partilha de informações no interior da União Europeia sobre o envolvimento da criminalidade organizada na produção de *cannabis*. Esta acção surge no seguimento da comunicação, feita pelos serviços

nacionais de aplicação da lei de pelo menos sete países, de que havia organizações criminosas envolvidas no cultivo de *cannabis* para fins comerciais, actividade que aparentemente pode ser muito lucrativa ⁽²⁷⁾.

É difícil estimar a amplitude do cultivo ilegal de *cannabis* na Europa, pois há muito poucos dados disponíveis sobre o número de produtores e a dimensão das plantações. Os estudos qualitativos e os dados relativos às apreensões (ver capítulo 3) sugerem que a produção a nível interno pode ter aumentado substancialmente desde a década de 1990, sobretudo na Europa Ocidental. Os estudos qualitativos mostram que as motivações dos produtores variam desde o cultivo de algumas plantas para consumo pessoal até à produção de vários milhares de plantas para fins comerciais.

Os relatórios indicam que o cultivo de *cannabis* para fins comerciais, sobretudo em grandes plantações no interior de edifícios, suscita problemas de criminalidade e segurança pública na Bélgica, na Alemanha, nos Países Baixos e no Reino Unido. Neste último país, há organizações criminosas que exploram jovens imigrantes ilegais oriundos da Ásia. Além disso, a instalação de plantações comerciais no interior de edifícios obriga frequentemente à reconversão dos mesmos, com o risco de os danificar. Um outro risco para os imóveis e para a segurança prende-se com o elevado consumo de electricidade necessário para fornecer luz artificial às plantas de *cannabis* cultivadas em espaços interiores. Os métodos não seguros utilizados para contornar os contadores de electricidade — a fim de fugir ao pagamento ou para não levantar suspeitas — e as instalações eléctricas mal adaptadas têm, segundo relatórios, provocado incêndios nessas plantações.

O cultivo de *cannabis* é combatido no âmbito dos actuais quadros legais de luta contra a droga e a criminalidade organizada, mas alguns países europeus desenvolveram recentemente estratégias específicas neste domínio. A Bélgica fez do combate à produção ilegal de *cannabis* uma das prioridades do seu Plano de Segurança Nacional 2008-2012, enquanto os Países Baixos e o Reino Unido desenvolveram estratégias multifacetadas para aumentar a detecção e a destruição das plantações comerciais. Essas estratégias incluem medidas de sensibilização da população em geral e de alguns sectores-chave (por exemplo, os fornecedores de electricidade e as lojas de equipamentos) para os incentivar a denunciar as plantações de *cannabis* à polícia. Além disso, estão a ser estabelecidas parcerias entre as autoridades responsáveis pela aplicação da lei e os fornecedores de electricidade,

⁽²⁶⁾ Um ficheiro de análise é, basicamente, uma base de dados segura com informações fornecidas pelos países participantes, ao abrigo de disposições de confidencialidade rigorosas, que permite à Europol dar apoio às forças nacionais de aplicação da lei.

⁽²⁷⁾ Ver a caixa «Receitas e lucros provenientes do cultivo ilegal de *cannabis*» no capítulo 3.

as autoridades responsáveis pela habitação, as companhias de seguros e outros sectores interessados em combater as plantações comerciais, e têm sido tomadas medidas para melhorar a eficiência da polícia. Nos Países Baixos, por exemplo, foi criado, em Junho de 2008, um «grupo de missão contra o cultivo organizado de *cannabis*» para coordenar os esforços da polícia, das autoridades locais, dos magistrados e dos serviços fiscais. As forças policiais podem ser, agora, equipadas com tecnologia de detecção geralmente utilizada pelos militares, incluindo câmaras de infravermelhos para recolher imagens térmicas, e realizar operações em grande escala para destruir plantações e deter os suspeitos, como a «Operação Mazurka» realizada na Irlanda do Norte, que levou à detenção de 101 pessoas em 2008.

Outros países comunicaram também a adopção de medidas para combater o cultivo de *cannabis*. Por exemplo, em 2008 teve lugar uma importante operação contra as «fábricas de *cannabis*», na Irlanda, enquanto na Alemanha a polícia criminal federal (Bundeskriminalamt) criou uma unidade especial para registar as infracções relacionadas com a *cannabis* em todo o país.

Infracções à legislação em matéria de droga

Os relatórios iniciais sobre as infracções à legislação em matéria de droga, principalmente os relatórios policiais, são a única fonte de dados normalmente disponíveis na Europa sobre a criminalidade relacionada com a droga⁽²⁸⁾. Estes dados referem-se geralmente a infracções relativas ao consumo (consumo e posse para consumo próprio) ou à oferta de droga (produção, tráfico e venda), embora em alguns países possam registar-se outros tipos de infracções (por exemplo, relacionados com os precursores de drogas).

Os dados relativos às infracções à legislação em matéria de droga são indicadores directos da actividade de aplicação da lei, uma vez que se referem a crimes consensuais que geralmente não são notificados pelas potenciais vítimas. São frequentemente encarados como indicadores indirectos do consumo e do tráfico de droga, embora só incluam as actividades relacionadas com a droga que chegaram ao conhecimento das instituições de aplicação da lei. Além disso, são também susceptíveis de reflectir as diferenças nacionais em termos de legislação, prioridades e recursos. Acresce que os sistemas de informação nacionais diferem através da Europa, sobretudo no que respeita às práticas de registo e de notificação. Por estes motivos, é difícil fazer comparações válidas entre países, sendo mais adequado comparar tendências do que números absolutos.

Desenvolvimento de plataformas interagências na Europa

O conceito de «plataformas interagências», em que as instâncias policiais e militares de diversos países partilham informações e coordenam as apreensões de drogas antes de estas entrarem nos mercados de consumo, teve origem na América. A Joint Interagency Task Force-South (JIATF-S), criada no Panamá em 1994 e presentemente sediada em Key West (Flórida), serve de modelo a esta forma de cooperação. A JIATF-S, uma plataforma liderada pelos militares, coordena as acções aéreas e marítimas de combate ao tráfico no sul dos Estados Unidos, levadas a cabo pelas instâncias militares, de informação e de aplicação da lei norte-americanas e dos países associados, onde se incluem a Espanha, a França, os Países Baixos e o Reino Unido.

Na Europa, foram recentemente estabelecidas duas plataformas interagências, lideradas pelas forças de aplicação da lei, para coordenar as acções de combate ao tráfico de droga. O Maritime Analysis and Operations Centre-Narcotics (MAOC-N) foi criado em 2007, no quadro da União Europeia, por um tratado entre a Irlanda, a Espanha, a França, a Itália, os Países Baixos, Portugal e o Reino Unido. A MAOC-N está sediada em Lisboa e coordena as actividades de combate aos carregamentos de droga transportados através do Atlântico. A JIATF-S esteve associada ao projecto MAOC-N no seu início, tendo agora o estatuto de observador à semelhança da Comissão Europeia, da Europol, da Alemanha, da Grécia, do Canadá, de Marrocos, do UNODC e, recentemente, de Cabo Verde. A segunda plataforma interagências, o Centre de Coordination de la Lutte Anti-Drogue en Méditerranée (CeCLAD-M), foi criado em 2008. O CeCLAD-M é uma unidade da polícia francesa, que reúne representantes das autoridades policiais e da marinha francesas, bem como representantes da Grécia, Espanha, Itália, Chipre, Portugal, Reino Unido, Marrocos e Senegal. O Centro está sediado em Toulon e pode propor a intercepção de navios e de aeronaves suspeitos no mar Mediterrâneo.

No futuro, poderão ser criadas plataformas semelhantes nas regiões do Mediterrâneo Oriental e do Mar Negro. A Comissão Europeia também patrocinou recentemente um estudo destinado a analisar a viabilidade da criação de uma plataforma europeia de partilha de informações e reforço das capacidades na África Ocidental.

Um índice UE, com base nos dados fornecidos por 21 Estados-Membros, que representam 85% da população da União Europeia com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos, revela que o número de infracções à legislação em matéria de droga notificadas aumentou 35% entre 2003 e 2008. Considerando todos os países que forneceram dados, verificam-se tendências crescentes em 15 países, e uma estabilização ou uma diminuição global em nove países durante este período⁽²⁹⁾.

⁽²⁸⁾ Para uma análise das relações entre a droga e a criminalidade e uma definição de «criminalidade relacionada com a droga», ver OEDT (2007a).

⁽²⁹⁾ Ver figura DLO-1 e quadro DLO-1 no Boletim Estatístico de 2010.

Infracções relacionadas com o consumo e com a oferta

Não se verificou nenhuma alteração importante no equilíbrio entre as infracções relacionadas com o consumo e as relacionadas com a oferta relativamente aos anos anteriores. Na maior parte dos países europeus (23), as infracções relacionadas com o consumo de droga ou com a posse para consumo continuam a constituir a maioria das infracções à legislação em matéria de droga em 2008, tendo a Estónia, a Espanha, a França, a Áustria, a Eslovénia, e a Suécia comunicado as percentagens mais elevadas (81% a 92%). As infracções relacionadas com a oferta são, todavia, predominantes na República Checa (87%)⁽³⁰⁾.

Entre 2003 e 2008, o número de infracções à legislação em matéria de droga relacionadas com o consumo aumentou na maioria dos países que forneceram dados, sendo que apenas a Bulgária, a Alemanha, a Grécia, a Áustria e a Eslovénia comunicaram uma diminuição ao longo deste período. Globalmente, estima-se que o número de infracções deste tipo, na União Europeia, tenha aumentado 37% entre 2003 e 2008 (figura 2).

As infracções relacionadas com a oferta de droga também aumentaram no período de 2003-2008, mas a um ritmo muito mais lento, com um acréscimo de cerca de 10% na União Europeia. Neste período, 17 países mencionam um aumento dessas infracções e outros oito comunicam que houve uma diminuição global⁽³¹⁾.

Tendências por droga

A *cannabis* continua a ser a droga ilícita mais frequentemente mencionada nas infracções à legislação em matéria de droga notificadas na Europa⁽³²⁾.

Na maioria dos países europeus, as infracções que envolvem a *cannabis* representaram entre 50% e 75% das infracções notificadas em 2008. As relacionadas com outras drogas só foram mais numerosas do que as relacionadas com a *cannabis* em três países: a República Checa e a Letónia, metanfetaminas (57% e 33%) e a Lituânia, heroína (26%).

No período de 2003-2008, o número de infracções que envolviam a *cannabis* aumentou ou manteve-se estável em 15 dos países que forneceram dados, levando a um aumento estimado de 29% na União Europeia (figura 2). A Bulgária, a República Checa, a Alemanha,

a Itália, a Áustria e a Eslovénia comunicaram tendências decrescentes⁽³³⁾.

As infracções relacionadas com a cocaína aumentaram ao longo do período de 2003-2007 em 17 países que comunicaram dados, enquanto a Bulgária, a Alemanha, a Itália e a Áustria comunicaram tendências decrescentes. Na União Europeia, em termos globais, as infracções relacionadas com a cocaína aumentaram cerca de 45% durante o mesmo período, revelando uma estabilização durante o último ano⁽³⁴⁾.

Confirma-se a mudança de uma tendência decrescente para uma tendência crescente nas infracções relacionadas com a heroína comunicadas no último ano: a média da UE para este tipo de infracções diminuiu 39% ao longo do período de 2003-2008. O número de infracções relacionadas com a heroína aumentou em 16 dos países que apresentaram dados, enquanto a Bulgária, a Alemanha, a Itália e a Áustria registaram uma diminuição no mesmo período⁽³⁵⁾.

O número de infracções relacionadas com as anfetaminas notificadas na União Europeia continua a mostrar uma tendência crescente, com um aumento estimado de 24% entre 2003 e 2008. Estima-se que as infracções relacionadas com o *ecstasy*, em contrapartida, tenham diminuído 35% no mesmo período (figura 2).

Respostas de saúde e sociais na prisão

Há mais de 600 000 pessoas nos estabelecimentos penitenciários da União Europeia⁽³⁶⁾, o que dá uma taxa média de aproximadamente 120 reclusos por 100 000 habitantes⁽³⁷⁾. As taxas nacionais da população prisional variam entre 66 e 285 reclusos por 100 000 habitantes, sendo que os Estados-Membros da Europa Central e Oriental mencionam, na sua maioria, valores superiores à média. No entanto, os valores nacionais e a média da UE continuam a ser muito inferiores às taxas comunicadas pela Rússia (609) e pelos Estados Unidos (753)⁽³⁸⁾.

Os reclusos condenados por infracções à legislação em matéria de droga constituem entre 10% e 30% da população prisional na maioria dos Estados-Membros da UE. Uma percentagem desconhecida de outros presos está a cumprir pena por crimes contra a propriedade,

⁽³⁰⁾ Ver quadro DLO-2 no Boletim Estatístico de 2010.

⁽³¹⁾ Ver figura DLO-1 e quadro DLO-5 no Boletim Estatístico de 2010.

⁽³²⁾ Ver quadro DLO-3 no Boletim Estatístico de 2010.

⁽³³⁾ Ver quadro DLO-6 no Boletim Estatístico de 2010.

⁽³⁴⁾ Ver figura DLO-3 e quadro DLO-8 no Boletim Estatístico de 2010.

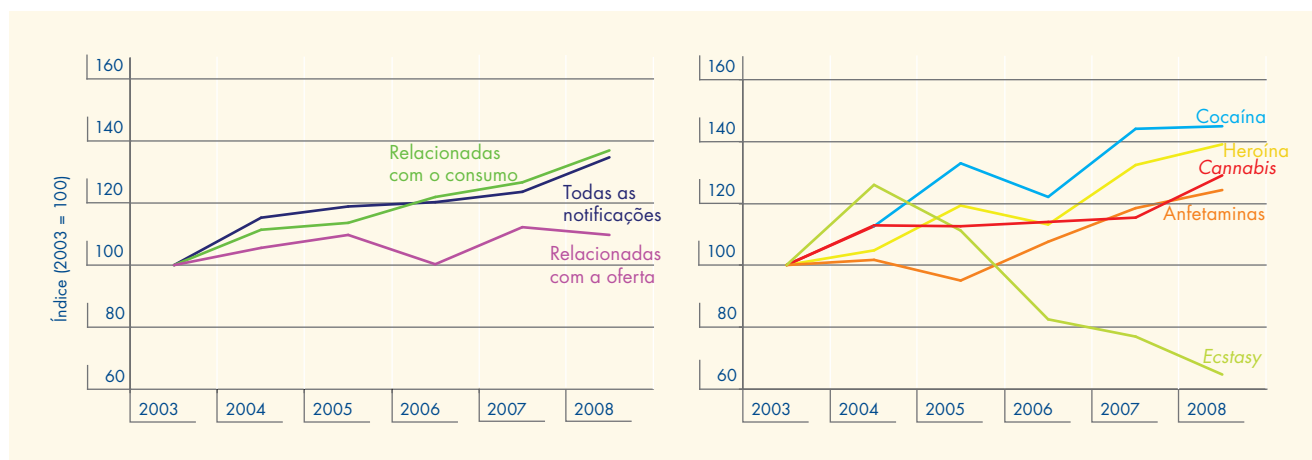
⁽³⁵⁾ Ver quadro DLO-7 no Boletim Estatístico de 2010.

⁽³⁶⁾ Os dados sobre as prisões europeias podem ser obtidos junto do Conselho da Europa.

⁽³⁷⁾ O termo «recluso» abrange tanto os presos preventivos como os que já foram condenados.

⁽³⁸⁾ Fonte: World prison brief para as taxas relativas aos Estados Unidos da América e à Rússia.

Figura 2: Tendências das notificações de infracções relacionadas com a droga por tipo de infracção e por tipo de droga nos Estados-Membros da União Europeia



NB: As tendências representam as informações disponíveis sobre o número nacional de notificações de infracções relacionadas com a droga (penais e não penais) comunicadas por todos os serviços de aplicação da lei dos Estados-Membros da UE; todas as séries são indexadas a uma base de 100 em 2003 e ponderadas em função da dimensão das populações nacionais, de modo a configurar uma tendência global da UE. Para mais informações, ver figuras DLO-1 e DLO-3 no Boletim Estatístico de 2010.

Fonte: Pontos focais nacionais da Reitox.

para sustentar uma toxicodependência, ou por outro crime relacionado com a droga.

Consumo de droga nas populações prisionais

A normalização das definições, das perguntas dos inquéritos e das metodologias utilizadas nos estudos sobre o consumo de droga na população prisional ainda está por fazer (Vandam, 2009; Direcção-Geral da Saúde e dos Consumidores, 2008), muito embora os estudos existentes mostrem que o consumo de droga continua a ter maior prevalência entre os reclusos do que entre a população em geral. Dados de vários estudos realizados desde 2003 mostram que há variações consideráveis na prevalência do consumo de droga entre os reclusos: por exemplo, enquanto em alguns países o consumo regular de droga no mês anterior ao encarceramento foi comunicado por apenas 3% dos inquiridos, noutros países essa percentagem elevou-se a 77%. Os estudos também indicam que as formas mais perigosas de consumo podem ser mais frequentes entre os reclusos, sendo que entre 6% e 38% dos inquiridos afirmam já ter consumido droga injectada⁽³⁹⁾.

Ao entrar na prisão, a maioria dos consumidores reduz ou cessa o consumo de droga, sobretudo devido a dificuldades na aquisição das substâncias. Contudo, o facto de as drogas ilícitas acabarem por entrar na maior parte das prisões, apesar de todas as medidas tomadas para reduzir a sua oferta, é reconhecido tanto pelos peritos prisionais como pelos decisores políticos europeus. Estudos realizados

desde 2003 indicam que as estimativas do consumo de droga na prisão entre os reclusos variam entre 1% e 56% da população prisional. Num estudo realizado em Portugal, em 2007⁽⁴⁰⁾, 12% dos reclusos comunicaram ter consumido regularmente droga no último mês de reclusão. Um estudo sobre 246 reclusos realizado no Luxemburgo constatou que 31% tinham consumido droga injectada dentro da prisão, enquanto outros estudos realizados em três outros países referem taxas de 10% ou mais⁽⁴¹⁾. Aparentemente, os consumidores de droga injectável presos partilham o seu equipamento mais frequentemente do que os consumidores que não estão na prisão. Esta situação suscita questões relativas à possível propagação de doenças infecto-contagiosas entre a população prisional.

Saúde prisional na Europa

Os reclusos têm direito ao mesmo nível de assistência médica que as pessoas que vivem na comunidade e os serviços de saúde prisional devem poder tratar os problemas relacionados com o consumo de droga em condições comparáveis às oferecidas fora da prisão (CPT, 2006; OMS, 2007). Este princípio geral de equivalência é reconhecido na União Europeia através da recomendação do Conselho de 18 de Junho de 2003, relativa à prevenção e redução dos efeitos nocivos da toxicodependência para a saúde⁽⁴²⁾, cuja aplicação é exigida pelo novo plano de acção da UE de luta contra a droga (2009–2012).

⁽³⁹⁾ Ver quadros DUP-2 e DUP-105 no Boletim Estatístico de 2010.

⁽⁴⁰⁾ Ver quadro DUP-3 no Boletim Estatístico de 2010.

⁽⁴¹⁾ Ver quadro DUP-4 no Boletim Estatístico de 2010.

⁽⁴²⁾ JO L 165 de 3.7.2003, p. 31.

Na Europa, a cooperação entre as prisões e os serviços de saúde e sociais está a desenvolver-se. São disto exemplo a transferência de responsabilidades pela saúde prisional da justiça para as administrações da saúde em França, Itália, Suécia, Noruega e Inglaterra e País de Gales (estando também prevista na Escócia); a integração de serviços de saúde baseados na comunidade em equipas prisionais pluridisciplinares no Luxemburgo, Portugal, Eslovénia e Suécia; e a crescente oferta de serviços intramuros pelas agências de luta contra a droga baseadas na comunidade, que já existe na maioria dos países.

As estratégias e os planos de acção nacionais de luta contra a droga incluem muitas vezes objectivos referentes aos cuidados de saúde nas prisões, tais como melhorias na equivalência, na qualidade e na continuidade do tratamento e dos cuidados prestados na prisão. Alguns países elaboraram estratégias específicas para o sistema prisional. A Espanha e o Luxemburgo aplicam políticas de saúde prisional há mais de dez anos e documentaram a sua eficácia. Mais recentemente, na Bélgica, foram nomeados coordenadores da política de luta contra a droga nas prisões e foi criada uma unidade central onde o pessoal prisional e os especialistas em matéria de droga cooperam com o objectivo de estabelecerem uma ligação entre os reclusos e os serviços de tratamento, depois de saírem da prisão. Em 2008, foi constituído um comité para as questões relativas à droga no serviço prisional húngaro. O plano de acção de luta contra a droga 2007-2009 dos serviços prisionais checos dá orientações para a prestação de novos serviços e inclui uma componente de controlo e avaliação. No Reino Unido, a estratégia de luta contra a droga 2008-2011 do National Offender Management Service (NOMS, 2009) procura promover intervenções precoces dirigidas aos jovens e orientar os infractores com problemas de abuso de drogas, a fim de reduzir os danos causados pelas drogas e pelo álcool.

Assistência aos consumidores de droga nas prisões

Os reclusos, na Europa, podem aceder a vários serviços relacionados com o consumo de droga e com os problemas a este associados. Entre eles inclui-se a informação sobre as drogas e a saúde, os cuidados de saúde para as doenças infecto-contagiosas, o tratamento da toxicodependência, as medidas de redução dos danos e a preparação para a saída da prisão ⁽⁴³⁾.

As organizações internacionais desenvolveram, nos últimos anos, informações e orientações sobre a gestão das doenças infecto-contagiosas na prisão. O UNODC,

em colaboração com a OMS e a UNAIDS, publicou uma série de materiais informativos destinados às administrações prisionais e a outros decisores políticos, onde se explica como formular uma resposta nacional eficaz ao VIH/sida nos meios prisionais (UNODC, OMS e UNAIDS, 2006). Outro documento fornece orientações sobre a forma de transmitir mais eficazmente as informações sobre o aconselhamento e o rastreio das doenças infecto-contagiosas, bem como de melhorar a comunicação dos resultados à população prisional (UNODC, UNAIDS e OMS, 2010).

Um pequeno número de países, que inclui a República Checa, a Espanha, o Luxemburgo e o Reino Unido, definiu um conjunto claro de áreas e normas para os cuidados de saúde nas prisões e outros países estão a dar passos na mesma direcção. Vários deles dizem estar a avaliar a disponibilidade e a qualidade dos cuidados de saúde ao dispor dos consumidores de droga nas prisões. Na Irlanda, por exemplo, a necessidade de adaptar as capacidades dos serviços farmacêuticos das prisões ao crescimento da oferta do tratamento de substituição foi identificada num estudo (Irish Prison Service, 2009), enquanto em França um novo órgão de supervisão (Inspeção-Geral das Prisões e outras instituições de detenção) detectou insuficiências nos cuidados de saúde prisionais e identificou riscos de infecção. Os Países Baixos adoptaram uma nova directiva sobre a prestação de cuidados de saúde aos consumidores de droga detidos, que dá especial atenção às doenças infecto-contagiosas relacionadas com a droga ⁽⁴⁴⁾. A qualidade dos serviços prisionais também está a melhorar em vários países graças ao investimento na formação. Na Bélgica, todo o pessoal prisional recebeu formação sobre as políticas em matéria de álcool e droga nas prisões; os médicos das prisões da Croácia receberam formação sobre o tratamento de substituição; e um projecto conduzido pelo UNODC administrou formação sobre a prevenção do VIH e a educação em matéria de droga a médicos, assistentes sociais e psicólogos da Letónia, que posteriormente deram formação aos reclusos. Na Finlândia, os novos programas de tratamento nas prisões devem ser acreditados pela Agência de Sanções Penais.

Após a expansão do tratamento de substituição dos opiáceos na comunidade, muitos países dizem ter havido um aumento do número de utentes desse tratamento que dão entrada na prisão. A continuidade dos cuidados neste tipo de tratamento é particularmente importante, devido às elevadas taxas de morte por *overdose* registadas imediatamente a seguir à saída da prisão (OEDT, 2009a) e a fim de reduzir os riscos da ocorrência

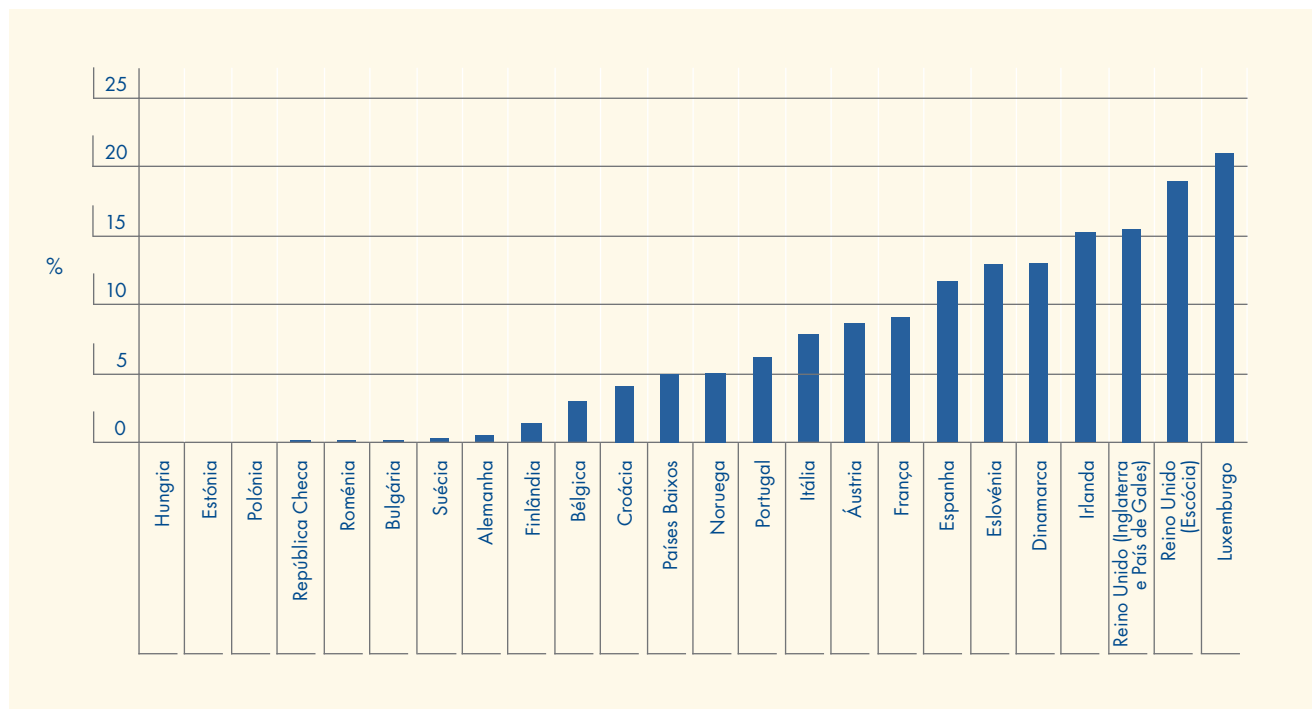
⁽⁴³⁾ Ver quadro HSR-7 no Boletim Estatístico de 2010.

⁽⁴⁴⁾ Ver o «Best practice portal» [portal das boas práticas].

de crimes destinados a financiar o consumo de drogas ilícitas. Em 2008, a continuação do tratamento de substituição dos opiáceos nas prisões tornou-se possível na Bulgária, na Estónia e na Roménia. Contudo, esta opção de tratamento não está disponível nas prisões da Grécia, Chipre, Lituânia, Letónia, Eslováquia e Turquia. Em seis Estados-Membros, estima-se que mais de 10%

dos reclusos recebem tratamento de substituição dos opiáceos, enquanto noutros oito países o valor correspondente varia entre 3% e 10% (figura 3). Na maioria dos países, a desintoxicação continua a ser o tratamento «por defeito» aplicado aos consumidores de opiáceos que dão entrada nos estabelecimentos penitenciários.

Figura 3: Percentagem da população prisional que recebe tratamento de substituição dos opiáceos



NB: Apresentam-se dados relativos a todos os países onde o tratamento de substituição está disponível nas prisões, excepto Malta. Os dados referem-se a 2008, excepto no caso da Áustria e da Escócia (2007), bem como da Bélgica e dos Países Baixos (2009). Para notas e fontes, ver quadro HSR-9 no Boletim Estatístico de 2010.

Fontes: Pontos focais nacionais da Reitox.



Capítulo 3

Cannabis

Introdução

A *cannabis* é a droga ilícita mais disponível na Europa, sendo não só importada como produzida a nível interno. Na maioria dos países, o consumo de *cannabis* aumentou na década de 1990 e no início da década de 2000, apesar de subsistirem diferenças importantes entre os países. Nos últimos anos, tem aumentado a compreensão das implicações para a saúde pública do consumo prolongado e disseminado desta droga, bem como os níveis de procura de tratamento devido a problemas relacionados com a *cannabis*. É possível que a Europa esteja a entrar numa nova fase, uma vez que os dados resultantes dos inquéritos à população em geral e à população escolar apontam para a estabilização ou mesmo para uma tendência decrescente no consumo de *cannabis*. Contudo, este mantém-se em níveis historicamente elevados e o debate europeu sobre o fenómeno da droga continua a procurar uma resposta eficaz para o travar.

Oferta e disponibilidade

Produção e tráfico

A *cannabis* pode ser cultivada em ambientes muito diversificados e cresce espontaneamente em muitas regiões do mundo, estimando-se, actualmente, que é cultivada em 172 países e territórios (UNODC, 2009). Estes factos, em conjunto, dificultam a produção de estimativas precisas da produção mundial de *cannabis*. O UNODC (2009) estima que a produção mundial de *cannabis* herbácea em 2008 variou entre 13 300 toneladas e 66 100 toneladas.

O cultivo de *cannabis* na Europa está muito difundido e é possível que esteja a aumentar. Em 2008, todos os 29 países europeus que apresentaram informações, mencionaram o seu cultivo a nível interno, embora a escala e a natureza do fenómeno pareçam variar consideravelmente. É, no entanto, provável que uma

Quadro 2: Produção, apreensões, preço e potência da *cannabis* herbácea e da resina de *cannabis*

	Resina de <i>cannabis</i>	<i>Cannabis</i> herbácea
Estimativa da produção mundial (toneladas)	2 200 a 9 900	13 300 a 66 100
Quantidade apreendida a nível mundial (toneladas)	1 637	6 563
Quantidade apreendida (toneladas) na UE e na Noruega (incluindo Croácia e Turquia)	892 (900)	60 (92)
Número de apreensões na UE e na Noruega (incluindo Croácia e Turquia)	367 400 (368 700)	273 800 (288 600)
Preço médio de venda a retalho (euros por grama)		
Variação (intervalo interquartilico) ⁽¹⁾	3 a 10 (6 a 9)	3 a 16 (5 a 9)
Potência média (%)		
Variação (intervalo interquartilico) ⁽¹⁾	3 a 16 (6 a 10)	1 a 10 (5 a 8)

NB: Todos os dados são relativos a 2008.
Fontes: UNODC (2009, 2010b) para os valores a nível mundial, pontos focais nacionais da Reitox para os dados europeus.
⁽¹⁾ Intervalo da metade central dos preços médios notificados.

percentagem significativa da *cannabis* consumida na Europa provenha do tráfico a nível intra-regional.

Na Europa também se consome *cannabis* herbácea importada, sobretudo de África (por exemplo, da Nigéria, de Cabo Verde e da África do Sul) e, com menor frequência, das Américas, em especial das Caraíbas, do Médio Oriente (Líbano) e da Ásia (Tailândia). A Albânia, a antiga República jugoslava da Macedónia, a Moldávia, o Montenegro e a Sérvia são também mencionados como países de origem num relatório recente (INCB, 2010b).

A produção mundial de resina de *cannabis*, em 2008, foi estimada em 2 200 a 9 900 toneladas (UNODC, 2009), sendo mencionados o Afeganistão e Marrocos como os principais produtores. Um estudo recente sugere que o Afeganistão pode ser presentemente o maior produtor de resina de *cannabis*, com uma produção anual estimada de entre 1 500 e 3 500 toneladas (UNODC, 2010a). A última estimativa disponível para Marrocos sugere uma produção de resina de *cannabis* de cerca de 1 000 toneladas em 2005 (UNODC e Governo de Marrocos, 2007). Embora alguma da resina de *cannabis* produzida no Afeganistão seja vendida na Europa, é provável que Marrocos continue a ser o principal fornecedor da Europa desta droga. A resina de *cannabis* de Marrocos é normalmente introduzida na Europa através da Península Ibérica.

Apreensões

Em 2008, estima-se que foram apreendidas, a nível mundial, 6 563 toneladas de *cannabis* herbácea e 1 637 toneladas de resina de *cannabis* (quadro 2), o que representa um aumento global de

«Insights» do OEDT: produção e mercados de *cannabis* na Europa

Em 2011, o OEDT publicará um novo número de «Insight» sobre a produção e os mercados de *cannabis*. O relatório centrar-se-á na oferta de produtos de *cannabis* nos países europeus, examinando o tipo de produtos disponíveis, as suas origens, as quotas de mercado respectivas e outras questões relacionadas com as estruturas de distribuição e de mercado. O cultivo de *cannabis* dentro das fronteiras europeias, que se tornou mais visível nos últimos anos, receberá especial atenção.

aproximadamente 17% em relação ao ano anterior (UNODC, 2010b). A América do Norte continuou a ser responsável pela maior parte da *cannabis* herbácea apreendida (48%), ao passo que as maiores quantidades de resina apreendidas se concentraram novamente na Europa Ocidental e Central (57%).

Estima-se que em 2008 foram efectuadas, na Europa, 289 000 apreensões de *cannabis* herbácea, equivalentes a 92 toneladas⁽⁴⁵⁾. O número de apreensões aumentou em duas vezes e meia entre 2003 e 2008. Com excepção do período 2004-2005, em que diminuiu para cerca de 65 toneladas, a quantidade de *cannabis* herbácea apreendida permaneceu relativamente estável a um pouco acima de 90 toneladas⁽⁴⁶⁾. Aproximadamente metade do total de apreensões tem correspondido ao Reino Unido, com 20 toneladas ou mais, anualmente, de 2005 a 2007. A Turquia (31 toneladas) e a Alemanha (9 toneladas) comunicaram um número recorde de apreensões em 2008.

As apreensões de resina de *cannabis* realizadas na Europa ultrapassam as de *cannabis* herbácea, tanto em número como em quantidades apreendidas⁽⁴⁷⁾. Em 2008, foram efectuadas cerca de 369 000 apreensões de resina de *cannabis*, correspondentes a 900 toneladas desta droga, quase dez vezes mais do que a quantidade de *cannabis* herbácea apreendida. O número de apreensões de resina de *cannabis* aumentou constantemente entre 2003 e 2008. A quantidade apreendida, após uma diminuição inicial, tem aumentado desde 2006. Em 2008, a Espanha continuou a comunicar cerca de metade do número total de apreensões de resina de *cannabis* e três quartos da quantidade apreendida, enquanto quantidades recorde de resina de *cannabis* eram apreendidas pela França (71 toneladas), Portugal (61 toneladas) e Itália (34 toneladas).

O número de apreensões de plantas de *cannabis* aumentou desde 2003, atingindo um número estimado de 19 000 casos em 2008. Os países comunicam a quantidade apreendida em termos quer do número de plantas quer do peso. O número de plantas apreendidas aumentou de 1,7 milhões em 2003 para 2,6 milhões em 2007, tendo depois diminuído para 1,2 milhões em 2008⁽⁴⁸⁾. O peso das plantas apreendidas aumentou em 4,5 vezes ao longo deste período, tendo atingido 43 toneladas em 2008, 24 das quais comunicadas pela Espanha e 15 pela Bulgária.

⁽⁴⁵⁾ Os dados sobre as apreensões de droga na Europa mencionadas no presente capítulo figuram nos quadros SZR-1 to SZR-6 no Boletim Estatístico de 2010.

⁽⁴⁶⁾ Esta análise é preliminar, uma vez que os dados relativos ao Reino Unido ainda não estão disponíveis para 2008.

⁽⁴⁷⁾ Devido a diferenças na dimensão das remessas enviadas e nas distâncias percorridas, bem como à necessidade de atravessar fronteiras internacionais, a resina de *cannabis* pode correr maiores riscos de apreensão do que a *cannabis* herbácea produzida a nível interno.

⁽⁴⁸⁾ A análise não inclui as apreensões comunicadas pela Turquia de 31 milhões de plantas de *cannabis* em 2003 e de 20 milhões de plantas em 2004, visto não existirem dados disponíveis sobre as quantidades apreendidas nos anos seguintes.

Potência e preço

A potência dos produtos de *cannabis* é determinada pelo seu teor de delta-9-tetrahidrocanabinol (THC), a principal substância activa. Essa potência varia muito consoante os países e dentro de cada país, bem como entre os diferentes produtos de *cannabis*. As informações sobre a potência da *cannabis* baseiam-se sobretudo na análise médico-legal da *cannabis* apreendida, seleccionada por amostragem. Não se sabe ao certo em que medida as amostras analisadas reflectem o mercado global, pelo que os dados relativos à potência devem ser interpretados com cautela.

Em 2008, o teor médio de THC registado na resina de *cannabis* variou entre 3% e 16%. A potência média da *cannabis* herbácea, (excluindo, quando possível, a forma de *cannabis* herbácea de potência mais elevada) variou entre 1% e 10%. A potência média de *sinsemilla* foi comunicada por apenas alguns países: era sempre mais elevada do que a *cannabis* herbácea importada e variava entre 12% na Noruega e ligeiramente acima de 16% nos Países Baixos e no Reino Unido. Ao longo do período de 2003-2008, a potência média registada da resina de *cannabis* divergiu nos 11 países que comunicaram dados suficientes; enquanto a potência da *cannabis* herbácea aumentou em seis países e diminuiu em quatro. Só há informações disponíveis sobre a potência da *cannabis* herbácea produzida a nível local, ao longo de vários anos, em relação aos Países Baixos, onde se verificou uma diminuição recente da potência média da *nederwiet*, de um nível máximo de 20% em 2004 para 16% em 2007, permanecendo nesse nível em 2008 ⁽⁴⁹⁾.

Em 2008, o preço médio de venda a retalho da resina de *cannabis* variou entre 3 euros e 10 euros por grama, nos 17 países que forneceram informações, tendo 12 deles comunicado valores que oscilam entre 6 euros e 9 euros. O preço médio de venda a retalho da *cannabis* herbácea variou entre 3 euros e 16 euros por grama nos 16 países que forneceram dados, comunicando 10 deles preços entre 5 euros e 9 euros. No que se refere à resina de *cannabis*, em todos os países com dados que abrangem o período de 2003-2008, o preço médio de venda a retalho permaneceu estável ou diminuiu, com excepção da Bélgica e da Áustria onde aumentou. Nesse mesmo período, os dados disponíveis para a *cannabis* herbácea apontam para uma situação estável ou de aumento dos preços, tendo sido comunicadas tendências decrescentes apenas na Hungria e na Turquia.

Receitas e lucros do cultivo ilegal de *cannabis*

As estimativas publicadas pelas forças policiais indicam que as plantas de *cannabis* apreendidas em 2008 poderiam ter gerado vendas de 70 milhões de euros na Bélgica e de 76 milhões de euros no Reino Unido (NPIA, 2009), bem como lucros de venda por grosso entre 36 milhões de euros e 61 milhões de euros na Alemanha. Porém, é difícil avaliar as receitas totais da produção ilegal de *cannabis*, porque estes valores se referem apenas às plantas de *cannabis* apreendidas. A estimativa dos lucros também deve ter em conta várias outras variáveis.

As receitas geradas pela produção comercial ilegal de *cannabis* estão dependentes de vários factores, designadamente: a dimensão da plantação, o número de plantas, a produção média por planta e o número de colheitas por ano. Uma densidade de plantas elevada e colheitas frequentes diminuem, geralmente, a produção obtida de cada planta. As receitas também dependem de a colheita ser vendida nos mercados de venda a retalho ou de venda por grosso, uma vez que os preços são normalmente mais elevados nos primeiros.

Os custos associados à produção comercial ilegal de *cannabis* em plantações localizadas em espaços fechados incluem: as instalações, a quantidade de sementes e plantas, a terra ou a lã mineral, os nutrientes, as luzes e bombas, as ferramentas, a ventilação e a mão-de-obra. A electricidade, quando não é obtida ilegalmente, também constitui um elemento importante dos custos de produção.

Para calcularem as receitas e os lucros das plantações ilegais de *cannabis*, os serviços de aplicação da lei neerlandeses elaboraram normas técnicas, que actualizam regularmente. Também estão a ser desenvolvidas novas metodologias na Bélgica e no Reino Unido.

Prevalência e padrões de consumo

Consumo de *cannabis* entre a população em geral

De acordo com estimativas conservadoras, a *cannabis* foi consumida pelo menos uma vez (prevalência ao longo da vida) por cerca de 75,5 milhões de europeus, ou seja, mais de uma em cinco pessoas dos 15 aos 64 anos (ver no quadro 3 um resumo dos dados). Existem diferenças consideráveis entre os países, variando os valores nacionais relativos à prevalência entre 1,5% e 38,6%. A maioria dos países apresenta estimativas da prevalência na ordem de 10% a 30%.

Estima-se que cerca de 23 milhões de europeus consumiram *cannabis* no último ano, o que corresponde, em média, a 6,8% das pessoas dos 15 aos 64 anos. As estimativas da prevalência no último mês incluem

⁽⁴⁹⁾ Ver quadros PPP-1 e PPP-5 no Boletim Estatístico de 2010 para os dados sobre a potência e o preço.

as pessoas que consomem a droga mais regularmente, embora não necessariamente de forma intensiva ou diária. Estima-se que cerca de 12,5 milhões de europeus a consumiram no último mês, em média cerca de 3,7% das pessoas entre os 15 e os 64 anos.

Consumo de cannabis entre os jovens adultos

O consumo de *cannabis* está largamente concentrado na população jovem (15 aos 34 anos), registando-se geralmente a maior prevalência entre os jovens dos 15 aos 24 anos. É o caso de todos os países que comunicaram dados, com excepção de Portugal ⁽⁵⁰⁾.

Os dados dos inquéritos à população sugerem que, em média, 31,6% dos jovens adultos europeus (15 aos 34 anos) já consumiram *cannabis*, sendo que 12,6% o fizeram no último ano e 6,9% no último mês. Estima-se que percentagens ainda maiores de europeus na faixa etária dos 15 aos 24 anos consumiram *cannabis* no último ano (16%) ou no último mês (8,4%). As estimativas nacionais da prevalência do consumo de *cannabis* variam amplamente consoante os países, em todas as medições da prevalência. Por exemplo, as estimativas da prevalência no último ano do consumo de *cannabis* entre jovens adultos em países no topo da escala valores são até 30 vezes superiores aos dos países com a prevalência mais baixa.

O consumo de *cannabis* é geralmente maior entre as pessoas do sexo masculino do que entre as do sexo feminino. Por exemplo, o rácio entre os homens e as mulheres, entre jovens adultos, que disseram ter consumido *cannabis* no último ano variava entre 6,4 homens para cada mulher em Portugal e 1,4 na Bulgária ⁽⁵¹⁾.

O consumo de *cannabis* é particularmente elevado entre certos grupos de jovens, por exemplo, os que frequentam assiduamente os clubes nocturnos, os bares e os eventos musicais (Hoare, 2009). Alguns inquéritos específicos recentemente realizados nos meios de música de dança electrónica na República Checa, na Áustria e no Reino Unido concluíram que mais de 80% dos inquiridos já consumiram *cannabis*, uma taxa muito superior à média europeia registada entre os jovens adultos (Measham e Moore, 2009).

Consumo de cannabis entre a população escolar

O inquérito ESPAD, que se realiza de quatro em quatro anos, fornece dados comparáveis sobre o consumo

de álcool e de droga entre a população escolar de 15-16 anos na Europa (Hibell e outros, 2009). Em 2007, o inquérito foi realizado em 25 Estados-Membros da UE, bem como na Noruega e na Croácia. Além disso, em 2008, a Espanha, Itália, Suécia, e Reino Unido realizaram inquéritos escolares nacionais, tendo a Bélgica (Comunidade Flamenga) realizado um inquérito escolar a nível regional.

Os dados do ESPAD relativos a 2007 e os inquéritos escolares nacionais de 2008 revelam que a prevalência mais elevada do consumo de *cannabis* ao longo da vida entre a população escolar de 15 a 16 anos se verifica na República Checa (45%), enquanto a Estónia, a França, os Países Baixos, a Eslováquia e o Reino Unido comunicam níveis de prevalência que variam entre 26% e 32%. Quinze países mencionam níveis de prevalência do consumo de *cannabis* ao longo da vida entre 13% e 25%. Os níveis mais baixos (menos de 10%) são registados na Grécia, em Chipre, na Roménia, na Finlândia, na Suécia e na Noruega. As disparidades de género no consumo de *cannabis* são menos acentuadas entre a população escolar do que entre os jovens adultos. No que se refere ao consumo de *cannabis* na população escolar, o rácio entre os géneros varia entre quase 1 em Espanha e no Reino Unido, e 2 homens para cada mulher, ou mais, em Chipre, Grécia, Polónia e Roménia ⁽⁵²⁾.

Comparações a nível internacional

É possível comparar os dados quantitativos europeus com os de outras regiões do mundo. Por exemplo, no Canadá (2008) a prevalência ao longo da vida do consumo de *cannabis* entre os jovens adultos é de 53,8% e a prevalência no último ano de 24,1%. Nos Estados Unidos, o inquérito nacional sobre o consumo de droga e a saúde (Samhsa, 2008) estimou uma prevalência do consumo de *cannabis* ao longo da vida de 49% (entre os indivíduos dos 16 aos 34 anos, recalculado pelo OEDT) e uma prevalência no último ano de 21,5%, enquanto na Austrália (2007) as percentagens correspondentes são de 47% e de 16% nos indivíduos dos 14 aos 39 anos. Todos estes valores excedem as médias europeias, que são, respectivamente, de 31,6% e 12,6%.

Entre a população escolar, apenas a Eslováquia, a Espanha, a França e a República Checa mencionam níveis de consumo de *cannabis* ao longo da vida comparáveis aos registados nos Estados Unidos e na Austrália ⁽⁵³⁾.

⁽⁵⁰⁾ Ver figura GPS-1 no Boletim Estatístico de 2010.

⁽⁵¹⁾ Ver quadro GPS-4 (parte iii) e (parte iv) no Boletim Estatístico de 2010.

⁽⁵²⁾ Ver quadro EYE-20 (parte ii) e (parte iii) no Boletim Estatístico de 2010.

⁽⁵³⁾ Ver figura EYE-1 (parte xii) no Boletim Estatístico de 2010.

Quadro 3: Prevalência do consumo de cannabis na população em geral: resumo dos dados

Faixa etária	Período de consumo		
	Ao longo da vida	Último ano	Último mês
15-64 anos			
Número estimado de consumidores na Europa	75,5 milhões	23 milhões	12,5 milhões
Média europeia	22,5%	6,8%	3,7%
Variação	1,5-38,6%	0,4-15,2%	0,1-8,5%
Países com a prevalência mais baixa	Roménia (1,5%) Malta (3,5%) Chipre (6,6%) Bulgária (7,3%)	Roménia (0,4%) Malta (0,8%) Grécia (1,7%) Suécia (1,9%)	Roménia (0,1%) Malta, Suécia (0,5%) Grécia, Polónia (0,9%) Lituânia, Hungria (1,2%)
Países com a prevalência mais elevada	Dinamarca (38,6%) República Checa (34,2%) Itália (32,0%) Reino Unido (31,1%)	República Checa (15,2%) Itália (14,3%) Espanha (10,1%) França (8,6%)	República Checa (8,5%) Espanha (7,1%) Itália (6,9%) França (4,8%)
15-34 anos			
Número estimado de consumidores na Europa	42 milhões	17 milhões	9,5 milhões
Média europeia	31,6%	12,6%	6,9%
Intervalo de variação	2,9-53,3%	0,9-28,2%	0,3-16,7%
Países com prevalência mais baixa	Roménia (2,9%) Malta (4,8%) Chipre (9,9%) Grécia (10,8%)	Roménia (0,9%) Malta (1,9%) Grécia (3,2%) Chipre (3,4%)	Roménia (0,3%) Suécia (1,0%) Grécia (9,9%) Polónia (1,5%)
Países com prevalência mais alta	República Checa (53,3%) Dinamarca (48,0%) França (43,6%) Reino Unido (40,5%)	República Checa (28,2%) Itália (20,3%) Espanha (18,8%) França (16,7%)	República Checa (16,7%) Espanha (13,4%) Itália (9,8%) França (40,5%)
15-24 anos			
Número estimado de consumidores na Europa	19,5 milhões	10 milhões	5,5 milhões
Média europeia	30,9%	16,0%	8,4%
Intervalo de variação	3,7-58,6%	1,5-37,3%	0,5-22,4%
Países com prevalência mais baixa	Roménia (3,7%) Malta (4,9%) Chipre (6,9%) Grécia (9,0%)	Roménia (1,5%) Grécia (3,6%) Suécia (4,9%) Portugal (6,6%)	Roménia (0,5%) Grécia, Suécia (1,2%) Chipre (2,0%) Polónia (2,5%)
Países com prevalência mais alta	República Checa (58,6%) França (42,0%) Dinamarca (41,1%) Alemanha (39,0%)	República Checa (37,3%) Espanha (24,1%) Itália (22,3%) França (21,7%)	República Checa (22,4%) Espanha (16,9%) França (12,7%) Itália (11,0%)

As estimativas da prevalência na Europa são baseadas em médias ponderadas dos inquéritos nacionais mais recentes realizados entre 2001 e 2008/9 (sobretudo 2004-2008), por isso não podem ser atribuídas a um único ano. A prevalência média para a Europa foi calculada por uma média ponderada de acordo com a população da faixa etária pertinente em cada país. Nos países em relação aos quais não existiam informações disponíveis, a prevalência média da UE foi imputada. Populações utilizadas como base: 15-64 (334 milhões), 15-34 (133 milhões) e 15-24 (63 milhões). Os dados aqui resumidos estão disponíveis em «Inquéritos à população em geral» no Boletim Estatístico de 2010.

Tendências do consumo de cannabis

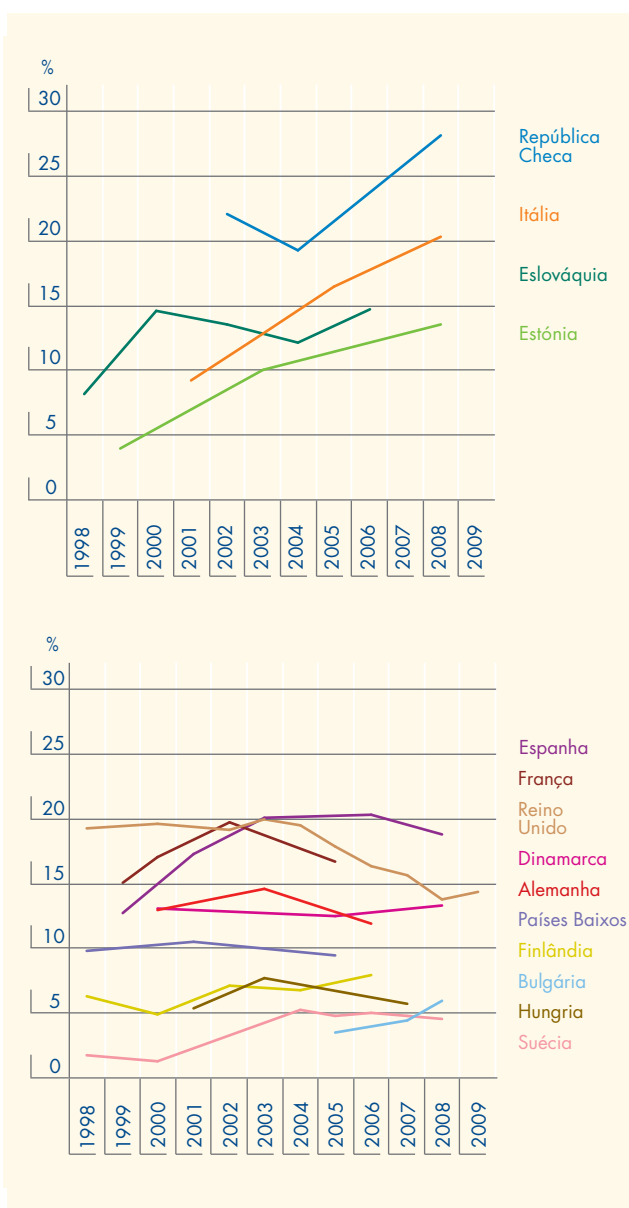
Durante o período de 1998 a 2008, nos 15 países que podem fornecer dados suficientes, é possível observar três tendências principais no consumo de cannabis entre os adultos (figura 4). Cinco países (Bulgária, Grécia, Hungria, Finlândia e Suécia) comunicaram níveis de prevalência baixos (inferiores a 9%) e relativamente estáveis para o consumo de cannabis entre os jovens adultos, no último ano. Seis países (Dinamarca, Alemanha, Espanha, França, Países Baixos e Reino Unido) indicaram níveis de prevalência mais elevados, mas com tendência a estabilizar ou a diminuir nos últimos anos. Outros quatro países (República Checa, Estónia, Itália e Eslováquia) também registaram níveis mais elevados de consumo de cannabis entre os jovens adultos, mas com tendência para aumentar nos últimos anos.

Quando examinamos as tendências mais recentes do consumo de cannabis entre os jovens adultos, a maioria dos 12 países com inquéritos repetidos durante o período de 2003-2008 refere uma situação estável (Dinamarca, Alemanha, Espanha, Hungria, Suécia, Finlândia e Reino Unido). Cinco países comunicam um aumento do consumo de cannabis durante este período, equivalente a pelo menos dois pontos percentuais na Bulgária, na Estónia e na Eslováquia, e a cerca de oito pontos percentuais na República Checa e na Itália.

Observam-se padrões semelhantes na Europa quanto às tendências ao longo do tempo do consumo de cannabis entre a população escolar no período de 1995 a 2007 (OEDT, 2009a). Sete países, maioritariamente localizados no norte e no sul da Europa (Grécia, Chipre, Malta, Roménia, Finlândia, Suécia e Noruega), comunicaram uma prevalência do consumo de cannabis ao longo da vida globalmente estável e baixa durante todo este período. A maioria dos países da Europa Ocidental, bem como a Croácia e a Eslovénia, que tiveram uma prevalência ao longo da vida alta ou com fortes tendências crescentes até 2003, registou um decréscimo ou uma estabilização em 2007. Destes onze países, nove comunicaram uma situação de diminuição e dois uma situação estável. O quadro é diferente na maior parte da Europa Central e Oriental, onde a tendência crescente observada entre 1995 e 2003 parece estar a estabilizar. Nesta região, seis países registam uma situação estável e dois um aumento entre 2003 e 2007.

Três países que realizaram inquéritos escolares em 2008 (Bélgica-Comunidade flamenga, Suécia e Reino Unido) comunicam uma estabilização da prevalência do consumo de cannabis ao longo da vida ou a sua diminuição relativamente à registada em 2007, enquanto

Figura 4: Tendências da prevalência do consumo de cannabis no último ano entre os jovens adultos (15 aos 34 anos)



NB: Ver figura GPS-4 no Boletim Estatístico de 2010 para mais informações.
 Fontes: Relatórios nacionais Reitox (2009), extraídos de inquéritos à população, relatórios ou artigos científicos.

a Espanha comunica uma diminuição superior a três pontos percentuais. Os dados dos inquéritos escolares dos Estados Unidos e da Austrália também indicam uma tendência decrescente, que foi primeiramente observada na Austrália em 1999 ⁽⁵⁴⁾.

Padrões de consumo de cannabis

Os dados disponíveis indicam vários padrões de consumo de cannabis, variando entre o consumo experimental e o consumo dependente. Muitas pessoas só consomem

⁽⁵⁴⁾ Ver figura EYE-1 (parte xii) no Boletim Estatístico de 2010.

esta substância uma ou duas vezes, outras consomem-na ocasionalmente ou por um período de tempo limitado. Da população entre os 15 e os 64 anos que já consumiu *cannabis*, 30% fizeram-no no último ano ⁽⁵⁵⁾. Entre as pessoas que consumiram a droga no último ano, em média, 50% ano fizeram-no no último mês.

Os dados de uma amostra de 13 países europeus, correspondente a 77% da população adulta da União Europeia e da Noruega, revelam que dos 12,5 milhões de europeus que, segundo as estimativas, consumiram *cannabis* no último mês, cerca de 40% a podem ter consumido em 1 a 3 dias durante esse mês; cerca de um terço em 4 a 19 dias e um quarto em 20 dias ou mais. Com base nestes dados, estima-se que mais de 1% dos adultos europeus, cerca de 4 milhões, consomem *cannabis* diariamente ou quase diariamente. A maioria destes consumidores de *cannabis*, cerca de 3 milhões, tem entre 15 e 34 anos, representando aproximadamente 2% a 2,5% dos europeus nesta faixa etária ⁽⁵⁶⁾. A prevalência do consumo diário ou quase diário de *cannabis* pode ser cerca de quatro vezes maior nos homens do que nas mulheres.

Em 10 países europeus que comunicaram dados no contexto do estudo ESPAD, registaram-se percentagens relativamente elevadas (entre 5% e 12%) de estudantes do sexo masculino de 15-16 anos que referiram ter consumido *cannabis* em 40 ou mais ocasiões. Esta percentagem era pelo menos duas vezes maior do que a observada entre os estudantes do sexo feminino. A maioria destes países comunicou também percentagens de 5% a 9% dos inquiridos que disseram ter iniciado o consumo de *cannabis* com 13 anos de idade ou menos. Este grupo suscita preocupação na medida em que um início precoce do consumo foi associado ao desenvolvimento numa fase da vida posterior de formas de consumo de droga mais intensivas e problemáticas.

A dependência tem sido cada vez mais reconhecida como uma possível consequência do consumo regular da *cannabis*, mesmo entre os consumidores mais jovens ⁽⁵⁷⁾. Contudo, a gravidade e as consequências da dependência da *cannabis* podem parecer menos severas do que as habitualmente associadas a outras substâncias psicoactivas (por exemplo, heroína ou cocaína). O desenvolvimento da dependência da *cannabis* pode também ser mais gradual do que o que se verifica com outras drogas (Wagner and Anthony, 2002). Tem sido relatado que mais de metade dos consumidores de *cannabis* dependentes que deixaram de consumir a droga conseguem fazê-lo sem tratamento

Factores de risco para o início de consumo e a dependência da *cannabis*

Os investigadores têm procurado descobrir por que razão alguns consumidores de *cannabis* ficam dependentes da substância e outros não. Uma das conclusões a que chegaram é que os factores que levam ao início do consumo de *cannabis* são muitas vezes diferentes dos que conduzem ao consumo problemático e à dependência da *cannabis*. Alguns factores externos (consumo de droga pelos pares e disponibilidade de *cannabis*) e outros de ordem individual (por exemplo, uma atitude positiva face a um consumo de drogas futuro) estão especificamente associados ao início do consumo de *cannabis* (Von Sydow e outros, 2002). Outros factores estão associados, em diferentes graus, quer ao início do consumo de *cannabis* como à dependência desta droga. É o caso dos factores genéticos (Agrawal e Lynskey, 2006), de factores pessoais como a pertença ao sexo masculino, as doenças mentais e o consumo de outras substâncias (álcool, tabaco e outras). Factores familiares como um mau relacionamento com a mãe e o crescimento sem a presença de ambos os pais também estão associados ao início do consumo de *cannabis*, ao passo que o divórcio ou a separação dos pais, ou a morte destes, antes dos 15 anos de idade estão associados à dependência da *cannabis* (Coffey e outros, 2003; Swift e outros, 2008; Von Sydow, 2002).

Entre os factores especificamente associados à progressão para a dependência incluem-se os padrões intensivos ou perigosos de consumo de *cannabis*, o consumo persistente ou precocemente iniciado. As pessoas que experimentaram efeitos positivos (por exemplo, alegria e riso) aquando do seu consumo precoce de *cannabis* (em idades entre os 14 e os 16 anos) apresentavam um risco acrescido de dependência da *cannabis* em fases posteriores da vida. Também associados à progressão para a dependência estão vários factores psicológicos e de saúde mental (incluindo baixa auto-estima, reduzido autocontrolo e pouca capacidade de enfrentar os problemas), bem como factores socioeconómicos (incluindo baixo estatuto socioeconómico e má situação financeira) (Coffey e outros, 2003; Fergusson e outros, 2003; Swift e outros, 2008; Von Sydow, 2002).

(Cunningham, 2000). No entanto, alguns consumidores de *cannabis*, sobretudo os grandes consumidores, podem ter problemas sem preencherem necessariamente os critérios clínicos da dependência ⁽⁵⁸⁾.

O consumo de *cannabis* tem sido correlacionado com a pertença a um grupo vulnerável ou socialmente desfavorecido, como as pessoas que abandonam precocemente a escola, os alunos que faltam às aulas, as crianças internadas em instituições de acolhimento,

⁽⁵⁵⁾ Ver figura GPS-2 no Boletim Estatístico de 2010.

⁽⁵⁶⁾ As médias europeias constituem uma estimativa baseada numa média ponderada (da população) para os países que possuem informação e imputada para os países que não possuem informação. Os valores obtidos são 1,2% dos adultos (15-64 anos) e 2,3% para «jovens adultos» (15-34 anos). Ver quadro GPS-10 no Boletim Estatístico de 2010.

⁽⁵⁷⁾ Ver a caixa «Factores de risco para o início do consumo e a dependência da *cannabis*».

⁽⁵⁸⁾ Ver a caixa «Efeitos adversos para a saúde do consumo de *cannabis*».

os jovens delinquentes e os jovens que vivem em bairros economicamente desfavorecidos (OEDT, 2008c). Pode ser igualmente associado ao consumo de outras substâncias. Por exemplo, os jovens adultos (com idades compreendidas entre os 15 e os 34 anos) que disseram ter consumido álcool de forma frequente ou em grandes quantidades no ano anterior tinham duas a seis vezes mais probabilidades de mencionar o consumo de *cannabis* do que a população em geral. E, apesar de a maioria dos consumidores de *cannabis* não consumir outras drogas ilícitas, é mais provável que o faça do que a população em geral. Os adolescentes consumidores de *cannabis* também registam uma prevalência duas ou três vezes mais elevada de tabagismo do que a população escolar de 15-16 anos em geral.

Alguns consumidores de *cannabis* desenvolvem padrões de consumo mais perigosos, como o consumo de *cannabis* com um teor muito elevado de THC ou em grandes quantidades, e a sua inalação por meio de um cachimbo de água («bong») em vez de um «charro». Estes consumidores queixam-se geralmente de mais problemas de saúde, incluindo dependência (Chabrol e outros, 2003; Swift e outros, 1998).

Tratamento

Procura de tratamento

Em 2008, a *cannabis* era a principal droga de consumo em cerca de 21% dos novos tratamentos iniciados (cerca de 85 000 utentes) comunicados por 27 países, o que a coloca em segundo lugar nas drogas mais notificadas, a seguir à heroína. Os consumidores de *cannabis* como droga principal representam menos de 5% dos utentes que iniciam o tratamento na Bulgária, Estónia, Lituânia, Luxemburgo e Eslovénia, e mais de 30% na Dinamarca, Alemanha, França, Hungria e Países Baixos. A maioria destes utentes inicia o tratamento em regime ambulatorio ⁽⁵⁹⁾.

Estas diferenças podem ser explicadas pela prevalência do consumo de *cannabis* e de outras drogas, as necessidades de tratamento da toxicod dependência, a oferta e a organização do tratamento ou as práticas de encaminhamento. Em um dos dois países com maiores percentagens de utentes consumidores de *cannabis*, em França, há centros de aconselhamento para os consumidores jovens, enquanto no outro, na Hungria, oferece-se aos delinquentes consumidores de *cannabis*

a possibilidade de fazerem tratamento em alternativa a sanções penais. O sistema judicial desempenha um importante papel de encaminhamento para o tratamento nestes dois países, mas os Estados-Membros referem, de um modo geral, que a maioria dos consumidores de *cannabis* que iniciam o tratamento na Europa o faz por iniciativa própria. Alguns consumidores podem iniciar tratamento devido a outras condições subjacentes, nomeadamente problemas de saúde mental, e por não conseguirem encontrar tratamento adequado em outros serviços (Zachrisson e outros, 2006).

Muitos utentes em tratamento devido ao consumo de *cannabis* mencionam também o consumo de álcool e de outras drogas. Com base na recolha de dados efectuada em 14 países, 65% consomem outra droga, sobretudo álcool ou cocaína, e alguns referem o consumo concomitante de álcool e cocaína (OEDT, 2009d). A *cannabis* é mencionada como droga secundária por cerca de 24% de todos os utentes em regime ambulatorio ⁽⁶⁰⁾.

Tendências nos novos pedidos de tratamento da toxicod dependência

Nos 18 países em relação aos quais há dados disponíveis, o número de consumidores que têm *cannabis* como droga principal que iniciaram o tratamento pela primeira vez aumentaram de cerca de 23 000 para 35 000, entre 2003 e 2007, para diminuir ligeiramente para cerca de 33 000 em 2008. Desde 2005 e 2006, 13 países comunicaram reduções no número de utentes consumidores de *cannabis* ⁽⁶¹⁾. Esta evolução pode estar ligada a tendências decrescentes mais recentes do consumo de *cannabis*, mas também pode estar associada a uma saturação da capacidade dos serviços ou ao recurso a outros serviços (por exemplo, cuidados de saúde primários, cuidados de saúde mental).

Perfis dos utentes

Os consumidores de *cannabis* como droga principal que iniciam o tratamento em regime ambulatorio, na Europa, são sobretudo jovens do sexo masculino, verificando-se um rácio entre os géneros de cinco homens para cada mulher e uma média de idades de 25 anos. Entre os consumidores de droga que iniciaram o tratamento em regime ambulatorio pela primeira vez, o consumo de *cannabis* como droga principal é referido por 69% dos que têm entre 15 e 19 anos e 83% dos que têm menos de 15 anos ⁽⁶²⁾.

⁽⁵⁹⁾ Ver figura TDI-2 (parte ii) e quadros TDI-5 (parte ii) e TDI-24 no Boletim Estatístico de 2010.

⁽⁶⁰⁾ Ver quadro TDI-22 (parte i) no Boletim Estatístico de 2010.

⁽⁶¹⁾ Ver figura TDI-1 e quadro TDI-3 (parte iv) no Boletim Estatístico de 2010.

⁽⁶²⁾ Ver quadros TDI-10 (parte iii) e (parte iv) e TDI-21 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2010.

Globalmente, 22% dos consumidores de *cannabis* como droga principal que iniciam o tratamento em regime ambulatorio (ou que não a consumiram no mês anterior ao início do tratamento), são consumidores ocasionais, provavelmente encaminhados, em grande parte dos casos, pelo sistema judicial; 11% consomem *cannabis* semanalmente ou com menos frequência; cerca de 17% consomem-na duas a seis vezes por semana; e 50% são consumidores diários, o grupo mais problemático. Observam-se diferenças consideráveis entre países. Na Hungria, na Roménia e na Croácia,

Efeitos adversos para a saúde do consumo de *cannabis*

Várias análises diferentes examinaram os efeitos adversos para a saúde associados ao consumo de *cannabis* (OEDT, 2008a; Hall e Degenhardt, 2009). Entre eles incluem-se efeitos agudos como a ansiedade, os ataques de pânico e os sintomas psicóticos, que são frequentemente mencionados por pessoas que a consomem pela primeira vez. Esses efeitos são responsáveis por um número substancial de emergências hospitalares relacionadas com a droga nos poucos países que as monitorizam. Além disso, o consumo de *cannabis* parece duplicar ou triplicar o risco de envolvimento num acidente rodoviário (OEDT, 2008b).

O consumo de *cannabis* também pode ter efeitos crónicos, eventualmente ligados de forma directa aos padrões de consumo (frequência e quantidades). Entre eles figuram não só a dependência da *cannabis* mas também a bronquite crónica e outras doenças do aparelho respiratório. O consumo de *cannabis* durante a gravidez pode reduzir o peso do bebé à nascença, mas não parece causar defeitos congénitos. A associação do consumo de *cannabis* à depressão e ao suicídio ainda não foi determinada de forma inquestionável.

O impacto da *cannabis* no desempenho cognitivo, e a sua reversibilidade, continua a ser pouco claro. O consumo regular de *cannabis* na adolescência pode ter efeitos adversos na saúde mental dos jovens adultos, havendo dados que apontam para um maior risco de sintomas psicóticos e de perturbações que aumentam com a frequência do consumo (Hall e Degenhardt, 2009; Moore e outros, 2007).

Embora o consumo de *cannabis* pareça ter menos riscos pessoais do que o da heroína ou da cocaína, causa problemas de saúde e, devido à sua elevada prevalência, pode produzir um impacto considerável na saúde pública. O consumo de *cannabis* por adolescentes e por pessoas com problemas de saúde mental exige especial atenção. O consumo frequente de *cannabis* e o seu consumo durante longos períodos, durante a condução ou outras actividades potencialmente perigosas, são outros motivos de preocupação.

mais de metade dos utentes que consomem *cannabis* são consumidores ocasionais, ao passo que na Bélgica, Bulgária, Dinamarca, Espanha, França, Irlanda, Malta e Países Baixos mais de metade são consumidores diários⁽⁶³⁾.

Oferta de tratamento

O tratamento dos consumidores de *cannabis* na Europa engloba uma grande variedade de medidas, incluindo o tratamento através da Internet, o aconselhamento, as intervenções psicossociais estruturadas e o tratamento em regime residencial. Também é frequente existir uma sobreposição, neste domínio, entre a prevenção selectiva, a redução dos danos e as intervenções de tratamento (ver capítulo 2).

Em França, a rede de centros de aconselhamento de jovens, também denominados clínicas de consulta de *cannabis*, prestam serviços de duração variável e com diferentes abordagens em função da gravidade do consumo de droga. Num estudo realizado em 226 dos 274 centros de aconselhamento, em 2007, 47% dos doentes em regime ambulatorio foram diagnosticados como consumidores ocasionais sem sintomas visíveis de dependência ou abuso e cerca de 30% desses consumidores não prosseguiram as sessões de aconselhamento (Obradovic, 2009). Em contrapartida, foi oferecido aconselhamento adicional a quase 80% dos 53% diagnosticados com dependência ou abuso no momento de admissão e a maior parte dos restantes foi encaminhada para centros de tratamento. Metade dos utentes que foram a uma segunda sessão de aconselhamento afirmou ter reduzido o seu consumo de *cannabis*. Este resultado verificou-se com mais frequência entre os consumidores que procuraram aconselhamento por iniciativa própria ou foram encaminhados por profissionais de saúde, ao passo que os encaminhados pelo sistema judicial apresentavam maiores probabilidades de desistir ao fim de algumas sessões.

Em alternativa à acção penal, o sistema judicial da Hungria encaminha os infractores à legislação em matéria de droga elegíveis para um «serviço de aconselhamento preventivo» e os casos mais graves para centros de tratamento especializados. Os consumidores encaminhados pelo sistema judicial, cerca de 85% dos utentes consumidores de *cannabis*, são obrigados a participar no tratamento da toxicodependência ou a fazer aconselhamento psicossocial pelo menos uma vez de 15 em 15 dias durante seis meses, para obterem um certificado que os dispensa de enfrentar uma acção judicial.

⁽⁶³⁾ Ver quadros TDI-18 (parte ii) e TDI-111 (parte viii) no Boletim Estatístico de 2010.

A Alemanha, os Países Baixos e o Reino Unido providenciam tratamento para o consumo de *cannabis* através da Internet, a fim de facilitar o acesso ao tratamento a consumidores que sintam relutância em procurar ajuda no sistema de tratamento especializado da toxicod dependência. As intervenções de tratamento em linha incluem um programa de auto-ajuda sem contacto com os conselheiros ou um programa estruturado com contactos programados (ver OEDT, 2009b). Nos Países Baixos, estão a ser desenvolvidos um rótulo de qualidade e orientações neste domínio.

Os Países Baixos também mencionam a avaliação de uma nova intervenção de aumento de motivação a nível familiar para os consumidores de *cannabis* com sintomas recentes de esquizofrenia. Esta intervenção pretende reduzir o consumo de *cannabis*, aumentar a adesão à medicação e melhorar as relações entre pais e filhos neste grupo. Os resultados preliminares, ao fim de três meses, mostram uma redução significativa do consumo de *cannabis* em comparação com a psicoeducação habitual, sem que haja diferenças nas outras variáveis dos resultados.

Estudos recentes sobre o tratamento dos consumidores de *cannabis*

Relativamente poucos estudos avaliaram a eficácia das intervenções dirigidas aos consumidores de *cannabis* (Levin e Kleber, 2008), apesar do aumento dos pedidos de tratamento. Tanto as intervenções farmacoterapêuticas como as psicossociais têm sido objecto de investigação, mas os resultados não são conclusivos.

Um ensaio controlado aleatoriamente, publicado há pouco tempo, avaliou a eficácia das entrevistas de aumento da motivação em comparação com a informação e o aconselhamento sobre a droga, não tendo encontrado diferenças significativas no que diz respeito ao consumo de *cannabis* (McCambridge e outros, 2008). Concluiu igualmente que os profissionais podem influenciar as taxas de abandono do consumo de *cannabis*, o que limita a transferibilidade das intervenções. Os estudos europeus neste domínio estão a avaliar a eficácia da terapia familiar multidimensional (INCANT), das intervenções de aumento da motivação, da terapia cognitivo-comportamental e da resolução dos problemas psicossociais (CANDIS), bem como do tratamento através da Internet.

Recentemente, foram publicados dois estudos sobre o tratamento farmacológico da dependência da *cannabis*; nenhum deles apresentou resultados significativos. Nos Países Baixos, um ensaio controlado aleatoriamente comparou os efeitos de um inibidor da captação de serotonina (olanzapina) e de um antagonista da dopamina (risperidona) em doentes com co-morbilidade psicótica (van Nimwegen e outros, 2008). Nos Estados Unidos, um estudo preliminar comparou os efeitos de um antidepressivo (nefazodone), de um inibidor da captação da dopamina (bupropiona de libertação constante) e de um placebo sobre os sintomas de consumo e de abstinência entre os consumidores de *cannabis* (Carpenter e outros, 2009).

Levar a ciência à prática no tratamento da toxicod dependência

A adopção de métodos cientificamente testados na prática clínica do tratamento da toxicod dependência tem sido, muitas vezes, lenta. A oferta limitada de tratamento de substituição dos opiáceos em vários países europeus e a rara utilização da gestão de contingência no tratamento da dependência da cocaína são exemplos deste desfazamento entre a ciência e a prática. Entre as explicações apresentadas para esta situação, contam-se as seguintes: fidelidades pessoais a determinados modelos de tratamento, falta de formação ou de financiamento, divulgação ineficiente dos conhecimentos e relutância ou falta de apoio das organizações à adopção de novas práticas (Miller e outros, 2006).

Para vencer estes obstáculos, foi recentemente organizada uma conferência na Alemanha para analisar a transferência de projectos experimentais de tratamento da dependência de *cannabis* comprovadamente eficazes para a prática clínica (Kipke e outros, 2009). Entre os projectos analisados figuravam o «CANDIS», o «Quit the shit» e o «FreD», que já foram descritos em anteriores publicações do OEDT. A conferência concluiu que as seguintes características dos programas facilitavam a transferência para a prática clínica: compatibilidade com as ofertas de tratamento existentes; protocolos claros e estruturados; seminários para especialistas e plataformas de intercâmbio de experiências. Os principais obstáculos identificados foram os problemas de gestão da cooperação, por exemplo com parceiros externos (como a polícia), e a falta de financiamento após a fase experimental.

Os aspectos relativos à transferibilidade devem ser integrados no planeamento inicial das intervenções experimentais. A adopção mais ampla das intervenções com provas empíricas fortes ou duradouras exige um compromisso de todas as partes interessadas.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Capítulo 4

Anfetaminas, ecstasy e substâncias alucinogénias

Introdução

As anfetaminas (termo genérico que inclui tanto as anfetaminas como as metanfetaminas) e o *ecstasy* figuram entre as drogas ilícitas mais consumidas na Europa. Em termos absolutos, o consumo de cocaína pode ser mais elevado, mas a sua concentração geográfica leva a que, em muitos países, a segunda substância ilícita mais consumida a seguir à *cannabis* seja o *ecstasy* ou as anfetaminas. Além disso, em alguns países, o consumo de anfetaminas constitui uma parte importante do problema da droga, sendo responsável por uma percentagem substancial das pessoas necessitadas de tratamento.

As anfetaminas e as metanfetaminas são estimulantes do sistema nervoso central. Das duas drogas, as anfetaminas são claramente mais fáceis de obter na Europa, enquanto até há pouco tempo o consumo significativo de metanfetaminas parecia estar restringido à República Checa e à Eslováquia. Porém, alguns países no Norte da Europa estão actualmente a comunicar um aumento crescente desta droga nos seus mercados de anfetaminas.

O *ecstasy* refere-se a substâncias sintéticas quimicamente relacionadas com as anfetaminas, mas que diferem um pouco destas quanto aos efeitos. A substância mais conhecida do grupo do *ecstasy* é a 3,4-metilenedioxi-metanfetamina (MDMA), mas podem encontrar-se outras substâncias análogas nas pastilhas de *ecstasy* (MDA, MDEA). O consumo de *ecstasy* era praticamente desconhecido na Europa até finais da década de 1990. A sua popularidade tem estado historicamente associada aos locais com música e dança, estando o consumo de drogas sintéticas em geral associado a determinados subgrupos culturais ou contextos sociais e crescentemente ao consumo episódico de grandes quantidades de álcool.

A droga sintética alucinogénia mais conhecida na Europa é o ácido lisérgico dietilamida (LSD), cujo consumo se tem mantido baixo e bastante estável desde há muito tempo. Nos últimos anos, os jovens parecem manifestar um interesse crescente pelas substâncias alucinogénias naturais, como as encontradas nos cogumelos alucinogénios.

Quadro 4: Produção, apreensões, preço e pureza das anfetaminas, das metanfetaminas, do ecstasy e do LSD

	Anfetaminas	Metanfetaminas	Ecstasy	LSD
Estimativa da produção mundial (toneladas) ⁽¹⁾	197 a 624 ⁽²⁾		57 a 136	s.d.
Quantidade apreendida a nível mundial (toneladas)	23,0	17,9	2,3	0,1
Quantidade apreendida na UE e na Noruega (incluindo Croácia e Turquia)	8,3 toneladas (8,4 toneladas)	300 kg (300 kg)	Comprimidos 12,7 milhões (13,7 milhões)	Unidades 141 000 (141 800)
Número de apreensões UE e Noruega (incluindo Croácia e Turquia)	37 000 (37 500)	4 700 (4 700)	18 500 (19 100)	950 (960)
Preço médio de venda a retalho (euros)	Gramas 6 a 36	Gramas 12 a 126	Comprimidos 2 a 19	Dose 4 a 30
Variação (intervalo interquartil) ⁽³⁾	(9 a 19)		(4 a 9)	(7 a 12)
Variação da pureza média ou teor de MDMA	3% a 34%	22% a 80%	17 a 95 mg	s.d.

NB: Todos os dados são relativos a 2008; s.d., sem dados.

Fonte: UNODC (2010b) para os valores a nível mundial, pontos focais nacionais da Reitox para os dados europeus.

⁽¹⁾ Os valores relativos à produção são baseados em estimativas do consumo e nos dados das apreensões.

⁽²⁾ Só estão disponíveis estimativas agregadas da produção mundial de anfetaminas e metanfetaminas.

⁽³⁾ Intervalo da metade central dos preços médios notificados.

Oferta e disponibilidade

Precusores de drogas sintéticas

As autoridades responsáveis pela aplicação da lei estão a direccionar os seus esforços para as substâncias químicas precursoras necessárias para a produção de drogas ilícitas, sendo a cooperação internacional particularmente útil neste domínio. O projecto Prism é uma iniciativa internacional criada com vista a prevenir o desvio de precursores químicos utilizados no fabrico ilegal de drogas sintéticas, através de um sistema de notificação prévia das exportações efectuadas no âmbito do comércio legal e de comunicação dos carregamentos interceptados e das apreensões efectuadas em caso de operações suspeitas. As informações sobre as actividades neste domínio são comunicadas ao Conselho Internacional para o Controlo de Estupefacientes (INCB, 2010a).

O INCB informa que em 2008 houve uma redução das apreensões mundiais de dois precursores essenciais das metanfetaminas, a efedrina, com 12,6 toneladas apreendidas (comparativamente a 10,3 toneladas em 2006), e a pseudoefedrina, com 5,1 toneladas (comparativamente a 25 toneladas em 2007 e 0,7 toneladas em 2006). Os Estados-Membros da UE (principalmente os Países Baixos e o Reino Unido) foram responsáveis por 0,3 toneladas de efedrina, cerca de metade da quantidade apreendida no ano anterior, e mais de 0,5 toneladas de pseudoefedrina, quase todas em França.

Em contrapartida, as apreensões mundiais de 1-fenil-2-propanona (P2P, BMK), substância que pode ser utilizada no fabrico ilegal de anfetaminas e metanfetaminas, aumentaram bruscamente de 834 litros em 2007, para 5 620 litros em 2008. As apreensões de P2P na UE elevaram-se a 2 757 litros, comparativamente a 773 litros em 2007.

Em 2008 não foram comunicadas apreensões de 3,4-metilenedioxifenil-2-propanona (3,4-MDP-2-P), utilizado no fabrico do MDMA, o que contrasta com os anos de 2006 e 2007 em que as apreensões mundiais foram respectivamente de 8 816 litros e de 2 297 litros. As apreensões mundiais de safrolo, que pode substituir o 3,4-MDP-2-P na síntese do MDMA, depois de terem atingido um máximo de 45 986 litros em 2007, diminuíram para 1 904 litros. A maioria das apreensões de safrolo, em 2008, verificaram-se na UE.

Anfetaminas

A produção mundial de anfetaminas continua a estar concentrada na Europa, onde se situavam mais de 80% dos laboratórios de anfetaminas notificados em 2008 (UNODC, 2010b). O número de apreensões mundiais de anfetaminas permaneceu estável em 2008, elevando-se a 23 toneladas (ver quadro 4). Destas apreensões, mais de um terço verificou-se na Europa Ocidental e Central, o que reflecte o papel da Europa enquanto principal produtor e consumidor desta droga (UNODC, 2010b).

A maior parte das anfetaminas apreendidas na Europa é produzida, por ordem de importância, nos Países Baixos, na Polónia e na Bélgica e, em menor grau, na Estónia, na Lituânia e no Reino Unido. Em 2007, foram descobertos e notificados á Europol 29 locais envolvidos na produção, na embalagem ou na armazenagem de anfetaminas na União Europeia.

Em 2008, estima-se que foram realizadas na Europa 37 500 apreensões, equivalentes a 8,3 toneladas de anfetaminas em pó⁽⁶⁴⁾. Nos últimos cinco anos, o número de apreensões de anfetaminas tem flutuado em torno de uma tendência para a estabilização, embora continue mais elevado do que em 2003, ao passo que as quantidades aumentaram no período de 2003-2008⁽⁶⁵⁾.

A pureza das amostras de anfetaminas apreendidas na Europa em 2008 variou consideravelmente, e qualquer comentário sobre os valores médios dever ser feito com prudência. No entanto, a pureza média das amostras varia entre menos de 10% na Dinamarca, na Áustria, em Portugal, na Eslovénia, no Reino Unido, na Croácia e na Turquia, e mais de 25% na Letónia, nos Países Baixos, na Polónia e na Noruega. Nos últimos cinco anos, a pureza das anfetaminas tem-se mantido estável ou diminuído na maior parte dos 17 países que dispõem de dados em quantidade suficiente para permitir uma análise das tendências⁽⁶⁶⁾.

Em 2008, o preço médio de venda a retalho das anfetaminas variou entre 9 euros e 20 euros por grama em mais de metade dos 17 países que forneceram informações. Os preços de venda a retalho diminuíram ou permaneceram estáveis nos 13 países que comunicaram dados relativos ao período de 2003-2008, excepto em Espanha, onde atingiram os preços mais baixos de sempre em 2008, depois dos aumentos registados nos anos anteriores⁽⁶⁷⁾.

⁽⁶⁴⁾ Esta análise é preliminar, uma vez que os dados relativos ao Reino Unido ainda não estão disponíveis para 2008.

⁽⁶⁵⁾ Os dados sobre as apreensões de droga na Europa mencionadas no presente capítulo figuram nos quadros SZR-11 to SZR-18 no Boletim Estatístico de 2010.

⁽⁶⁶⁾ Os dados relativos à pureza da droga na Europa mencionados no presente capítulo figuram no quadro PPP-8 no Boletim Estatístico de 2010.

⁽⁶⁷⁾ Os dados relativos aos preços da droga na Europa mencionados no presente capítulo figuram no quadro PPP-4 no Boletim Estatístico de 2010.

Produção de anfetaminas na Europa

Em 2009, o OEDT e a Europol lançaram uma série de publicações sobre a oferta de drogas ilícitas na Europa. Após os relatórios sobre as metanfetaminas e a cocaína, o terceiro relatório da série, publicado em 2010, apresenta uma vasta panorâmica das questões relativas à produção e ao tráfico de anfetaminas, e analisa as respostas dadas aos níveis europeu e internacional. Nos próximos anos, serão acrescentados a esta série relatórios sobre a oferta de outras drogas na Europa, incluindo o ecstasy e a heroína.

O relatório está disponível em versão impressa e no sítio web do OEDT apenas em inglês.

Metanfetaminas

O número de laboratórios de metanfetaminas notificados em todo o mundo aumentou 29% em 2008. O aumento mais pronunciado registou-se na América do Norte, mas as notificações de laboratórios clandestinos também aumentaram no Leste e no Sudeste Asiático. Além disso, há referências a uma maior actividade relacionada com a produção de anfetaminas na América Latina e na Oceânia. Em 2008, foram apreendidas 17,9 toneladas de metanfetaminas, continuando uma tendência para a estabilidade observada desde 2004. A maior parte da droga foi apreendida no Leste e no Sudeste Asiático, seguidos pela América do Norte (UNODC, 2010b).

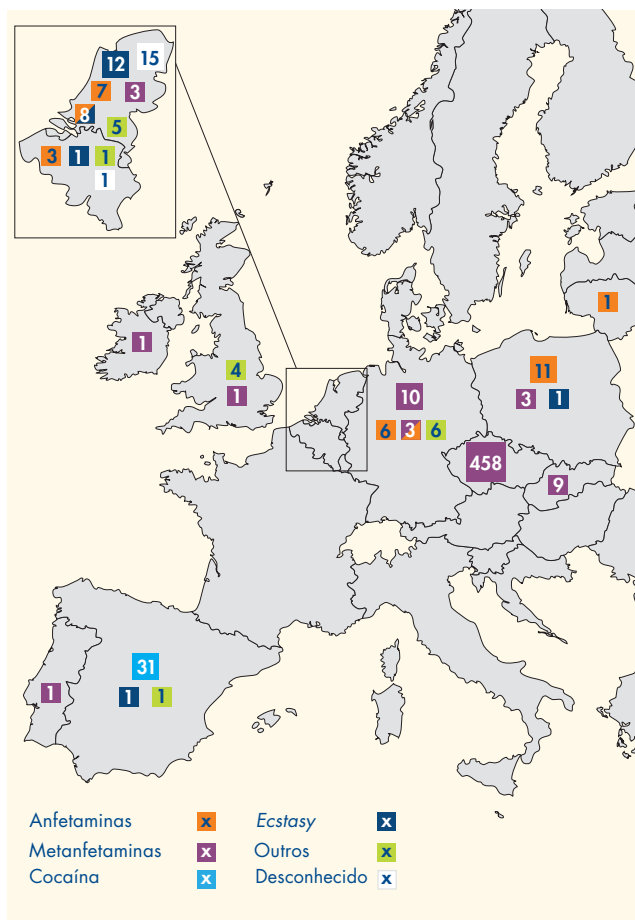
Na Europa, a produção ilegal de metanfetaminas está, em grande medida, limitada à República Checa, onde em 2008 foram detectados 458 locais de produção (figura 5), o que constitui o maior número de pequenos laboratórios artesanais de metanfetaminas comunicado até agora pela República Checa. As apreensões de precursores químicos também aumentaram em 2008. A Lituânia, a Polónia e a Eslováquia comunicaram também a produção desta droga.

Em 2008, foram notificadas na Europa quase 4 700 apreensões de metanfetaminas, correspondentes a aproximadamente 300 kg desta droga. O número de apreensões de metanfetamina aumentou constantemente entre 2003 e 2008. No mesmo período, as quantidades apreendidas atingiram um valor recorde em 2007 e diminuíram ligeiramente em 2008, sobretudo devido a uma redução das quantidades apreendidas na Noruega, o país europeu onde se registam as maiores apreensões desta droga.

Ecstasy

A produção mundial de ecstasy em 2008 foi estimada em entre 57 e 136 toneladas (UNODC, 2010b). A produção

Figura 5: Instalações de manipulação de drogas ilícitas desmanteladas na União Europeia e notificadas à Europol



NB: Com base nos dados comunicados à Europol por 11 Estados-Membros da UE. O tipo de droga é indicado pela cor, sendo o número de instalações notificadas no país igualmente indicado. As instalações que manipulam combinações de anfetaminas e metanfetaminas ou de anfetaminas e ecstasy são indicadas por símbolos de duas cores. As instalações que manipulam outras drogas ou combinações de drogas sintéticas são designadas por «outras». As instalações cujas substâncias são desconhecidas estão igualmente indicadas. Nas instalações notificadas incluem-se unidades de produção, fabrico de comprimidos e armazenamento, que não são aqui distinguidos. Todas as instalações relativas à cocaína estavam envolvidas na transformação ou na extracção secundária dessa droga.

Fonte: Europol.

parece ter continuado a alastrar geograficamente, situando-se o fabrico em zonas mais próximas dos mercados de consumo no Leste e Sudeste Asiático, na América do Norte e na Oceânia. Mesmo assim, é na Europa Central e Oriental que o ecstasy continua a ser principalmente produzido, concentrando-se o seu fabrico nos Países Baixos e na Bélgica.

Em 2008, as apreensões de ecstasy a nível mundial diminuíram para um nível muito baixo (2,3 toneladas) (UNODC, 2010b). Na Europa Central e Oriental, as apreensões notificadas diminuíram de 1,5 toneladas em 2007 para 0,3 toneladas em 2008.

Em 2008, foram notificadas na Europa mais de 19 100 apreensões, correspondentes a um número estimado de 13,7 milhões de comprimidos de *ecstasy*. No entanto, esta avaliação ainda é provisória, visto que os dados relativos a 2008 dos Países Baixos e do Reino Unido, que comunicaram apreensões conjuntas de 18,4 milhões de comprimidos em 2007, não se encontram disponíveis.

O número de apreensões de *ecstasy* notificadas na Europa, após uma estabilização entre 2003 e 2006, tem diminuído ligeiramente desde então, e as quantidades apreendidas diminuíram globalmente entre 2003 e 2008 ⁽⁶⁸⁾.

Na Europa, a maior parte dos comprimidos de *ecstasy* analisados em 2008 continha MDMA ou outra substância semelhante ao *ecstasy* (MDEA, MDA) como única substância psicoactiva presente, afirmando 19 países que assim acontecia em mais de 60% dos comprimidos analisados. Sete países comunicam actualmente percentagens mais baixas de comprimidos de *ecstasy* com MDMA ou substâncias análogas (Espanha, Chipre, Letónia, Luxemburgo, Eslovénia, Reino Unido e Croácia). Alguns países referem que a mCPP, uma droga que não é controlada ao abrigo das convenções internacionais em matéria de droga, foi encontrada numa percentagem substancial dos comprimidos de *ecstasy* analisados (ver capítulo 8).

O teor típico de MDMA dos comprimidos de *ecstasy* analisados em 2008 variava entre 5 e 72 mg nos 11 países que forneceram dados. Além disso, vários países mencionaram a existência de comprimidos com altas doses de *ecstasy*, superiores a 130 mg de MDMA (Bélgica, Bulgária, Alemanha, Estónia, Letónia, Países Baixos, Eslováquia e Noruega). Não se observam tendências claras no tocante ao teor de MDMA dos comprimidos de *ecstasy*.

O *ecstasy* está agora consideravelmente mais barato do que na década de 1990, altura em que começou a estar amplamente disponível. Apesar das informações de que há comprimidos vendidos por menos de 2 euros, a maioria dos países menciona preços médios de venda a retalho na ordem de 4 a 10 euros por comprimido. Os dados disponíveis para 200-2008 sugerem que o preço de venda a retalho de *ecstasy*, indexado à inflação, tem continuado a baixar na Europa.

Substâncias alucinogénias

O consumo e o tráfico de LSD na Europa continuam a ser considerados marginais. O número de apreensões de LSD aumentou entre 2003 e 2008, ao passo que as

quantidades apreendidas, após um ponto alto registado em 2005 devida ao recorde de apreensões efectuadas no Reino Unido, têm flutuado em torno de níveis muito mais baixos ao longo do mesmo período ⁽⁶⁹⁾. Os preços de venda a retalho do LSD (indexados à inflação) permaneceram estáveis ou diminuíram ligeiramente em oito países, desde 2003, mas aumentaram na Bélgica e na Suécia. Em 2008, o preço médio variou entre 5 euros e 12 euros por unidade, na maioria dos 13 países que forneceram informações.

Prevalência e padrões de consumo

Alguns Estados-Membros da UE (República Checa, Estónia e Reino Unido) referem níveis relativamente elevados de consumo de anfetaminas ou de *ecstasy* entre a população em geral. Em alguns países, o consumo de anfetaminas ou metanfetaminas, muitas vezes injectadas, é responsável por uma percentagem substancial do número global de consumidores problemáticos que procuram ajuda devido a problemas de droga. Em contraste com estas populações de consumidores crónicos, há uma associação mais geral entre o consumo de drogas sintéticas, especialmente de *ecstasy*, os clubes nocturnos e os eventos de dança; esta situação suscita níveis significativamente mais elevados de consumo entre os jovens e níveis extremamente elevados de consumo em alguns contextos ou subpopulações específicas. Os níveis globais de consumo de drogas alucinogénias como o ácido lisérgico dietilamida (LSD) e os cogumelos alucinogénios são, de um modo geral, baixos e têm-se mantido em grande medida estáveis nos últimos anos.

Anfetaminas

As estimativas da prevalência sugerem que cerca de 12 milhões de europeus experimentaram anfetaminas e que aproximadamente 2 milhões consumiram essa droga no último ano (ver no quadro 5 uma síntese dos dados).

Entre os jovens adultos (15 aos 34 anos), a prevalência ao longo da vida do consumo de anfetaminas varia consideravelmente entre os diversos países, desde 0,1% até 15,4%, com uma média europeia ponderada de aproximadamente 5,2%. O consumo de anfetaminas no último ano, nesta faixa etária, varia entre 0,1% e 3,2%, comunicando a maioria dos países níveis de prevalência entre 0,5% e 2,0%. Estima-se que cerca de 1,5 milhões (1,2%) dos jovens europeus consumiram anfetaminas no último ano.

Entre a população escolar de 15-16 anos, a prevalência do consumo de anfetaminas ao longo da vida varia

⁽⁶⁸⁾ Esta análise é preliminar, uma vez que os dados relativos aos Países Baixos e ao Reino Unido ainda não estão disponíveis para 2008.

⁽⁶⁹⁾ Esta análise é preliminar, uma vez que os dados relativos ao Reino Unido ainda não estão disponíveis para 2008.

entre 1% e 8% nos 26 Estados-Membros da UE, Noruega e Croácia, segundo os inquéritos realizados em 2007, embora só tenham sido comunicados níveis de prevalência superiores a 5% em relação à Bulgária, à Letónia (ambas com 6%) e à Áustria (8%). Os cinco países que realizaram inquéritos escolares em 2008 (Bélgica-Comunidade flamenga, Espanha, Itália, Suécia e Reino Unido) comunicaram prevalências de consumo de anfetaminas ao longo da vida de 3% ou menos ⁽⁷⁰⁾.

Consumo problemático de anfetaminas

O indicador do OEDT relativo ao consumo problemático de droga pode ser aplicado ao consumo de anfetaminas, em que designa o consumo por injeção ou prolongado e ou regular desta substância. A Finlândia forneceu a estimativa nacional mais recente dos consumidores problemáticos de anfetaminas, que seriam entre

12 000 e 22 000 em 2005, ou seja, aproximadamente o quádruplo do número estimado de consumidores problemáticos de opiáceos existentes no país.

A percentagem de consumidores de droga que comunicaram ter iniciado o tratamento por consumo de anfetaminas como droga principal é relativamente pequeno (inferior a 5%), na maioria dos países europeus (18 de 27 países que forneceram dados), mas corresponde a uma percentagem apreciável dos utentes que iniciaram o tratamento na Suécia (32%), na Finlândia (20%) e na Letónia (15%). Cinco outros países (Bélgica, Dinamarca, Alemanha, Hungria e Países Baixos) referem que 6% a 10% dos utentes que iniciam o tratamento citam as anfetaminas como droga principal de consumo; nos restantes países, a percentagem é inferior a 5%. A anfetamina é também mencionada como droga secundária por outros utentes ⁽⁷¹⁾.

Quadro 5: Prevalência do consumo de anfetaminas na população em geral: resumo dos dados

Faixa etária	Período de consumo	
	Ao longo da vida	Último ano
15-64 anos		
Número estimado de consumidores na Europa	12 milhões	2 milhões
Média europeia	3,7%	0,6%
Variação	0,0%-12,3%	0,0%-1,7%
Países com a prevalência mais baixa	Roménia (0,1%) Grécia (0,2%) Malta (0,4%) Chipre (0,8%)	Grécia, Malta, Roménia (0,0%) França (0,1%) Portugal (0,2%)
Países com a prevalência mais elevada	Reino Unido (12,3%) Dinamarca (6,3%) Suécia (5,0%) República Checa (4,3%)	República Checa (1,7%) Reino Unido, Dinamarca (1,2%) Noruega, Estónia (1,1%)
15-34 anos		
Número estimado de consumidores na Europa	7 milhões	1,5 milhões
Média europeia	5,2%	1,2%
Intervalo de variação	0,1%-15,4%	0,1%-3,2%
Países com prevalência mais baixa	Roménia (0,1%) Grécia (0,2%) Malta (0,7%) Chipre (0,8%)	Roménia, Grécia (0,1%) França (0,2%) Chipre (0,3%) Portugal (0,4%)
Países com prevalência mais alta	Reino Unido (15,4%) Dinamarca (10,5%) República Checa (7,8%) Letónia (6,1%)	República Checa (3,2%) Dinamarca (3,1%) Estónia (2,5%) Reino Unido (2,3%)
As estimativas da prevalência na Europa são baseadas em médias ponderadas dos inquéritos nacionais mais recentes realizados entre 2001 e 2008/9 (sobretudo 2004-2008), por isso não podem ser atribuídas a um único ano. A prevalência média para a Europa foi calculada por uma média ponderada de acordo com a população da faixa etária pertinente em cada país. Nos países em relação aos quais não existiam informações disponíveis, a prevalência média da UE foi imputada. Populações utilizadas como base: 15-64 (334 milhões) e 15-34 (133 milhões). Os dados aqui resumidos estão disponíveis em «Inquéritos à população em geral» no Boletim Estatístico de 2010.		

⁽⁷⁰⁾ Ver quadro EYE-11 no Boletim Estatístico de 2010.

⁽⁷¹⁾ Ver quadros TDI-5 (parte ii) e TDI-22 no Boletim Estatístico de 2010.

Os consumidores de anfetaminas que iniciam o tratamento têm, em média, cerca de 30 anos de idade, mas os que o fazem em regime de internamento são mais jovens (28 anos). O rácio entre homens e mulheres no caso dos utentes consumidores de anfetaminas (2 homens para cada mulher) é inferior ao de qualquer outra droga ilícita. A República Checa, a Estónia, a Letónia, a Lituânia, a Suécia e a Finlândia registam, todas elas, níveis relativamente elevados de consumo por injeção entre os utentes que consomem anfetaminas como droga principal, os quais variam entre 57% e 82% ⁽⁷²⁾.

As tendências relativas aos consumidores de anfetaminas que iniciaram o tratamento entre 2003 e 2008 mantiveram-se, de um modo geral, estáveis na maioria dos países ⁽⁷³⁾.

Consumo problemático de metanfetaminas

Ao contrário de outras regiões do mundo, onde o consumo de metanfetaminas aumentou nos últimos anos, os níveis de consumo na Europa parecem ser limitados. Historicamente, o consumo desta droga na Europa tem estado concentrado na República Checa e na Eslováquia. Em 2008, estimou-se que existiam na República Checa aproximadamente 20 700 a 21 800 consumidores problemáticos de metanfetaminas (2,8 a 2,9 casos por 1 000 habitantes dos 15 aos 64 anos), aproximadamente o dobro do número estimado de consumidores problemáticos de opiáceos. Na Eslováquia, o número de consumidores problemáticos de metanfetaminas foi

estimado, em 2007, entre cerca de 5 800 e 15 700 (1,5 a 4,0 casos por 1 000 habitantes entre os 15 e os 64 anos), aproximadamente 20% menos do que o número estimado de consumidores problemáticos de opiáceos. Recentemente, as metanfetaminas têm aparecido no mercado de droga de outros países, sobretudo no norte da Europa (Noruega, Suécia, Letónia e, em menor grau, na Finlândia), onde parecem estar a substituir parcialmente as anfetaminas, tanto mais que os consumidores quase não conseguem distinguir umas das outras. Na Europa, os consumidores problemáticos de metanfetaminas costumam injectá-las ou inala-las. Raramente dizem que as fumam, ao contrário, mais uma vez, do que acontece noutras regiões do mundo.

Uma grande percentagem dos utentes que iniciam o tratamento na República Checa (59%) e na Eslováquia (29%) afirma consumir metanfetaminas como droga principal. O consumo injectável é indicado como principal via de administração por 80% dos utentes consumidores de metanfetaminas na República Checa e por 36% na Eslováquia ⁽⁷⁴⁾. O consumo de outras drogas também é frequentemente mencionado, sobretudo de heroína, *cannabis* e álcool. Ambos os países referem que o consumo de metanfetaminas como substância secundária é comum, principalmente entre as pessoas em tratamento de substituição.

Os consumidores de metanfetaminas que iniciam o tratamento na República Checa e na Eslováquia são relativamente jovens, com 25-26 anos em média. A República Checa refere que o número de mulheres que inicia o tratamento por consumo de metanfetaminas como droga principal está a aumentar, sobretudo nas faixas etárias mais jovens. Entre 2003 e 2008, o número de utentes que iniciaram o tratamento pela primeira vez devido a problemas relacionados com as metanfetaminas aumentou em ambos os países ⁽⁷⁵⁾.

Ecstasy

O consumo de *ecstasy* está concentrado nos adultos mais jovens, com níveis de consumo muito maiores entre os homens do que entre as mulheres em todos os países, excepto na Suécia e na Finlândia. Dos cerca de 2,5 milhões (0,8%) de adultos europeus que consumiram *ecstasy* no último ano, quase todos estão na faixa etária dos 15 aos 34 anos (ver resumo dos dados no quadro 6). Os níveis de consumo de *ecstasy* são ainda mais elevados na faixa etária dos 15 aos 24 anos, na qual a prevalência ao longo da vida varia entre menos

Tema específico: consumo problemático de anfetaminas e metanfetaminas, respectivas consequências e respostas

Tem sido referido nos relatórios que as anfetaminas e, sobretudo, as metanfetaminas, estão a causar graves problemas em várias regiões do mundo. Na Europa, poucos países comunicam a existência de danos significativos causados por estas drogas ou de números apreciáveis de consumidores problemáticos das mesmas. Um novo tema específico do OEDT examina o historial e a evolução recente desses países nesta matéria. O relatório aborda a epidemiologia do consumo, sobretudo crónico ou intensivo, de anfetaminas e metanfetaminas e as questões de saúde e sociais a ele associadas. Descreve também as respostas adoptadas para os problemas associados a estas drogas nos domínios da saúde, social e da Justiça.

O tema específico está disponível em versão impressa e no sítio web do OEDT apenas em inglês.

⁽⁷²⁾ Ver quadros TDI-5 (parte iv) e TDI-37 no Boletim Estatístico de 2010.

⁽⁷³⁾ Ver o tema específico de 2010 sobre o consumo problemático de anfetaminas e metanfetaminas para uma análise aprofundada.

⁽⁷⁴⁾ Ver quadro TDI-5 (parte ii) e (parte iv) no Boletim Estatístico de 2010.

⁽⁷⁵⁾ Ver quadro TDI-3 no Boletim Estatístico de 2010.

de 1% na Grécia e na Roménia e 20,8% na República Checa, seguida pela Eslováquia e pelo Reino Unido (ambos com 9,9%) e pela Letónia (9,4%), se bem que a maioria dos países comunique estimativas na ordem dos 2,1% a 6,8% ⁽⁷⁶⁾. Estima-se que o consumo de *ecstasy* no último ano, nesta faixa etária, se situe entre 1,0% e 3,7% na maioria dos países, embora haja uma diferença considerável entre a estimativa nacional mais baixa, de 0,3%, e a mais elevada, de 11,3%.

Entre os estudantes de 15-16 anos, a prevalência do consumo de *ecstasy* ao longo da vida varia entre 1% e 5%, na maioria dos 28 países em que se realizaram inquéritos em 2007. Quatro países apenas mencionam níveis de prevalência mais elevados: Bulgária, Estónia, Eslováquia (todos com 6%) e Letónia (7%). Os cinco países que realizaram inquéritos escolares em 2008 (Bélgica-Comunidade Flamengo, Espanha, Itália, Suécia

e Reino Unido) comunicaram prevalências de consumo de *ecstasy* ao longo da vida de 4% ou menos ⁽⁷⁷⁾.

Poucos consumidores de droga procuram tratamento por problemas associados ao *ecstasy*. Em 2008, menos de 1% dos utentes que iniciam o tratamento da toxicod dependência, em 21 dos 27 países que comunicaram dados, mencionam o *ecstasy* como droga principal de consumo. Nos restantes países, a percentagem situa-se entre 1% e 3%. Com 24 anos, em média, os utentes consumidores de *ecstasy* figuram entre as faixas etárias mais jovens que iniciam o tratamento da toxicod dependência. Por cada dois a três homens que iniciam o tratamento há uma mulher. Os utentes consumidores de *ecstasy* comunicam frequentemente que a consomem em combinação com outras substâncias, incluindo o álcool, a cocaína e em menor grau a *cannabis* e as anfetaminas ⁽⁷⁸⁾.

Quadro 6: Prevalência do consumo de *ecstasy* na população em geral: resumo dos dados

Faixa etária	Período de consumo	
	Ao longo da vida	Último ano
15-64 anos		
Número estimado de consumidores na Europa	11 milhões	2,5 milhões
Média europeia	3,3%	0,8%
Variação	0,3%-9,6%	0,1%-3,7%
Países com a prevalência mais baixa	Roménia (0,3%) Grécia (0,4%) Malta (0,7%) Polónia (1,2%)	Roménia, Suécia (0,1%) Grécia, Malta (0,2%) Polónia (0,3%)
Países com a prevalência mais elevada	República Checa (9,6%) Reino Unido (8,6%) Irlanda (5,4%) Letónia (4,7%)	República Checa (3,7%) Reino Unido (1,8%) Eslováquia (1,6%) Letónia (1,5%)
15-34 anos		
Número estimado de consumidores na Europa	8 milhões	2,5 milhões
Média europeia	5,8%	1,7%
Variação	0,6%-18,4 %	0,2%-7,7%
Países com a prevalência mais baixa	Roménia (0,6%) Malta (1,4%) Polónia (2,1%) Chipre (2,4%)	Roménia, Suécia (0,2%) Grécia (0,4%) Polónia (0,7%)
Países com a prevalência mais elevada	República Checa (18,4%) Reino Unido (13,8%) Irlanda (9,0%) Letónia (8,5%)	República Checa (7,7%) Reino Unido (3,9%) Eslováquia, Letónia, Países Baixos (2,7%)
As estimativas da prevalência na Europa são baseadas em médias ponderadas dos inquéritos nacionais mais recentes realizados entre 2001 e 2008/9 (sobretudo 2004-2008), por isso não podem ser atribuídas a um único ano. A prevalência média para a Europa foi calculada por uma média ponderada de acordo com a população da faixa etária pertinente em cada país. Nos países em relação aos quais não existiam informações disponíveis, a prevalência média da UE foi imputada. Populações utilizadas como base: 15-64 (334 milhões) e 15-34 (133 milhões). Os dados aqui resumidos estão disponíveis em «Inquéritos à população em geral» no Boletim Estatístico de 2010.		

⁽⁷⁶⁾ Ver quadro GPS-7 (parte iv) no Boletim Estatístico de 2010.

⁽⁷⁷⁾ Ver quadro EYE-11 no Boletim Estatístico de 2010.

⁽⁷⁸⁾ Ver quadros TDI-5 e TDI-37 (parte i), (parte ii) e (parte iii) no Boletim Estatístico de 2010.

LSD e cogumelos alucinogénios

Entre os jovens adultos (15-34 anos), a prevalência do consumo de LSD ao longo da vida varia entre zero e 6,1%, com excepção da República Checa onde num inquérito, em 2008, se registou um valor mais elevado (10,3%). São mencionados níveis de prevalência muito mais baixos para o consumo no último ano ⁽⁷⁹⁾.

Nos poucos países que fornecem dados comparáveis, o consumo de LSD é normalmente ultrapassado pelo dos cogumelos alucinogénios. As estimativas da prevalência ao longo da vida para o consumo de cogumelos alucinogénios entre os jovens adultos variam entre 0,3% e 14,1%, e as da prevalência no último ano entre 0,2% e 5,9%.

Entre os estudantes de 15-16 anos, as estimativas da prevalência do consumo de cogumelos alucinogénios são mais elevadas do que as relativas ao LSD e outras substâncias alucinogénias, em dez dos 26 países que fornecem dados sobre estas substâncias. A maior parte dos países comunica estimativas da prevalência ao longo da vida do consumo de cogumelos alucinogénios de 1% a 4%, registando a Eslováquia (5%) e a República Checa (7%) níveis mais elevados ⁽⁸⁰⁾.

Tendências do consumo de anfetaminas e de *ecstasy*

As tendências para a estabilização do consumo de anfetaminas e de *ecstasy* na Europa, assinaladas em relatórios anteriores, são confirmadas pelos dados mais recentes. Após um aumento generalizado na década de 1990, os inquéritos à população apontam agora para uma estabilização global da popularidade destas drogas, embora este padrão não seja observável em todos os países. As tendências nacionais constatadas nos inquéritos à população em geral podem não reflectir, porém, as tendências do consumo de estimulantes a nível local ou entre subpopulações diferentes. Os inquéritos específicos em contextos de diversão nocturna sugerem que a prevalência e os padrões de consumo de drogas estimulantes juntamente com álcool continuam elevados, indicando alguns estudos que os padrões de consumo de droga entre os frequentadores de clubes estão a polarizar-se cada vez mais em relação aos da população em geral (Measham e Moore, 2009). Em contrapartida, observações recentemente realizadas na Alemanha indicam que o consumo de substâncias nos locais de diversão nocturna está a diminuir nesse país.

No Reino Unido, o consumo de anfetaminas no último ano entre os jovens adultos (15-34 anos) diminuiu

de 6,2% em 1998 para 2,3% em 2008-2009. Na Dinamarca, o consumo de anfetaminas aumentou de 0,5% em 1994 para 3,1% no ano 2000, tendo a seguir estabilizado ⁽⁸¹⁾. Entre os outros países que referem a realização de inquéritos repetidos durante um período semelhante (Alemanha, Grécia, Espanha, França, Países Baixos, Eslováquia e Finlândia), as tendências apontam, em grande medida, para uma estabilização (figura 6). No período de 2003-2008, dos 11 países com dados suficientes sobre a prevalência do consumo de anfetaminas no último ano entre a faixa etária de 15-34 anos, apenas dois mencionam uma variação superior a 1% (Bulgária, de 0,9% em 2005 para 2,1% em 2008; e República Checa, de 1,5% em 2004 para 3,2% em 2008).

Nos países que referem níveis de consumo de *ecstasy* acima da média, o ponto mais alto desse consumo (entre 3% e 5%) na faixa etária dos 15 aos 34 anos foi normalmente atingido no início da década de 2000 (Estónia, Espanha, Eslováquia e Reino Unido; ver figura 6). Uma excepção a esta tendência é a República Checa, onde se estima que 7,7% da faixa etária dos 15 aos 34 anos consumiram *ecstasy* no último ano e se observa uma tendência crescente ao longo do período de 2003-2008. No mesmo período, a maioria dos outros países refere uma tendência para a estabilização, à excepção da Estónia e da Hungria, onde a prevalência do consumo de *ecstasy* entre os jovens adultos no último ano aumentou nos primeiros anos da década de 2000, diminuindo seguidamente.

Em oito países (Dinamarca, França, Espanha, Irlanda, Itália, Áustria, Portugal, Reino Unido) os inquéritos mais recentes mostram que, presentemente, o consumo no último ano de cocaína ultrapassa o consumo de anfetamina e de *ecstasy* entre os jovens adultos.

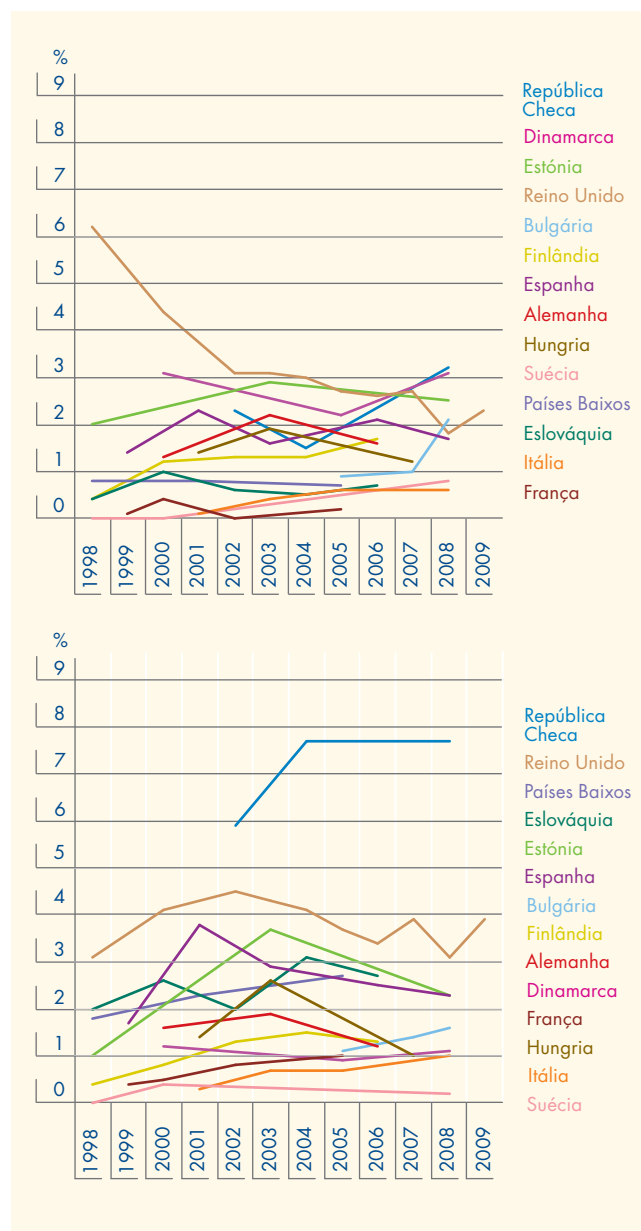
Inquéritos escolares realizados em 2007 e 2008 (ESPAD) sugerem, globalmente, que há poucas alterações quanto aos níveis de experimentação de anfetaminas e *ecstasy* entre os estudantes de 15-16 anos. Tendo em conta diferenças de, pelo menos, dois pontos percentuais entre 2003 e 2007, a prevalência ao longo da vida do consumo de anfetaminas aumentou em nove países. À luz do mesmo critério, o consumo de *ecstasy* aumentou em sete países. Só se verificou uma diminuição da prevalência do consumo de anfetaminas ao longo da vida na Estónia e na Itália, enquanto a República Checa, Portugal e a Croácia registaram uma diminuição do consumo de *ecstasy*. Os restantes países comunicaram uma tendência para a estabilidade.

⁽⁷⁹⁾ Ver quadro GPS-1 no Boletim Estatístico de 2010.

⁽⁸⁰⁾ Dados do ESPAD para todos os países excepto Espanha. Ver figura EYE-2 (parte v) no Boletim Estatístico de 2010.

⁽⁸¹⁾ Na Dinamarca, em 1994, as informações referem-se às «drogas duras», que eram primordialmente constituídas pelas anfetaminas.

Figura 6: Tendências da prevalência do consumo de anfetaminas no último ano (em cima) e de ecstasy (em baixo) entre os jovens adultos (15 aos 34 anos)



NB: Apenas são apresentados dados de países que tenham realizado pelo menos três inquéritos no período de 1998 a 2009. Ver figuras GPS-8 e GPS-21 no Boletim Estatístico de 2010 para mais informações.

Fonte: Relatórios nacionais Reitox, extraídos de inquéritos à população, relatórios ou artigos científicos.

Anfetaminas e ecstasy em contextos recreativos: consumo e intervenções

Nove países comunicaram dados sobre a prevalência do consumo de estimulantes resultantes de estudos realizados em contextos recreativos em 2008. As estimativas da prevalência ao longo da vida revelam uma variação considerável entre diversos países e contextos, variando

entre 10% a 85% para o consumo de ecstasy e entre 5% e 69% para o consumo de anfetaminas. Três destes estudos também apresentavam estimativas da prevalência do consumo de cogumelos alucinogénios ao longo da vida que variavam entre 34% e 54%. Observaram-se diferenças no tocante à prevalência e aos padrões de consumo de droga mencionados pelos consumidores que frequentam clubes com diversos tipos de música de dança electrónica, em seis países (Alemanha, França, Hungria, Países Baixos, Roménia e Reino Unido), afigurando-se que o consumo de ecstasy costuma estar mais associado a uns tipos de música do que a outros. O consumo de ecstasy também era mais comum do que o de anfetaminas na amostra de locais de diversão estudados em três países que apresentaram dados (República Checa, Países Baixos e Reino Unido). Por exemplo, 9% dos frequentadores de clubes de Amesterdão afirmaram ter tomado ecstasy na noite em que o inquérito foi efectuado e 42% dos frequentadores de clubes de Manchester referiram ter tomado ecstasy ou tencionar fazê-lo na noite do inquérito. Os valores correspondentes para as anfetaminas eram de 3,6% (Amesterdão) e 8% (Manchester).

Só 13 países europeus apresentaram relatórios recentes de intervenções em locais de diversão nocturna. O fornecimento de informações e a distribuição de materiais destinados a reduzir os danos foram as principais actividades mencionadas, mas poucas estratégias de informação abordaram as crenças normativas subjacentes à cultura recreativa juvenil. As abordagens ambientais, como ambientes de diversão saudáveis, transportes seguros, regimes de venda e de policiamento, zonas de relaxamento (*chill-out*), testes de alcoolemia e intervenções de emergência, são comunicadas, isoladamente ou associadas, por sete países (Bélgica, Dinamarca, Alemanha, Espanha, Luxemburgo, Países Baixos e Reino Unido). A cooperação entre as entidades envolvidas no sector da diversão nocturna (municípios, polícia e proprietários de restaurantes e clubes) também é agora mencionada pela Espanha e a Itália.

Os danos associados ao consumo de álcool nos locais de diversão nocturna estão a ser crescentemente reconhecidos na Europa. A Dinamarca, o Luxemburgo, a Suécia e o Reino Unido, bem como algumas zonas de Espanha, mencionam a existência de estratégias ambientais relativas ao álcool. Entre as várias intervenções levadas a cabo nestes países figuram as seguintes: venda responsável de álcool, formação do pessoal, aumento dos impostos aplicados aos «alcopops», imposição da idade mínima de 16 anos para a compra de bebidas alcoólicas e tolerância zero para os condutores jovens.

Dada a forte ligação entre o consumo de álcool e de outras drogas nos locais de diversão nocturna, a regulamentação do consumo de álcool também pode reduzir o consumo de estimulantes. Um «British Crime Survey» recente concluiu que a frequência das visitas aos clubes nocturnos estava muito associada ao policonsumo de droga ⁽⁸²⁾. Os dados de inquéritos à população em geral realizados em nove países europeus, analisados pelo OEDT, revelam que a prevalência do consumo de anfetaminas ou de *ecstasy* entre as pessoas que consomem álcool com frequência ou em grandes quantidades, é muito superior à média (OEDT, 2009d). A análise dos dados do inquérito escolar ESPAD relativos a 22 países mostra que 85,5% dos estudantes de 15-16 anos que tinham consumido *ecstasy* no último mês também tinham bebido cinco ou mais bebidas alcoólicas numa única ocasião (OEDT, 2009d). E, como os Países Baixos referiram, é possível que os consumidores tomem drogas estimulantes como a cocaína e as anfetaminas para contrariarem os efeitos do consumo excessivo de álcool.

Tratamento

Os consumidores de anfetaminas são, geralmente, tratados em regime ambulatorio, em serviços que, nos países com um historial de problema de consumo de anfetaminas significativo podem ter-se especializado no tratamento deste tipo de problema. Os consumidores mais problemáticos de anfetaminas podem ser tratados nos serviços de tratamento da toxicod dependência em regime de internamento, bem como em clínicas ou hospitais psiquiátricos. Isto acontece, sobretudo, quando a dependência das anfetaminas é complicada pela co-ocorrência de doenças psiquiátricas. Na Europa, são administrados medicamentos (antidepressivos, sedativos ou antipsicóticos) para tratar os sintomas de abstinência iniciais, no início da desintoxicação, que tem normalmente lugar em serviços psiquiátricos especializados, com internamento. Na República Checa, os consumidores de metanfetaminas encaminhados para os centros de desintoxicação chegam muitas vezes aos mesmos num estado de psicose tóxica aguda, normalmente acompanhada de agressividade contra si próprios e o meio circundante. Esses doentes necessitam, frequentemente, de contenção física, a comunicação com eles é difícil e geralmente rejeitam qualquer assistência. Os consumidores com perturbações psicóticas são tratados com medicamentos antipsicóticos atípicos em instituições de internamento psiquiátrico. A República Checa também refere que, devido à juventude dos utentes e à elevada frequência de problemas relacionados com

a família, é comum trabalhar com os consumidores de metanfetaminas num contexto de terapia familiar.

Vários países referem que a falta de um substituto farmacológico para o tratamento da dependência de anfetaminas dificulta a manutenção dos consumidores de anfetaminas em tratamento. Embora a dextanfetamina esteja disponível como droga de substituição no tratamento dos consumidores muito problemáticos de anfetaminas em Inglaterra e no País de Gales, as orientações do Reino Unido sobre a gestão clínica da toxicod dependência recomendam que não se prescreva a dextanfetamina como droga de substituição para este efeito, por falta de eficácia comprovada (NTA, 2007).

Eficácia do tratamento

O consumo crónico de metanfetaminas pode causar deficiências cognitivas, que por sua vez, reduzem a capacidade do consumidor para beneficiar das terapias

Intervenções cientificamente fundamentadas

O consumo de drogas e de álcool em contextos recreativos pode gerar múltiplos problemas de saúde e sociais devido à violência, ao sexo coagido e sem protecção, aos acidentes rodoviários, ao consumo de álcool por menores e à perturbação a nível social. Uma análise recente da eficácia das intervenções neste contexto concluiu que as mais comuns não se encontravam cientificamente fundamentadas (Calafat e outros, 2009). Entre elas figuram o fornecimento de informações destinadas a reduzir os danos, a promoção da moderação, a venda responsável de álcool, os programas de formação dos porteiros dos locais de diversão e de designação de condutores que se absterem de consumir álcool. Em alguns casos, a falta de eficácia dessas intervenções poderá estar ligada à sua deficiente execução.

Os elementos recolhidos mostram que a combinação da formação dos clientes e do pessoal, com a cooperação obrigatória entre as autoridades e a indústria do lazer e a aplicação da lei (licenciamento, verificação da idade) era a melhor estratégia para reduzir as lesões, os padrões de consumo problemático e o acesso dos jovens ao álcool. Infelizmente, os resultados referentes ao consumo de drogas ilícitas raramente foram avaliados.

Outras medidas a nível social que reduzem eficazmente o consumo de substâncias nos locais de diversão nocturna são a tributação do álcool, a definição de horários de venda restritos, a imposição de limites à concentração dos pontos de venda, a criação de pontos de controlo da condução em estado de embriaguez, a imposição de limites de concentração do álcool no sangue, a definição de uma idade mínima legal para se comprar bebidas alcoólicas e a suspensão das licenças dos estabelecimentos.

⁽⁸²⁾ Definido com consumo de duas ou mais drogas ilícitas no mesmo período, por exemplo no último ano.

psicológicas, cognitivas e comportamentais (Rose e Grant, 2008). Este facto pode ajudar a explicar os consideráveis esforços de investigação que estão a ser realizados para desenvolver intervenções farmacológicas. Em alguns casos, os medicamentos estudados visam capacitar os doentes para empreenderem uma intervenção psicológica.

Foram recentemente publicados, ou estão em curso, vários ensaios clínicos de medicamentos para uso no tratamento da dependência de anfetaminas. Dos nove estudos publicados, seis foram realizados nos Estados Unidos, dois na Suécia e um na Austrália. Entre as substâncias investigadas incluem-se os inibidores da recaptção da dopamina, metilfenidato e bupropiona, destinados a promover a abstinência nos doentes dependentes das metanfetaminas; o aripiprazol, um agente antipsicótico; o ondansetron, um agente ansiolítico; a amineptina, uma droga psicotrópica; a mirtazapina, um anti-histamínico; o modafinil, um agente neuroprotector, e a naltrexona,

um antagonista dos receptores de opiáceos. De todas as substâncias estudadas, só a naltrexona foi associada a um benefício terapêutico significativo em termos de redução do consumo (provada por amostras de urina ou comunicada pelos próprios) e de taxa de manutenção da abstinência. Estudos em curso nos Estados Unidos estão também a investigar se a citicolina, substância que pode melhorar as funções mentais de pessoas dependentes das metanfetaminas, melhora a eficácia de outros tratamentos farmacêuticos.

Por último, um estudo controlado revelou que o tratamento em regime ambulatorio supervisionado por um tribunal produzia melhores resultados do que o tratamento não supervisionado. Num estudo clínico, a adição da gestão de contingência permitiu obter melhores resultados do que o tratamento normal isolado. Uma possível vacina com anticorpos monoclonais antidroga para as situações de *overdose* e a prevenção de recaídas também foi descrita numa dissertação recente.

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Capítulo 5

Cocaína e cocaína-crack

Introdução

O consumo de cocaína e as apreensões desta droga aumentaram ao longo da última década e continua a ser a segunda droga ilícita mais consumida na Europa, a seguir à *cannabis*. Os níveis de consumo diferem amplamente entre os países, sendo o consumo de cocaína concentrado nos países do Ocidente e do Sul da Europa. Verifica-se uma diversidade considerável entre os consumidores de cocaína, tanto em termos de padrões de consumo como em termos sociodemográficos. Existem consumidores ocasionais de cocaína, consumidores regulares bem integrados socialmente e consumidores mais marginalizados e frequentemente dependentes, incluindo consumidores ou ex-consumidores de opiáceos. A diversidade complica a avaliação da prevalência do consumo desta droga, das suas consequências para a saúde e sociais e as respostas necessárias.

Oferta e disponibilidade

Produção e tráfico

As plantações de coca, matéria-prima da cocaína, continuam a concentrar-se em três países da região andina. O UNODC (2010b) estimou, para o ano de 2009, que o cultivo total de 158 000 hectares desta planta se traduzia numa potencial produção de entre 842 e 1 111 toneladas de hidrocloreto de cocaína puro, em comparação com uma estimativa de 865 toneladas em 2008. Estima-se que a superfície cultivada em 2009 terá sido de 158 000 hectares, o que constitui uma redução relativamente aos 167 600 hectares cultivados em 2008; uma diminuição de 5% em grande medida atribuída à redução da superfície cultivada com coca na Colômbia, a qual não foi compensada por aumentos no Peru e na Bolívia.

Quadro 7: Produção, apreensões, preço e pureza da cocaína e da cocaína-crack

	Cocaína	Crack ⁽¹⁾
Estimativa da produção mundial (toneladas)	842 a 1 111	s.d.
Quantidade apreendida a nível mundial (toneladas)	711 ⁽²⁾	s.d.
Quantidade apreendida (toneladas) na UE e na Noruega (incluindo Croácia e Turquia)	67 (67)	0,06 (0,06)
Número de apreensões na UE e na Noruega (incluindo Croácia e Turquia)	95 700 (96 300)	10 100 (10 100)
Preço médio de venda a retalho (euros por grama) Variação (Intervalo interquartilico) ⁽³⁾	37 a 107 (50 a 70)	45 a 82
Variação da pureza média (%)	13 a 62	20 a 89

NB: Todos os dados são relativos a 2008, excepto as estimativas da produção mundial que são referentes a 2009; s.d., sem dados.

Fonte: UNODC (2010b) para os valores a nível mundial, pontos focais nacionais da Reitox para os dados europeus.

⁽¹⁾ Devido ao pequeno número de países que comunicaram informações, os dados devem ser interpretados com cautela.

⁽²⁾ O UNODC estima que este valor é equivalente a 412 toneladas de cocaína pura.

⁽³⁾ Intervalo da metade central dos preços médios notificados.

O processo de transformação das folhas de coca em hidrocloreto de cocaína continua a estar localizada na Colômbia, no Peru e na Bolívia, embora também possa ter lugar noutros países. A importância da Colômbia na produção de cocaína é confirmada pelas informações sobre os laboratórios desmantelados e as apreensões de permanganato de potássio, um reagente químico utilizado no fabrico de hidrocloreto de cocaína. Em 2008, na Colômbia, foram desmantelados 3 200 laboratórios de produção de cocaína (INCB, 2010b) e foram apreendidas, no total, 42 toneladas de permanganato de potássio (90% das apreensões a nível mundial) (INCB, 2010a).

As informações disponíveis sugerem que a cocaína continua a ser traficada para a Europa através de diferentes rotas aéreas e marítimas. A cocaína transita através de países como a Argentina, o Brasil, o Equador, o México e a Venezuela, antes de chegar ao continente europeu. As ilhas das Caraíbas também são frequentemente utilizadas no transbordo da droga para a Europa. Nos últimos anos, foram identificadas rotas alternativas através da África Ocidental (OEDT e Europol, 2010). Embora em 2008 se tenha registado uma «diminuição substancial» das apreensões de cocaína em trânsito pela África Ocidental (UNODC, 2009), é provável que quantidades significativas dessa droga continuem a passar pela região (OEDT e Europol, 2010).

A Península Ibérica, principalmente a Espanha, e a região da Flandres e Países Baixos, sobretudo estes últimos, parecem ser os pontos de entrada da cocaína traficada para a Europa. A França, a Itália e o Reino Unido são frequentemente mencionados como países de trânsito ou de destino importantes no interior da Europa. Relatórios recentes também indicam que o tráfico de cocaína pode estar a expandir-se para Leste (OEDT e Europol, 2010; INCB, 2010b). O número agregado de apreensões de cocaína em 10 países da Europa Central e Oriental aumentou de 469 casos em 2003 para 1 212 em 2008, embora este valor continue a não exceder cerca de 1% do total europeu.

Apreensões

A cocaína é a droga mais traficada a nível mundial, a seguir à *cannabis* herbácea e à resina de *cannabis*. Em 2008, as apreensões mundiais de cocaína permaneceram geralmente estáveis em cerca de 711 toneladas (quadro 7) (UNODC, 2010b). A América do Sul continuou a registar a maior quantidade apreendida, sendo responsável por 60% do valor global (CND, 2009), seguida pela América do Norte, com 28%, e pela Europa Ocidental e Central, com 11% (UNODC, 2009).

Laboratórios de «extracção secundária» de cocaína na Europa

Os laboratórios clandestinos criados pelos traficantes para transformar a cocaína na Europa desempenham uma função diferente dos laboratórios de cocaína da América do Sul, onde a cocaína-base ou o hidrocloreto de cocaína são extraídos das folhas ou da pasta de coca. A maior parte dos laboratórios detectados pelos serviços de aplicação da lei europeus parece destinar-se a extrair a cocaína dos materiais onde foi incorporada antes de ser exportada.

O hidrocloreto de cocaína e, com menos frequência, a cocaína-base têm sido detectados em materiais «de transporte» tão diversificados como a cera de abelhas, adubos, vestuário, ervas e líquidos. A sofisticação do processo de incorporação pode variar desde o simples embebedimento de roupas numa solução de cocaína e água, à incorporação da droga em plástico. Neste último caso, é necessário um processo químico inverso para extrair a cocaína. Após a extracção, a substância pode ser adulterada com vários agentes de corte e comprimida em blocos de cocaína com logótipos gravados em relevo que, nos países produtores, designam a cocaína de pureza elevada.

Em 2008, a Europol foi notificada da detecção de aproximadamente 30 laboratórios de «extracção secundária» de cocaína, de dimensões variadas, em toda a Espanha. Nos Países Baixos, um laboratório de média dimensão, que removia a cocaína do pó e licor de cacau, foi detectado em Roosendaal, na província de Brabant. Um ano antes, as autoridades neerlandesas já tinham desmantelado dois laboratórios de «extracção secundária» na mesma província, tendo apreendido oito toneladas de plástico (polipropileno) com cocaína. A documentação apreendida nos laboratórios revelou que, durante esse ano, tinham sido importadas da Colômbia mais de 50 toneladas desse plástico.

Na Europa, há vinte anos que as apreensões de cocaína têm vindo a aumentar, muito em especial a partir de 2004. Em 2008, o número de apreensões de cocaína aumentou para 96 000 casos, embora a quantidade total apreendida tenha diminuído para 67 toneladas, das 121 toneladas registadas em 2006 e 76 toneladas em 2007. A diminuição da quantidade total de cocaína apreendida deve-se, em grande medida, ao decréscimo dos volumes apreendidos desde 2006 em Espanha e Portugal⁽⁸³⁾. Este decréscimo pode ser explicado pela alteração das rotas e das práticas de tráfico, ou pela mudança das prioridades em matéria de aplicação da lei. Em 2008, a Espanha continuou a ser o país que comunica a quantidade mais elevada de cocaína apreendida e o maior número de apreensões desta droga — cerca de metade do total — na Europa. Esta análise é preliminar, uma vez que os dados relativos a 2008 ainda não estão

⁽⁸³⁾ Ver quadros SZR-9 e SZR-10 no Boletim Estatístico de 2010.

disponíveis para os Países Baixos, que comunicaram o segundo maior volume de cocaína apreendida em 2007.

Pureza e preço

A pureza média de cocaína analisada na maioria dos países que forneceram dados variou entre 25% e 55%, embora se tenham registado valores inferiores na Dinamarca (23%, apenas na venda a retalho) e em algumas partes do reino Unido (Escócia, 13%), e mais elevados na Bélgica (59%), França (60%) e na Roménia (62%)⁽⁸⁴⁾. Vinte e um países com dados suficientes para analisar as tendências ao longo do tempo mencionam uma diminuição da pureza da cocaína no período de 2003-2008, tendo 17 países comunicado uma diminuição, três uma situação estável (Alemanha, Grécia e França), tendo Portugal mencionado um aumento.

Em 2008, o preço médio de venda a retalho da cocaína variou entre 50 euros e 70 euros por grama em mais de metade dos 18 países que forneceram informações. Foram comunicados preços inferiores na Polónia e em Portugal, e preços superiores na República Checa, na Itália, na Letónia e na Suécia. Com uma excepção, todos os países que dispunham de dados suficientes comparáveis, comunicaram uma descida nos preços de venda a retalho da cocaína entre 2003 and 2008. Apenas a Polónia mencionou um aumento ao longo desse período, apesar de ter registado uma diminuição em 2008.

Prevalência e padrões de consumo

Consumo de cocaína entre a população em geral

Globalmente, a cocaína continua a ser a segunda droga ilícita mais consumida na Europa, a seguir à *cannabis*, embora os níveis de consumo variem muito entre os países. Estima-se que cerca de 14 milhões de europeus a tenham consumido pelo menos uma vez na vida, uma média de 4,1% dos adultos entre os 15 e os 64 anos (ver síntese dos dados no quadro 8). Os valores nacionais variam entre 0,1% e 9,4%, sendo que 12 dos 24 países, incluindo a maior parte dos da Europa Central e Oriental, mencionam baixos níveis de prevalência ao longo da vida (0,5%-2%).

Estima-se que cerca de 4 milhões de europeus consumiram a droga no último ano (1,3% em média), embora, mais uma vez, com variações entre países. Os resultados de inquéritos nacionais recentes indicam estimativas da prevalência no último ano entre zero e 3,1%. A estimativa da prevalência do consumo de cocaína no último mês

na Europa corresponde a cerca de 0,5% da população adulta, ou seja aproximadamente 2 milhões de pessoas.

Um pequeno número de países comunica níveis mais elevados de consumo de cocaína do que a média europeia (Dinamarca, Espanha, Irlanda, Itália e Reino Unido). Em todos os países, com excepção de um, a cocaína é droga estimulante ilícita mais consumida. A excepção é a Dinamarca que comunicou taxas de prevalência semelhantes para os consumos de cocaína e de anfetaminas.

Consumo de cocaína entre os jovens adultos

Na Europa, estima-se que cerca de 8 milhões de jovens adultos (15-34 anos), ou seja, uma média de 5,9%, tenham consumido cocaína pelo menos uma vez na vida. Os valores nacionais variam entre 0,1% e 14,9%. A média europeia para o consumo de cocaína no último ano nesta faixa etária é estimada em 2,3% (cerca de 3 milhões) e para o consumo no último mês em 0,9% (1,5 milhões).

O consumo é particularmente elevado entre os jovens do sexo masculino (15-34 anos), com uma prevalência do consumo de cocaína no último ano entre 4% e 8,4% na Dinamarca, Espanha, Irlanda, Itália e no Reino Unido⁽⁸⁵⁾. Em 12 dos países que comunicaram dados, o rácio entre homens e mulheres no que respeita à prevalência do consumo de cocaína no último ano entre os jovens adultos é, pelo menos, de 2 para 1⁽⁸⁶⁾.

Inquéritos específicos e transversais à população revelaram que o consumo de cocaína está associado a determinados contextos e estilos de vida. Por exemplo, uma análise de dados do British Crime Survey 2008/09 concluiu que 14,2% dos jovens de 16 a 24 anos que tinham feito nove ou mais visitas a um clube nocturno no último mês referem ter consumido cocaína no último ano, para apenas 4,0% entre os que não tinham visitado qualquer clube nocturno (Hoare, 2009). Os inquéritos específicos recentemente efectuados em locais de dança ou de música electrónica na República Checa, Países Baixos, Áustria e Reino Unido revelaram uma taxa muito elevada de consumo de cocaína ao longo da vida, que varia entre 17,6% e 86%. O consumo de cocaína também pode ser directamente associado a estes locais: num inquérito aos frequentadores de clubes de Amesterdão, realizado em 2008, 4,6% dos 646 inquiridos disseram ter consumido cocaína na noite do inquérito, enquanto um inquérito *in loco* a 323 frequentadores de clubes do Reino Unido permitiu concluir que 22% tinha consumido ou tencionava consumir cocaína durante a noite.

⁽⁸⁴⁾ Ver dados sobre a pureza e o preço nos quadros PPP-3 e PPP-7 no Boletim Estatístico de 2010.

⁽⁸⁵⁾ Ver figura GPS-13 no Boletim Estatístico de 2010.

⁽⁸⁶⁾ Ver quadro GPS-5 (part iii) e (part iv) no Boletim Estatístico de 2010.

Quadro 8: Prevalência do consumo de cocaína na população em geral: resumo dos dados			
Faixa etária	Período de consumo		
	Ao longo da vida	Último ano	Último mês
15-64 anos			
Número estimado de consumidores na Europa	14 milhões	4 milhões	2 milhões
Média europeia	4,1%	1,3%	0,5%
Intervalo de variação	0,1%-9,4%	0,0%-3,1%	0,0%-1,5%
Países com prevalência mais baixa	Roménia (0,1%) Malta (0,4%) Lituânia (0,5%) Grécia (0,7%)	Roménia (0,1%) Grécia (0,1%) Hungria, Lituânia, Polónia (0,2%) Malta (0,3%)	Roménia, Grécia (0,0%) Malta, Suécia, Polónia, Lituânia, Estónia, Finlândia (0,1%)
Países com prevalência mais alta	Reino Unido (9,4%) Espanha (8,3%) Itália (7,0%) Irlanda (5,3%)	Espanha (3,0%) Reino Unido (3,0%) Itália (2,1%) Irlanda (1,7%)	Reino Unido (1,5%) Espanha (1,1%) Itália (0,7%) Irlanda (0,6%)
15-34 anos			
Número estimado de consumidores na Europa	8 milhões	3 milhões	1,5 milhões
Média europeia	5,9%	2,3%	0,9%
Intervalo de variação	0,1%-14,9%	0,1%-6,2%	0,0%-9,4%
Países com prevalência mais baixa	Roménia (0,1%) Lituânia (0,7%) Malta (0,9%) Grécia (0,1%)	Roménia (0,1%) Grécia (0,2%) Polónia, Lituânia (0,3%) Hungria (0,4%)	Roménia (0,0%) Grécia, Polónia, Lituânia (0,1%) Hungria, Estónia (0,2%)
Países com prevalência mais alta	Reino Unido (14,9%) Espanha (11,8%) Dinamarca (9,5%) Irlanda (8,2%)	Reino Unido (6,2%) Espanha (5,5%) Dinamarca (3,4%) Irlanda (3,1%)	Reino Unido (2,9%) Espanha (1,9%) Itália (1,1%) Irlanda (1,0%)
As estimativas da prevalência na Europa são baseadas em médias ponderadas dos inquéritos nacionais mais recentes realizados entre 2001 e 2008/9 (sobretudo 2004-2008), por isso não podem ser atribuídas a um único ano. A prevalência média para a Europa foi calculada por uma média ponderada de acordo com a população da faixa etária pertinente em cada país. Nos países em relação aos quais não existiam informações disponíveis, a prevalência média da UE foi imputada. Populações utilizadas como base: 15-64 (334 milhões) e 15-34 (133 milhões). Os dados aqui resumidos estão disponíveis em «Inquéritos à população em geral» no Boletim Estatístico de 2010.			

Os dados dos inquéritos à população em geral também revelam que a prevalência do consumo episódico de grandes quantidades de álcool⁽⁸⁷⁾ é muito mais elevada entre os consumidores de cocaína do que na população em geral (OEDT 2009d). Os Países Baixos referem igualmente a possibilidade de os consumidores tomarem cocaína para contrariar os efeitos da ingestão excessiva de álcool.

Consumo de cocaína entre a população escolar

As estimativas da prevalência do consumo de cocaína entre a população escolar são muito inferiores às do consumo de *cannabis*. No inquérito ESPAD 2007, a prevalência do consumo de cocaína ao longo da vida entre os estudantes de 15-16 anos foi de 1% a 2% em metade dos 28 países que forneceram dados. A maioria dos restantes países menciona níveis de prevalência de

3% a 4%, enquanto a França e o Reino Unido mencionam 5% e 6%, respectivamente. Nos países em que estão disponíveis dados relativos aos estudantes mais velhos (17-18 anos), a prevalência do consumo de cocaína ao longo da vida é geralmente mais alta, elevando-se a 8% em Espanha⁽⁸⁸⁾.

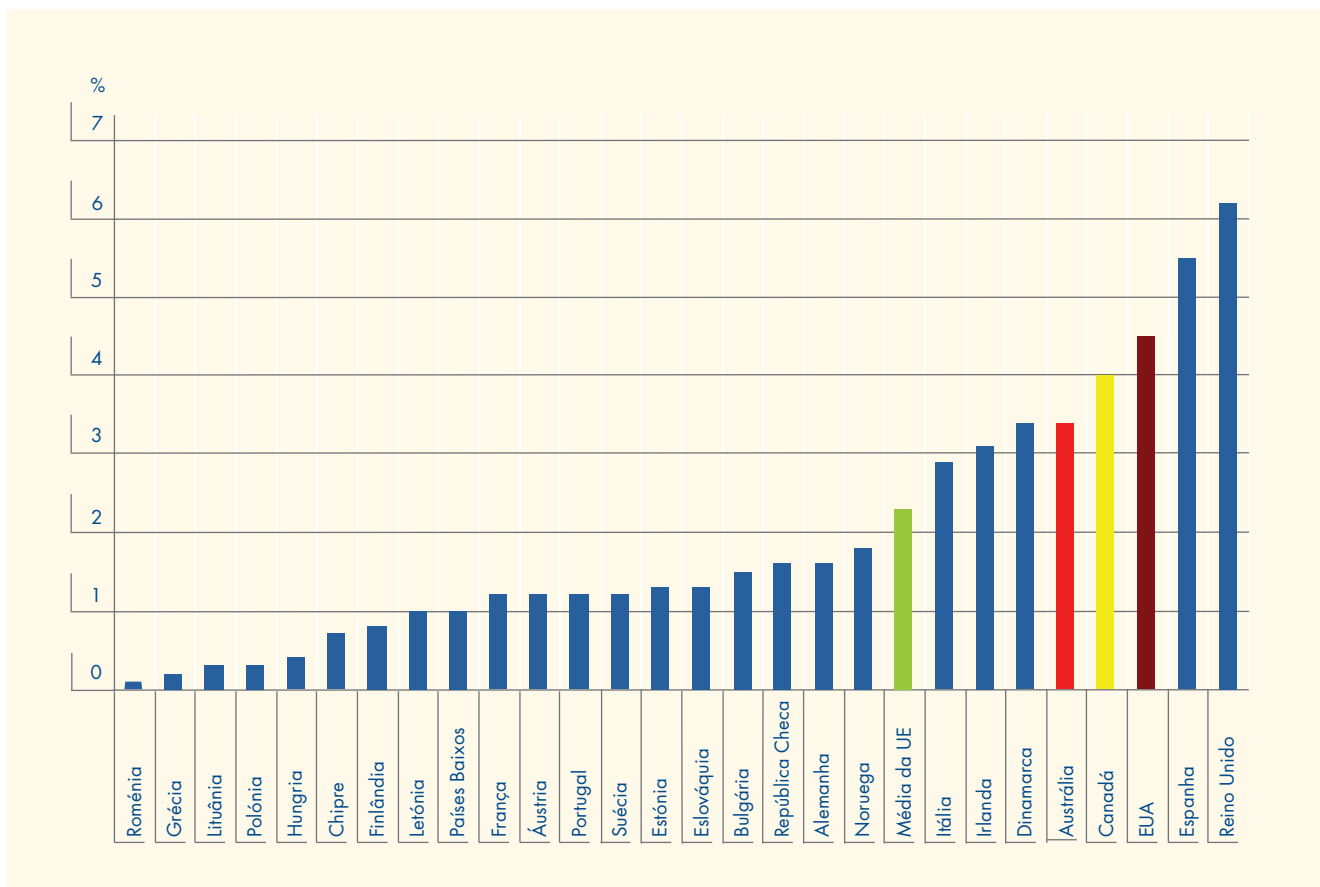
Comparações a nível internacional

Globalmente, a prevalência estimada do consumo de cocaína no último ano é menor entre os jovens adultos da União Europeia (2,3%) do que entre os da Austrália (3,4% entre jovens adultos de 14-39 anos), do Canadá (4%) e dos Estados Unidos (4,5% entre jovens adultos de 16-34 anos). Contudo, a Dinamarca menciona valores idênticos aos da Austrália, enquanto a Espanha e o Reino comunicam estimativas superiores às do Canadá e dos Estados Unidos (figura 7).

⁽⁸⁷⁾ Entendido como a ingestão de seis copos ou mais de uma bebida alcoólica na mesma ocasião, pelo menos uma vez por semana, nos últimos 12 meses.

⁽⁸⁸⁾ Ver quadros EYE-3 to EYE-10 no Boletim Estatístico de 2010.

Figura 7: Prevalência do consumo de cocaína no último ano entre os jovens adultos (15-34 anos) na Europa, na Austrália e nos Estados Unidos



NB: Os dados são do último inquérito disponível para cada país. A prevalência média europeia foi calculada como a média das prevalências nacionais ponderadas pela população nacional na faixa etária dos 15 aos 34 anos (2006, extraídos do Eurostat). Os dados dos Estados Unidos e da Austrália foram recalculados a partir dos resultados iniciais dos inquéritos à faixa etária dos 16 aos 34 anos e dos 14 aos 39 anos respectivamente. Ver figura GPS-20 no Boletim Estatístico de 2010 para mais informações.

Fonte: Pontos focais nacionais da Reitox.

SAMHSA (Estados Unidos), Office of Applied Studies. National survey on drug use and health, 2008.

Canadá: Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey.

Australian Institute of Health and Welfare 2008. 2007 National Drug Strategy Household Survey: detailed findings. Drug statistics series No 22. Cat. No PHE 107. Canberra: AIHW.

Tendências do consumo de cocaína

As tendências do consumo de cocaína na Europa têm seguido diferentes padrões. Nos dois países com a maior prevalência do consumo de cocaína (Espanha e Reino Unido), o consumo desta droga aumentou drasticamente no final da década de 1990, antes de evoluir para uma tendência mais estável, se bem que, em geral, crescente. Em três outros países, (Dinamarca, Irlanda e Itália), o aumento da prevalência foi menos acentuado e verificou-se mais tarde. Os níveis de consumo nestes países são, todavia, elevados para os padrões europeus. Entre os restantes países com inquéritos repetidos entre 1998 e 2008/09, a prevalência do consumo no último ano entre os jovens adultos (15-34 anos) parece mais estável, com níveis abaixo dos 2% durante o período em causa (figura 8).

Examinando as tendências mais recentes, entre os 15 países com inquéritos repetidos no período de 2003-2008, a prevalência no último ano entre os jovens adultos (15-34 anos) pelo menos duplicou, mas ainda assim manteve-se abaixo de 2% em três países (Bulgária, República Checa e Letónia), aumentou cerca de 50% em dois países (Irlanda e Reino Unido) e estabilizou ou diminuiu em oito países (Alemanha, Estónia, Lituânia, Hungria, Áustria, Polónia, Eslováquia e Finlândia).

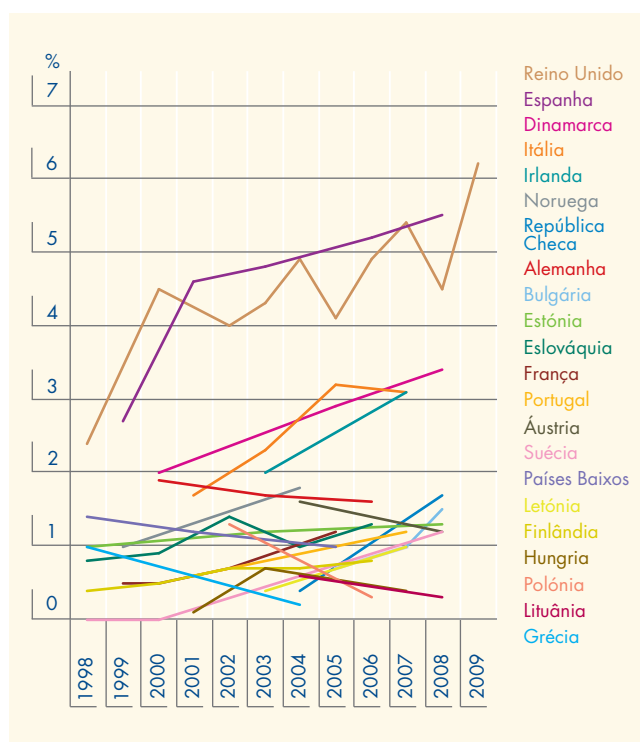
Nos inquéritos escolares ESPAD realizados em 2007, a prevalência do consumo de cocaína entre os estudantes de 15-16 anos aumentou pelo menos dois pontos percentuais desde 2003 em França, Chipre, Malta, Eslovénia e Eslováquia. O inquérito escolar espanhol constatou uma diminuição de dois pontos percentuais entre 2004 e 2007. Nos cinco países que realizaram

inquéritos escolares em 2008, não foram comunicadas alterações superiores a 1%.

Padrões de consumo de cocaína

Em alguns países europeus, um número significativo de pessoas só consome cocaína a título experimental, uma ou duas vezes na vida (Van der Poel e outros, 2009). Entre os consumidores de cocaína mais regulares ou intensivos é possível distinguir dois grandes grupos. O primeiro é constituído por consumidores «bem integrados socialmente», que tendem a consumir a cocaína ao fim-de-semana, em festas ou noutras ocasiões especiais, às vezes em grandes quantidades (consumos esporádicos excessivos) ou de forma frequente. Muitos desses consumidores dizem controlar o seu consumo de cocaína estabelecendo regras, por exemplo, em relação à quantidade, à frequência ou ao contexto do consumo (Decorte, 2000). Alguns deles podem sofrer de problemas de saúde relacionados com o consumo de cocaína ou evoluírem para padrões de consumo compulsivo que exigem tratamento. Os estudos sugerem, contudo, que uma percentagem substancial das pessoas com problemas relacionados com a cocaína pode recuperar sem um tratamento formal (Cunningham, 2000).

Figura 8: Tendências da prevalência do consumo de cocaína no último ano entre os jovens adultos (15-34 anos)



NB: Ver figura GPS-14 (parte i) no Boletim Estatístico de 2010 para mais informações.

Fonte: Pontos focais nacionais da Reitox.

O segundo grupo inclui os consumidores mais «marginalizados» ou «socialmente excluídos», incluindo os antigos ou actuais consumidores de opiáceos, que podem consumir *crack* ou cocaína injectada. Também incluídos neste grupo estão os consumidores intensivos de cocaína e cocaína *crack* pertencentes a grupos socialmente desfavorecidos, como os trabalhadores do sexo ou os imigrantes (Prinzleve e outros, 2004).

Consequências do consumo de cocaína para a saúde

É provável que as consequências do consumo de cocaína para a saúde estejam subestimadas. Isto deve-se, em parte, à natureza muitas vezes inespecífica ou crónica das patologias normalmente causadas pelo consumo de cocaína a longo prazo, e também às dificuldades em estabelecer nexos causais entre a doença e o consumo da droga⁽⁸⁹⁾. O consumo regular de cocaína, incluindo por inalação, pode ser associado a problemas cardiovasculares, neurológicos e psiquiátricos, bem como a um aumento do risco de acidentes e de transmissão de doenças infecto-contagiosas por via de sexo não protegido (Brugal e outros, 2009). Um estudo realizado nos Estados Unidos revelou também que cerca de 5% dos consumidores de cocaína podem tornar-se dependentes no primeiro ano de consumo, embora a percentagem de consumidores que desenvolve uma dependência a longo prazo não seja superior a cerca de 20% (Wagner e Anthony, 2002).

Alguns estudos realizados em países com níveis de consumo elevados indicam que uma percentagem considerável de problemas cardíacos em jovens poderá estar relacionada com o consumo de cocaína (Qureshi e outros, 2001). Nesses países, o consumo desta droga também parece estar envolvido numa percentagem significativa de emergências hospitalares relacionadas com drogas, por exemplo, em 32% dessas emergências nos Países Baixos e na maioria delas em Espanha e nos Estados Unidos. Um estudo recentemente efectuado em Espanha entre 720 consumidores regulares de cocaína, com idades compreendidas entre os 18 e os 20 anos, que não eram consumidores regulares de heroína, concluiu que 27% tinham sofrido uma intoxicação aguda por cocaína no último ano. Destes consumidores, 35% apresentaram sintomas de psicose (alucinações ou delírio) e mais de 50% dores no peito (Santos e outros, no prelo).

O consumo de cocaína injectada e de *crack* estão associados aos maiores riscos para a saúde (nomeadamente problemas cardiovasculares e de saúde mental). Estes riscos são geralmente agravados pela marginalização social e por problemas específicos

(89) Ver a caixa «Mortes causadas pela cocaína» no capítulo 7, p. 98.

adicionais, como os riscos associados à injeção, transmissão de doenças infecto-contagiosas e *overdoses* (OEDT, 2007c).

Globalmente, o consumo de cocaína na Europa parece estar a causar problemas de saúde significativos e com tendência a agravar-se, que ainda não foram inteiramente identificados e reconhecidos. Recentemente, a associação entre o consumo de cocaína e a ocorrência de crimes violentos no sector da diversão nocturna também tem sido motivo de preocupação (Measham e Moore, 2009).

O levamisol como agente adulterador da cocaína

Os agentes adulteradores ou «de corte» são substâncias intencionalmente adicionadas às drogas, sobretudo às drogas em pó, para aumentar o valor de venda e os lucros económicos das mesmas. Distinguem-se das impurezas, que são pequenas quantidades de substâncias indesejadas resultantes do processo de síntese (King, 2009).

A cocaína, devido ao seu valor elevado, pode ser várias vezes cortada com uma ou mais substâncias. Estas podem ser excipientes inertes (como os açúcares e o amido), que aumentam o volume da droga, mas também podem ser utilizados agentes adulteradores farmacologicamente activos para intensificar ou imitar os seus efeitos, ou melhorar a sua aparência. Nesta categoria incluem-se os analgésicos (por exemplo o paracetamol), os anestésicos locais (por exemplo a lidocaína), os anti-histamínicos (por exemplo, a hidroxizina), o diltiazem e a atropina (Meijers, 2007).

A utilização de levamisol (l-tetramisol) como agente adulterador da cocaína tem sido notificada nos Estados Unidos e na Europa desde 2004. O levamisol é utilizado como agente antiparasitário na medicina veterinária e foi anteriormente usado na medicina humana como imunoestimulante. Quando utilizado durante muito tempo e em altas doses, pode causar efeitos adversos, o mais alarmante dos quais é a agranulocitose (1).

O levamisol não é sistematicamente identificado nas apreensões de cocaína e raramente é quantificado. Contudo, as informações disponíveis indicam um aumento quer da percentagem de amostras de cocaína adulteradas com levamisol quer da concentração de levamisol na droga. Este facto levou o mecanismo europeu de alerta rápido (ver capítulo 8) a emitir um aviso e a proceder a uma recolha de dados adicional. Um alerta de saúde pública emitido nos Estados Unidos anunciou que mais de 70% das apreensões de cocaína analisadas em 2009 continham levamisol (2) e no final desse ano tinham sido notificados nesse país 20 casos confirmados ou prováveis de agranulocitose (com duas mortes). O número de casos relativamente ao número de consumidores de cocaína parece ser, todavia, muito baixo.

(1) A agranulocitose é uma doença hematológica que pode levar ao rápido desenvolvimento de infeções potencialmente mortais.

(2) SAMHSA, comunicado de imprensa.

Consumo problemático de cocaína e procura de tratamento

Os consumidores regulares de cocaína, os que a consomem durante longos períodos e os que a injectam são definidos, pelo OEDT, como consumidores problemáticos de cocaína. As estimativas da dimensão desta população oferecem uma ideia aproximada do número de pessoas potencialmente necessitadas de tratamento. Os consumidores problemáticos de cocaína socialmente bem integrados encontram-se, todavia, subestimados nestas estimativas, apesar de também poderem precisar de tratamento. Apenas estão disponíveis estimativas nacionais relativas aos consumidores problemáticos de cocaína para a Itália, havendo também estimativas regionais e relativas à cocaína-crack para o Reino Unido (Inglaterra). Em Itália, o número de consumidores problemáticos de cocaína foi estimado em cerca de 172 000 (4,2 a 4,6 casos por 1 000 habitantes dos 15 aos 64 anos) em 2008 (90). Os dados das tendências relativas ao consumo problemático de cocaína e outras fontes de dados apontam para um aumento do consumo de cocaína em Itália.

O consumo de *crack*, que é muito raro entre os consumidores de cocaína bem integrados socialmente, verifica-se principalmente entre grupos marginalizados e desfavorecidos, como os trabalhadores do sexo e os consumidores problemáticos de opiáceos e, por vezes, entre minorias étnicas específicas (por exemplo, França, Países Baixos e Reino Unido). É sobretudo observado em algumas cidades europeias (Prinzleve e outros, 2004; Connolly e outros, 2008). A maior parte dos pedidos de tratamento relacionados com o consumo de *crack* e das apreensões desta droga na Europa, são comunicados pelo Reino Unido. O consumo de *crack* é considerado como uma componente importante do problema de droga da cidade de Londres. As estimativas do consumo problemático de cocaína *crack* em Inglaterra em 2006/2007 variam entre 1,4 e 17,0 casos por 1 000 habitantes com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos, com uma média nacional de 5,2 a 5,6 casos por milhão de habitantes (91). Estima-se que mais de dois terços dos consumidores problemáticos de *crack* também são consumidores problemáticos de opiáceos.

Nos países que têm os níveis de prevalência mais elevados, a cocaína em pó ou a cocaína *crack* são frequentemente usadas por consumidores de opiáceos em tratamento de substituição (principalmente em Espanha, Itália, Países Baixos e Reino Unido). O consumo de cocaína e de álcool por esses doentes também estão correlacionados.

(90) Ver quadro PDU-102 (parte i) no Boletim Estatístico de 2010.

(91) Ver quadro PDU-103 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2010.

Procura de tratamento

Em 2008, a cocaína, principalmente a cocaína em pó, foi citada como principal razão para iniciar o tratamento por cerca de 17% dos utentes, o que corresponde a cerca de 70 000 casos notificados em 27 países europeus. Entre os utentes que iniciam o tratamento pela primeira vez na vida, a percentagem de consumidores de cocaína como droga principal era mais elevada (24%).

Os países revelam grandes diferenças no que respeita à percentagem e ao número de utentes consumidores de cocaína como droga principal. As percentagens mais elevadas são comunicadas pela Espanha (46%), os Países Baixos (33%) e a Itália (28%). Na Bélgica, na Irlanda, em Chipre, no Luxemburgo e no Reino Unido, os utentes consumidores de cocaína representam entre 11% e 15% dos utentes. Nos restantes países europeus, a cocaína é responsável por menos de 10% dos utentes do tratamento da toxicod dependência, sendo que oito países indicam uma percentagem inferior a 1% ⁽⁹²⁾.

O número de utentes que inicia o tratamento da toxicod dependência por consumo de cocaína como droga principal tem vindo a aumentar na Europa desde há vários anos, embora esta tendência seja fortemente influenciada por um pequeno número de países (Espanha, Itália, Países Baixos, Reino Unido). Segundo as informações fornecidas por 17 países, o número de utentes consumidores de cocaína que iniciaram o tratamento aumentou de cerca de 37 000 em 2003 para 52 000 em 2008 e a respectiva percentagem de 17% para 19% do total de utentes. Entre os utentes que iniciaram o tratamento da toxicod dependência pela primeira vez, o número de consumidores de cocaína aumentou de cerca de 18 000 para 28 000 e a sua percentagem de 22% para 27% (com base em 18 países). Nos países com maior número de utentes consumidores de cocaína, verifica-se, desde 2005, uma situação estável ou uma tendência decrescente no número e na percentagem de novos utentes que citam a cocaína como droga principal em Espanha, Itália e Países Baixos, embora o Reino Unido registe um aumento ⁽⁹³⁾.

Perfil dos utentes de tratamento

Quase todos os utentes consumidores de cocaína são notificados pelos centros de tratamento em regime ambulatório, embora alguns consumidores dessa droga

possam ser tratados em clínicas privadas, que quase não estão representadas no actual sistema de monitorização.

Os utentes de tratamento em regime ambulatório por consumo de cocaína apresentam um dos mais elevados rácios entre homens e mulheres (cinco homens para cada mulher) e uma das médias de idades mais elevadas (cerca de 32 anos) observados nos utentes do tratamento da toxicod dependência. É o que acontece, designadamente, em alguns países com números elevados de utentes consumidores de cocaína como droga principal, especialmente a Itália, onde o rácio entre homens e mulheres é de 6 para 1 e a média de idades de 34 anos. Os consumidores de cocaína como droga principal dizem ter iniciado o consumo dessa droga com uma idade mais elevada (22,3 anos, 87% antes dos 30 anos) do que os consumidores de outras drogas primárias, e o intervalo de tempo médio entre o primeiro consumo de cocaína e o primeiro tratamento é de cerca de nove anos.

A maioria dos utentes consumidores de cocaína aspiram (63%) ou fumam (31%) a droga, sendo apenas 3% os que dizem injectá-la ⁽⁹⁴⁾. Quase metade destes utentes consumiu a droga uma a seis vezes por semana no mês anterior ao início do tratamento, 26% consumiram-na diariamente e 25% não a consumiram durante esse período ⁽⁹⁵⁾. Uma análise realizada em 14 países, em 2006, revelou que cerca de 63% dos utentes consumidores de cocaína consomem várias drogas. Entre eles, 42% também consomem álcool, 28% *cannabis* e 16% heroína. A cocaína também é muitas vezes mencionada como droga secundária entre 32% dos utentes de tratamento em regime ambulatório, principalmente consumidores de heroína como droga principal (OEDT, 2009d).

Em 2008, cerca de 10 000 utentes iniciaram o tratamento em regime ambulatório por consumo de cocaína-crack como droga principal, o que equivale a 16% do total de utentes consumidores de cocaína e a 3% do total de consumidores de droga tratados em regime ambulatório. A maioria dos utentes consumidores de crack (cerca de 7 500) são maioritariamente notificados pelo Reino Unido, onde representam 42% dos utentes consumidores de cocaína em tratamento e 5,6% de todos os consumidores de droga em tratamento. Os Países Baixos também referem que os consumidores de crack constituem uma percentagem significativa do total de utentes que iniciaram o tratamento em 2008 ⁽⁹⁶⁾.

⁽⁹²⁾ Ver figura TDI-2 e quadros TDI-5 (part i) e (part ii) e TDI-24 no Boletim Estatístico de 2010; os dados da Espanha referem-se a 2007.

⁽⁹³⁾ Ver figuras TDI-1 e TDI-3 no Boletim Estatístico de 2010.

⁽⁹⁴⁾ Ver quadro TDI-17 (parte iv) no Boletim Estatístico de 2010.

⁽⁹⁵⁾ Ver quadro TDI-18 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2010.

⁽⁹⁶⁾ A partir de 2008, os Países Baixos passaram a classificar os utentes consumidores de cocaína que dizem fumar a droga como via de administração como consumidores de crack, o que levou a um aumento acentuado do seu número relativamente aos valores comunicados nos anos anteriores. É possível que também haja uma identificação insuficiente dos utentes consumidores de crack noutros países.

Globalmente, foram identificados dois grupos principais de consumidores de cocaína em tratamento: pessoas socialmente bem integradas, que consomem cocaína em pó, e um grupo de utentes mais marginalizados, que consomem cocaína, muitas vezes cocaína-crack, associada a opiáceos. O primeiro grupo, normalmente, afirma que aspira a droga e, por vezes, que a consome em conjunto com outras substâncias, como o álcool ou a *cannabis*, mas não com opiáceos. Alguns membros deste grupo são encaminhados para tratamento pelo sistema judicial. O segundo grupo menciona frequentemente o consumo de droga injectada, consome cocaína e opiáceos, por vezes fuma crack, e apresenta condições de saúde e sociais precárias. Neste grupo, incluem-se antigos consumidores de heroína que reiniciam o tratamento da toxicod dependência por consumo de cocaína, podendo ser difícil a identificação da droga principal (NTA, 2010) ⁽⁹⁷⁾.

Tratamento e redução dos danos

Oferta de tratamento

Na Europa, o tratamento da dependência da cocaína e da cocaína crack é normalmente oferecido em serviços especializados de tratamento em regime ambulatorio. Sem um tratamento farmacológico eficaz actualmente disponível, os utentes consumidores de cocaína recebem tratamento psicossocial, como o aconselhamento e as terapias cognitivas-comportamentais. Alguns países têm orientações para o tratamento dos problemas causados pela cocaína (por exemplo, Alemanha e Reino Unido). As orientações do Reino Unido recomendam, consoante as necessidades do utente, três a vinte sessões de tratamento destinadas a solucionar a ambivalência a respeito da mudança, melhorar o reconhecimento e o controlo dos estímulos e impulsos conducentes ao consumo de cocaína, reduzir os riscos relacionados com esta droga e evitar as recaídas (NTA, 2006).

Na Europa, o tratamento farmacológico é geralmente utilizada para aliviar os sintomas de dependência da cocaína, sobretudo a ansiedade. Um estudo qualitativo sobre as actuais práticas de tratamento da dependência da cocaína em França concluiu que, não obstante as provas da sua eficácia serem limitadas, eram receitados medicamentos específicos, como o metilfenidato, o modafinil ou o topiramato, para reduzir a ânsia de droga ou como tratamento de substituição (Escots e Suderie, 2009).

Os centros públicos de tratamento da toxicod dependência na Europa, estão sobretudo orientados para as necessidades dos consumidores de opiáceos, e os consumidores de cocaína em pó, bem integrados

socialmente, podem ter relutância em apresentar-se a tratamento devido ao estigma que consideram estar-lhe associado. A Dinamarca, a Irlanda, a Itália e a Áustria desenvolveram, por isso, programas específicos para esta população. Uma característica que todos têm em comum é a oferta de tratamento fora do horário de abertura normal para não colidir com os compromissos profissionais e assegurar a discricção.

Dois estudos recentes investigaram a eficácia do tratamento psicossocial oferecido aos consumidores de cocaína em pó (NTA, 2010) e de cocaína crack (Marsden e outros, 2009) nos centros de tratamento ingleses. Ambos os estudos compararam as mudanças no consumo de droga antes e após seis meses de tratamento (ou menos tempo se os doentes tivessem tido alta). No primeiro estudo, 61% dos consumidores de cocaína em pó (1 864 de 3 075) tinham deixado de a consumir e outros 11% tinham reduzido significativamente o seu consumo. No segundo estudo, 52% dos consumidores de cocaína crack (3 941 de 7 636) mantinham a abstinência ao fim de seis meses de tratamento. Uma conclusão menos positiva foi a de que o tratamento de substituição dos opiáceos não era tão eficaz com os utentes que consumiam heroína e cocaína crack como com aqueles que só consumiam heroína. Esta conclusão confirma os efeitos prejudiciais do consumo concomitante de cocaína ou cocaína crack nos resultados do tratamento de substituição e realça a necessidade de desenvolver novas estratégias para tratar a dependência combinada da heroína e da cocaína ou da cocaína crack.

Vacina contra a cocaína

No início da década de 1990, foi pela primeira vez testada uma vacina contra a cocaína em estudos com animais. Essa vacina, uma vez administrada, induz a produção de anticorpos que se ligam às moléculas de cocaína na corrente sanguínea e permitem, deste modo, que enzimas de origem natural as convertam em moléculas inactivas.

O primeiro ensaio controlado aleatoriamente da vacina foi realizado nos Estados Unidos e envolveu 115 pessoas em tratamento de substituição dos opiáceos. O estudo constatou que as pessoas que receberam a vacina e adquiriram um nível suficiente de anticorpos permaneceram abstinentes. No entanto, apenas cerca de quatro em cada dez (38%) consumidores de opiáceos vacinados atingiram um nível de anticorpos capaz de bloquear a cocaína durante dois meses (Martell e outros, 2009). Foram observados resultados semelhantes num estudo posterior de dez homens fumadores de cocaína, que eram dependentes desta droga e não pretendiam receber tratamento.

⁽⁹⁷⁾ Ver quadros TDI-10, TDI-11 (parte iii), TDI-21 e TDI-103 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2010.

Estudos recentes sobre o tratamento da dependência de cocaína

Foram avaliadas mais de 50 drogas diferentes para o tratamento da dependência da cocaína. Até agora, nenhuma foi considerada claramente eficaz, e nem a Agência Europeia de Medicamentos nem a American Food and Drug Administration aprovaram qualquer medicamento para esse fim (Kleber e outros, 2007). Contudo, estão registados mais de 100 ensaios controlados aleatoriamente para testar novas substâncias, por vezes, em associação com intervenções psicológicas.

A utilização de dissulfiram, uma substância que interfere com o metabolismo do álcool, foi associada a uma redução do consumo de cocaína em doentes que também sofriam de alcoolismo. A redução foi atribuída à diminuição da desinibição e das dificuldades de raciocínio associadas ao álcool. Estudos recentes também constataram que o dissulfiram produzia um impacto directo no metabolismo da cocaína. No entanto, devido à qualidade limitada dos dados, foi sugerido que os médicos devem comparar os possíveis benefícios com os potenciais efeitos nocivos do dissulfiram (Pani e outros, 2010).

A utilização de vários agentes anticonvulsivos foi avaliada em 15 estudos com 1 066 doentes, no total (Minozzi e outros, 2009). Essas drogas não mostraram uma eficácia significativamente superior ao placebo no que respeita a manter os doentes em tratamento, reduzir o número e o tipo de efeitos secundários ou diminuir o consumo de cocaína. Vários agentes antipsicóticos foram avaliados em sete estudos envolvendo 293 doentes (Amato e outros, 2009). Os estudos foram, de um modo geral, demasiado pequenos para confirmar os possíveis efeitos desses medicamentos, mas os resultados disponíveis não apoiam a sua utilização no tratamento da dependência da cocaína.

Entre os doentes em tratamento de substituição dos opiáceos, constatou-se que a utilização da bupropiona, da dextroanfetamina e do modafinil está associada a taxas de manutenção da abstinência de cocaína superiores às obtidas com um placebo (Castells e outros, 2010).

Entre as intervenções não farmacológicas, houve intervenções psicossociais que produziram resultados positivos em termos de redução das taxas de abandono do tratamento, diminuição do consumo de cocaína e aumento da assiduidade, sobretudo quando realizadas em conjunto com a gestão de contingência associada a certificados (Knapp e outros, 2007). Vários estudos actualmente em curso procuram investigar de forma mais aprofundada os efeitos das intervenções baseadas

em incentivos, em alguns casos associadas a terapia comportamental e a intervenções farmacológicas. Por último, o tratamento com acupunctura auricular não obteve resultados significativos (Gates e outros, 2006).

Redução dos danos

As intervenções de redução dos danos direccionadas para os consumidores problemáticos de *crack* e de cocaína constitui uma nova área de actividade em muitos Estados-Membros. Uma das razões para a pouca oferta de intervenções neste domínio, sobretudo para consumidores de *crack*, poderá residir no facto de os profissionais mais envolvidos nestes cuidados conhecerem mal esta droga, o grupo-alvo e as suas necessidades. Uma análise recente das intervenções de redução dos danos dirigidas a consumidores de estimulantes concluiu que se tinha dado mais atenção à especificação dos danos relacionados com a cocaína do que ao desenvolvimento de intervenções para os reduzir (Grund e outros, 2010).

Os Estados-Membros oferecem, habitualmente, aos consumidores de cocaína injectada os mesmos serviços e meios oferecidos aos consumidores de opiáceos, incluindo: recomendações para um consumo mais seguro, formação para uma injeção mais segura e programas de troca de agulhas e seringas. No entanto, o consumo de cocaína injectada pode estar associado a um aumento dos riscos de partilha de equipamentos e de injeção frequente, susceptíveis de causar um colapso das veias e induzir à injeção em zonas do corpo mais perigosas (por exemplo, pernas, mãos, pés e virilhas). Por conseguinte, as recomendações para um consumo mais seguro devem ser adaptadas a estes riscos específicos, devendo evitar-se nestes casos as políticas de troca de seringas. Devido à elevada frequência com que as injeções podem ser administradas, o fornecimento de equipamentos esterilizados aos consumidores de droga injectada não deve sofrer restrições (van Beek e outros, 2001). As estruturas de redução de danos de alguns países (Espanha e França) também fornecem cachimbos de *crack* limpos.

As intervenções de redução dos danos dirigidas aos consumidores de cocaína em pó em contextos recreativos assentam sobretudo na sensibilização. Os programas oferecem aconselhamento e informação aos jovens sobre os riscos associados ao consumo de álcool e de droga em geral, incluindo normalmente materiais sobre os riscos do consumo de cocaína. Para além da sensibilização, praticamente não existem opções de redução dos danos destinadas a este grupo-alvo, que constitui a grande maioria dos consumidores de cocaína na Europa.



Capítulo 6

Consumo de opiáceos e droga injectada

Introdução

O consumo de heroína, sobretudo injectada, tem estado estreitamente associado a problemas sociais e de saúde pública na Europa desde a década de 1970. Actualmente, esta droga ainda é responsável pela maior parte da morbilidade e da mortalidade relacionadas com o consumo de droga na União Europeia. No final da década de noventa do século passado e durante os primeiros anos do século XXI, observou-se uma diminuição do consumo de heroína e dos problemas a ele associados, embora dados mais recentes sugiram que, em alguns países, esta tendência pode ter-se invertido. Além disso, as informações sobre o consumo de opiáceos sintéticos, como o fentanil, e a injeção de drogas estimulantes, como a cocaína ou as anfetaminas, reflectem a natureza cada vez mais multifacetada do consumo problemático de droga na Europa.

Oferta e disponibilidade

Historicamente, a heroína importada tem sido oferecida sob duas formas no mercado de drogas ilícitas da Europa: a heroína castanha (forma química de base), de maior disponibilidade, principalmente proveniente do Afeganistão; e a heroína branca (forma de sal), que é habitualmente originária do Sudeste Asiático, embora esta forma seja consideravelmente menos comum. Além disso, existem drogas opiáceas produzidas na Europa, principalmente produtos caseiros obtidos a partir da papoila (como a palha de papoila e o concentrado de papoila, obtido por trituração de caules e cabeças desta planta) em alguns países da Europa Oriental (por exemplo, Letónia e Lituânia).

Produção e tráfico

A heroína consumida na Europa é maioritariamente produzida no Afeganistão, que é responsável pela maior parte da produção ilegal mundial de ópio. Os outros países produtores são Mianmar, que abastece sobretudo os mercados do Leste e do Sudeste Asiático, o Paquistão, o Laos, seguido pelo México e pela Colômbia,

considerados como os maiores fornecedores de heroína para os Estados Unidos (UNODC, 2009). Estima-se que a produção mundial de ópio diminuiu, depois de atingir um ponto alto em 2007, sobretudo devido a uma diminuição da produção afegã de 8 200 toneladas para cerca de 6 900 toneladas em 2009. A estimativa mais recente da possível produção mundial de heroína é de 657 toneladas, abaixo dos níveis estimados de cerca de 750 toneladas em 2007 e 2008 (UNODC, 2010b).

A heroína chega à Europa principalmente por duas rotas de tráfico. A rota dos Balcãs, historicamente importante, traz a heroína produzida no Afeganistão

Quadro 9: Produção, apreensões, preço e pureza da heroína

Produção e apreensões	Heroína
Estimativa da produção mundial (toneladas)	657
Quantidade apreendida a nível mundial (toneladas)	
Heroína	75
Morfina	17
Quantidade apreendida (toneladas) na UE e na Noruega (incluindo Croácia e Turquia)	8 (24)
Número de apreensões na UE e na Noruega (incluindo Croácia e Turquia)	54 400 (56 600)
Preço e pureza na Europa ⁽¹⁾	Heroína castanha
Preço médio de venda a retalho (euros por grama)	
Varição (Intervalo interquartilico) ⁽²⁾	25 a 133 (33 a 80)
Pureza média (%)	7 a 43
Varição	
NB:	Todos os dados são relativos a 2008, excepto a estimativa da produção mundial potencial excepto as estimativas da produção mundial que são referentes a 2009.
Fonte:	UNODC (2010b) para os valores a nível mundial, pontos focais nacionais da Reitox para os dados europeus.
⁽¹⁾	Uma vez que poucos países mencionam o preço de venda a retalho e a pureza da heroína branca, esses dados não são apresentados no quadro, mas podem ser consultados nos quadros PPP-2 e PPP-6 no Boletim Estatístico de 2010.
⁽²⁾	Intervalo da metade central do preço ou pureza médios notificados.

através do Paquistão, do Irão e da Turquia, atravessando depois outros países de trânsito ou de destino (Albânia, Hungria, Bulgária, República Checa, antigas repúblicas iugoslavas, Roménia, Eslováquia, Áustria e Itália). A heroína também entra na Europa pela «rota da seda» através da Ásia Central e da Rússia, atravessando depois a Bielorrússia, a Polónia e a Ucrânia com destino, nomeadamente, aos países escandinavos, via Lituânia (INCB, 2010b). Na União Europeia, os Países Baixos e, em menor grau, a Bélgica, desempenham um papel importante como pólos de distribuição secundários.

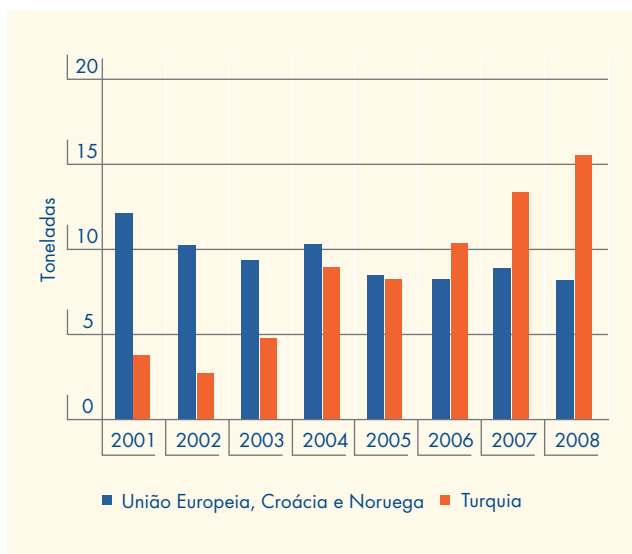
Apreensões

As apreensões de ópio registadas a nível mundial aumentaram acentuadamente entre 2007 e 2008, de 510 para 657 toneladas (quadro 9). O Irão foi responsável por mais de 80% e o Afeganistão por cerca de 7% das apreensões. As apreensões mundiais de heroína notificadas aumentaram para 75 toneladas em 2008, enquanto as apreensões mundiais de morfina diminuíram para 17 toneladas (UNODC, 2010b).

Na Europa, um número estimado de 56 600 operações levaram à apreensão de 23,6 toneladas de heroína em 2008. O Reino Unido continuou a notificar o maior número de apreensões, ao passo que a Turquia voltou a notificar a maior quantidade apreendida, 15,5 toneladas em 2008 ⁽⁹⁸⁾. Os dados relativos aos anos de 2003 a 2008 de 26 países que forneceram informações indicam que o número de apreensões aumentou desde 2003. A tendência global registada na quantidade de heroína apreendida na Turquia difere da observada na União Europeia (figura 9). Enquanto a Turquia informava que a quantidade de heroína apreendida entre 2003 e 2008 tinha aumentado três vezes, a quantidade apreendida na União Europeia registou uma diminuição limitada durante este período, devido principalmente às diminuições registadas em Itália e no Reino Unido, os dois países que apreenderam as maiores quantidades na União Europeia ⁽⁹⁹⁾.

As apreensões mundiais de anidrido acético (utilizado no fabrico de heroína) aumentaram de 57 300 litros em 2007 para 199 300 litros em 2008, tendo as maiores quantidades apreendidas sido notificadas pela Eslovénia (86 100 litros) e pela Hungria (63 600 litros). O INCB incentiva a Comissão Europeia e os Estados-Membros da UE a prevenir o desvio de anidrido acético do mercado interno (INCB, 2010a).

Figura 9: Quantidades estimadas de heroína apreendida na União Europeia, na Croácia, na Noruega e na Turquia



NB: A quantidade total de heroína apreendida baseia-se nos dados de todos os países que comunicaram informações ao OEDT (27 Estados-Membros da UE, Croácia, Turquia e Noruega). Os dados em falta foram extrapolados a partir de dados relativos aos anos imediatamente anterior ou posterior.

Fonte: Pontos focais nacionais da Reitox.

Pureza e preço

Em 2008, a pureza média da heroína castanha analisada na maioria dos países que forneceram dados variou entre 15% e 30%; registaram-se valores médios inferiores em França (11%), na Áustria (apenas retalho, 11%) e na Turquia (apenas retalho, 7%) e valores mais elevados na Bulgária (31%), em Portugal (32%), na Roménia (43%) e na Noruega (31%). Entre 2003 e 2008, a pureza da heroína castanha aumentou em oito países, mantendo-se estável ou diminuindo noutros quatro. A pureza média da heroína branca era geralmente mais elevada (30%-50%) nos poucos países europeus que apresentaram dados ⁽¹⁰⁰⁾.

O preço de venda a retalho da heroína castanha continuou a ser mais elevado nos países nórdicos do que no resto da Europa, comunicando a Suécia um preço médio de 133 euros por grama e a Dinamarca de 107 euros. Em oito outros países que comunicaram dados, o preço de venda a retalho da heroína castanha variou entre 25 euros e 80 euros por grama. No período de 2003-2008, o preço de venda a retalho da heroína castanha aumentou em cinco dos nove países europeus que comunicaram séries de tendências ao longo do tempo e diminuiu em quatro. Em 2008, nos poucos países que forneceram informações, o preço médio de

⁽⁹⁸⁾ Ver quadros SZR-7 e SZR-8 no Boletim Estatístico de 2010. Note-se que, quando não existem dados relativos a 2008, são utilizados os dados a 2007 correspondentes para calcular os totais europeus.

⁽⁹⁹⁾ Esta análise é preliminar, uma vez que os dados relativos ao Reino Unido ainda não estão disponíveis para 2008.

⁽¹⁰⁰⁾ Ver quadros PPP-2 e PPP-6 no Boletim Estatístico 2010 para os dados relativos à pureza e ao preço.

venda a retalho da heroína branca variou entre 24 euros e 213 euros por grama.

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 o consumo de droga injectada e o consumo de opiáceos, embora em alguns países os consumidores de anfetaminas ou de cocaína constituam uma componente importante. Dada a prevalência relativamente baixa e a natureza oculta deste tipo de consumo de droga, é necessário fazer extrapolações estatísticas para obter estimativas da prevalência a partir das fontes de dados disponíveis (principalmente dados de tratamento da toxic dependência e dados fornecidos pelas autoridades responsáveis pela aplicação da lei). A maioria dos países pode fornecer estimativas específicas dos «consumidores problemáticos de opiáceos», mas importa assinalar que estes consomem, frequentemente, múltiplas drogas e que os valores relativos à prevalência são, de um modo geral, muito mais elevados nas zonas urbanas e entre os grupos socialmente excluídos.

As estimativas da prevalência do consumo problemático de opiáceos nos países europeus, durante o período de 2003-2008, variam aproximadamente entre um e oito casos por 1 000 habitantes entre os 15 e os 64 anos (figura 10); estima-se que a prevalência global do consumo problemático de droga varie entre dois a dez casos por 1 000 habitantes. Os países que comunicam as estimativas mais elevadas, bem documentadas, do consumo problemático de opiáceos são a Irlanda, Malta, Itália e Luxemburgo, sendo as estimativas mais baixas mencionadas pela República Checa, Chipre, Letónia, Polónia e Finlândia (tanto a República Checa como a Finlândia comunicam estimativas de um grande número de consumidores problemáticos de anfetaminas). Apenas a Turquia menciona valores inferiores a um caso por 1 000 habitantes entre os 15 e os 64 anos.

Estima-se que a prevalência média do consumo problemático de opiáceos na União Europeia e na Noruega se situe entre 3,6 e 4,4 casos por 1 000 habitantes entre os 15 e os 64 anos, o que corresponde a cerca de 1,35 milhões (1,2-1,5 milhões)

de consumidores problemáticos de opiáceos na UE e na Noruega em 2008 ⁽¹⁰¹⁾. Esta estimativa inclui utentes em tratamento de substituição, mas é possível que os reclusos, sobretudo os que estão a cumprir penas mais longas, estejam sub-representados.

Consumidores de opiáceos em tratamento

Os opiáceos continuaram a ser mencionados como as principais drogas de consumo pela maioria dos consumidores (53%) que iniciaram tratamento especializado da toxic dependência, em 2008 na Europa, sendo a heroína indicada por 48% dos utentes ⁽¹⁰²⁾. Contudo, existem diferenças consideráveis a nível europeu quanto à percentagem dos consumidores que iniciam o tratamento devido a problemas relacionados com estas drogas, correspondendo os utentes consumidores de opiáceos a mais de 90% das pessoas que iniciam o tratamento na Bulgária, na Estónia e na Eslovénia, entre 50% e 90% em 15 países, e entre 10% e 49% noutros nove ⁽¹⁰³⁾. Para além dos cerca de 200 000 utentes que em 2008 iniciaram o tratamento indicando os opiáceos como droga principal, outros 47 000 consumidores de outras drogas mencionaram os opiáceos como droga secundária ⁽¹⁰⁴⁾.

Muitos consumidores de opiáceos estão inscritos em programas de cuidados prolongados, em particular tratamentos de substituição. Este facto reflecte-se numa percentagem mais elevada dos consumidores de opiáceos como droga principal entre os consumidores em tratamento de anos anteriores. Uma análise recente dos dados fornecidos por nove países concluiu que os consumidores de opiáceos como droga principal correspondiam a 61% dos utentes em tratamento mencionados, mas somente a 38% dos utentes que iniciaram o tratamento pela primeira vez ⁽¹⁰⁵⁾.

Tendências do consumo problemático de opiáceos

O reduzido número de estimativas repetidas da incidência e da prevalência do consumo problemático de opiáceos, juntamente com a incerteza estatística que rodeia cada uma das estimativas, contribuem para dificultar a monitorização das tendências ao longo do tempo. Os dados de oito países com estimativas da prevalência repetidas durante o período de 2003-2008 sugerem, porém, uma situação relativamente estável. Um aumento aparente observado na Áustria até 2005 não

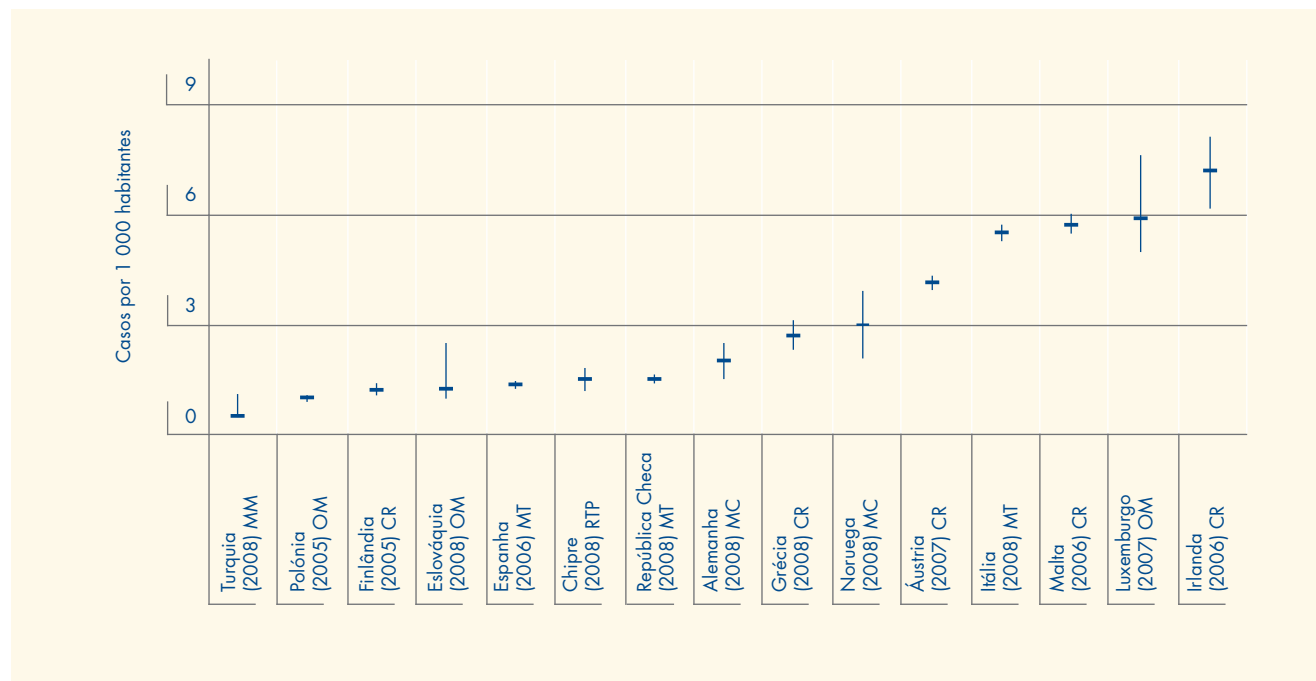
⁽¹⁰¹⁾ Esta estimativa foi ajustada de 1,4 para 1,35 milhões com base em novos dados. Devido aos grandes intervalos de confiança e ao facto de a estimativa se basear em dados de anos diferentes, não é possível concluir que houve uma diminuição da prevalência do consumo problemático de opiáceos na Europa.

⁽¹⁰²⁾ Ver figura TDI-2 (parte ii), quadros TDI-5 e TDI-113 no Boletim Estatístico de 2010.

⁽¹⁰³⁾ Ver quadro TDI-5 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2010.

⁽¹⁰⁴⁾ Ver quadro TDI-22 no Boletim Estatístico de 2010.

⁽¹⁰⁵⁾ Ver quadro TDI-38 no Boletim Estatístico de 2010.

Figura 10: Estimativas da prevalência anual do consumo problemático de opiáceos (população com idades entre 15-64 anos)

NB: Um sinal horizontal indica uma estimativa pontual; um sinal vertical indica um intervalo de incerteza: um intervalo de confiança de 95%, ou um intervalo baseado numa análise de sensibilidade. 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. Foram usadas faixas etárias não habituais nos estudos da Finlândia (15-54), de Malta (12-64) e da Polónia (todas as idades). As três taxas foram ajustadas à população da faixa etária dos 15 aos 64 anos. No caso da Alemanha, o intervalo representa os limites mais alto e mais baixo de todas as estimativas existentes, e a estimativa pontual constitui uma média simples dos pontos intermédios. Os métodos de cálculo estão abreviados: CR, Captura/recaptura; MT, Multiplicador de tratamento; MM, Multiplicador de mortalidade; MC, Métodos combinados; RTP, Regressão truncada de Poisson; OM, Outros métodos. Para informações mais pormenorizadas, ver figura PDU-1 (parte ii) e quadro PDU-102 no Boletim Estatístico de 2010.

Fonte: Pontos focais nacionais da Reitox.

é confirmado pela estimativa mais recente, que se situa abaixo do nível de 2003. A Irlanda registou um aumento entre 2001 e 2006, menos acentuado em Dublin (21%) do que fora da capital (164%)⁽¹⁰⁶⁾.

Mesmo nos casos em que não existem estimativas adequadas e actualizadas da incidência e da prevalência do consumo problemático de opiáceos, pode ser possível analisar as tendências ao longo do tempo utilizando outros dados, sobretudo indicadores indirectos, como os relativos à procura de tratamento. Com base numa amostra de 19 países, o número global de consumidores de heroína como droga principal que iniciaram o tratamento, bem como o dos que iniciaram o tratamento pela primeira vez, aumentou no período de 2003 a 2008⁽¹⁰⁷⁾. Num período mais recente, o número de consumidores que têm opiáceos como droga principal que iniciaram o tratamento aumentou em 11 países entre 2007 e 2008. No que se refere aos que iniciaram o tratamento

pela primeira vez, globalmente a tendência crescente estabilizou em 2008, embora seis países tenham comunicado aumentos⁽¹⁰⁸⁾.

Os dados sobre as mortes induzidas pela droga em 2008, as quais estão maioritariamente associadas ao consumo de opiáceos, não dão quaisquer indícios de um regresso à tendência decrescente observada até 2003 (ver capítulo 7). Mais de metade dos países que forneceram informação registaram um crescimento do número de mortes induzidas pela droga entre 2007 e 2008⁽¹⁰⁹⁾. Também o número de apreensões de heroína na Europa aumentou desde 2003, embora as quantidades apreendidas tenham diminuído na União Europeia. A mudança de uma tendência decrescente para uma tendência crescente nas infracções relacionadas com a heroína comunicada no ano passado é agora confirmada, verificando-se aumentos entre 2003 e 2008 na maioria dos países europeus que comunicaram dados suficientes.

⁽¹⁰⁶⁾ Ver quadros PDU-6 (parte ii) e PDU-102 no Boletim Estatístico de 2010 para uma informação completa, incluindo intervalos de confiança.

⁽¹⁰⁷⁾ Ver figuras TDI-1 e TDI-3 no Boletim Estatístico de 2010.

⁽¹⁰⁸⁾ Alguma variação ao longo do tempo pode dever-se a alterações na cobertura dos dados ou na disponibilidade do tratamento e as tendências globais podem ser fortemente influenciadas pela Itália e pelo Reino Unido, países que registam o número mais elevado de novos utentes consumidores de heroína.

Ver quadros TDI-3 e TDI-5 no Boletim Estatístico de 2009 e de 2010.

⁽¹⁰⁹⁾ Ver quadro DRD-2 (part i) no Boletim Estatístico de 2010.

Segundo informações do sistema francês «TREND», que se baseia tanto em dados qualitativos como em dados quantitativos, novos grupos estão a consumir heroína e medicamentos opiáceos, nomeadamente pessoas socialmente integradas e frequentadores das festas «techno». Outros estudos qualitativos (Eisenbach-Stangl e outros, 2009) também assinalaram uma pequena percentagem de consumidores de heroína entre amostras específicas de pessoas bem integradas socialmente. Entres estas podem incluir-se os consumidores a nível experimental e as pessoas que conseguem controlar o seu consumo da droga (Shewan e Dalgarno, 2005; Warburton e outros, 2005).

Os dados disponíveis sugerem uma estabilização da tendência decrescente observada nos indicadores relativos aos opiáceos até 2003. Este facto talvez seja mais evidente a partir de 2003 entre as apreensões e as mortes induzidas pela droga, e após 2004 nos novos pedidos de tratamento relacionados com o consumo de heroína. Estas alterações ocorreram em simultâneo com o aumento da produção de ópio no Afeganistão até 2007, suscitando preocupações de que estes acontecimentos possam estar ligados através de uma maior disponibilidade de heroína no mercado europeu.

Consumo de droga injectada

Os consumidores de droga injectada 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 *overdoses*. Na maioria dos países europeus, o consumo por via endovenosa está normalmente associado aos opiáceos, embora em alguns países esteja associado às anfetaminas. Não obstante a sua importância para a saúde pública, apenas 14 países conseguiram fornecer estimativas recentes da prevalência do consumo de droga injectada ⁽¹¹⁰⁾. Melhorar o nível de informação disponível sobre esta população específica continua a ser um importante desafio para o desenvolvimento dos sistemas de monitorização da saúde na Europa.

As estimativas disponíveis sugerem grandes diferenças entre países na prevalência do consumo de droga injectada. As estimativas variam entre menos de um e cinco casos por 1 000 habitantes dos 15 aos 64 anos na maioria dos países, com um nível excepcionalmente elevado de 15 casos por 1 000 habitantes registado na Estónia. Se excluirmos este país por ser atípico, a média ponderada é de cerca de 2,6 casos por 1 000 habitantes entre os

Consumo problemático de opiáceos e consumo de droga injectada em países vizinhos da União Europeia

A Rússia é o país vizinho da União Europeia com maior população de consumidores de opiáceos, variando as estimativas fornecidas entre 1,5 e 6,0 milhões de consumidores (UNODC, 2005). Um estudo recente baseado num método multiplicador de tratamento (um dos métodos recomendados pelo OEDT) avançou uma estimativa de 1,68 milhões de consumidores problemáticos de opiáceos, que se traduz em 16 pessoas por mil habitantes entre os 15 e os 64 anos (UNODC, 2009). O Serviço Federal de Controlo da Droga russo estima que morrem por ano, de *overdose*, 10 000 consumidores de heroína (INCB, 2010b). A segunda maior população de consumidores de opiáceos junto às fronteiras da União Europeia é provavelmente a da Ucrânia, com uma estimativa de 323 000 a 423 000 consumidores de opiáceos. Estes valores representam 10 a 13 casos por mil habitantes entre os 15 e os 64 anos (UNODC, 2009). Em 2008, a Albânia, a Bielorrússia e a Moldávia também comunicaram ao UNODC a existência de aumentos perceptíveis do consumo de opiáceos.

As estimativas relativas a 2007, apontam para a possível existência de 1 825 000 consumidores de droga injectada (17,8 por 1 000 habitantes entre os 15 e os 64) na Rússia e 375 000 (11,6 por 1 000 habitantes) na Ucrânia, tendo perto de 40% dos consumidores de ambos os países anticorpos de VIH (Mathers e outros, 2008). A taxa de novos casos de infecção por VIH entre os consumidores de droga injectada também é muito mais elevada na Rússia (79 por milhão de habitantes em 2006) e na Ucrânia (153 por milhão de habitantes em 2006) do que noutros países e regiões do mundo, como a Austrália, o Canadá, a União Europeia e os Estados Unidos (Wiessing e outros, 2009).

15 e os 64 anos ⁽¹¹¹⁾, o que extrapolado para a população da UE corresponderia a entre três quartos de milhão e um milhão de pessoas que continuam a consumir droga injectada. O número de ex-consumidores de droga injectada é possivelmente superior (Sweeting e outros, 2008), mas não é conhecido na maioria dos países da UE.

Os consumidores de opiáceos que iniciam tratamento especializado referem frequentemente que consomem a droga injectada. É o caso de mais de metade dos utentes consumidores de opiáceos em 16 países, entre 25% e 50% em seis países e menos de 25% em cinco países. As percentagens mais baixas de consumidores de opiáceos que se injectavam quando iniciaram o tratamento são mencionadas pelos Países Baixos e a Espanha (19%), e as mais elevadas pela Lituânia (99%), Roménia (95%), Estónia (91%) e Eslováquia (86%) ⁽¹¹²⁾.

⁽¹¹⁰⁾ Ver figura PDU-2 no Boletim Estatístico de 2010.

⁽¹¹¹⁾ A média ponderada é de 0,26%, com um grau de incerteza (médias ponderadas dos limites inferior e superior das estimativas nacionais) de 0,23% a 0,30%, o que tem como resultado uma estimativa de 886 606 [788 778-1 040 852] pessoas em 2008. Esta estimativa deve ser considerada com prudência porque se baseia nos dados disponíveis de apenas 12 dos 27 Estados-Membros da UE e da Noruega.

⁽¹¹²⁾ Ver quadro TDI-5 no Boletim Estatístico de 2010.

É difícil extrair conclusões quanto às tendências ao longo do tempo sobre a prevalência do consumo de droga injectada devido à falta de dados e aos grandes intervalos de confiança das estimativas. Os dados disponíveis sugerem, porém, uma situação estável na República Checa, na Grécia, em Chipre e na Noruega ⁽¹¹³⁾. Observou-se uma diminuição estatisticamente significativa no Reino Unido, entre 2004 e 2006. Entre consumidores de heroína que iniciam tratamento, a percentagem de consumidores por injeção diminuiu globalmente nos últimos anos, tendo 13 países registado diminuições estatisticamente significativas entre 2002 e 2007. Apenas três países comunicam um aumento durante este período (Bulgária, Lituânia e Eslováquia) ⁽¹¹⁴⁾. Globalmente, a percentagem de consumidores de droga por injeção entre os consumidores de opiáceos que iniciam o tratamento pela primeira vez (38%) é ligeiramente inferior à de todos os consumidores de opiáceos que iniciam o tratamento (42%). Isto é assim em 20 dos 23 países que forneceram dados. Uma análise mais aprofundada da prevalência e das tendências do consumo de droga injectada é fornecida noutros documentos (OEDT, 2010c).

Tratamento do consumo problemático de opiáceos

Os dados recolhidos pelo indicador da procura de tratamento do OEDT podem ser utilizados para descrever as características de um subgrupo considerável de consumidores de droga que iniciam o tratamento e, mais especificamente, daqueles que deram entrada em serviços especializados de tratamento da toxicod dependência ao longo do ano.

Os utentes que iniciam o tratamento em regime ambulatorio por consumo de opiáceos como droga principal têm, em média, 34 anos de idade, sendo os utentes do sexo feminino e os que iniciam o tratamento pela primeira vez, em média, mais jovens ⁽¹¹⁵⁾. Desde 2003 que quase todos os países referem um aumento da média de idades dos seus utentes consumidores de opiáceos. Globalmente, o rácio entre homens e mulheres observado nos utentes consumidores de opiáceos que fazem tratamento em regime ambulatorio é de 3,5 para 1, embora as mulheres constituam uma percentagem mais elevada destes utentes nos países nórdicos (por exemplo, Suécia e Finlândia) e uma percentagem mais baixa nos países do sul (por exemplo, Grécia, Espanha, Itália e Portugal) ⁽¹¹⁶⁾.

Consumo de opiáceos não injectados

Após a estabilização ou diminuição do consumo de opiáceos injectados em vários países europeus, tem sido dada mais atenção a outras vias de administração como a inalação da substância sob a forma de vapor aquecido (em chinesinha ou fumada) ou de pó (cheirada, aspirada), ou a sua ingestão. Poucos países forneceram estimativas das populações de consumidores de opiáceos não injectados, sendo a Noruega o único país que apresentou um valor recente. Em 2008, calculava-se que 1 450 consumidores de heroína, ou seja cerca de 15% dos consumidores de heroína estimados na Noruega, apenas fumavam a droga. Os dados relativos aos consumidores que deram entrada em serviços especializados de tratamento da toxicod dependência confirmam a presença de grupos apreciáveis de consumidores de opiáceos que fumam ou aspiram a droga em alguns países. Por exemplo, metade a três quartos dos consumidores de opiáceos como droga principal que iniciaram o tratamento em regime ambulatorio na Bélgica, Irlanda, Espanha, Países Baixos e Reino Unido, disseram fumar a droga como principal via de administração. A inalação foi apontada como principal via de administração por cerca de um terço dos utentes consumidores de opiáceos na Áustria e por cerca de metade na Grécia e na França ⁽¹⁾.

A escolha da via de administração depende de vários factores, como a sua eficiência, a pressão do ambiente social, a preocupação com as consequências para a saúde (Bravo e outros, 2003) e o tipo de opiáceo utilizado. Por exemplo, a heroína castanha (forma química de base), que é a mais disponível e provém principalmente do Afeganistão, é sobretudo fumada e inalada sob a forma de chinesinha. A heroína branca (forma de sal), que é habitualmente originária do Sudeste Asiático, pode ser facilmente aspirada pelo nariz sob a forma de pó, ou dissolvida em água fria sem aditivos e injectada, mas o modo de fumar ou de inalar por meio de uma chinesinha é muito pouco eficiente. Os medicamentos de substituição de opiáceos são normalmente distribuídos em forma líquida e não em comprimidos, ou são-lhes adicionadas substâncias que reduzem ou alteram os efeitos da droga quando injectada.

⁽¹⁾ Ver quadro TDI-17 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2010.

Os consumidores de opiáceos que iniciam o tratamento mencionam taxas de desemprego mais elevadas, menores níveis de sucesso escolar e níveis mais elevados de patologias psiquiátricas do que os utentes que mencionam outras drogas de consumo principal ⁽¹¹⁷⁾. Quase todos os consumidores de opiáceos que iniciam o tratamento dizem ter começado a consumir antes dos 30 anos de

⁽¹¹³⁾ Ver quadro PDU-6 (parte iii) no Boletim Estatístico de 2010.

⁽¹¹⁴⁾ Ver quadro PDU-104 no Boletim Estatístico de 2010.

⁽¹¹⁵⁾ Ver quadros TDI-10, TDI-32 e TDI-103 no Boletim Estatístico de 2010.

⁽¹¹⁶⁾ Ver quadros TDI-5 e TDI-21 no Boletim Estatístico de 2010.

⁽¹¹⁷⁾ Ver também o capítulo 2.

idade e cerca de metade antes dos 20 anos. Regista-se um intervalo médio de cerca de dez anos entre o primeiro consumo de opiáceos e o primeiro contacto com o tratamento da toxicod dependência ⁽¹¹⁸⁾.

Oferta e cobertura do tratamento

O tratamento dos consumidores de opiáceos é realizado na maioria das vezes em regime ambulatorio, incluindo centros especializados, médicos de clínica geral e estruturas de redução de danos (ver capítulo 2). Em alguns países, os centros de internamento também constituem uma componente importante do sistema de tratamento da toxicod dependência, nomeadamente na Bulgária, na Grécia, na Letónia, na Polónia, na Roménia, na Finlândia e na Suécia ⁽¹¹⁹⁾. A gama de opções disponíveis na Europa para o tratamento da dependência de opiáceos é vasta e cada vez mais diferenciada, embora varie geograficamente em termos de acessibilidade e cobertura. O tratamento sem drogas e o tratamento de substituição estão disponíveis em todos os Estados-Membros da UE, na Croácia e na Noruega. Na Turquia, a utilização do tratamento de substituição está actualmente a ser estudada.

O tratamento sem drogas é uma abordagem terapêutica que normalmente exige aos utentes que se abstenham de todas as substâncias, incluindo medicamentos de substituição. Os pacientes participam em actividades diárias e recebem um apoio psicológico intensivo. Embora o tratamento sem drogas possa ter lugar tanto em regime ambulatorio como em regime de internamento, os tipos de tratamento mais mencionados pelos Estados-Membros são os programas residenciais que aplicam os princípios das comunidades terapêuticas ou o modelo Minnesota. A França e a República Checa estão a proceder à avaliação dos resultados das suas comunidades terapêuticas, devendo publicar as respectivas conclusões em 2010. O plano de acção francês prevê uma expansão da disponibilidade desta modalidade de tratamento no futuro. As comunidades terapêuticas são o tipo mais difundido de tratamento da toxicod dependência na Polónia. Contudo, por razões económicas e devido à evolução dos perfis dos doentes, a duração dos programas de tratamento está, segundo as informações fornecidas, a diminuir gradualmente. Por último, a Croácia e Portugal elaboraram recentemente orientações para as comunidades terapêuticas.

O tratamento de substituição, em geral integrado nos cuidados psicossociais, é normalmente oferecido

em centros especializados de tratamento em regime ambulatorio. Treze países comunicam que o tratamento de substituição também é prestado por médicos de clínica geral, normalmente convencionados pelos centros de tratamento especializados. Os médicos de clínica geral podem obter melhores resultados do que os centros especializados, no que respeita à permanência no tratamento, às taxas de abstinência e ao consumo concomitante de outras drogas. Foi esta a conclusão de um estudo naturalista, com 12 meses de duração, de 2 694 utentes do tratamento de substituição na Alemanha (Wittchen e outros, 2008). Outros estudos demonstraram que a administração do tratamento de substituição em centros de cuidados de saúde primários não só é viável como também pode ser eficaz em termos de custos (Gossop e outros, 2003; Hutchinson e outros, 2000).

O número total de utentes consumidores de opiáceos a receber tratamento de substituição na UE, Croácia e Noruega continua a aumentar, com um número estimado de 670 000 utentes em 2008, registando um aumento em relação aos 650 000 em 2007 ⁽¹²⁰⁾ e aos cerca de 500 000 em 2003. O número de utentes mostrou algum aumento em vários países da Europa Central e Oriental, mas os países que aderiram à UE depois de 2004 continuam a representar apenas 2% do número total de utentes em tratamento de substituição de opiáceos na União Europeia ⁽¹²¹⁾.

Uma comparação do número de utentes do tratamento de substituição na União Europeia com o número estimado de consumidores problemáticos de opiáceos sugere que a taxa de tratamento ronda 50%. Contudo, a cobertura varia muito consoante os países, comunicando sete dos 14 países que possuem estimativas do número de consumidores problemáticos de opiáceos taxas inferiores a 40% e quatro deles uma cobertura inferior a 10% (ver figura 11). Todavia, é possível estimar que dois em cada três consumidores problemáticos de opiáceos da União Europeia vivem em países com uma boa cobertura do tratamento de substituição ⁽¹²²⁾.

Na Europa, a maioria dos utentes do tratamento de substituição recebe metadona (70%-75%), mas o número de países onde é a única substância disponível está a diminuir. A buprenorfina em altas doses só não está disponível em quatro Estados-Membros da UE (Bulgária, Espanha, Hungria e Polónia), sendo utilizada em 20%-25% dos tratamentos de substituição administrados na Europa e em mais de 50% na República Checa, França,

⁽¹¹⁸⁾ Ver quadros TDI-11, TDI-33, TDI-107 e TDI-109 no Boletim Estatístico de 2010.

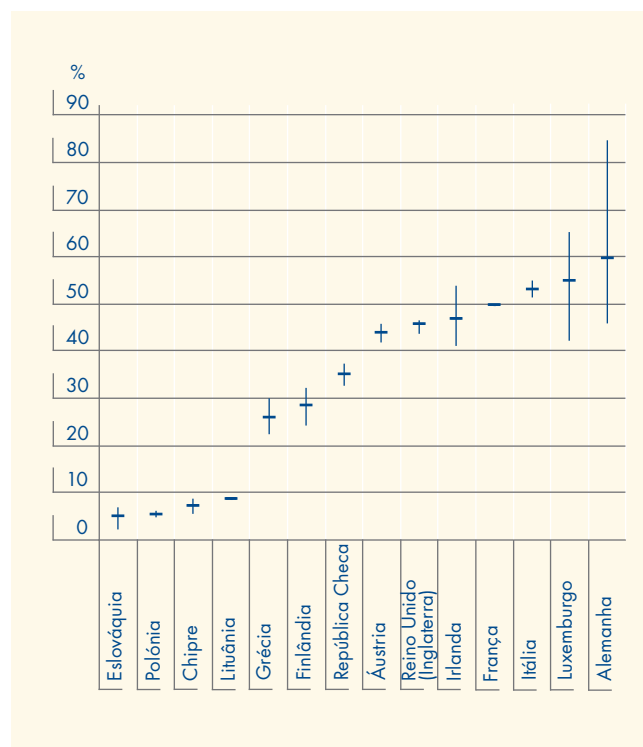
⁽¹¹⁹⁾ Ver quadro TDI-24 no Boletim Estatístico de 2010.

⁽¹²⁰⁾ Ver quadro HSR-3 no Boletim Estatístico de 2010.

⁽¹²¹⁾ Ver figura HSR-2 no Boletim Estatístico de 2010.

⁽¹²²⁾ Estas estimativas devem ser encaradas com prudência uma vez que os conjuntos de dados ainda não são suficientemente precisos.

Figura 11: Percentagem estimada de consumidores problemáticos de opiáceos em tratamento de substituição



NB: Ver figura HSR-1 no Boletim Estatístico de 2010 para mais informações.

Fonte: Pontos focais nacionais da Reitox.

Chipre, Letónia, Suécia e Croácia. Em França, onde a buprenorfina sempre foi predominante, a metadona está agora a ser prescrita a uma percentagem crescente de utentes do tratamento de substituição. A combinação buprenorfina-naloxona, aprovada pela Agência Europeia de Medicamentos em 2006, foi introduzida em 14 países. Outras opções, que representam uma pequena percentagem do total dos tratamentos de substituição, incluem a morfina de libertação lenta (Bulgária, Áustria e Eslovénia), a codeína (Alemanha, Chipre e Áustria) e a diacetilmorfina (heroína). A prescrição de heroína já se tornou uma opção de tratamento oficializada na Dinamarca, na Alemanha e nos Países Baixos; também existe em Espanha e no Reino Unido, e estão a ser preparados projectos-piloto na Bélgica e no Luxemburgo.

Acesso ao tratamento

A regulamentação da oferta e da administração do tratamento de substituição dos opiáceos é fundamental para a sua acessibilidade. Os quadros jurídicos podem permitir que todos os médicos de clínica geral (Bélgica, República Checa, Dinamarca, Alemanha, França, Itália, Chipre, Países Baixos, Portugal, Reino Unido e Croácia)

ou aqueles que receberam formação e acreditação específicas (Alemanha, Irlanda, Luxemburgo, Áustria, Eslovénia e Noruega) prescrevam uma ou mais substâncias de substituição. Noutros países (Bulgária, Estónia, Grécia, Espanha, Lituânia, Hungria, Polónia, Roménia, Eslováquia, Finlândia e Suécia), só os centros de tratamento especializados podem facultar o tratamento de substituição.

Na maioria dos países europeus, os medicamentos de substituição podem ser administrados pelos médicos de clínica geral, farmácias ou unidades móveis de proximidade. Isso não acontece, todavia, na Bulgária, Estónia, Grécia, Lituânia, Polónia e Eslováquia, onde a medicação só pode ser administrada por centros de tratamento especializados. A buprenorfina em altas doses pode ser administrada por todos os médicos de clínica geral na República Checa, ou por qualquer farmácia na Letónia. Na Roménia, Hungria e Finlândia, as farmácias só podem administrar a combinação buprenorfina-naloxona. Segundo os relatórios, o facto de esta medicação só estar há pouco tempo disponível na Hungria e na Roménia, associado ao seu preço elevado, leva a que poucos utentes a recebam nestes dois países.

Recentemente foram recolhidas informações sobre o custo dos medicamentos de substituição dos opiáceos, tendo 17 dos 26 países que forneceram informações indicado que essa medicação (na maioria dos casos, metadona) só não é gratuita se o tratamento tiver sido solicitado a prestadores privados. Na Bélgica e no Luxemburgo, o utente só é obrigado a pagar uma parte dos custos da medicação quando esta é prescrita por um médico de clínica geral. Na República Checa, Letónia, Portugal, Hungria e Finlândia, o tratamento com metadona é gratuito, mas a buprenorfina ou a combinação buprenorfina-naloxona devem ser pagas, em parte ou na totalidade, pelo utente. Na Letónia, por exemplo, o custo mensal de uma dose diária de 8 mg de buprenorfina ascende a cerca de 250 euros. A metadona é geralmente mais barata do que outros medicamentos de substituição com uma eficácia semelhante, como a buprenorfina (OMS, 2009), facto que explica, em parte, por que razão muitos seguros de saúde nacionais reembolsam a metadona por inteiro, de preferência a outros medicamentos de substituição. Os genéricos de buprenorfina em altas doses, mais baratos, estão disponíveis desde 2006 em França, onde são prescritos a cerca de 30 000 utentes (30% dos utentes medicados com buprenorfina).

As informações relativas aos custos, à oferta de tratamento de substituição e à administração de medicamentos de substituição revelam a existência de

diferenças regionais na Europa. Os países do Norte e do Leste da Europa aplicam, frequentemente, um modelo de acesso ao tratamento mais centralizado e com um limiar mais alto, enquanto muitos países do ocidente da Europa aplicam um modelo de acesso de baixo limiar e distribuído por vários locais. Estas diferenças podem reflectir modelos de assistência diferentes, dando-se prioridade nuns países ao objectivo da abstinência e às abordagens psicossociais e nos outros à estabilização e à permanência dos utentes, bem como às abordagens de redução dos danos.

Eficácia e qualidade do tratamento

Concluiu-se que o tratamento de substituição de opiáceos associado a intervenções psicossociais é a opção de tratamento mais eficaz para os consumidores de opiáceos. Em comparação com a desintoxicação ou com a ausência de tratamento, os tratamentos com metadona ou com buprenorfina em altas doses revelam resultados consideravelmente superiores no que se refere ao consumo de droga, às actividades criminosas, aos comportamentos de risco e à transmissão do VIH, às *overdoses* e à mortalidade em geral, bem como melhores taxas de permanência no tratamento (OMS, 2009).

Os resultados da abstinência de opiáceos são geralmente baixos a longo prazo (Mattick e outros, 2009), mas pode ajudar os doentes se estes fizerem uma escolha informada ao sujeitarem-se a esse tipo de tratamento. Nos serviços de tratamento em regime de internamento ou ambulatório, a desintoxicação é realizada através de uma diminuição progressiva das doses de metadona ou de buprenorfina (como tratamentos preferenciais), ou de agonistas alfa-2.

Estudo da série «Insights» do OEDT sobre o tratamento assistido com heroína

O tratamento assistido com heroína é actualmente oferecido a cerca de 1 500 consumidores problemáticos crónicos de opiáceos em cinco Estados-Membros da UE. A maioria destes países, bem como a Suíça e o Canadá, realizaram ensaios experimentais para avaliar os resultados deste tipo de tratamento. Em 2011, o OEDT publicará, com o apoio de uma equipa de investigadores e médicos internacionais, um estudo sobre este tipo de tratamento, analisando os dados científicos acumulados nos últimos anos. Esse estudo, incluído na série «Insights», analisará também o desenvolvimento, a administração operacional e as práticas clínicas do tratamento assistido com heroína e descreverá alguns dos desafios associados à sua implementação. Além disso, indicará um conjunto de normas de qualidade mínimas.

As técnicas de abstinência aceleradas que utilizam antagonistas de opiáceos associados a uma forte sedação não são recomendadas por razões de segurança (Gowing e outros, 2010). Depois de os opiáceos serem retirados, os doentes com motivação para manterem a abstinência do consumo de opiáceos devem ser aconselhados a ponderarem a medicação com naltrexona para evitarem recaídas.

A combinação da buprenorfina com a naloxona (comercializada com a denominação de Suboxona) foi criada para prevenir o consumo de buprenorfina injectada. A sua eficácia na prevenção desse consumo ainda não é, todavia, clara (Bruce e outros, 2009, Simojoki e outros, 2008).



Capítulo 7

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

Introdução

O consumo de droga pode produzir múltiplas consequências negativas, como acidentes, doenças mentais, doenças pulmonares, problemas cardiovasculares, desemprego e situação de sem abrigo. Essas consequências fazem-se sentir principalmente entre os consumidores problemáticos de droga, cuja saúde e situação socioeconómica globais podem ser muito inferiores às existentes entre a população em geral.

O consumo de opiáceos e o consumo de droga injectada são duas formas de consumo de droga estreitamente associadas aos danos supramencionados, nomeadamente às *overdoses* e à transmissão de doenças infecto-contagiosas. O número de *overdoses* fatais notificadas na União Europeia nas últimas duas décadas é equivalente a cerca de uma morte por *overdose* por hora. A investigação também mostra que, nas últimas duas décadas, muitos consumidores de droga morreram devido a outras causas, como a sida ou o suicídio.

A redução da mortalidade e da morbilidade causadas pelo consumo de droga é um objectivo fulcral das políticas europeias neste domínio. Os principais esforços incidem nas intervenções direccionadas para os grupos em maior risco e para os comportamentos directamente associados aos danos relacionados com a droga.

Doenças infecto-contagiosas relacionadas com o consumo de droga

Doenças infecto-contagiosas como o VIH e as hepatites B e C figuram entre as consequências mais graves do consumo de droga para a saúde. Mesmo nos países onde a prevalência do VIH nos consumidores de droga injectada é baixa, outras doenças infecciosas, incluindo as hepatites A, B, C e D, as doenças transmissíveis sexualmente, a tuberculose, o tétano, o botulismo,

o antraz e o vírus linfotrópico de células T humanas podem afectar os consumidores de droga de uma forma desproporcionada. O OEDT monitoriza sistematicamente o VIH e a hepatite B e C entre os consumidores de droga injectada ⁽¹²³⁾.

VIH e sida

Em finais de 2008, o índice de novos casos de infecção pelo VIH diagnosticados entre os consumidores de droga injectada tem-se mantido baixo na maioria dos países da União Europeia e a situação geral da UE afigura-se positiva em relação ao contexto mundial (ECDC e OMS-Europa, 2009; Wiessing e outros, 2009). Esta situação poderá decorrer, pelo menos em parte, da maior disponibilidade de medidas de prevenção, tratamento e redução dos danos, incluindo o tratamento de substituição e os programas de troca de agulhas e seringas (Wiessing e outros, 2009). Outros factores, como a diminuição do consumo de droga injectada que se tem registado em alguns países, também poderão ter desempenhado um papel importante. No entanto, em algumas regiões da Europa, os dados sugerem que a transmissão do VIH ligada ao consumo de droga injectada manteve taxas relativamente elevadas em 2008, o que realça a necessidade de garantir a cobertura e a eficácia das práticas de prevenção locais.

Tendências da infecção por VIH

Os dados sobre casos recentemente diagnosticados relacionados com o consumo de droga injectada em 2008 sugerem que, de um modo geral, os índices de infecção continuam a diminuir na União Europeia, após o pico registado em 2001-2002 e que se deveu aos surtos ocorridos na Estónia, na Letónia e na Lituânia ⁽¹²⁴⁾. Em 2008, o índice global de novas infecções diagnosticadas entre os consumidores de droga injectada dos 23 Estados-Membros da UE em relação

⁽¹²³⁾ Ver informações pormenorizadas sobre os métodos e as definições no Boletim Estatístico de 2010.

⁽¹²⁴⁾ Os procedimentos de notificação da infecção por VIH mudaram nos últimos anos e os dados estão presentemente disponíveis por ano de diagnóstico e não por ano de notificação (ECDC e OMS-Europa, 2009). Em consequência desta mudança, alguns países registam valores mais baixos, que provavelmente reflectem a verdadeira incidência com maior exactidão (por exemplo, em Portugal). Em alguns casos, porém, a incidência poderá ter sido subestimada devido a atrasos na notificação. Ver quadro INF-104 no Boletim Estatístico de 2010.

aos quais existem dados nacionais era de 2,6 casos por milhão de habitantes, tendo diminuído de 3,7 casos por milhão em 2007 ⁽¹²⁵⁾. Os quatro países que referem os maiores índices de casos de infecção recentemente diagnosticados (a Estónia, a Letónia, a Lituânia e Portugal) mantiveram as suas tendências decrescentes, embora com uma descida acentuada no caso da Estónia e da Letónia (figura 12). Na Estónia, a diminuição foi de 86 casos por milhão em 2007 para 27 em 2008, e na Letónia de 62 casos por milhão em 2007 para 44 por milhão em 2008.

Globalmente, não se observaram grandes aumentos do número de novos casos de infecção pelo VIH entre os consumidores de droga injectada diagnosticados entre 2003 e 2008, e os índices comunicados mantêm-se baixos. Contudo, na Bulgária, o índice de consumidores de droga injectada acelerou-se — de 0,0 novos casos por milhão de habitantes em 2003 para 6,8 casos em 2008, enquanto na Suécia foi observado um máximo de 6,7 casos em 2007 — o que indica a possibilidade de continuar a haver surtos de VIH entre estes consumidores.

Os dados relativos às tendências provenientes da monitorização da prevalência do VIH nas amostras de consumidores de droga injectada são um complemento importante para os dados obtidos a partir da notificação dos casos de VIH. Há dados disponíveis sobre a prevalência no período de 2003-2008 em relação a 24 países ⁽¹²⁶⁾. Em 16 deles, a prevalência do VIH manteve-se inalterada. Em sete países (Bulgária, Espanha, França, Itália, Polónia, Portugal e Noruega) verificaram-se diminuições na prevalência do VIH, baseando-se seis delas em amostras nacionais, enquanto em França a tendência se baseia em dados de cinco cidades. Em três países, foram registados aumentos regionais da prevalência: numa cidade da Bulgária, Sófia, em duas das 21 regiões italianas e na Lituânia, Vilnius. Regista-se, porém, uma tendência decrescente nos novos casos diagnosticados de infecção por VIH entre os consumidores de droga injectada nestes três países.

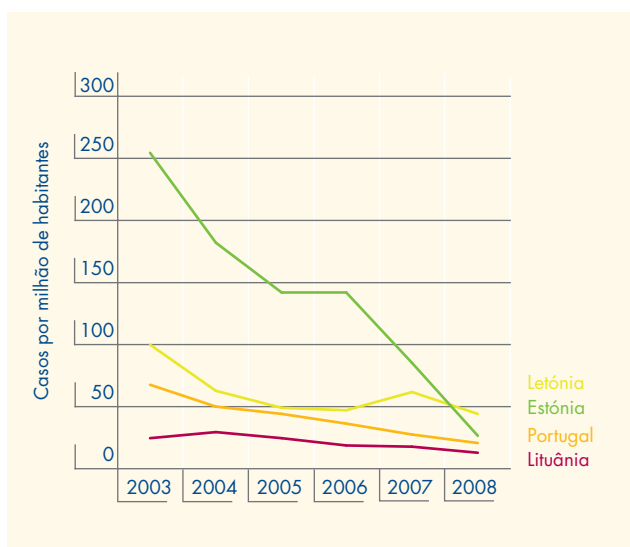
A comparação das tendências dos casos de infecção recentemente diagnosticados relacionados com o consumo de droga injectada com as tendências da prevalência do VIH entre os consumidores de droga injectada sugere que a incidência da infecção por VIH associada ao consumo de droga injectada está a diminuir, na maioria dos países, ao nível nacional.

Apesar da tendência rapidamente decrescente, o índice de novos casos de VIH diagnosticados notificados em

2008, relacionados com o consumo de droga injectada mantém-se elevado na Letónia (44 casos por milhão de habitantes), na Estónia (27), em Portugal (20,7) e na Lituânia (12,5), indicando uma persistência da transmissão nestes países entre os consumidores de droga injectada.

Outros indícios da continuação da transmissão de VIH nos últimos anos são dados pelas informações de elevados níveis de prevalência, superiores a 5%, entre os jovens consumidores de droga injectada (amostras de 50 ou mais consumidores de droga injectada com menos de 25 anos) em vários países: Estónia (duas regiões, 2005), França (cinco cidades, 2006), Letónia (uma cidade, 2007), Lituânia (uma cidade, 2006) e Polónia (uma cidade, 2005) ⁽¹²⁷⁾. Embora seja necessário prudência, visto algumas amostras serem pequenas, os dados revelam aumentos estatisticamente significativos da prevalência do VIH nos jovens consumidores de droga injectada, entre 2003 e 2008, na Bélgica (Comunidade flamenga) e na Bulgária, ao passo que se observam diminuições na Suécia e em Espanha. Os dados sobre a prevalência do VIH entre os novos consumidores de droga injectada (os que se injectam há menos de dois anos) também confirmam a provável diminuição deste grupo na Suécia ⁽¹²⁸⁾.

Figura 12: Tendências em quatro Estados-Membros da União Europeia com elevados índices de infecção por VIH recentemente diagnosticados entre os consumidores de droga injectada



NB: Dados notificados até finais de Outubro de 2009.
Fonte: ECDC e OMS Europa.

⁽¹²⁵⁾ Não há dados nacionais disponíveis da Espanha, da Itália e da Áustria.

⁽¹²⁶⁾ Ver quadro INF-108 no Boletim Estatístico de 2010.

⁽¹²⁷⁾ Ver quadro INF-109 no Boletim Estatístico de 2010.

⁽¹²⁸⁾ Ver quadro INF-110 no Boletim Estatístico de 2010.

Incidência da sida e acesso à HAART

As informações sobre a incidência da sida podem ser importantes para mostrar a ocorrência recente de doença sintomática, apesar de não serem um bom indicador da transmissão do VIH. As elevadas taxas de incidência de sida registadas podem indicar que muitos consumidores de droga injectada infectados com VIH não recebem a terapia antiretroviral altamente activa (HAART) numa fase suficientemente precoce da sua infecção para obterem o máximo benefício do tratamento. Uma análise recente confirma que pode ser este o caso em alguns países da UE (Mathers e outros, 2010).

A Estónia é o país com maior incidência de sida relacionada com o consumo de droga injectada, estimando-se que teve 30,6 casos novos por milhão de habitantes em 2008, o que constitui um decréscimo em relação aos 33,5 casos novos por milhão de habitantes registados em 2007. Também são referidos níveis relativamente elevados de incidência de sida na Letónia, na Lituânia, em Portugal e em Espanha: 25,5, 10,7, 10, 2 e 8,9 casos novos por milhão de habitantes, respectivamente. Nestes quatro países, a tendência é decrescente em Espanha e em Portugal, mas não na Letónia e na Lituânia ⁽¹²⁹⁾.

Hepatites B e C

Embora apenas se encontrem níveis elevados de prevalência da infecção por VIH em alguns Estados-Membros da UE, a hepatite viral e, em especial, a infecção causada pelo vírus da hepatite C (VHC), tem uma elevada prevalência entre os consumidores de droga injectada de toda a Europa. Os níveis de anticorpos de VHC entre as amostras nacionais destes consumidores em 2007-2008 variam entre cerca de 12% e 85%, referindo oito dos 12 países níveis superiores a 40% ⁽¹³⁰⁾. Três países (República Checa, Hungria e Eslovénia) comunicam uma prevalência inferior a 25% nas amostras nacionais de consumidores de droga injectada; embora os índices de infecção a este nível continuem a constituir um importante problema de saúde pública.

Os níveis de prevalência do VHC podem variar consideravelmente dentro de cada país, reflectindo quer diferenças regionais quer as características da população representada nas amostras. Por exemplo, em Itália as estimativas regionais variam entre cerca de 31% e 87% (figura 13).

Surto de antraz entre os consumidores de heroína no Reino Unido e na Alemanha

O antraz é uma doença infecciosa aguda causada pela bactéria *Bacillus anthracis*. Ocorre geralmente em animais selvagens e domésticos, e é endémico em vários países maioritariamente agrícolas mas muito raro na Europa.

Em Dezembro de 2009, o Reino Unido emitiu um alerta sobre um surto de antraz entre consumidores de droga injectada da Escócia. Em 31 de Maio de 2010, tinham sido confirmados 42 casos, 13 dos quais mortais, na Escócia, registando-se outros três casos (dois deles fatais) em Inglaterra e dois (um deles fatal) na Alemanha. A estirpe de antraz encontrada na Alemanha e em Inglaterra era indistinguível da detectada na Escócia, o que constituía um forte indício de origem de infecção comum. Além disso, como todos os casos notificados ocorreram entre consumidores de heroína, é provável que essa origem fosse um lote de heroína contaminado. Contudo, não foram encontrados indícios de esporos de antraz nas amostras de heroína analisadas na Escócia em finais de Maio de 2010.

O Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC) e o OEDT efectuaram avaliações de risco conjuntas em relação a este surto. Também foram divulgadas informações periodicamente actualizadas, que levaram à posterior notificação de vários casos de morte entre os consumidores de droga de outros países. Veio, todavia, a concluir-se que esses casos não se deviam a infecções por antraz.

Estudos recentes (2007-2008) revelam uma grande variação dos níveis de prevalência entre os consumidores de droga injectada com menos de 25 anos e os que se injectam há menos de dois anos, o que indica diferentes níveis de incidência do VHC nessas populações a nível europeu ⁽¹³¹⁾. No entanto, estes estudos também sugerem que muitos consumidores de droga injectada contraem o vírus pouco depois de começarem a injectar-se. Isto significa que o lapso de tempo para introduzir medidas de prevenção do VHC eficazes é muito curto.

A prevalência de anticorpos do vírus da hepatite B (HBV) também varia muito, em parte, possivelmente, devido a diferenças nos níveis de vacinação, embora outros factores possam ter influência. O mais completo conjunto de dados disponível para o vírus da hepatite B refere-se ao anticorpo para o principal antigénio da hepatite B (anti-HBc), que indica um historial de infecção. Em 2007-2008, quatro dos nove países que forneceram dados sobre este vírus entre os consumidores de droga injectada mencionaram níveis de prevalência do anti-HBc superiores a 40% ⁽¹³²⁾.

⁽¹²⁹⁾ Ver figura INF-1 e quadro INF-104 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2010.

⁽¹³⁰⁾ Ver quadro INF-111 no Boletim Estatístico de 2010.

⁽¹³¹⁾ Ver figura INF-6 (parte ii) e (parte iii) no Boletim Estatístico de 2010.

⁽¹³²⁾ Ver quadro INF-115 no Boletim Estatístico de 2010.

Observa-se uma diminuição da prevalência do VHC em nove países e um aumento noutros três, enquanto outros quatro países apresentam conjuntos de dados que mostram ambas as tendências, ainda que devam ser encarados com prudência, atendendo à dimensão limitada das amostras em alguns casos ⁽¹³³⁾. Os estudos sobre os consumidores de droga jovens (com menos de 25 anos) sugerem, na sua maioria, uma prevalência em geral estável e algumas tendências decrescentes, embora se tenha registado um aumento numa região da Grécia (Ática). Esse aumento é confirmado nos dados relativos aos novos consumidores de droga injectada (os que se injectam há menos de dois anos) da Grécia, tanto em Ática como a nível nacional. Os dados relativos aos novos consumidores de droga injectada também revelam um aumento na Eslovénia, embora as amostras sejam pequenas, e uma diminuição em Portugal (a nível nacional) e na Suécia (Estocolmo).

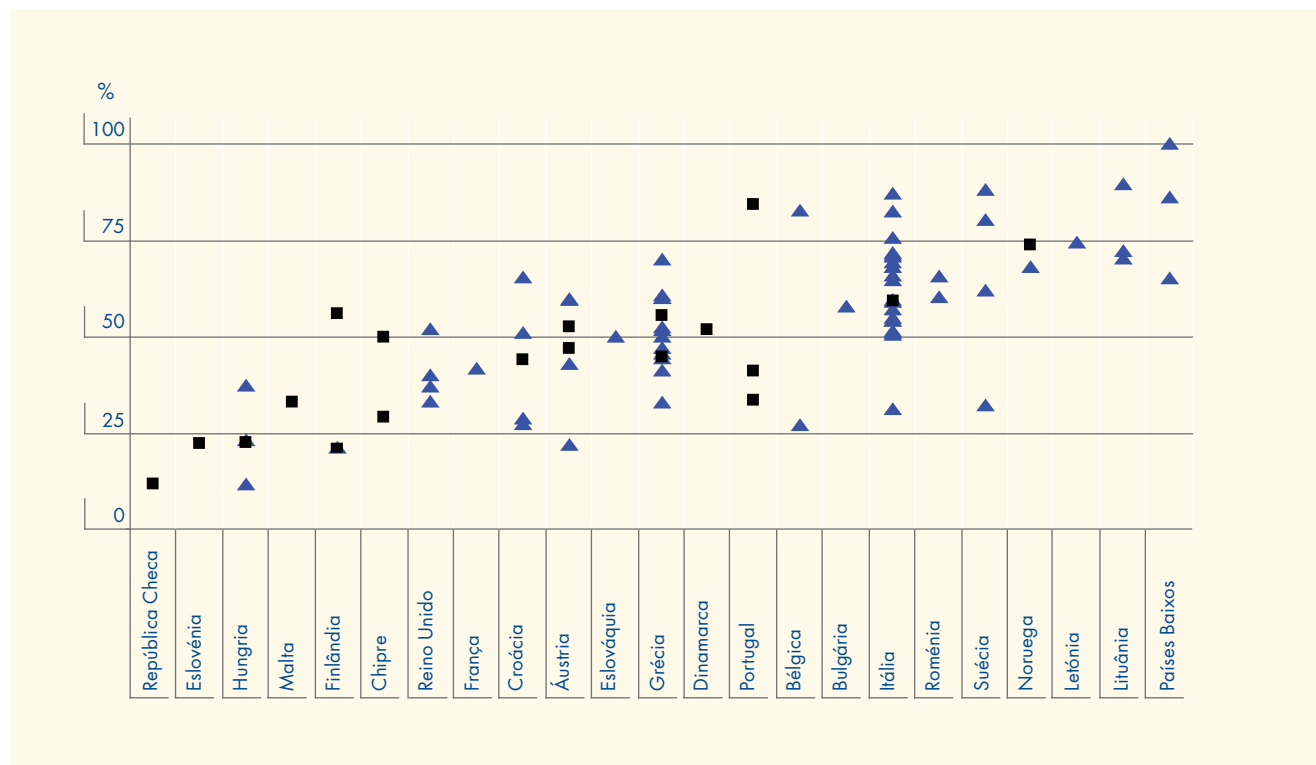
As tendências nos casos notificados de hepatite B e C mostram panoramas diferentes, mas estes são difíceis de interpretar porque a qualidade dos dados é fraca. No entanto, a percentagem de consumidores de droga injectada entre todos os casos notificados em que os

factores de riscos são conhecidos pode lançar alguma luz sobre a epidemiologia destas infecções (Wiessing e outros, 2008). No caso da hepatite B, a percentagem de consumidores de droga injectada diminuiu entre 2003 e 2008 em oito de 17 países. No caso da hepatite C, a percentagem de consumidores de droga injectada entre os casos notificados diminuiu em seis países, entre 2003 e 2008, e aumentou em três outros países (República Checa, Malta e Reino Unido) ⁽¹³⁴⁾.

Prevenção e resposta às doenças infecto-contagiosas

A prevenção de doenças infecto-contagiosas entre os consumidores de droga é um objectivo importante de saúde pública da União Europeia e um componente das políticas da maioria dos Estados-Membros em matéria de droga. Os países utilizam uma combinação de várias abordagens para responder à propagação das doenças infecto-contagiosas entre os consumidores de droga, nomeadamente: tratamento da toxicod dependência, em particular tratamento de substituição de opiáceos;

Figura 13: Prevalência de anticorpos de VHC entre os consumidores de droga injectada



NB: Dados relativos a 2007 e 2008. Os quadrados pretos são amostras com cobertura nacional; triângulos azuis são amostras com cobertura subnacional (incluindo local ou regional). As diferenças entre países devem ser interpretadas com prudência devido aos diferentes tipos de contextos e métodos de estudo; as estratégias de amostragem nacionais variam. Os países são apresentados por ordem de prevalência crescente, com base na média dos dados nacionais ou, caso não estejam disponíveis, dos dados subnacionais. Para mais informações, ver figura INF-6 no Boletim Estatístico de 2010.

Fonte: Pontos focais nacionais da Reitox.

⁽¹³³⁾ Ver quadro INF-111 no Boletim Estatístico de 2010.

⁽¹³⁴⁾ Ver quadros INF-105 e INF-106 no Boletim Estatístico de 2010.

fornecimento de equipamento de injeção esterilizado e artigos afins; e actividades baseadas na comunidade, que oferecem informação, educação, análises e intervenções comportamentais, muitas vezes realizados através de serviços de proximidade ou de porta aberta ⁽¹³⁵⁾. Estas medidas, juntamente com a terapia antiretroviral e o diagnóstico e tratamento da tuberculose, têm sido promovidas pelas agências das Nações Unidas como intervenções fulcrais de prevenção, tratamento e assistência aos consumidores de droga injectada relacionadas com o VIH (OMS, UNODC e UNAIDS, 2009).

Na Europa, a disponibilidade do tratamento da toxicod dependência e das medidas de redução dos danos aumentou consideravelmente desde meados da década de 1990. O tratamento de substituição dos opiáceos e os programas de troca de agulhas e seringas já existem em todos os países menos na Turquia. Embora a oferta destas intervenções permaneça limitada em vários países, estima-se que na Europa um em cada dois consumidores problemáticos de opiáceos poderia estar a receber tratamento de substituição (ver capítulo 6). Uma análise recente (Kimber e outros, 2010) conclui que já existem provas suficientes de que este tipo de tratamento reduz a transmissão do VIH e os comportamentos de risco em matéria de injeção mencionados pelos próprios consumidores; porém, há menos provas de uma redução da transmissão da hepatite C. Um estudo de coorte realizado em Amesterdão concluiu, porém, que a «total participação» nos programas de troca de agulhas e seringas e no tratamento de substituição dos opiáceos estava associada a uma incidência muito menor do VIH e do VHC entre os consumidores de droga injectada (Van den Berg e outros, 2007), e um estudo de coorte recentemente efectuado no Reino Unido associou o tratamento de substituição dos opiáceos a reduções estatisticamente significativas da incidência do VHC (Craine e outros, 2009).

Intervenções

O acesso a seringas esterilizadas é a prioridade mais frequentemente referida. Dados sobre a distribuição de seringas por programas especializados de troca de agulhas e seringas em 2007-2008 estão disponíveis para todos os países excepto quatro ⁽¹³⁶⁾. Mostram que foram distribuídos anualmente 40 milhões de seringas através destes programas, o que corresponde a uma média de 80 seringas por cada consumidor de droga injectada estimado nos países que forneceram dados sobre a distribuição de seringas.

É possível calcular o número médio de seringas distribuídas por ano e por consumidor de droga injectada relativamente a 13 países europeus (figura 14). Em sete desses países, o número médio de seringas distribuídas pelos programas especializados é equivalente a menos de 100 por consumidor de droga injectada, cinco países distribuem entre 140 e 175 seringas, e a Noruega menciona a distribuição de mais de 320 seringas por consumidor ⁽¹³⁷⁾. No que respeita à prevenção do VIH, as agências da ONU consideram que a distribuição anual de 100 seringas por consumidor é um valor baixo e que 200 seringas por consumidor é um valor elevado (OMS, UNODC e UNAIDS, 2009).

Um estudo recente sobre a relação custo-eficácia dos programas de troca de agulhas e seringas na Austrália, país onde são distribuídos 30 milhões de seringas por ano, estima que essa distribuição preveniu a ocorrência de mais de 32 000 casos de infecção por VIH e quase 100 000 casos de hepatite C, desde a sua introdução em 2000 (National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, 2009).

Os novos dados de 14 países relativos a 2008 revelam aumentos no fornecimento de seringas aos consumidores de droga na Bélgica (Comunidade flamenga), República Checa, Estónia, Hungria, Reino Unido (Irlanda do Norte) e Croácia, confirmando, deste modo, as tendências anteriores. Também se registaram aumentos em Portugal e na Lituânia, onde o número de seringas distribuído tinha diminuído anteriormente. Registou-se uma diminuição relativamente a 2007 na Grécia, na Roménia e na Eslováquia, bem como no Luxemburgo e na Polónia, onde a tendência decrescente já tinha sido observada no ano anterior. O programa estabelecido por Chipre não foi utilizado pelos consumidores de droga.

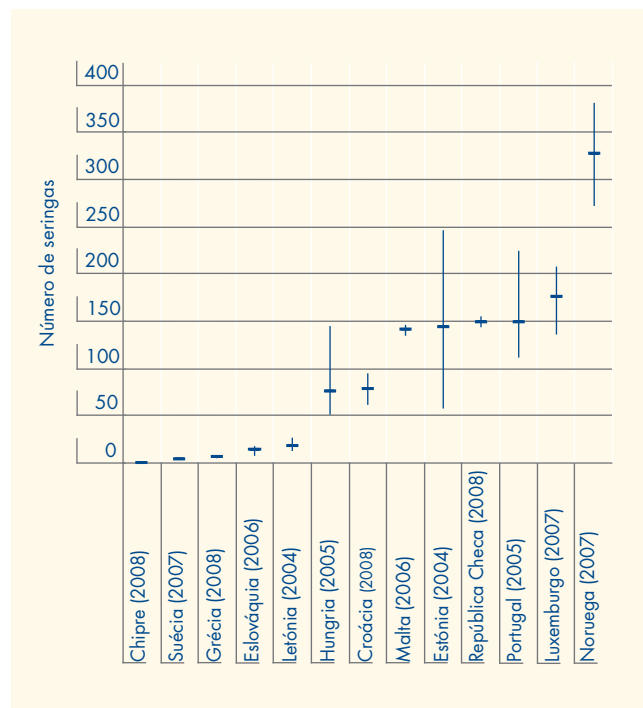
Os programas de troca de agulhas e seringas na Europa estão crescentemente a fornecer vários outros materiais relacionados com a injeção (por exemplo, recipientes para fazer misturas), a fim de evitar a sua partilha. Fornecem igualmente equipamentos que podem ser utilizados noutras formas de consumo de droga que não a injeção, por exemplo cachimbos ou folha de alumínio, para incentivar os consumidores a deixarem de se injectar. Outro exemplo destas medidas é comunicado pela República Checa, onde os serviços de porta aberta começaram a fornecer aos consumidores de metanfetamina injectada cápsulas em gelatina dura que podem ser enchidas com a droga e engolidas.

⁽¹³⁵⁾ Para mais informações sobre as prioridades nacionais e os níveis de oferta, ver quadro HSR-6 no Boletim Estatístico de 2009.

⁽¹³⁶⁾ Ver quadro HSR-6 no Boletim Estatístico de 2009 e no quadro HSR-5 no Boletim Estatístico de 2010. Não estavam disponíveis dados sobre o número de seringas distribuídas na Dinamarca, Alemanha, Itália e Reino Unido nos anos de 2007/2008.

⁽¹³⁷⁾ Estes valores não incluem as vendas em farmácias, que podem constituir uma importante fonte de distribuição de seringas esterilizadas para os consumidores de droga, em diversos países.

Figura 14: Seringas distribuídas através de programas especializados, por cada consumidor de droga injectada estimado



NB: Com base nas estimativas do consumo de droga injectada dos anos indicados e nos dados mais recentes que estão disponíveis sobre o número de seringas distribuídas através de programas especializados de troca de agulhas e seringas (2006-2008). Para as notas e as fontes completas, ver figura HSR-3 no Boletim Estatístico de 2010.

Fonte: Pontos focais nacionais da Reitox.

Os países europeus têm comunicado progressos recentes no diagnóstico, na prevenção e no tratamento da hepatite crónica. Entre eles inclui-se a adopção de programas ou planos de acção específicos [por exemplo, Dinamarca, França, Reino Unido (Inglaterra, Escócia e Irlanda do Norte)]. Entre as intervenções existentes incluem-se materiais de informação específicos; a administração de formação sobre formas mais seguras de injeção aos consumidores de droga injectada novos e jovens, levada a cabo por equipas de proximidade (por exemplo, na Roménia) ou através da educação pelos pares (por exemplo, em prisões da Espanha e do Luxemburgo); e o acesso fácil e gratuito ao aconselhamento e às análises. O Reino Unido também menciona o recurso à gestão de contingência para incentivar a realização destas últimas. Outras medidas comunicadas visam manter o consumo de droga injectada em níveis baixos através da permanência no tratamento da toxicod dependência; integrar os serviços de tratamento da hepatite viral em contextos adequados para os consumidores de droga; e rever as orientações de tratamento do VHC, a fim de melhorar o acesso ao

mesmo (por exemplo, República Checa). Vários países lançaram igualmente iniciativas destinadas a esclarecer e a sensibilizar os prestadores de serviços de saúde e sociais (Áustria) e o público em geral (por exemplo, Alemanha, Irlanda e Países Baixos) em relação à hepatite viral crónica.

Mortalidade e mortes relacionadas com o consumo de droga

O consumo de droga é uma das principais causas de problemas de saúde e de morte entre os jovens europeus na Europa e é responsável por uma percentagem considerável de todas as mortes ocorridas entre os adultos. Estudos concluíram que entre 10% e 23% das mortes registadas entre pessoas dos 15 aos 49 anos podiam ser atribuídas ao consumo de opiáceos (Bargagli e outros, 2006; Bloor e outros, 2008).

A mortalidade relacionada com o consumo de droga inclui não só as mortes causadas directamente, como também as causadas indirectamente pelo consumo de drogas. Inclui as mortes por *overdose* (mortes induzidas pela droga), o VIH/sida, os acidentes rodoviários, em especial quando há uma associação com o álcool, a violência, o suicídio e os problemas associados a doenças crónicas devidas ao consumo repetido (por exemplo, problemas cardiovasculares nos consumidores de cocaína) ⁽¹³⁸⁾.

Mortes induzidas pela droga

No período de 1995 a 2007, os Estados-Membros da UE, a Croácia, a Noruega e a Turquia notificaram entre 6 400 e 8 500 mortes induzidas pela droga por ano. O Reino Unido e a Alemanha comunicaram mais de metade de todas as mortes induzidas pela droga em 2007. As taxas de mortalidade relativas às mortes causadas por *overdoses* variam consoante os países, desde 2 até quase 85 mortes por milhão de habitantes na faixa etária dos 15 aos 64 anos (com uma média de 21 mortes por milhão de habitantes). Encontram-se taxas superiores a 20 mortes por milhão de habitantes em 14 de 28 países europeus e superiores a 40 mortes por milhão de habitantes em seis países. Entre os europeus dos 15 aos 39 anos, as *overdoses* de droga foram responsáveis por 4% do total de mortes ⁽¹³⁹⁾. As áreas com prevalências mais altas de consumo problemático de droga podem ser desproporcionadamente afectadas. Por exemplo, em 2008, o número de mortes induzidas pela droga registado na Escócia foi de 112,5 por milhão de habitantes, o que representa uma taxa muito mais elevada do que a do Reino Unido no seu conjunto (38,7 por milhão).

⁽¹³⁸⁾ Ver «Mortalidade relacionada com o consumo de droga: um conceito complexo» no Relatório anual 2008.

⁽¹³⁹⁾ Ver figura DRD-7 (parte i) e quadros DRD-5 (parte ii) e DRD-107 (parte i) no Boletim Estatístico de 2010.

O número de mortes induzidas pela droga pode ser influenciado pela prevalência e pelos padrões de consumo (droga injectada, policonsumo de droga), a idade e as co-morbilidades dos consumidores, bem como pela disponibilidade de serviços de tratamento e de emergência, mas também pela qualidade da recolha de dados e da notificação. A maior fiabilidade dos dados europeus permitiu fazer descrições mais exactas das tendências, tendo já a maioria dos países adoptado uma definição dos casos consentânea com a do OEDT ⁽¹⁴⁰⁾. Todavia, as comparações entre os países devem ser feitas com cautela, visto existirem diferenças no que se refere à qualidade da verificação dos casos e às práticas de notificação.

Mortes relacionadas com o consumo de opiáceos

Heroína

Os opiáceos, sobretudo a heroína ou os seus metabolitos, estão presentes na maioria das mortes induzidas pela droga notificadas na Europa. Nos 20 países que forneceram dados em 2008, os opiáceos representavam mais de três quartos dos casos (77%-100%) e 11 destes países notificaram percentagens superiores a 85% ⁽¹⁴¹⁾. Para além da heroína, as substâncias mais frequentemente referidas são o álcool, as benzodiazepinas, outros opiáceos e, em alguns países, a cocaína. Este facto sugere que uma percentagem substancial das mortes induzidas pela droga pode ocorrer num contexto de policonsumo de drogas.

Os homens são os mais atingidos pelas mortes por *overdose* registadas na Europa (81%). Na maioria dos países, as pessoas que morrem de *overdose* têm, em média, 35 anos de idade e, em muitos casos, esta média está a aumentar, o que indica uma possível estabilização ou diminuição do número de consumidores de heroína jovens e consumidores problemáticos de opiáceos em faixas etárias mais elevadas. Globalmente, 13% das mortes por *overdose* notificadas na Europa vitimam pessoas com menos de 25 anos, embora, a Áustria, a Roménia e Malta (número pouco significativo) comuniquem percentagens de 40% ou mais. Este facto poderá indicar uma maior juventude da população de consumidores de heroína ou de droga injectada nestes países ⁽¹⁴²⁾.

Há vários factores associados às *overdoses* de droga fatais e não fatais, entre os quais o consumo de droga injectada e o consumo simultâneo de outras substâncias, sobretudo álcool, benzodiazepinas e alguns antidepressivos. Também se encontram associados às *overdoses* o consumo excessivo esporádico de droga, a co-morbilidade, a situação de

sem-abrigo, problemas de saúde mental (por exemplo, depressão), não estar em tratamento de toxicod dependência, a ocorrência de *overdoses* anteriores e o facto de a pessoa se encontrar sozinha na altura (Rome e outros, 2008). O período imediatamente a seguir à saída da prisão ou à alta do tratamento da toxicod dependência foi identificado como tendo um risco particularmente elevado no que respeita às *overdoses*, como o ilustram vários estudos longitudinais (OMS, 2010).

Overdoses não fatais

Segundo alguns estudos efectuados, a maioria dos consumidores de opiáceos (normalmente 50% a 60%) sobreviveu a uma *overdose*, e 8% a 12% desses consumidores tinham sofrido uma *overdose* nos últimos seis meses, sendo que alguns consumidores tiveram mais de uma *overdose*. Por cada morte induzida pela droga, estima-se que há 20 a 25 *overdoses* não fatais. Não é possível estimar com precisão o número de *overdoses* não fatais que ocorrem anualmente na Europa, porque a monitorização é muito limitada e as definições podem variar consoante os países. No entanto, as informações disponíveis sugerem que poderão registar-se entre 120 000 e 175 000 *overdoses* não fatais por ano na Europa.

A sobrevivência a uma *overdose* aumenta muito o risco de morte em caso de *overdose* posterior (Stoové e outros, 2009). Além disso, as *overdoses* não fatais podem causar uma morbilidade por causas muito diversificadas, incluindo insuficiência pulmonar, pneumonia e insuficiência muscular. As *overdoses* também podem originar danos neurológicos e o número de *overdoses* sofridas constitui um indicador significativo de pior desempenho cognitivo. A morbilidade global pode ser maior entre os consumidores mais velhos, mais experientes e dependentes (Warner-Smith e outros, 2001).

A identificação precoce de uma *overdose* de opiáceos e a intervenção dos serviços de emergência podem ser essenciais para evitar um desfecho fatal. O contacto com os serviços de emergência, bem como a administração de tratamento para a intoxicação aguda, constitui uma oportunidade para receber informação sobre a prevenção de *overdoses* e para se ser encaminhado para o aconselhamento e o tratamento.

O acompanhamento das *overdoses* não fatais pode permitir uma validação cruzada das informações sobre as mortes relacionadas com a droga. Na República Checa, por exemplo, a hospitalização devido a *overdoses* não fatais de opiáceos diminuiu entre 2001 e 2008, reflectindo a diminuição das mortes causadas por opiáceos. Simultaneamente, o número de *overdoses* não fatais e de mortes relacionadas com o consumo de metanfetaminas aumentou.

⁽¹⁴⁰⁾ Ver informações metodológicas pormenorizadas no Boletim Estatístico de 2010.

⁽¹⁴¹⁾ Uma vez que as mortes induzidas pela droga comunicadas ao OEDT são, na sua maioria, *overdoses* de opiáceos (sobretudo heroína), as características gerais das mortes notificadas são aqui apresentadas para descrever e analisar as mortes relacionadas com o consumo de heroína. Ver figura DRD-1 no Boletim Estatístico de 2010.

⁽¹⁴²⁾ Ver figuras DRD-2 e DRD-3 e quadro DRD-1 (parte i) no Boletim Estatístico de 2010.

Outros opiáceos

O tratamento de substituição dos opiáceos reduz substancialmente o risco de *overdose* fatal, como mostra um estudo norueguês sobre 3 800 pessoas acompanhadas durante um período de sete anos, o qual revelou uma redução da mortalidade durante o tratamento relativamente ao período anterior ao mesmo. A redução dos riscos foi significativa tanto para as mortes por *overdose* (risco relativo de 0,2) como para a mortalidade por todas as causas (risco relativo de 0,5) (Clausen e outros, 2008).

Todos os anos são notificadas mortes em que estão presentes substâncias utilizadas no tratamento de substituição dos opiáceos. Este facto reflecte o grande número de consumidores que está a fazer este tipo de tratamento e não significa que foram estas substâncias que causaram as mortes. As mortes por *overdose* entre os utentes do tratamento de substituição podem ser consequência da combinação de drogas, uma vez que alguns deles ainda consomem opiáceos vendidos na rua, bebem grandes quantidades de álcool e consomem substâncias psicoactivas receitadas pelo médico. Todavia, a maior parte das mortes causadas por substâncias utilizadas no tratamento de substituição (frequentemente associadas a outras substâncias) verifica-se em pessoas que não estão a fazer o tratamento de substituição (Heinemann e outros, 2000).

As mortes causadas por intoxicação com buprenorfina são pouco frequentes, apesar da sua crescente utilização no tratamento de substituição na Europa (ver capítulo 6). Na Finlândia, porém, a buprenorfina continua a ser o opiáceo mais frequentemente detectado nas autópsias, mas normalmente associada a outras substâncias, nomeadamente álcool, anfetamina e medicamentos, ou tomada por injeção.

Na Estónia, na sua maioria, as mortes induzidas pela droga notificadas em 2007 e 2008 estavam associadas ao consumo de *3-metilfentanil*. Na Finlândia, opiáceos como o oxiconona, o tramadol ou o fentanil foram mencionados, embora o papel destas drogas não tenha sido especificado.

Mortes relacionadas com o consumo de outras drogas

As mortes causadas por intoxicação aguda por cocaína afiguram-se relativamente invulgares⁽¹⁴³⁾. Porém, as mortes induzidas por *overdoses* de cocaína são mais difíceis de definir e de identificar do que as relacionadas com os opiáceos, pelo que podem estar subnotificadas.

Em 2008, foram notificadas cerca de 1 000 mortes relacionadas com a cocaína em 15 Estados-Membros. Têm sido detectados vestígios de cocaína num número crescente de mortes induzidas pela droga notificadas nos países europeus, mas devido à falta de comparabilidade dos dados disponíveis, não é possível traçar uma tendência europeia. Nos últimos anos, observou-se um acentuado aumento do número de mortes relacionadas com a cocaína nos dois países com maior prevalência de consumo desta droga na população em geral. Em Espanha, as mortes em que foram encontrados indícios de consumo de cocaína mas não de opiáceos aumentaram muito entre 2002 e 2007. No Reino Unido, o número de certificados de óbito em que a cocaína é mencionada duplicou entre 2003 (161) e 2008 (325).

A notificação de mortes em que o *ecstasy* está presente é pouco frequente e, em muitos destes casos, a droga não foi identificada como causa directa da morte⁽¹⁴⁴⁾. O Tema específico do OEDT em 2010 sobre o consumo problemático de anfetaminas e metanfetaminas analisa os dados das mortes relacionadas com estas duas substâncias.

Tendências das mortes induzidas pela droga

As mortes induzidas pela droga aumentaram visivelmente na Europa durante a década de 1980 e no início da de 1990, em paralelo com a expansão do consumo de heroína e do consumo de droga injectada, tendo depois mantido níveis elevados⁽¹⁴⁵⁾.

Entre 2000 e 2003, a maioria dos Estados-Membros da UE comunicou uma diminuição (23%), seguida de um aumento subsequente (11%) das mortes entre 2003 e 2007. Os dados preliminares disponíveis para 2008 sugerem um valor global pelo menos igual ao do ano anterior, tendo sido comunicados aumentos por 11 de 18 países onde é possível estabelecer uma comparação. O Reino Unido e a Alemanha, responsáveis pela maioria dos casos notificados na Europa, mostram um aumento progressivo de ano para ano, desde 2003 e de 2006, respectivamente. Outros países (por exemplo, a França, a Finlândia e a Noruega) também mencionam um aumento.

É difícil explicar por que razão o número de mortes induzidas pela droga notificadas se mantém constante, sobretudo atendendo aos indícios de diminuição do consumo de droga injectada e de aumento do número de consumidores de opiáceos em contacto com os serviços de tratamento e de redução dos

⁽¹⁴³⁾ Ver a caixa «Mortes causadas pela cocaína», na p.98.

⁽¹⁴⁴⁾ Para dados sobre as mortes relacionadas com outras drogas que não a heroína, ver quadro DRD-108 no Boletim Estatístico de 2010.

⁽¹⁴⁵⁾ Ver figuras DRD-8 e DRD-11 no Boletim Estatístico de 2010.

Mortes causadas pela cocaína

As mortes causadas pela cocaína são um fenómeno muito mais complexo do que as *overdoses* de opiáceos, que têm indícios clínicos relativamente claros. Em consequência, muitas mortes causadas pela cocaína podem nunca chegar ao conhecimento da polícia ou dos peritos da polícia científica devido à forma como se apresentam e ao perfil social das vítimas.

O consumo de cocaína pode causar a morte através de diversos mecanismos. As *overdoses* farmacológicas de cocaína acontecem, mas de um modo geral os casos fatais só estão associados à ingestão massiva dessa droga. A maioria das mortes a ela associadas é provocada por acidentes cardiovasculares ou cerebrovasculares (Sporer, 1999). Estes não dependem da dose e também podem ocorrer entre consumidores ocasionais ou em baixas doses, sobretudo em pessoas com problemas cardiovasculares ou cerebrovasculares preexistentes. No entanto, a maior parte das mortes em que há indícios de consumo de cocaína verifica-se entre consumidores problemáticos afectados por patologias causadas pelo consumo crónico de droga (aterosclerose coronária, hipertrofia ventricular ou outros problemas) (Darke e outros, 2006). Essas patologias podem ser agravadas pelo consumo de álcool (Kolodgie e outros, 1999) e pelo tabagismo. Numa percentagem desconhecida das mortes relacionadas com a cocaína, é possível que a relação com o consumo dessa droga não seja reconhecida, devido à falta de especificidade clínica e ao facto de a morte poder ocorrer dias ou semanas após o problema agudo. As patologias causadas pelo consumo regular de cocaína também podem ser a base de posteriores enfartes do miocárdio desencadeados por outros factores, de forma semelhante ao consumo de tabaco.

A avaliação da dimensão real dos problemas de saúde e da perda de vidas relacionados com a cocaína apresenta desafios específicos e exigirá métodos diferentes dos utilizados para as mortes por *overdose* de opiáceos.

danos. Entre as explicações possíveis, que carecem de investigação mais aprofundada, incluem-se: maiores níveis de policonsumo de droga (OEDT, 2009d) ou de comportamentos de alto risco; aumento do número de consumidores de opiáceos que recaem à saída da prisão ou do tratamento; e faixas etárias mais elevadas de consumidores de droga, possivelmente com populações mais vulneráveis de consumidores crónicos. Por exemplo, vários países (por exemplo, Alemanha, Espanha e Reino Unido) referem uma maior percentagem de vítimas com idades superiores a 35 anos, o que reflecte a tendência crescente da média de idades nas mortes induzidas pela droga (figura 15).

Mortalidade global relacionada com o consumo de droga

A mortalidade global relacionada com o consumo de droga inclui as mortes induzidas pela droga e as indirectamente causadas pelo seu consumo, por exemplo através da transmissão de doenças infecto-contagiosas, de problemas cardiovasculares e de acidentes. O número de mortes indirectamente relacionado com o consumo de droga é difícil de quantificar, mas o seu impacto na saúde pública pode ser considerável. Estas mortes estão concentradas principalmente nos consumidores problemáticos, embora algumas possam ocorrer entre os consumidores ocasionais (por exemplo, acidentes rodoviários).

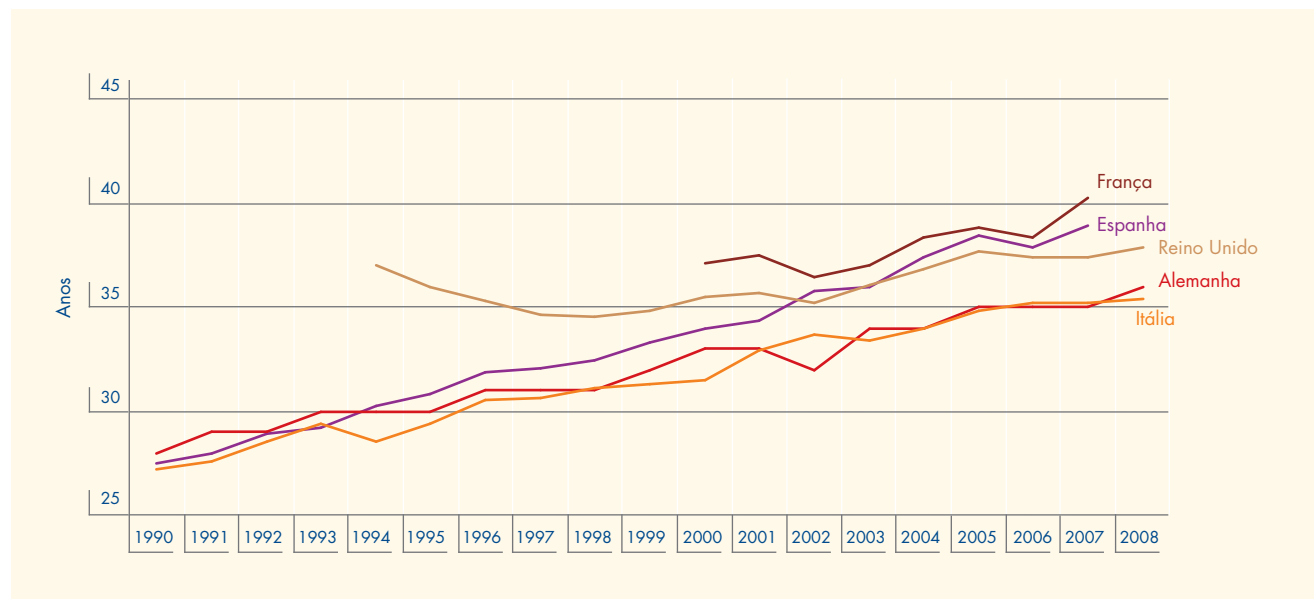
As estimativas da mortalidade global relacionada com a droga podem ser obtidas de várias formas, por exemplo combinando as informações provenientes dos estudos de coorte sobre a mortalidade com as estimativas da prevalência do consumo de droga. Outra abordagem é utilizar as estatísticas relativas à mortalidade em geral existentes e estimar a percentagem relacionada com o consumo de droga.

Estudos de coorte sobre a mortalidade

Os estudos de coorte sobre a mortalidade acompanham os mesmos grupos de consumidores problemáticos de droga ao longo do tempo e, através da ligação aos registos da mortalidade, procuram identificar as causas de todas as mortes ocorridas no grupo. Este tipo de estudo pode determinar as taxas de mortalidade globais e por causas específicas em relação à coorte e estimar a mortalidade excessiva do grupo em comparação com a população em geral ⁽¹⁴⁶⁾.

Dependendo dos contextos de recrutamento (por exemplo, estudos realizados em centros de tratamento da toxicod dependência) e dos critérios de inclusão (por exemplo, consumidores de droga injectada, consumidores de heroína), a maioria dos estudos de coorte mostra taxas de mortalidade na ordem de 1%-2% ao ano entre os consumidores problemáticos de droga. Estas taxas de mortalidade são na ordem de 10 a 20 vezes mais elevadas do que as da mesma faixa etária na população em geral. A importância relativa das várias causas de morte varia consoante os países e ao longo do tempo. De uma maneira geral, porém, a causa de morte principal entre os consumidores problemáticos de droga é a *overdose* de droga, que chega a corresponder a 50%-60% das mortes ocorridas entre os consumidores de droga injectada nos países com baixa prevalência do VIH/sida. Para além do VIH/sida e de outras doenças,

⁽¹⁴⁶⁾ Para informações relativas aos estudos de coorte sobre a mortalidade, ver os Indicadores-chave no sítio web do OEDT.

Figura 15: Tendências na média de idades das mortes induzidas pela droga em alguns países europeus


NB: Para mais informações, ver figura DRD-3 no Boletim Estatístico de 2010. Os dados do Reino Unido baseiam-se na definição de estratégia de luta contra a droga.

Fonte: Pontos focais nacionais da Reitox.

o suicídio e o abuso de álcool são causas de morte frequentemente mencionadas, como mostra um estudo recente, realizado em Estocolmo, que concluiu que 17% das mortes ocorridas numa coorte maioritariamente constituída por consumidores de opiáceos tinham sido suicídios e 15% acidentes. O álcool esteve envolvido em 30% das mortes (Stenbacka e outros, 2010).

Mortes indirectamente relacionadas com o consumo de droga

Através da combinação dos dados disponíveis do Eurostat e da Vigilância do VIH/sida, o OEDT estimou que, em 2007, morreram mais de 2 100 pessoas de VIH/sida atribuível ao consumo de droga, na União Europeia⁽¹⁴⁷⁾, tendo 90% destas mortes ocorrido em Espanha, França, Itália e Portugal. A seguir à introdução da terapia antiretroviral altamente activa, em 1996, a mortalidade causada pelo VIH/sida diminuiu acentuadamente na maior parte dos Estados-Membros da UE, mas tem estado a aumentar na Estónia e na Letónia desde 2003. As taxas de mortalidade causadas por VIH/sida entre os consumidores de droga mais elevadas foram comunicadas por Portugal, seguindo-se a Estónia, a Espanha, a Letónia, e a Itália; na maioria dos outros países as taxas são baixas⁽¹⁴⁸⁾.

Há outras doenças responsáveis por uma percentagem das mortes ocorridas entre os consumidores de droga,

nomeadamente doenças crónicas como as doenças hepáticas, devido principalmente à infecção pelo vírus da hepatite C (VHC) e frequentemente agravadas pelo elevado consumo de álcool e por infecção concomitante pelo VIH. As mortes causadas por outras doenças infecto-contagiosas são mais raras. Entre as causas não infecciosas de morte incluem-se principalmente o cancro e os problemas cardiovasculares⁽¹⁴⁹⁾.

Outras causas de morte entre os consumidores de droga têm recebido muito menos atenção, apesar dos indícios de que o seu impacto é considerável. Um estudo da OMS recentemente realizado (Degenhardt e outros, 2009) estimou que, na Europa, os suicídios e os traumatismos podem ser responsáveis por cerca de um terço da mortalidade atribuível ao consumo problemático de droga, ou seja, por vários milhares de mortes por ano. No que respeita especificamente ao suicídio, numa análise bibliográfica (Darke e Ross, 2002) concluiu-se que os consumidores de heroína apresentavam um risco de morte por suicídio catorze vezes superior à registada na população em geral.

As informações sobre o número de mortes relacionadas com a condução sob o efeito de drogas continuam a ser escassas. Alguns estudos indicam que o consumo de drogas ilícitas aumenta o risco de acidentes e que o consumo combinado de drogas e álcool reduzem a capacidade de condução (OEDT, 2008b).

⁽¹⁴⁷⁾ Ver quadro DRD-5 (parte iii) no Boletim Estatístico de 2010.

⁽¹⁴⁸⁾ Ver figura DRD-7 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2010.

⁽¹⁴⁹⁾ Sobretudo relacionados com a cocaína, ver «Consequências do consumo de cocaína para a saúde», no capítulo 5, p. 74.

Redução das mortes relacionadas com o consumo de droga

Quinze países europeus referem que a sua estratégia nacional de luta contra a droga inclui a redução das mortes relacionadas com o seu consumo, ou que existem políticas nesse sentido a nível regional, ou que possuem um plano de acção específico para a prevenção das mortes relacionadas com a droga. A Áustria menciona que está a ser elaborado um documento de estratégia.

Intervenções

O tratamento reduz significativamente o risco de mortalidade dos consumidores de droga (Davoli e outros, 2007), embora surjam riscos relacionados com a tolerância à droga quando o tratamento é iniciado ou abandonado. Alguns estudos mostram que o risco de morte induzida pela droga em caso de recaída após o tratamento ou nas semanas seguintes à saída da prisão é bastante elevado. Este facto levou à publicação de recomendações da OMS-Europa sobre a prevenção das *overdoses* nas prisões e a maior continuidade dos cuidados prestados após a saída da prisão (OMS, 2010).

A Dinamarca e a Noruega deram recentemente prioridade à buprenorfina, nas suas orientações para o tratamento de substituição, devido ao perfil de segurança farmacológica desta substância. A Espanha também aprovou a administração da combinação buprenorfina-naloxona aos doentes que estão a fazer os tratamentos de substituição oferecidos pelo sistema nacional de saúde, com o objectivo de reduzir as mortes induzidas pela droga.

Paralelamente à melhoria do acesso ao tratamento da toxicoddependência, foram estudadas outras intervenções para reduzir os riscos de *overdose* entre os consumidores de droga. Estas intervenções têm em conta os factores de ordem pessoal, situacional e relativos ao consumo de droga. Uma análise recente dos dados existentes (Rome e outros, 2008) recomendou que os médicos de clínica geral fossem sensibilizados para os perigos das prescrições múltiplas, sobretudo de antidepressivos. No Luxemburgo, foram tomadas medidas para controlar a prescrição de múltiplas drogas aos utentes em tratamento de substituição e reduzir, assim, as emergências relacionadas com o consumo de benzodiazepinas.

Segundo os relatórios, o fornecimento de materiais informativos é uma intervenção comum para reduzir as mortes induzidas pela droga, na Europa ⁽¹⁵⁰⁾. Muitos países referem a existência de programas de educação

em matéria de prevenção, reconhecimento e resposta às *overdoses*, dirigidos aos consumidores de droga e aos seus vizinhos, amigos e familiares, bem como aos prestadores de serviços que com eles trabalham. Todavia, a oferta dessas intervenções é, muitas vezes, esporádica e limitada.

Na sequência de uma epidemia de *overdoses* com fentanil, os peritos estónios estão a apelar à introdução de programas de prevenção das *overdoses* no país. A Bélgica, a República Checa, a Estónia e os Países Baixos têm a funcionar sistemas de alerta precoce que recolhem e divulgam informações sobre as drogas novas ou as combinações perigosas através das estruturas de redução de danos, abrigos ou centros de tratamento. Em 2009, foi testado nos Países Baixos um sistema de monitorização dos incidentes de saúde agudos relacionados com a droga, que está presentemente a ser expandido.

A formação sobre as *overdoses* conjugada com a administração domiciliar de naloxona (que anula os efeitos dos opiáceos) é uma abordagem que poderia salvar muitas vidas. A intervenção destina-se aos consumidores de drogas e suas famílias, as pessoas que poderão estar com eles durante uma *overdose*; e pretende capacitá-los para agirem eficazmente enquanto aguardam a chegada dos serviços de emergência. Os estudos mostram que as pessoas que receberam essa formação demonstraram conhecer melhor os sinais de *overdose* e ter mais confiança na utilização da naloxona. Em 2009, foi iniciado em Inglaterra um programa de distribuição de pacotes com uma seringa pré-cheia de naloxona a 950 familiares de consumidores de droga. Também são distribuídos pacotes com seringas com uma dose única de naloxona, no âmbito de um estudo em curso, aos consumidores de opiáceos que saem das prisões de Inglaterra, Escócia e País de Gales. As seringas pré-cheias podem ser obtidas através das agências de luta contra a droga na Itália, estão a ser usadas experimentalmente em Portugal e foram introduzidas na Bulgária. O fornecimento de um *spray* nasal de naloxona foi iniciado em Copenhaga através de um projecto liderado por consumidores.

As salas de consumo vigiado permitem uma intervenção rápida aos primeiros sinais de *overdose*. Os dados operacionais indicam que as *overdoses* de droga que nelas ocorrem são eficazmente geridas, não tendo sido notificadas quaisquer *overdoses* fatais. A prestação de ajuda imediata também reduz o impacto das *overdoses* não fatais, incluindo as lesões irreversíveis no cérebro e noutros órgãos vitais causadas pela hipoxia (Hedrich e outros, 2010).

⁽¹⁵⁰⁾ Ver quadro HSR-8 no Boletim Estatístico de 2009.



Capítulo 8

Novas drogas e tendências emergentes

Introdução

As novas substâncias psicoactivas e os novos padrões de consumo de droga, apesar de habitualmente surgirem primeiro entre grupos sociais restritos ou em poucos locais, podem ter importantes implicações em termos de política de saúde pública. O fornecimento de informações oportunas e objectivas aos responsáveis políticos, aos profissionais e ao público em geral sobre as novas ameaças constitui um desafio em termos metodológicos e práticos. Reveste-se, todavia, de crescente importância, dada a natureza cada vez mais dinâmica e rápida do fenómeno da droga europeu. O mecanismo de alerta rápido da União Europeia tem sido desenvolvido como mecanismo de resposta rápida ao surgimento de novas substâncias psicoactivas no mercado de droga.

Nos últimos anos, surgiram muitos novos compostos sintéticos não regulamentados. Estas substâncias são comercializadas através da Internet como «drogas lícitas» e são concebidas de modo a fugirem aos controlos da droga. Elas constituem um desafio para as actuais abordagens de monitorização e controlo das novas substâncias psicoactivas. Como é descrito no presente capítulo, assistiu-se, nos dois últimos anos, ao aparecimento de novos produtos para fumar à base de ervas a que são adicionados canabinóides sintéticos, bem como à crescente popularidade de várias catinonas sintéticas.

Medidas em relação às novas drogas

Em 2009, foram formalmente notificadas 24 novas substâncias psicoactivas sintéticas através do mecanismo europeu de alerta rápido. Trata-se do maior número de substâncias notificado num único ano e este aumento é sobretudo devido à identificação de nove canabinóides sintéticos novos. Foram também notificadas em 2009 várias substâncias novas pertencentes às famílias químicas que habitualmente dão origem a novas drogas psicoactivas: cinco fenetilaminas, duas triptaminas e quatro catinonas sintéticas. Não foram notificadas piperazinas ou plantas psicoactivas novas.

Monitorização das novas substâncias psicoactivas na Europa

A Decisão do Conselho sobre as novas substâncias psicoactivas ⁽¹⁾ estabelece um mecanismo europeu para o intercâmbio rápido de informações sobre substâncias psicoactivas novas que possam constituir uma ameaça para a saúde pública ou a nível social (OEDT, 2007b). Foi atribuído ao OEDT e à Europol, em estreita cooperação com as suas redes de parceiros nacionais, um papel fulcral na aplicação do mecanismo de alerta rápido. Quando detectam uma nova substância psicoactiva no mercado europeu, os Estados-Membros asseguram a transmissão de informações sobre o fabrico, o tráfico e o consumo dessa droga ao OEDT e à Europol através dos pontos focais nacionais da Reitox e das unidades nacionais da Europol. A decisão do Conselho também constitui um enquadramento para a avaliação dos riscos associados às novas substâncias (ver OEDT, 2010b). É igualmente possível trocar informações sobre substâncias com valor medicinal comprovado e reconhecido através do mecanismo de alerta rápido, mas estas substâncias não podem ser objecto de uma avaliação dos riscos ao abrigo da decisão do Conselho.

⁽¹⁾ 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 psicoactivas (JO L 127 de 20.5.2005, p. 32).

Desde a sua criação, em 1997, já foram notificadas ao OEDT e à Europol mais de 110 substâncias através do mecanismo de alerta rápido. Nos últimos cinco anos, surgiram novos grupos de substâncias, que incluem várias piperazinas, catinonas sintéticas e canabinóides sintéticos. Contudo, não foram identificadas piperazinas nos dois últimos anos abrangidos pelos relatórios. Só seis das substâncias notificadas eram plantas ou de origem vegetal, afigurando-se provável que as novas substâncias psicoactivas sintéticas continuem a ser as mais notificadas no futuro.

Em 2009 foram notificadas três substâncias com propriedades medicinais. Uma delas é a pregabalina, um medicamento sujeito a receita médica comercializado

com o nome de «Lyrica» e utilizado para tratar a dor neuropática, a epilepsia e a perturbação de ansiedade generalizada. Uma análise recente dos dados de farmacovigilância menciona a existência de preocupações relacionadas com o seu abuso na Finlândia, na Suécia e na Noruega. As informações provenientes do mecanismo de alerta rápido também sugerem que a pregabalina poderá ter estado envolvida nas mortes de alguns consumidores na Finlândia, na Suécia e no Reino Unido, tendo sido detectada em análises toxicológicas realizadas pela polícia científica. Segundo as descrições dos consumidores, a pregabalina produz efeitos semelhantes aos do álcool, do GHB (ácido gama-hidroxibutírico), do *ecstasy* e das benzodiazepinas. Além disso, alivia os sintomas de abstinência da heroína (opiáceos).

O mecanismo de alerta rápido também monitoriza os produtos psicoativos não regulamentados (as denominadas «legal highs») vendidos através da Internet e das lojas «head» ou «smart», que são publicitados com estratégias de comercialização agressivas e sofisticadas e, em alguns casos, intencionalmente mal rotulados com a indicação de ingredientes diferentes da sua composição real. O mercado das «drogas lícitas» é caracterizado pela rapidez com que os fornecedores fogem aos controlos da droga oferecendo novas substâncias alternativas.

Mefedrona

Nos últimos anos, as catinonas sintéticas estão a ser crescentemente notificadas através do mecanismo de alerta rápido. Actualmente, estão a ser monitorizadas 15 destas substâncias, incluindo a mefedrona, a metilona, a metedrona e o MDPV⁽¹⁵¹⁾. Estes compostos sintéticos são derivados da catinona, que é um dos princípios psicoativos da planta khat (*Catha edulis*), e que está estruturalmente relacionado com as anfetaminas⁽¹⁵²⁾.

A mefedrona é um derivado da metcatinona, uma droga que figura nas listas de substâncias proibidas pela Convenção das Nações Unidas de 1971. Surgiu pela primeira vez na Europa em 2007 e parece ter adquirido popularidade entre os consumidores jovens, dando origem a uma procura específica desta substância. Esta situação é particularmente visível no Reino Unido, onde a mefedrona foi alvo das atenções dos meios de comunicação social. Os relatórios de outros Estados-Membros indicam que também é utilizada noutras regiões da Europa.

Relatório conjunto do OEDT e da Europol sobre a mefedrona

O OEDT e a Europol concluíram uma avaliação das informações disponíveis sobre a mefedrona em Janeiro de 2010, com base nos critérios estabelecidos nas orientações operacionais no mecanismo de alerta rápido (OEDT, 2007b). Entre eles incluem-se a quantidade de material apreendido; os indícios de envolvimento da criminalidade organizada; os indícios de tráfico internacional; as propriedades toxicofarmacológicas da substância psicoactiva; os indícios de uma potencial propagação (rápida); e indícios de casos de intoxicação graves ou mortais.

A OEDT e a Europol concordaram que as informações disponíveis sobre a mefedrona satisfaziam os critérios de elaboração de um relatório conjunto. O relatório OEDT/Europol resultante foi apresentado ao Conselho da União Europeia, à Comissão Europeia e à Agência Europeia de Medicamentos, tendo sido decidido lançar um procedimento formal de avaliação dos riscos dessa substância.

A Alemanha, os Países Baixos, a Suécia e o Reino Unido notificaram a apreensão de quantidades significativas de mefedrona em 2009. Na Suécia, os resultados toxicológicos confirmaram a intervenção do consumo de mefedrona numa morte e no Reino Unido o eventual envolvimento da mefedrona está a ser investigado em vários casos de morte. Recentemente, a Dinamarca, a Estónia, a Irlanda, a Alemanha, a Roménia, a Suécia, o Reino Unido, a Croácia e a Noruega adoptaram medidas de controlo da mefedrona.

A mefedrona está facilmente disponível na Internet, onde pode ser vendida como uma alternativa legal à cocaína e ao *ecstasy*. Esta substância é publicitada de várias formas, como «substância química experimental», «sais de banho», «para investigação botânica», «fertilizante de plantas» ou «alimento para plantas», muitas vezes com a advertência «não indicado para consumo humano» para fugir aos eventuais mecanismos de controlo. A lista de ingredientes não apresenta, frequentemente, qualquer indicação da presença de substâncias psicoactivas. Uma pesquisa das lojas em linha que vendiam mefedrona, efectuada em Março de 2010, em língua inglesa, revelou que pelo menos 77 sítios *web* estavam a vender a substância. A maioria deles só vendia mefedrona e encontrava-se sediada no Reino Unido. Depois de este país ter classificado a mefedrona e outras catinonas sintéticas como drogas controladas, em Abril de 2010, a maioria dos sítios de venda de mefedrona desapareceu.

⁽¹⁵¹⁾ Mefedrona (4-metilmetcatinona); metilona (3,4-metilenodioximetcatinona); metedrona (4-metoximetcatinona); e MDPV (3,4-metilenodioxipirovalerona).

⁽¹⁵²⁾ Os «Drug profiles» relativos ao khat e aos derivados da catinona sintética estão disponíveis no sítio *web* do OEDT.

Os dados relativos ao consumo de 29 substâncias, incluindo várias «drogas lícitas», foram recolhidos através de um inquérito em linha realizado no final de 2009, em colaboração com a revista de música de dança do Reino Unido *Mixmag* ⁽¹⁵³⁾. A mefedrona foi apontada como a quarta droga mais comum (depois da *cannabis*, do *ecstasy* e da cocaína) e a «legal high» mais consumida entre as 2 295 pessoas que responderam ao inquérito. Cerca de um terço (33,6%) declarou tê-la consumido no último mês, 37,3% no último ano e 41,7% alguma vez na vida. Os valores relativos à metilona foram de 7,5%, 10,0% e 10,8%, respectivamente. A pequena diferença entre a prevalência no último mês e ao longo da vida indica que se trata de um fenómeno novo e em rápida expansão. Todavia, estas conclusões não se podem considerar representativas da população de frequentadores de clubes em geral, devido às limitações metodológicas dos inquéritos em linha; no entanto, esses inquéritos têm o mérito de proporcionar um acesso rápido a populações específicas (Verster e outros, 2010).

Monitorização das lojas de droga em linha

Desde 2006 que o mecanismo de alerta rápido tem vindo a acompanhar anualmente a comercialização de novas substâncias psicoactivas através da Internet. Algumas alterações dos métodos utilizados aumentaram a qualidade e a cobertura dos inquéritos, mas os dados dos diferentes anos não são directamente comparáveis.

Em 2010, foram identificadas 170 lojas de droga em linha, 30 das quais vendiam «drogas lícitas» e cogumelos alucinogénicos, normalmente com uma vasta selecção de produtos de ambos os grupos, 34 só tinham cogumelos alucinogénicos e 106 vendiam «drogas lícitas» mas não cogumelos alucinogénicos ⁽¹⁵⁴⁾.

O número de fornecedores de cogumelos alucinogénicos parece ter aumentado desde 2006, ano em que foram identificadas 39 lojas que vendiam esses produtos (OEDT, 2006). Em 2010, foram identificadas 64 lojas em linha que vendiam cogumelos alucinogénicos; a maioria das quais vendia equipamentos de cultivo, esporos e *Amanita muscaria* em vez de cogumelos com psilocibina.

No inquérito em linha realizado em 2009, exclusivamente dedicado às «drogas lícitas», concluiu-se que a maioria das lojas em linha estava sediada no Reino Unido, seguido pela Alemanha e pelos Países Baixos. O estudo selectivo de 2010, com o seu âmbito alargado, revelou

Estudo selectivo sobre as lojas de droga em linha: métodos

O estudo de 2010 teve lugar entre 25 de Janeiro e 5 de Fevereiro, tendo incidido sobre as lojas de droga em linha (a retalho e por grosso) acessíveis a qualquer utilizador da Internet europeu interessado em comprar «drogas lícitas» (incluindo «spice»), GHB/GBL ou cogumelos alucinogénicos. Ficaram de fora as lojas em linha que não expediam os artigos pelo menos para um Estado-Membro da UE.

Em primeiro lugar, foram testadas cadeias de pesquisa em inglês, a fim de identificar as que produziam maior percentagem de referências pertinentes. Seguidamente, foram realizadas pesquisas em 15 línguas faladas como língua materna por 84% da população da União Europeia ⁽¹⁾. Utilizaram-se três motores de busca diferentes: Metacrawler, Google e um motor de busca «nacional» em função do país e da língua em causa.

A amostragem consistiu no exame das primeiras 100 ligações e continuou até 20 ligações consecutivas se revelarem irrelevantes. Em relação a cada sítio identificado foram recolhidas as seguintes informações: produtos à venda, descrições dos produtos, preços, disponibilidade em armazém, países de entrega, ingredientes, avisos em termos de saúde e críticas dos consumidores.

⁽¹⁾ Checo, dinamarquês, holandês, inglês, francês, alemão, grego, húngaro, italiano, maltês, polaco, português, eslovaco, espanhol e sueco.

um padrão diferente, com 38 lojas em linha sediadas nos Países Baixos, 20 no Reino Unido e 20 na Alemanha. Alguns países, como é o caso da Polónia, da França e da Hungria, contavam com pelo menos cinco lojas em linha, enquanto noutros, como a República Checa, a Espanha, Portugal, Eslováquia, Itália e Suécia, elas eram em menor número. Foram ainda localizadas 38 lojas em linha nos Estados Unidos e não foi possível determinar a localização de outras 15. Ao contrário das lojas em linha localizadas no Reino Unido, muitas das sediadas nos Países Baixos estão associadas a lojas especializadas. Globalmente, 73% das lojas em linha utilizam a língua inglesa, 42% das quais não oferecem qualquer outra língua.

O fenómeno «spice»

O «spice» é vendido através da Internet e em lojas especializadas sob a forma de uma mistura de vários tipos de plantas para fumar. Em 2008, os químicos da polícia científica descobriram que não se trata do inofensivo produto à base de plantas que alega ser.

⁽¹⁵³⁾ Comunicação pessoal de Adam Winstock, King's College London.

⁽¹⁵⁴⁾ Ver a caixa «Estudo selectivo sobre as lojas de droga em linha: métodos», nesta página.

As verdadeiras componentes psicoactivas do «spice» foram identificadas como aditivos sintéticos; substâncias, como o agonista dos receptores de canabinóides⁽¹⁵⁵⁾ JWH-018, que imitam os efeitos do tetrahydrocannabinol (THC) presente na *cannabis*.

O denominado fenómeno «spice» continuou a receber uma atenção considerável em 2009. Ao longo desse ano, os nomes e as embalagens de marca dos produtos tipo «spice» diversificaram-se. Os compostos psicoactivos adicionados a esses produtos também têm mudado, em resposta às novas medidas de controlo (OEDT, 2009f). Em 2009, foram notificados nove canabinóides sintéticos novos através do mecanismo de alerta rápido⁽¹⁵⁶⁾.

A variedade e o número de canabinóides sintéticos, ou de outras substâncias que podem ser adicionadas aos produtos herbáceos, dificultam a sua identificação, monitorização e avaliação dos riscos. Quase nada se sabe sobre os perfis farmacológicos, toxicológicos e de segurança destes compostos em relação aos seres humanos. O tipo e a quantidade de canabinóides sintéticos adicionados também podem variar consideravelmente, e alguns desses compostos podem ser muito activos em doses muito pequenas. Por isso, não se pode excluir a possibilidade de sobredosagem accidental, com o risco de graves complicações psiquiátricas ou de outro tipo.

Nenhum dos canabinóides sintéticos é controlado ao abrigo das convenções da ONU, nem existem informações de que qualquer deles tenha sido autorizado como medicamento na União Europeia. Na altura em que o presente relatório foi redigido, vários Estados-Membros tinham proibido, ou controlado de outro modo, o «spice», os produtos semelhantes ao «spice» e os compostos afins⁽¹⁵⁷⁾. Os supostos ingredientes herbáceos dos produtos «spice» não são controlados a nível internacional, mas alguns Estados-Membros (Letónia, Polónia e Roménia) colocaram um ou mais desses ingredientes nas suas listas de substâncias controladas. Fora da União Europeia, a Suíça controla as «misturas herbáceas spice» no âmbito da sua regulamentação no domínio alimentar.

No inquérito em linha realizado em 2010, verificou-se que o número de lojas em linha que vendem «spice» tinha sofrido uma forte redução em relação ao ano anterior. Apesar de ter uma cobertura mais ampla,

o inquérito de 2010 só identificou 21 lojas com produtos tipo «spice», para 55 identificadas em 2009. No presente ano, havia duas dessas lojas sedeadas no Reino Unido, quando no ano passado eram 23. No estudo selectivo mais recente, 15 lojas diziam ter «spice» disponível, sendo que oito delas revelavam a sua localização: três nos Estados Unidos e uma em Espanha, Polónia, Portugal, Roménia e Reino Unido. As restantes seis lojas virtuais que ofereciam produtos semelhantes ao «spice» afirmavam que estes estavam esgotados, sendo possível que utilizassem o nome da marca para atrair clientes.

Ao contrário das drogas ilícitas, não foram notificadas grandes apreensões de produtos do tipo «spice» nem foram comunicadas actividades criminosas associadas a este fenómeno. Esta situação, associada aos poucos conhecimentos existentes sobre a química e os efeitos dos novos compostos, cria uma «zona cinzenta» em redor da monitorização desses produtos.

Prevalência do consumo de «drogas lícitas»

O termo «drogas lícitas» engloba uma vasta gama de produtos, desde as misturas de ervas às drogas sintéticas ou «designer drugs» e às «pastilhas», que são utilizados de diversas formas (fumados, aspirados ou ingeridos). Além disso, podem ser comercializados como ambientadores, incensos herbáceos ou sais de banho, embora se destinem a uma utilização diferente. Esta diversidade dificulta a recolha e a interpretação dos dados relativos à prevalência das «drogas lícitas».

Poucos inquéritos recentes apresentam dados da prevalência do consumo de «drogas lícitas». Um estudo polaco de 2008 entre os estudantes de 18 anos concluiu que 3,5% desses estudantes tinham consumido pelo menos uma vez, um valor comparável ao dos cogumelos alucinogénicos (3,6%). O consumo de «drogas lícitas» nos últimos 12 meses foi referido por 2,6% dos estudantes⁽¹⁵⁸⁾.

Um inquérito a 1 463 estudantes de escolas de formação geral e profissional de Frankfurt com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos concluiu que cerca de 6% dos inquiridos tinham consumido «spice» pelo menos uma vez e que 3% o tinham consumido nos últimos 30 dias. Estes valores podem ter sido influenciados pela atenção que os meios de comunicação social deram ao «spice» na altura do inquérito, uma

⁽¹⁵⁵⁾ Um agonista é uma substância química que se liga a um receptor celular específico e desencadeia uma actividade dessa célula, imitando frequentemente a acção de substâncias endógenas ou naturalmente produzidas.

⁽¹⁵⁶⁾ Ver «Drug profile» Synthetic cannabinoids and Spice no sítio web do OEDT.

⁽¹⁵⁷⁾ Dinamarca, Alemanha, Estónia, Irlanda, França, Letónia, Lituânia, Luxemburgo, Áustria, Polónia, Roménia, Suécia e Reino Unido.

⁽¹⁵⁸⁾ Inquérito CBOS 2008, amostra de 1 400 adolescentes nos últimos anos do ensino secundário; 15% dos participantes afirmaram ter consumido drogas nos últimos 12 meses.

vez que apenas 1% dos inquiridos disse ter tomado «spice» mais de cinco vezes. Quase dois terços dos que afirmaram já ter consumido «spice» também disseram ter consumido *cannabis* no último mês.

O último inquérito em linha da revista *Mixmag*, dirigido aos frequentadores de clubes do Reino Unido, concluiu que 56,6% dos inquiridos afirmavam ter consumido «drogas lícitas». Estas incluíam os produtos herbáceos «spice» e «Magic» e as pastilhas de festa com ou sem BZP, com uma prevalência do consumo no último mês de, respectivamente, 2,0%, 4,6% e 5,3%. Os inquiridos disseram ter recebido essas drogas de amigos (95%), ou tê-las comprado em sítios *web* (92%), lojas (78%), bancas de festivais (67%) ou a traficantes (51%).

Acompanhamento de outras substâncias

Piperazinas: BZP e mCPP

Cada vez é mais complicado registar e interpretar os dados relativos à apreensão de piperazinas. Esta dificuldade deve-se às múltiplas misturas de substâncias que se podem encontrar nos pós e comprimidos⁽¹⁵⁹⁾ e também ao facto de as piperazinas serem combinadas com outras drogas, como as anfetaminas e o MDMA. Além disso, os laboratórios de polícia científica nem sempre têm os meios necessários para identificar todas as componentes das misturas e, em especial, aquelas que não estão sob controlo.

A disponibilidade da BZP parece ter diminuído após a Decisão do Conselho, de 2008, de a sujeitar a medidas de controlo em toda a União Europeia⁽¹⁶⁰⁾. Alguns Estados-Membros, porém, continuam a notificar apreensões de grandes quantidades de BZP.

Em 2009, a mCPP ainda parecia ser a «nova droga sintética»⁽¹⁶¹⁾ mais disponível no mercado europeu de *ecstasy*, quer sozinha que em combinação com o MDMA. As informações do mecanismo de alerta rápido, incluindo descrições feitas pelos consumidores dos Países Baixos e dados sobre as apreensões efectuadas na Dinamarca e no Reino Unido, sugerem que a percentagem de comprimidos de *ecstasy* com mCPP (ou piperazinas em geral) aumentou fortemente no primeiro semestre de 2009, sendo até possível que tenha ultrapassado a dos comprimidos de *ecstasy* com MDMA. O Sistema de Monitorização da Informação sobre a Droga neerlandês

também comunicou que o número de amostras entregues pelos consumidores para análise tinha duplicado em comparação com os anos anteriores, provavelmente devido às crescentes preocupações com os efeitos nocivos das piperazinas. É possível que a percentagem de comprimidos de *ecstasy* que contêm estas substâncias tenha diminuído na segunda metade de 2009; contudo, no Reino Unido, essa diminuição pode ter sido parcialmente anulada por uma maior disponibilidade de derivados da catinona.

Estas mudanças reflectem um mercado do *ecstasy* cada vez mais complexo, que pode ser explicado pelas flutuações na disponibilidade do PMK, precursor químico do MDMA.

GHB/GBL e cetamina

O GHB (ácido gama-hidroxi-butírico) está sujeito a controlo internacional desde 2001, enquanto a cetamina, que é um medicamento, pode ser controlada nos Estados-Membros quer no âmbito da legislação em matéria de droga, quer no da legislação relativa aos medicamentos. O consumo de gama-butirolactona (GBL), uma substância que se converte rapidamente em GHB depois de ingerida, também começou a suscitar preocupação na Europa. O GBL é considerado como um «precursor de droga não-inventariado» a nível da UE e está incluído no programa de controlo voluntário dos precursores de droga. Alguns países (Itália, Letónia, Áustria, Suécia, Reino Unido e Noruega) controlam-no ao abrigo das suas legislações nacionais em matéria de droga.

A prevalência do consumo do GHB e da cetamina na população em geral é baixo, mas pode ser muito maior em grupos, contextos e áreas geográficas específicos. O inquérito em linha da revista *Mixmag* a frequentadores de clubes do Reino Unido constatou uma prevalência do consumo no último mês de 1,7% para o GHB e de 1,6% para o GBL, mas de 32,4% para a cetamina. Um inquérito aos frequentadores de clubes de Amesterdão, efectuado em 2003 e 2008 (646 inquiridos) encontrou um ligeiro aumento da prevalência do consumo de GHB no último mês, de 4,2% para 4,7%. Na República Checa, um inquérito realizado em 2008 a 363 frequentadores de clubes constatou uma prevalência do consumo no último mês de 0,3% para o GHB e de 0,6% para a cetamina. Em Londres, um inquérito a 173 frequentadores de clubes que solicitaram assistência médica no gabinete médico de um clube

⁽¹⁵⁹⁾ Por exemplo: BZP (1-benzilpiperazina); CPP (clorofenilpiperazina); TFMPP (1-(3-trifluorometilfenil)-piperazina) e DBZP (1,4-dibenzilpiperazina). A CPP tem três isómeros posicionais, frequentemente difíceis de distinguir, dos quais a mCPP (1-(3-clorofenil)piperazina) é o mais prevalente.

⁽¹⁶⁰⁾ Decisão 2008/206/JAI do Conselho, de 3 de Março de 2008, que define a 1-benzilpiperazina (BZP) como uma nova substância psicoactiva que deve ser sujeita a medidas de controlo e a sanções penais (JO L 63 de 7.3.2008)

⁽¹⁶¹⁾ A mCPP não é controlada a nível internacional, mas alguns países europeus aplicaram medidas para a controlar nos últimos anos (Bélgica, Chipre, Dinamarca, Alemanha, Grécia, Hungria, Letónia, Lituânia, Malta, Roménia, Eslováquia, Croácia, Turquia e Noruega).

concluiu que nada menos de dois terços a tinham solicitado devido ao consumo de GHB/GBL (Wood e outros, 2009). Um inquérito regularmente realizado entre os estudantes de 15-16 anos de Frankfurt concluiu que o número de estudantes a quem tinha sido oferecido GHB aumentou de 1% em 2002 para 5% em 2008.

O estudo selectivo realizado pelo OEDT na Internet em 2010 não encontrou lojas em linha registadas na UE que vendessem GHB, mas quatro delas vendiam GBL. Todavia, nenhuma o publicitava como droga ou sugeria que podia ser consumido devido às suas propriedades psicoactivas.



Referências ⁽¹⁶²⁾

- Agrawal, A. e Lynskey, M.T. (2006), «The genetic epidemiology of cannabis use, abuse and dependence», *Addiction* 101, p. 801-812.
- Amato, L., Minozzi, S., Pani, P. P. e Davoli, M. (2007), «Antipsychotic medications for cocaine dependence», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n.º 3.
- Ballotta, D., Bergeron, H. e Hughes, B. (2008), «Cannabis control in Europe» in: *A cannabis reader: global issues and local experiences*, EMCDDA Monograph 8, volume 1, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo, p. 97 a 117.
- Bargagli, A. M., Hickman, M., Davoli, M., Perucci, C. A., Schifano, P. e outros (2006), «Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries», *European Journal of Public Health* 16, p. 198 a 202.
- Bloor, M., Gannon, M., Hay, G., Jackson, G., Leyland, A. H. e McKeganey, N. (2008), «Contribution of problem drug users' deaths to excess mortality in Scotland: secondary analysis of cohort study». *BMJ* 337:a478.
- Bravo, M.J., Barrio, G., de la Fuente, L., Royuela, L., Domingo, L. e Silva, T. (2003) «Reasons for selecting an initial route of heroin administration and for subsequent transitions during a severe HIV epidemic», *Addiction* 98, p. 749 a 760.
- Bruce, R.D., Govindasamy, S., Sylla, L., Kamarulzaman, A. e Altice, F.L. (2009), «Lack of reduction in buprenorphine injection after introduction of co-formulated buprenorphine/naloxone to the Malaysian market», *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 35, p. 68 a 72.
- Brugal, M. T., Pulido, J., Toro, C., de la Fuente, L., Bravo, M. J. e outros (2009), «Injecting, sexual risk behaviors and HIV infection in young cocaine and heroin users in Spain», *European Addiction Research* 15, p. 171 a 178.
- Calafat, A., Juan, M. e Duch, M. A. (2009), «Preventive interventions in nightlife: a review», *Adicciones* 21, p. 387 a 414.
- Carpenter, K. M., McDowell, D., Brooks, D. J., Cheng, W. Y. e Levin, F. R. (2009), «A preliminary trial: double-blind comparison of nefazodone, bupropion-SR, and placebo in the treatment of cannabis dependence», *American Journal of Addiction* 18, p. 53 a 64.
- Castells, X., Casas, M., Pérez-Mañá, C., Roncero, C., Vidal, X. e Capellà, D. (2010), «Efficacy of psychostimulant drugs for cocaine dependence», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n.º 2.
- Chabrol, H., Roura, C. e Armitage, J. (2003), «Bongs, a method of using cannabis linked to dependence», *Canadian Journal of Psychiatry* 48, p. 709.
- Clausen, T., Anchersen, K. e Waal, H. (2008), «Mortality prior to, during and after opioid maintenance treatment (OMT): a national prospective cross-registry study», *Drug and Alcohol Dependence* 94, p. 151 a 157.
- CND (Commission on Narcotic Drugs) (2009), *World drug situation with regard to drug trafficking: report of the Secretariat*, Commission on Narcotic Drugs, Nações Unidas, Viena.
- Coffey, C., Carlin, J. B., Lynskey, M., Li, N. e Patton, G. (2003), «Adolescent precursors of cannabis dependence: findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study», *British Journal of Psychiatry* 182, p. 330 a 336.
- Comissão Europeia (2009a), *Economic Crisis in Europe: causes, consequences and responses*, European Economy 7/2009, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.
- Comissão Europeia (2009b), *First progress report on the implementation of the EU alcohol strategy* (disponível em linha).
- Comptroller and Auditor General (2009), *Drug addiction treatment and rehabilitation*, Comptroller and Auditor General Special Report (disponível em linha).
- Connolly, J., Foran, S., Donovan, A. M. e outros (2008), *Crack cocaine in the Dublin region: an evidence base for a Dublin crack cocaine strategy*, HRB Research Series 6, Health Research Board, Dublin (disponível em linha).
- Costa Storti, C. e De Grauwe, P. (2010), «Modelling disorganized crime: the cannabis market», *Bulletin of Narcotic Drugs* (a publicar).
- CPT (Comité Europeu para a Prevenção da Tortura e das Penas ou Tratamentos Desumanos ou Degradantes) (2006), *The CPT standards — «Substantive» sections of the CPTs General Reports*, CPT/Inf/E (2002)1-Rev.2006 (disponível em linha).

⁽¹⁶²⁾ As hiperligações das fontes em linha podem ser encontradas na versão PDF do relatório anual, disponível no sítio web do OEDT (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2010>).

- Craine, N., Hickman, M., Parry, J. V. e outros (2009), «Incidence of hepatitis C in drug injectors: the role of homelessness, opiate substitution treatment, equipment sharing, and community size», *Epidemiology and Infection* 137, p. 1255 a 1265.
- Cunningham, J. A. (2000), «Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite?», *Drug and Alcohol Dependence* 59, p. 211 a 213.
- Darke, S. e Ross, J. (2002), «Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods», *Addiction* 97, p. 1383 a 1394.
- Darke, S., Kaye, S. e Dufflou, J. (2006), «Comparative cardiac pathology among deaths due to cocaine toxicity, opioid toxicity and non-drug-related causes», *Addiction* 101, p. 1771 a 1777.
- Davoli, M., Bargagli, A. M., Perucci, C. A. e outros (2007), «Risk of fatal overdose during and after specialised drug treatment: the VEdette study, a national multi-site prospective cohort study», *Addiction* 102, p. 1954 a 1959.
- Decorte, T. (2000), *The taming of cocaine: cocaine use in European and American cities*, University Press, Bélgica.
- Degenhardt, L., Hall, W., Warner-Smith, M. e Linskey, M. (2009), «Illicit drug use», in: *Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to major risk factors*. Volume 1, Majid Ezzati e outros (editores), Organização Mundial da Saúde, Genebra (disponível em linha).
- Derzon, J. H. (2007), «Using correlational evidence to select youth for prevention programming», *Journal of Primary Prevention* 28, p. 421 a 447.
- Direção-Geral da Saúde e dos Consumidores (2008), *Final report on prevention, treatment, and harm reduction services in prison, on reintegration services on release from prison and methods to monitor/analyse drug use among prisoners*, Directorate-General for Health and Consumers, Bruxelas (disponível em linha).
- ECDC e Gabinete Regional da Organização Mundial da Saúde para a Europa (2009), *HIV/AIDS surveillance in Europe 2008*, Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças, Estocolmo.
- Eisenbach-Stangl, I., Moskalewicz, J. e Thom, B. (Eds.) (2009), *Two worlds of drug consumption in late modern societies*, Ashgate, Farnham (Reino Unido).
- Escots, S. e Suderie, G. (2009), *Usages problématiques de cocaïne, quelles interventions pour quelles demandes?*, Tendances 68, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Paris.
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Burkhart, G., Bohrn, K., Cuomo, L. e outros (2010), «The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial», *Drug and Alcohol Dependence* 108, p. 56 a 64.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Lynskey, M. T. e Madden, P. A. F. (2003), «Early reactions to cannabis predict later dependence», *Archives of General Psychiatry* 60, p. 1033 a 1039.
- Fletcher, A., Bonell, C. e Hargreaves, J. (2008), «School effects on young people's drug use: a systematic review of intervention and observational studies», *Journal of Adolescent Health* 42, p. 209 a 220.
- Gates, S., Smith, L. A. e Foxcroft, D. (2006), «Auricular acupuncture for cocaine dependence», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n.º 1.
- Gossop, M., Stewart, D., Browne, N. e Marsden, J. (2003), «Methadone treatment for opiate dependent patients in general practice and specialist clinic settings: outcomes at 2-year follow-up», *Journal of Substance Abuse Treatment* 24, p. 313 a 321.
- Gowing, L., Ali, R. e White, J. M. (2010), «Opioid antagonists under heavy sedation or anaesthesia for opioid withdrawal», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n.º 1.
- Grund, J. P., Coffin, P., Jauffret-Roustide, M. e outros (2010), «The fast and the furious: cocaine, amphetamines and harm reduction», in *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, EMCDDA Monograph, Rhodes, T. e Hedrich, D. (editores), Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo, p. 191 a 232.
- Hall, W. e Degenhardt, L. (2009), «Adverse health effects of non-medical cannabis use», *Lancet* 374, p. 1383 a 1391.
- Hedrich, D., Kerr, T. e Dubois-Arber, F. (2010), «Drug consumption facilities in Europe and beyond», in *Harm reduction: evidence and impacts*, EMCDDA Monograph, Rhodes, T. e Hedrich, D. (editores), Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo, p. 305 a 331.
- Heinemann, A., Iwersen-Bergmann, S., Stein, S., Schmoltdt, A. e Puschel, K. (2000), «Methadone-related fatalities in Hamburg 1990-1999: implications for quality standards in maintenance treatment?», *Forensic Science International* 113, p. 449 a 455.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T. e outros (2009), *The ESPAD report 2007: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), Estocolmo.
- Hoare, J. (2009), «Drug misuse declared: findings from the 2008/2009 British Crime Survey», *Home Office Statistical Bulletin* 12/09.
- Hutchinson, S. J., Taylor, A., Gruer, L., Barr, C., Mills, C. e outros (2000), «One-year follow-up of opiate injectors treated with oral methadone in a GP-centred programme», *Addiction* 95, p. 1055 a 1068.

- INCB (Conselho Internacional de Controlo de Estupefacientes) (2010a), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, Nações Unidas, Nova Iorque (disponível em linha).
- INCB (2010b), *Report of the International Narcotics Control Board for 2009*, Nações Unidas, Nova Iorque (disponível em linha).
- Irish Prison Service (2009), *Irish Prison Service annual report 2008* (disponível em linha).
- Kimber, J., Palmateer, N., Hutchinson, S. e outros (2010), «Harm reduction among injecting drug users: evidence of effectiveness», in *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, EMCDDA Monograph, Rhodes, T. e Hedrich, D. (editores), Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo, p. 115 a 163.
- King, L. A. (2009), *Forensic chemistry of substance misuse: a guide to drug control*, Royal Society of Chemistry, Cambridge.
- Kipke, I., Karachaliou, K., Pirona, A. e Pfeiffer-Gerschel, T. (2009), «Bewährtes übertragen: Modelle der Cannabisbehandlung für die Praxis», *Sucht* 55, p. 365 a 368.
- Kleber, H. D., Weiss, R. D., Anton, R. F. Jr., George, T. P., Greenfield, S. F. e outros (2007), *American Psychiatric Association; Steering Committee on Practice Guidelines: Treatment of patients with substance use disorders*, second edition, *American Journal of Psychiatry* 164 (4 Suppl), p. 5 a 123.
- Knapp, W. P., Soares, B. G., Farrel, M. e Lima, M. S. (2007), «Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n.º 3.
- Kolodgie, F. D. e outros (1999), «Cocaine-induced increases in the permeability function of human vascular endothelial cell monolayers», *Experimental and Molecular Pathology* 66, p. 109 a 122.
- Koning, I. M., Vollebergh, W. A. M., Smit, F., Verdurmen, J. E. E., Van den Eijnden, R. J. J. M. e outros (2009), «Preventing heavy alcohol use in adolescents (PAS): cluster randomized trial of a parent and student intervention offered separately and simultaneously», *Addiction* 104, p. 1669 a 1678.
- Levin, F. R. e Kleber, H. D. (2008), «Use of dronabinol for cannabis dependence: two case reports and review», *American Journal of Addiction* 17, p. 161 a 164.
- Marsden, J., Eastwood, B., Bradbury, C., Dale-Perera, A., Farrell, M. e outros (2009), «Effectiveness of community treatments for heroin and crack cocaine addiction in England: a prospective, in-treatment cohort study», *Lancet* 374, p. 1262 a 1270.
- Martell, B. A., Orson, F. M., Poling, J., Mitchell, E., Rossen, R. D. e outros (2009), «Cocaine vaccine for the treatment of cocaine dependence in methadone-maintained patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled efficacy trial», *Archives of General Psychiatry* 66, p. 1116 a 1123.
- Mathers, B., Degenhardt, L., Ali, H., Wiessing, L., Hickman, M. e outros (2010), «HIV prevention, treatment and care for people who inject drugs: a systematic review of global, regional and country level coverage», *Lancet* 375, p. 1014 a 1028.
- Mathers, B., Degenhardt, L., Phillips, B., Wiessing, L., Hickman, M. e outros (2008), «Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review», *Lancet* 372, p. 1733 a 1745.
- Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J. e Davoli, M. (2009), «Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n.º 3.
- McCambridge, J., Slym, R. L. e Strang, J. (2008), «Randomized controlled trial of motivational interviewing compared with drug information and advice for early intervention among young cannabis users», *Addiction* 103, p. 1819 a 1820.
- Measham, F. e Moore, K. (2009), «Repertoires of distinction: exploring patterns of weekend polydrug use within local leisure scenes across the English night time economy», *Criminology and Criminal Justice* 9, p. 437 a 464.
- Meijers, R. (2007), *Toxicity of cocaine adulterants*, Trimboos Instituut, Utrecht.
- Miller, W.R., Sorensen, J. L., Selzer, J. A. e Brigham, G. S. (2006), «Disseminating evidence-based practices in substance abuse treatment: A review with suggestions», *Journal of Substance Abuse Treatment* 31, p. 25 a 39.
- Minozzi, S., Amato, L., Davoli, M., Farrell, M., Lima Reisser A. e outros (2008), «Anticonvulsants for cocaine dependence», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n.º 2.
- Moore, T. H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T. R., Jones, P. B. e outros (2007), «Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review», *Lancet* 370, p. 319 a 328.
- Muscat, R. (Ed.) (2008), *From a policy on illegal drugs to a policy on psychoactive substances*, Council of Europe Publishing, Estrasburgo.
- National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research (2009), *Return on investment 2: Evaluating the cost-effectiveness of needle and syringe programs in Australia*, Sidnei (disponível em linha).
- NOMS (National Offender Management Service) (2009), *National Offender Management Service drug strategy 2008-2011*, Ministério da Justiça, Londres.
- NPIA (National Policing Improvement Agency) (2009), *Digest*, Março (disponível em linha).
- NTA (National Treatment Agency for Substance Misuse) (2006), *Models of care for adult drug misusers: atualização* (disponível em linha).
- NTA (2007), *Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management* (disponível em linha).

NTA (2009), *Clinical governance in drug treatment: a good practice guide for providers and commissioners*, NTA, London (disponível em linha).

NTA (2010), *Powder cocaine: how the treatment system is responding to a growing problem* (disponível em linha).

Obradovic, I. (2009), *Évaluation du dispositif des «consultations jeunes consommateurs» (2004-2007) — Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge*, OFDT, Saint-Denis.

OEDT (2006), *Hallucinogenic mushrooms*, EMCDDA Thematic paper, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (disponível em linha).

OEDT (2007a), *Drugs and crime: a complex relationship*, «Drugs in focus», Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.

OEDT (2007b), *Early-warning system on new psychoactive substances: operating guidelines*, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.

OEDT (2007c), *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*, EMCDDA Selected issue, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.

OEDT (2008a), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, EMCDDA Monograph, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.

OEDT (2008b), *Drug use, impaired driving and traffic accidents*, EMCDDA Insights, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.

OEDT (2008c), *Drugs and vulnerable groups of young people*, EMCDDA Selected issue, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.

OEDT (2008d), *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe*, EMCDDA Selected issue, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.

OEDT (2009a), *Annual report 2009, the state of the drugs problem in Europe*, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.

OEDT (2009b), *Internet-based drug treatment interventions: best practice and applications in EU Member States*, EMCDDA Insights, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.

OEDT (2009c), *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents*, EMCDDA Thematic paper, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo (disponível em linha).

OEDT (2009d), *Polydrug use: patterns and responses*, EMCDDA Selected issue, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.

OEDT (2009e), *Drug offences, sentences and other outcomes*, EMCDDA Selected issue, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.

OEDT (2009f), *Understanding the «Spice» phenomenon*, OEDT Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (disponível em linha).

OEDT (2010a), *Harm reduction: evidence and impacts*, EMCDDA Monograph, Rhodes, T. and Hedrich, D. (editores), Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.

OEDT (2010b), *Risk assessment of new psychoactive substances: operating guidelines*, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo. OEDT (2010c), *Trends in injecting drug use in Europe*, EMCDDA Selected issue, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.

OEDT e Europol (2010), *Cocaine: a European Union perspective in the global context*, EMCDDA-Europol joint publications, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.

OMS (2007), *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*, Gabinete Regional da Organização Mundial da Saúde para a Europa, Copenhague (disponível em linha).

OMS (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, Organização Mundial da Saúde, Genebra.

OMS (2010), *Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period*, Organização Mundial da Saúde, Europa, Copenhaga.

OMS, UNODC e UNAIDS (2009), *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*, Organização Mundial da Saúde, Genebra.

Pani, P. P., Trogu, E., Vacca, R., Amato, L., Vecchi, S. e Davoli, M. (2010), «Disulfiram for the treatment of cocaine dependence», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n.º 1.

Petrie, J., Bunn, F. e Byrne, G. (2007), «Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review», *Health Education Research* 22, p. 177 a 191.

Pleace, N. (2008), *Effective services for substance misuse and homelessness in Scotland: evidence from an international review*, Scottish Government Social Research (disponível em linha).

Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. e outros (2004), «Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups», *European Addiction Research* 10, p. 147 a 155.

Qureshi, A. I., Suri, M. F., Guterman, L. R. e Hopkins, L. N. (2001), «Cocaine use and the likelihood of nonfatal myocardial infarction and stroke: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey», *Circulation* 103, p. 502 a 506.

Reitox relatórios nacionais (2009), available on the site web do OEDT.

Rome, A., Shaw, A. e Boyle, K. (2008), *Reducing drug users' risk of overdose*, Scottish Government Social Research, Edimburgo.

- Rose, M. E. e Grant, J. E. (2008), «Pharmacotherapy for methamphetamine dependence: a review of the pathophysiology of methamphetamine addiction and the theoretical basis and efficacy of pharmacotherapeutic interventions», *Annals of Clinical Psychiatry* 20, p. 145 a 155.
- SAMHSA (2008), *National survey on drug use and health*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville MD.
- Santos, S., Brugal, M. T., Barrio, G., Castellano, Y., Jiménez, E. e outros (in press), «Characteristics and risk factors of acute health problems after cocaine use: assessing the effect of acute and chronic use of cocaine», *Drug and Alcohol Dependence*.
- Shewan, D. e Dalgarno, P. (2005), «Evidence for controlled heroin use? Low levels of negative health and social outcomes among non-treatment heroin users in Glasgow (Scotland)», *British Journal of Health Psychology* 10, p. 33-48.
- Simojoki, K., Vormaa, H. e Alho, H. (2008), «A retrospective evaluation of patients switched from buprenorphine (Subutex) to the buprenorphine/naloxone combination (Suboxone)», *Substance Abuse Treatment Prevention and Policy* 17, 3:16 (disponível em linha).
- Sporer, K. A. (1999), «Acute heroin overdose», *Annals of Internal Medicine* 130, p. 585 a 590.
- Stenbacka, M., Leifman, A. e Romelsjö, A. (2010), «Mortality and cause of death among 1705 illicit drug users: a 37 year follow up», *Drug and Alcohol Review* 29, p. 21 a 27.
- Stoové, M. A., Dietze, P. M. e Jolley, D. (2009), «Overdose deaths following previous non-fatal heroin overdose: record linkage of ambulance attendance and death registry data», *Drug and Alcohol Review* 28, p. 347 a 352.
- Sweeting, M. J., De Angelis, D., Ades, A.E. e Hickman, M. (2008), «Estimating the prevalence of ex-injecting drug use in the population», *Statistical Methods in Medical Research* 18, p. 381 a 395.
- Swift, W., Coffey, C., Carlin, J. B., Degenhardt, L. e Patton, G. C. (2008), «Adolescent cannabis users at 24 years : trajectories to regular weekly use and dependence in young adulthood», *Addiction* 103, p. 1361 a 1370.
- Swift, W., Hall, W., Didcott, P. e Reilly, D. (1998), «Patterns and correlates of cannabis dependence among long-term users in an Australian rural area», *Addiction* 93, p. 1149 a 1160.
- UNODC (2005), *Illicit drug trends in the Russian Federation*, Gabinete para a Droga e a Criminalidade das Nações Unidas, Viena.
- UNODC (2009), *World drug report 2009*, Gabinete para a Droga e a Criminalidade, Vienna.
- UNODC (2010a), *Afghanistan cannabis survey 2009*, Gabinete para a Droga e a Criminalidade das Nações Unidas, Viena (disponível em linha).
- UNODC (2010b), *World drug report 2010*, Gabinete para a Droga e a Criminalidade das Nações Unidas, Viena.
- UNODC e Governo de Marrocos (2007), *Morocco cannabis survey 2005*, Gabinete para a Droga e a Criminalidade das Nações Unidas, Viena.
- UNODC, UNAIDS e OMS (2010), *HIV testing and counselling in prisons and other closed settings*, Technical paper, Gabinete para a Droga e a Criminalidade das Nações Unidas, Viena.
- UNODC, OMS e UNAIDS (2006), *HIV/AIDS prevention, care, treatment and support in prison settings: a framework for an effective national response*, United Nations Office on Drugs and Crime, Viena.
- Van Beek, I., Dwyer, R. e Malcolm, A. (2001), «Cocaine injecting: the sharp end of drug-related harm!», *Drug and Alcohol Review* 20, p. 333-42.
- Van den Berg, C., Smit, C., Van Brussel, G., Coutinho, R. A. e Prins, M. (2007), «Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam cohort studies among drug users», *Addiction* 102, p. 1454 a 1462.
- Van der Poel, A., Rodenburg, G., Dijkstra, M. e outros (2009), «Trends, motivations and settings of recreational cocaine use by adolescents and young adults in the Netherlands», *International Journal of Drug Policy* 20, p. 143 a 151.
- Van Nimwegen, L. J., de Haan, L., van Beveren, N. J., van der Helm, M., van den Brink, W. e Linszen, D. (2008), «Effect of olanzapine and risperidone on subjective well-being and craving for cannabis in patients with schizophrenia or related disorders: a double-blind randomized controlled trial», *Canadian Journal of Psychiatry* 53, p. 400 a 405.
- Vandam, L. (2009), «Patterns of drug use before, during and after detention: a review of epidemiological literature», in *Contemporary issues in the empirical study of crime*, Cools, M. e outros (editores), Maklu, Antuérpia.
- Verster, J. C., Kuerten, Y., Olivier, B. e van Laar, M. W. (2010), «The ACID-survey: methodology and design of an online survey to assess alcohol and recreational cocaine use and its consequences for traffic safety», *Open Addiction Journal* 3, p. 24 a 31.
- Von Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H., Hofler, M. e Wittchen H. U. (2002), «What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults», *Drug and Alcohol Dependence* 68, p. 49 a 64.
- Wagner, F. A. e Anthony, J. C. (2002), «From first drug use to drug dependence; developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol», *Neuropsychopharmacology* 26, p. 479 a 488.

Warburton, H., Turnbull, P. J. e Hough, M. (2005), *Occasional and controlled heroin use: not a problem?*, Joseph Rowntree Foundation, Iorque.

Warner-Smith, M., Darke, S., Lynskey, M. e Hall, W. (2001), «Heroin overdose: causes and consequences», *Addiction* 96, p. 1113 a 1125.

Wiessing, L., Guarita, B., Giraudon, I., Brummer-Korvenkontio, H., Salminen, M. e Cowan, S. A. (2008), «European monitoring of notifications of hepatitis C virus infection in the general population and among injecting drug users (IDUs): the need to improve quality and comparability», *Euro Surveillance* 13(21):pii=18884 (disponível em linha).

Wiessing, L., Likatavicius, G., Klempová, D., Hedrich, D., Nardone, A. e Griffiths, P. (2009), «Associations between availability and coverage of HIV-prevention measures and subsequent incidence of diagnosed HIV infection among injection drug users», *American Journal of Public Health* 99, p. 1049 a 1052.

Wittchen, H. U., Apelt, S. M., Soyka, M., Gastpar, M., Backmund, M. e outros (2008), «Feasibility and outcome of substitution treatment of heroin-dependent patients in specialized substitution centers and primary care facilities in Alemanha: A naturalistic study in 2694 patients», *Drug and Alcohol Dependence* 95, p. 245 a 257.

Wood, D. M., Nicolauo, M. e Dargan, P. I. (2009), «Epidemiology of recreational drug toxicity in a nightclub environment», *Substance Use & Misuse* 44, p. 1495 a 1502.

Zachrisson, H. D., Rödje, K. e Mykletun, A. (2006), «Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey», *BMC Public Health* 6:34 (disponível em linha).

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência

Relatório anual 2010: a evolução do fenómeno da droga na Europa

Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.

2010 — 114 p. — 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-441-0

doi:10.2810/36005

COMO OBTER PUBLICAÇÕES DA UNIÃO EUROPEIA

Publicações gratuitas:

- via EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- nas representações ou delegações da União Europeia. Pode obter os respectivos contactos em: <http://ec.europa.eu> ou enviando um fax para: +352 2929-42758.

Publicações pagas:

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

Assinaturas pagas (por exemplo, as séries anuais do *Jornal Oficial da União Europeia*, as colectâneas da jurisprudência do Tribunal de Justiça):

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

Acerca do 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 factuais, 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.

