



Observatório Europeu da
Droga e da Toxicodependência

ISSN 1609-6185

RELATÓRIO ANUAL 2011

A EVOLUÇÃO DO FENÓMENO DA DROGA NA EUROPA



Observatório Europeu da
Droga e da Toxicod dependência

RELATÓRIO ANUAL 2011

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

Uma ficha bibliográfica figura no fim desta publicação

Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia, 2011

ISBN 978-92-9168-482-3

doi:10.2810/47243

© Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2011

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	7
Nota introdutória	9
Comentário: Uma visão global do consumo de droga na Europa de hoje	13
Capítulo 1: Políticas e legislações	
Evolução política internacional e na União Europeia • Estratégias nacionais • Despesa pública • Legislação nacional • Investigação	20
Capítulo 2: Resposta aos problemas de droga na Europa — Panorâmica geral	
Prevenção • Tratamento • Reintegração social • Redução dos danos • Garantia de qualidade • Aplicação da legislação em matéria de droga e infracções a essa legislação • Respostas de saúde e sociais para os consumidores de droga na prisão	29
Capítulo 3: <i>Cannabis</i>	
Oferta e disponibilidade • Prevalência e padrões de consumo • Tratamento	45
Capítulo 4: Anfetaminas, <i>ecstasy</i> , substâncias alucinogénias, GHB e cetamina	
Oferta e disponibilidade • Prevalência e padrões de consumo • Intervenções em contextos recreativos • Tratamento	57
Capítulo 5: <i>Cocaína e cocaína-crack</i>	
Oferta e disponibilidade • Prevalência e padrões de consumo • Consequências para a saúde • Consumo problemático e procura de tratamento • Tratamento e redução dos danos	70
Capítulo 6: Consumo de opiáceos e droga injectada	
Oferta e disponibilidade • Consumo problemático de opiáceos • Consumo de droga injectada • Tratamento	81
Capítulo 7: Doenças infecto-contagiosas e mortes relacionadas com o consumo de drog	
Doenças infecto-contagiosas • Prevenção e resposta às doenças infecto-contagiosas • Mortalidade e mortes • Redução das mortes	92
Capítulo 8: Novas drogas e tendências emergentes	
Medidas em relação às novas drogas • Mefedrona • Outras substâncias • Alternativas lícitas às drogas ilícitas • Controlo e policiamento da venda livre de novas drogas	105
Referências	113



Prefácio

Celebra-se este ano o quinquagésimo aniversário da assinatura, nas Nações Unidas, da Convenção Única sobre Estupefacientes, pedra angular do sistema internacional de controlo da droga. Ao apresentarmos a nossa avaliação anual da evolução do fenómeno da droga na Europa, é difícil não ficarmos impressionados pela amplitude que essa evolução assumiu ao longo do último meio século. Os complexos problemas de droga com que estamos actualmente confrontados na Europa dependem de muitos factores e não estão isolados em termos sociais ou geográficos. O nosso relatório reconhece este facto, bem como a necessidade de ter em conta a evolução cultural em geral e as tendências globais, uma vez que, quer uma quer outras, podem ter implicações profundas nos padrões de consumo de droga e nos danos consequentes que temos de enfrentar. As dificuldades económicas por que muitos países europeus estão actualmente a passar, e que já se fazem sentir na crescente dificuldade de prover aos orçamentos dos serviços, também fazem parte do contexto em que ele se insere. Os progressos no domínio das tecnologias da informação transformaram quase todos os aspectos da vida contemporânea e, por isso, não é de admirar que vejamos agora o seu impacto no fenómeno da droga. Observamo-lo concretamente não só no modo como as drogas são comercializadas e vendidas, mas também no surgimento de novas oportunidades de prevenção e tratamento. O mundo mais homogéneo onde vivemos é crescentemente explorado pela criminalidade organizada, que apenas vê nas drogas um tipo de mercadoria ilícita entre outros. Também neste caso é importante adoptar uma perspectiva global, uma vez que as repercussões do consumo de droga na Europa não cessam nas nossas fronteiras. É disto exemplo a forma como os resultados dos esforços da União Europeia para apoiar o desenvolvimento social nos países vizinhos são postos em risco pela alteração das rotas de tráfico de droga, que comprometem o crescimento de instituições democráticas frágeis e fomentam práticas corruptas.

É importante reconhecer que o presente relatório foi feito em colaboração com outras entidades e queremos expressar aqui o nosso apreço por todos aqueles que contribuíram para o elaborar. O relatório só é possível, muito em especial, graças ao trabalho árduo e à dedicação dos nossos parceiros da rede Reitox de pontos focais nacionais e dos peritos de toda a Europa que contribuíram para a sua análise. Somos igualmente devedores de outras agências europeias e internacionais no que respeita à análise que facultaram. A nossa função não se resume,

porém, a coligir as informações fornecidas por outros: compete-nos apresentar uma análise cientificamente sólida e independente do fenómeno da droga na Europa e, para tal, temos de interpretar dados muitas vezes incompletos. As análises do Observatório Europeu da Droga e da Toxicoddependência baseiam-se, por isso, em vários indicadores e adoptam uma atitude prudente. As conclusões extraídas de um conjunto de dados devem ser confirmadas por outras fontes de informação e assumimos sem complexos o conservadorismo da nossa interpretação quando as informações são insuficientes. No entanto, a qualidade, quantidade e comparabilidade dos dados disponíveis sobre a situação do fenómeno da droga na Europa continuam a aumentar, o que, só por si, constitui um verdadeiro avanço e mostra como a cooperação e as acções coordenadas são importantes na União Europeia.

Por último, o presente relatório anual não deve ser considerado isoladamente, mas sim no âmbito do nosso pacote global de relatórios anuais. No boletim estatístico que o acompanha podem consultar-se os dados em que a nossa análise se baseia, bem como extensas notas metodológicas. Em publicações sobre temas mais específicos, ligadas ao relatório deste ano, também analisamos pormenorizadamente as seguintes questões: os custos e o financiamento do tratamento da toxicoddependência, as orientações sobre a prestação de cuidados, o mercado de *cannabis* e a mortalidade global atribuível ao consumo de droga. As informações específicas de cada país estão disponíveis em relatórios nacionais aprofundados e em sínteses por país que podem ser consultadas na Internet. Os nossos relatórios pretendem ser acessíveis ao leitor comum, estrategicamente orientados para servir o nosso público e suficientemente pormenorizados para atender às necessidades de investigadores, estudantes e cientistas. Independentemente da perspectiva dos leitores, esperamos que o nosso trabalho aumente a sua compreensão da situação europeia neste domínio. A nossa missão é essa, mas além disso acreditamos que uma tal compreensão é indispensável para se desenvolverem políticas e respostas eficazes em matéria de luta contra a droga.

João Goulão

Presidente do Conselho de Administração do OEDT

Wolfgang Götz

Director do OEDT



Agradecimentos

O 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 e peritos 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 «Drogas») e a Comissão Europeia;
- o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC), a Agência Europeia de Medicamentos (EMA) e a Europol;
- o Grupo Pompidou do Conselho da Europa, o Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime, o Órgão Internacional para o Controlo de Estupefacientes, o Gabinete Regional para a Europa da Organização Mundial da Saúde, a Interpol, a Organização Mundial das Alfândegas, a Controlled Substances and Tobacco Directorate of Health (Direcção de Saúde para as Substâncias Controladas e o Tabaco) do Canadá, a Substance Abuse and Mental Health Services Administration (Administração dos Serviços de Abuso de Substâncias e Saúde Mental) dos Estados Unidos, o estudo Health Behaviour in School-aged Children (comportamentos de saúde das crianças em idade escolar), 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 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 Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência.

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



Nota introdutória

O presente relatório anual baseia-se em informação fornecida ao Observatório Europeu da Droga e da Toxicopdependência (OEDT) pelos Estados-Membros da União Europeia (UE), os países candidatos Croácia e Turquia, e a Noruega. Os dados estatísticos aqui incluídos referem-se ao ano de 2009 (ou ao último ano disponível). As figuras e quadros incluídos neste relatório podem reflectir a situação existente num subconjunto de Estados-Membros da União Europeia; 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 2008 podem substituir os relativos a 2009 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.

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

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 do OEDT. A versão electrónica contém ligações a todas as fontes na Internet citadas no relatório anual.

Os seguintes recursos só estão disponíveis através da Internet:

O Boletim Estatístico de 2011 contém 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.

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 Serviço das Nações Unidas contra a Droga e o Delito (UNODC) e das suas análises, complementados por informações adicionais fornecidas pela 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, e do 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 as recolham com intervalos de dois a quatro anos. Os dados apresentados no presente relatório baseiam-se no inquérito mais recente disponível em cada país, que, na maioria dos casos, terá sido realizado entre 2006 e 2009. Salvo indicação em contrário, os dados sobre a prevalência disponíveis 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 definidos 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 os 15-64 anos (todos os adultos) e os 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). Privilegia-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 do OEDT). No caso da população escolar, a prevalência ao longo da vida e no último ano são muitas vezes semelhantes, uma vez que o consumo de drogas ilícitas antes dos 15 anos raramente se verifica.

O Inquérito Escolar Europeu sobre o Consumo de Álcool e outras Drogas (ESPAD) utiliza métodos e instrumentos normalizados para avaliar o consumo de droga e de álcool entre amostras representativas de estudantes que completem 16 anos durante o ano civil em curso. Em 2007, foram recolhidos dados em 35 países, incluindo 25 Estados-Membros da União Europeia, a Croácia e a Noruega. Os resultados da quinta série, levada a cabo em 2011 com a participação de 23 dos 27 Estados-Membros, juntamente com a Croácia e a Noruega, serão publicados em 2012.

O inquérito «Health behaviour in school-aged children» (comportamentos de saúde das crianças em idade escolar, HBSC) é um estudo da Organização Mundial da Saúde (OMS) em colaboração com outros parceiros, que investiga o estado de saúde e o comportamento sanitário das crianças, tendo incluído perguntas sobre o consumo de *cannabis* entre os estudantes de 15 anos desde 2001. A terceira série deste inquérito com perguntas sobre o consumo de *cannabis* foi realizada em 2009-2010 e contou com a participação de 23 dos 27 Estados-Membros da União Europeia, bem como da Croácia e da Noruega.

Procura de tratamento

Nos relatórios sobre a procura de tratamento, entende-se por «novos utentes» aqueles que iniciaram o tratamento no ano civil em curso pela primeira vez na vida e por «todos os utentes» aqueles que iniciaram o tratamento durante esse ano civil. 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.





Comentário

Uma visão global do consumo de droga na Europa de hoje

A situação do fenómeno da droga em perspectiva

Em muitos aspectos, o relatório deste ano é marcado pelos contrastes. Por um lado, o consumo de droga parece relativamente estável na Europa. Os níveis de prevalência mantêm-se, em geral, elevados relativamente ao passado, mas não estão a aumentar. Em alguns domínios importantes, como o do consumo de *cannabis* pelos jovens, há sinais positivos. Por outro lado, a evolução do mercado de drogas sintéticas mostra indícios preocupantes, o mesmo acontecendo, de um modo mais geral, com a forma como os consumidores de drogas utilizam actualmente uma maior variedade de substâncias. O policonsumo de droga, incluindo a associação de drogas ilícitas ao álcool e, por vezes, a medicamentos e substâncias não controladas, é agora o padrão preponderante do consumo de droga na Europa. Esta realidade coloca um desafio às políticas e respostas europeias em matéria de luta contra a droga. A maioria dos Estados-Membros ainda não possui um quadro político global no que respeita ao consumo de substâncias psicoactivas, e os serviços de tratamento estão a adaptar as suas práticas para suprir as necessidades de utentes cujos problemas abarcam múltiplas substâncias. Do mesmo modo, para orientar e avaliar o impacto das medidas de redução da oferta de droga há que tomar em consideração o mercado das substâncias psicoactivas em geral. Sem essa perspectiva mais ampla, os avanços obtidos relativamente a uma droga podem levar à transferência do consumo para outros produtos. O presente relatório contém muitos exemplos que mostram como os mercados de drogas ilícitas são dinâmicos, inovadores e capazes de se adaptarem rapidamente tanto às oportunidades como às medidas de controlo.

O modelo europeu em análise

A Europa possui, em termos mundiais, uma abordagem bem desenvolvida, amadurecida e relativamente eficaz de resposta ao consumo de drogas ilícitas. A sua articulação, ao nível da União Europeia, faz-se em torno da actual estratégia da União Europeia em matéria de luta contra a droga e do respectivo plano de acção, o que constitui um exemplo único de cooperação e intercâmbio de conhecimentos a nível transnacional. Os resultados da última estratégia estão actualmente a ser analisados e a maior parte dos Estados-Membros já possui estratégias

em matéria de luta contra a droga relativamente coerentes e bem formuladas, que reflectem, em grande medida, um modelo comum. Não obstante esta evolução positiva e o aumento global da oferta de serviços para pessoas com problemas de droga, ainda subsistem grandes diferenças entre países, sobretudo no que respeita aos investimentos em intervenções de redução da procura. A resolução destas discrepâncias constituirá um desafio importante para as futuras políticas da União neste domínio.

O modelo europeu caracteriza-se por um equilíbrio pragmático dos objectivos de redução da oferta de droga com os objectivos de redução da procura, bem como pelo reconhecimento da importância tanto dos direitos humanos como da segurança da comunidade. Esta abordagem permite uma acção concertada e a cooperação dos esforços de aplicação da lei e controlo das fronteiras para limitar a oferta de droga, de que são exemplo os actuais programas dirigidos às rotas de importação de heroína do Afeganistão, ao tráfico de cocaína através do Atlântico e da África Ocidental e à produção de drogas sintéticas. Permite igualmente uma evolução inovadora no domínio do tratamento e da redução dos danos, como é o caso do tratamento assistido com heroína, que tem merecido um interesse crescente por parte de vários países europeus e é objecto de uma nova análise do OEDT.

Risco de epidemias de VIH localizadas entre consumidores de droga injectada poderá estar a aumentar

Após as reduções registadas em termos globais na propagação do VIH na União Europeia, o enfoque na prevenção do VIH como objectivo de saúde pública primário da política de luta contra a droga tornou-se menos evidente. Contudo, a análise deste ano suscita a perspectiva preocupante de um eventual crescimento do risco de ocorrência de novas epidemias localizadas de VIH. A recessão económica que afecta muitos países europeus pode estar a aumentar a vulnerabilidade de algumas comunidades, limitando simultaneamente a capacidade dos Estados-Membros para fornecerem respostas adequadas. Os antecedentes históricos são claros: se existirem condições para tal, as infecções por VIH relacionadas com a droga podem propagar-se rapidamente em comunidades vulneráveis. Além disso, os progressos obtidos pela União Europeia no que respeita à redução dessa propagação não tiveram

correspondência em muitos países vizinhos da União, onde a transmissão do vírus, relacionada com o consumo de droga injectada e o sexo sem protecção, continua a constituir um importante problema de saúde pública. Recentemente, a conjuntura política e económica fez aumentar a migração dessas regiões afectadas para os Estados-Membros da União Europeia, o que poderá sujeitar serviços que já se encontram sobrecarregados a uma pressão adicional.

O facto de em vários Estados-Membros da União Europeia, incluindo aqueles que antes não tiveram epidemias significativas de VIH relacionadas com a droga, existirem agora condições que os tornam potencialmente vulneráveis a futuros problemas suscita, assim, especial preocupação. A Grécia, que é, tradicionalmente, um país com baixa prevalência, comunicou em 2011 um surto local de VIH entre consumidores de droga injectada e a situação em vários Estados-Membros da Europa Oriental também é preocupante, como mostram os crescentes índices de infecção registados na Bulgária. O quadro também se afigura menos positivo em alguns países que tinham progredido no combate às epidemias de VIH/sida relacionadas com a droga, parecendo os avanços efectuados nos últimos anos na prevenção de novas infecções na Estónia e na Lituânia, por exemplo, cada vez mais frágeis, visto que ambos os países comunicam aumentos recentes das infecções.

Tendências dos opiáceos: a necessidade de compreender a dinâmica do mercado

Ao nível internacional e, em especial, na América do Norte, a disponibilidade e o abuso de opiáceos sujeitos a prescrição médica, sobretudo analgésicos, têm constituído um motivo de preocupação crescente. Na Europa, é difícil avaliar a amplitude deste fenómeno a partir dos dados actualmente disponíveis. Além disso, dificilmente se podem estabelecer comparações directas entre a União Europeia e outras regiões do mundo, devido, em grande parte, às consideráveis diferenças existentes nos padrões de prescrição e nas regulamentações que lhe são aplicáveis. Actualmente, o consumo de opiáceos sintéticos na Europa parece envolver sobretudo o consumo de drogas de substituição desviadas do tratamento da toxicod dependência. Além disso, alguns países do norte e do centro da Europa referem agora o consumo de fentanil, que provavelmente é fabricado de forma ilícita fora da União Europeia. O aparecimento desta droga suscita especial preocupação e, globalmente, atendendo à situação existente noutras regiões, há boas razões para

melhorarmos a nossa capacidade de acompanhar as tendências do abuso de produtos psicoactivos destinados a ser exclusivamente usados para fins terapêuticos.

Dado que os opiáceos sintéticos são principalmente consumidos, de forma ilícita, em substituição da heroína, as informações sobre o seu consumo podem fornecer indicações sobre o mercado de heroína em geral. Uma questão importante que actualmente se coloca neste domínio é a de saber até que ponto as medidas de redução da oferta estão a afectar a disponibilidade de heroína nas ruas da Europa. Essa possibilidade é confirmada pelos indícios de que alguns, mas não todos, os países da União Europeia passaram por uma situação de escassez de heroína no final de 2010, a qual também poderá ter afectado países terceiros, como a Rússia e a Suíça. Uma explicação alternativa que foi apresentada para explicar essa escassez aparente tem a ver com um surto recente de míldio das papoilas em algumas regiões do Afeganistão. Uma inspecção mais atenta revela, porém, que esta associação será provavelmente ténue, embora outros eventos ocorridos no Afeganistão e alguns êxitos significativos resultantes da cooperação entre as forças policiais turcas e da União Europeia possam ter desempenhado algum papel. Os problemas de oferta a curto prazo devem ser, todavia, considerados no contexto do mercado de heroína da Europa a longo prazo, que é relativamente estável.

Embora as informações sobre a disponibilidade de heroína sejam muito importantes para entender a dinâmica do mercado de drogas ilícitas na Europa, há que salientar a grande dificuldade em formular observações concretas sobre esta questão. Estão a ser efectuadas algumas tentativas mais sofisticadas nesse sentido, com base numa análise dos dados de produção e de consumo. No entanto, por várias razões técnicas, ainda é necessário usar de grande prudência ao extrair conclusões sobre este tema sensível. Por exemplo, os bons indicadores sobre a disponibilidade de drogas no mercado europeu são insuficientes. As estimativas da produção de ópio no Afeganistão são frequentemente aceites sem reservas, apesar de tais cálculos constituírem, em muitos aspectos, um verdadeiro desafio metodológico, e as sugestões de que há produção de ópio noutros países asiáticos raramente são tomadas em consideração. Além disso, os modelos dos fluxos de heroína incluem frequentemente a existência de «reservas» de ópio ou heroína em armazém, embora poucos dados empíricos confirmem esta hipótese. Também é difícil esclarecer a relação entre a produção de ópio e a disponibilidade de heroína devido à existência de diversas rotas de tráfico com destino à União Europeia, bem como de mercados

secundários dentro desta, e ao período de tempo significativo que se julga existir entre a colheita de ópio no Afeganistão e o seu aparecimento sob a forma de heroína nas ruas europeias.

Serão as mortes por overdose apenas a ponta do iceberg?

Na Europa, a vítima de *overdose* fatal típica é um homem entre 35 e 39 anos de idade, com um longo historial de problemas com opiáceos. Sabe-se que o facto de se estar a fazer tratamento da toxicodependência e, em especial, o tratamento de substituição, reduz o risco de *overdose*. Porém, não obstante o enorme aumento da disponibilidade de tratamento ao longo dos anos, o número de consumidores mortos por *overdose* de droga na Europa tem-se mantido estável. A redução das mortes por *overdose* constitui, por isso, um grande desafio para os serviços de tratamento da toxicodependência de toda a Europa. Actualmente estão a ser avaliados e desenvolvidos neste domínio alguns programas inovadores, muitas vezes direccionados para os acontecimentos que envolvem riscos particulares para os consumidores de opiáceos, como a saída da prisão ou o abandono do tratamento. Embora este trabalho seja importante, apenas aborda uma parte do problema. Os estudos sugerem que as mortes por *overdose* podem representar entre um e dois terços da mortalidade global registada entre consumidores problemáticos de droga. Outras causas de morte importantes que os afectam são a sida, o suicídio e os traumatismos. As implicações desta conclusão são aprofundadamente debatidas numa publicação que acompanha o presente relatório e indicam inequivocamente um elevado e excessivo nível de mortalidade nesta população, bem como o papel que os serviços podem desempenhar na redução dos custos humanos dos problemas de droga a longo prazo.

Terá a bolha da cocaína rebentado?

Ao longo da última década, a cocaína impôs-se como a droga estimulante mais consumida na Europa, apesar de só existirem níveis de consumo elevados num conjunto limitado de países. Os comentadores têm feito notar que parte da atracção desta substância reside na sua imagem, visto o consumo de cocaína ser frequentemente retratado como fazendo parte de um estilo de vida rico e moderno. Porém, a realidade do consumo regular de cocaína é diferente e essa imagem positiva estará eventualmente a ser cada vez mais contrariada pelo reconhecimento crescente dos problemas relacionados com a cocaína, que estão patentes no maior número de emergências hospitalares, mortes e pedidos de tratamento relacionados com esta droga. O custo

financeiro associado ao consumo regular de cocaína pode torná-la uma opção menos atraente em países onde a austeridade está hoje na ordem do dia. Novos dados levam a pensar que a popularidade desta droga poderá já ter atingido o nível máximo. Inquéritos recentes revelam algum declínio do consumo nos países que têm os níveis de prevalência mais elevados, embora a situação seja menos clara noutros países. Os dados relativos à oferta também são ambíguos. A quantidade de cocaína apreendida diminuiu consideravelmente desde 2006 e, em termos globais, tanto o preço como a pureza da droga diminuíram também. Contudo, ao contrário do volume, o número de apreensões continuou a aumentar e há indícios de que os traficantes continuam a adaptar as suas práticas em resposta aos esforços de combate ao tráfico, pelo que subsiste o risco de o consumo se difundir a novas zonas.

MDMA em recuperação

Nos últimos anos, o mercado europeu de *ecstasy* passou por um período em que a disponibilidade de comprimidos com 3,4-metilenedioxi-metanfetamina (MDMA) se tornou cada vez mais rara. Era comum os comprimidos de «*ecstasy*» vendidos no mercado ilícito conterem outras drogas, muitas vezes uma piperazina, levando a que algumas pessoas que julgavam estar a comprar uma droga ilícita estivessem, de facto, a adquirir uma substância não controlada. A escassez de MDMA nos comprimidos de *ecstasy* parece ter estado relacionada com a falta do seu principal precursor, o PMK, reflectindo possivelmente o êxito dos esforços de combate ao tráfico. Contudo, os dados mais recentes apontam para uma disponibilidade crescente do MDMA, assinalando alguns relatórios a existência de comprimidos com dosagens muito elevadas e pós de elevada pureza.

Os actuais métodos de produção do MDMA parecem estar baseados no safolo ou, de forma crescente, em produtos químicos importados, como o PMK-glicidato e o alfa-fenilacetoacetoneitrilo, que são estruturalmente semelhantes, mas não idênticos, aos precursores controlados até agora utilizados. Existe aqui um paralelismo com a evolução ocorrida no domínio das «alternativas legais às drogas ilegais» (*legal highs*), em que os produtos não controlados substituem os controlados. Estes produtos químicos são escolhidos em função de dois objectivos: a nova substância não deve estar sujeita aos controlos actuais e deve ser facilmente convertida num precursor necessário para a síntese do MDMA. Este é mais um exemplo da considerável capacidade de adaptação demonstrada pelos produtores de drogas sintéticas. Observou-se um

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 2001 e 2009-2010, principalmente em 2004-2008). Ver conjunto completo de dados e informações sobre a metodologia utilizada no Boletim Estatístico em anexo.

Cannabis

Prevalência ao longo da vida: cerca de 78 milhões de pessoas (23,2% dos adultos europeus).

Consumo no último ano: cerca de 22,5 milhões de adultos europeus (6,7%) ou um terço dos consumidores ao longo da vida.

Consumo no último mês: cerca de 12 milhões de pessoas (3,6%).

Variações do consumo no último ano por país: variação global de 0,4% a 14,3%.

Cocaína

Prevalência ao longo da vida: cerca de 14,5 milhões de pessoas (4,3% dos adultos europeus).

Consumo no último ano: cerca de 4 milhões de adultos europeus (1,2%) ou um terço dos consumidores ao longo da vida.

Consumo no último mês: cerca de 1,5 milhões de pessoas (0,5%).

Variações do consumo no último ano por país: variação global de 0,0% a 2,7%.

Ecstasy

Prevalência ao longo da vida: cerca de 11 milhões de pessoas (3,2% dos adultos europeus).

Consumo no último ano: cerca de 2,5 milhões de pessoas (0,7%) ou um quinto dos consumidores ao longo da vida.

Variações do consumo no último ano por país: variação global de 0,1% a 1,6%.

Anfetaminas

Prevalência ao longo da vida: cerca de 12,5 milhões de pessoas (3,8% dos adultos europeus).

Consumo no último ano: 1,5-2 milhões de pessoas (0,5%) ou até um sexto dos consumidores ao longo da vida.

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

Opiáceos

Consumidores problemáticos de opiáceos: estimados em 1,3 a 1,4 milhões de europeus.

Cerca de 700 000 consumidores de opiáceos receberam tratamento de substituição em 2009.

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

Mortes induzidas pela droga: cerca de 7 600, tendo sido detectados opiáceos em cerca de três quartos dos casos.

fenómeno semelhante no mercado de anfetaminas, onde os precursores têm sido quimicamente «disfarçados» para evitar os actuais mecanismos de controlo fronteiriço e das vendas. À medida que os produtores se vão tornando tecnicamente mais sofisticados e procuram novas formas de contornar os esforços e regulamentações de combate ao tráfico, a possibilidade de modificar e reverter as substâncias constitui mais um desafio para as presentes abordagens de controlo da droga.

Novas drogas psicoactivas: clarificar a nossa resposta

O rápido aparecimento de muitas substâncias psicoactivas novas não controladas representa um desafio cada vez maior para os actuais modelos de controlo da droga.

Em 2010, foi notificado um número recorde de 41 substâncias novas ao mecanismo europeu de alerta rápido e os dados preliminares para 2011 não mostram sinais de diminuição. Este facto reflecte quer a contínua introdução de substâncias e produtos novos no mercado, quer o recurso crescente a medidas pró-activas para identificar as novas substâncias. A Internet é um dos principais mercados dessas substâncias e os resultados preliminares do último inquérito em linha do OEDT (Julho de 2011) revelam que o número de lojas na Internet que vendem produtos psicoactivos continua a aumentar. As práticas de venda neste domínio também parecem ter-se tornado mais sofisticadas, com mais indícios de terem sido tomadas medidas para restringir o acesso e proteger a identidade de compradores e vendedores. Além disso, surgiram notícias relativas à venda de drogas ilícitas através de sítios Web de acesso restrito. Ainda é pouco claro em que medida este tipo de desenvolvimento constituirá uma ameaça significativa no futuro, mas atendendo à rapidez com que as alterações têm ocorrido neste domínio, é necessário manter a vigilância.

Melhorar a nossa capacidade de detectar novas drogas

O mecanismo jurídico que apoia o sistema europeu de alerta rápido está a ser revisto. A Comissão Europeia realizou uma avaliação que assinalou os pontos fortes do sistema existente e também a necessidade de tornar a Europa mais capaz de acompanhar a rapidez com que se processa a evolução neste domínio. Embora a Europa tenha estado na primeira linha da detecção de novas substâncias psicoactivas, as dimensões mundiais desse problema ficaram claras nos debates realizados num simpósio técnico organizado pelo OEDT em 2011. Os peritos internacionais confirmaram que já se encontram produtos com novas substâncias

psicoactivas em muitas partes do mundo, incluindo o continente americano, o Médio Oriente, a Oceânia e algumas regiões da Ásia, e que a identificação de uma gama de substâncias cada vez maior num mercado em rápida mudança é um problema comum. A opinião consensual dos peritos, à saída dessa reunião, era de que os desafios apresentados pelas novas drogas exigirão uma monitorização mais pró-activa do mercado e uma partilha de informações forenses, bem como uma melhor identificação dos problemas de saúde causados pelo consumo dessas substâncias.

Prever o futuro: novos produtos e interacção entre mercados

As novas substâncias psicoactivas notificadas ao sistema de alerta rápido eram, na sua maioria, estimulantes ou canabinóides sintéticos, o que reflecte, em grande medida, o mercado de drogas ilícitas da Europa. É provável que estes tipos de substâncias novas continuem a entrar no mercado. Além disso, os produtores parecem estar a considerar outras substâncias com uma acção psicoactiva que possa ser atractiva para os consumidores. Existe uma literatura de investigação vasta e acessível, que pode ser estudada para esse fim, receando-se que os resultados da investigação farmacêutica possam ser aproveitados para criar novas substâncias psicoactivas no futuro.

Grande parte dos esforços políticos neste domínio tem-se centrado no estatuto jurídico das novas substâncias, mas é igualmente importante considerá-las no contexto do mercado de droga global. A título de exemplo, os consumidores referem que, para além da venda através da Internet, a mefedrona (ver capítulo 8) também era vendida através das mesmas redes ilegais utilizadas para drogas como o *ecstasy* e a cocaína. Além disso, como já foi dito, as substâncias psicoactivas não controladas podem ser vendidas como comprimidos de *ecstasy* no mercado ilícito. Em contrapartida, a droga controlada PMMA foi recentemente identificada em alguns produtos publicitados como «alternativas legais a drogas ilegais». No seu conjunto, a evolução neste domínio é preocupante, visto sugerir uma interacção crescente entre as «*legal highs*» e os mercados de drogas ilícitas.

Cannabis: dilemas políticos

A *cannabis* continua a ser a droga ilícita mais popular da Europa, mas é também aquela que suscita atitudes mais divergentes na opinião pública. Esta situação é patente no recente estudo do *Eurobarómetro* das atitudes dos jovens face ao consumo de droga, que

concluiu que as opiniões sobre a proibição da *cannabis* eram mais contraditórias do que as referentes a outras drogas. Globalmente, não é possível discernir uma direcção clara no desenvolvimento das políticas relativas à *cannabis*. Os casos dos Estados Unidos e dos Países Baixos são exemplos interessantes desse desenvolvimento. Nos Estados Unidos, houve um avanço no sentido de liberalizar a disponibilidade de *cannabis* herbácea para fins médicos em alguns Estados. Nos Países Baixos, os decisores políticos parecem estar a tomar uma posição mais dura contra a produção de *cannabis* a nível interno e no que toca às regras de funcionamento aplicadas às vendas nos «*coffee-shops*».

Em que medida a alteração das políticas influencia o consumo de *cannabis* é uma questão muito debatida. Nos dados apresentados no presente relatório, não é possível ver uma associação directa entre os indicadores do consumo recente desta droga e as alterações introduzidas para aumentar ou diminuir as penas por consumo, o que indica a existência de processos mais complexos. Pode observar-se, em termos gerais, que, na última década, as políticas europeias relativas à *cannabis* tenderam a direccionar os esforços de aplicação da lei para as infracções relacionadas com o tráfico e a oferta e não com o consumo dessa droga. Um dos intuitos dessa opção era evitar as eventuais consequências negativas de colocar um grande número de jovens em contacto com o sistema de justiça penal, principalmente se o seu consumo de *cannabis* for experimental. Os dados mostram, todavia, que o número de infracções relacionadas com o consumo de *cannabis* continua a aumentar na Europa, apesar de a prevalência ter estabilizado ou estar mesmo a diminuir, o que revela uma eventual desconexão entre os objectivos políticos e a prática. É difícil explicar esta observação, mas é possível que os dados reflectam um efeito de aumento, em que a adopção de mais sanções de carácter administrativo para penalizar o consumo faça aumentar a probabilidade de estas virem a ser aplicadas na prática.

Produção de cannabis a nível interno: um problema crescente

A Europa continua a ser o maior mercado mundial de resina de *cannabis*. Tradicionalmente, Marrocos era o principal país produtor da resina consumida na Europa. Informações recentes sugerem, porém, que a resina de *cannabis* é cada vez mais importada de outros países, incluindo o Afeganistão e o Líbano. Estas informações são confirmadas por inquéritos recentes no terreno efectuados pelo UNODC, que registaram a existência de uma volumosa produção de resina de *cannabis* no

Afganistão. A *cannabis* herbácea importada para a União Europeia provém sobretudo de países vizinhos da região dos Balcãs e, em menor escala, de alguns países africanos e asiáticos. A maioria dos Estados-Membros da União Europeia refere agora o cultivo de *cannabis* a nível interno, um fenómeno que parece estar a aumentar. Este facto é atestado pela existência de lojas especializadas em equipamentos para o cultivo de *cannabis*. O cultivo a nível interno pode efetuar-se em pequena escala, mas também pode consistir em grandes instalações de produção geridas por grupos de criminalidade organizada. Em consequência disso, há países que estão a registar um aumento da violência e de outros crimes associados a essas instalações. A evolução do mercado de *cannabis* europeu é analisada em pormenor num «insight» do OEDT a publicar proximamente.

Orientações, normas e partilha de práticas eficazes

Dada a natureza complexa e dinâmica dos problemas de droga contemporâneos, é importante assegurar que as conclusões da investigação e os conhecimentos obtidos a partir do desenvolvimento eficaz dos serviços são

partilhados da forma mais ampla possível. Para o efeito, foram lançadas várias iniciativas europeias destinadas a identificar e a promover a partilha de boas práticas. Em 2011, em colaboração com o OEDT, a Comissão Europeia realizou uma conferência sobre a identificação de normas mínimas de qualidade e parâmetros de referência para os programas de redução da procura. O OEDT também tem vindo a expandir os seus recursos na Web para divulgar as práticas cientificamente fundamentadas. Note-se, porém, que a existência de provas de eficácia não garante automaticamente que estas se traduzam na prática. Pode observar-se um exemplo disto no domínio da prevenção da toxicod dependência, onde apesar das provas cada vez mais sólidas da sua eficácia, as estratégias específicas e ambientais figuram, muitas vezes, entre as intervenções menos utilizadas. No entanto, o ponto de partida para se adoptarem boas práticas deve ser o conhecimento das abordagens que produziram benefícios comprovados. E à medida que as informações susceptíveis de orientar as opções políticas se acumulam e ficam mais disponíveis, será mais difícil justificar o investimento em abordagens que não estejam bem fundamentadas.



Capítulo 1

Políticas e legislações

Introdução

Num momento em que a actual estratégia da União Europeia em matéria de luta contra a droga se aproxima do seu termo, em 2012, o presente capítulo analisa a evolução da abordagem política da União neste domínio ao longo dos últimos 20 anos. Examina igualmente as estratégias recentemente adoptadas por alguns países terceiros, com o intuito de identificar sinais de convergência ou de divergência em relação à abordagem europeia, e faz uma análise sucinta das estratégias nacionais de luta contra a droga ultimamente adoptadas na Europa.

Uma panorâmica dos estudos sobre a despesa pública dos Estados-Membros da União Europeia, a seguir apresentada, destaca as diferentes formas como este tema tem sido abordado e a necessidade de melhorar e harmonizar a recolha de dados neste domínio. Neste capítulo analisam-se igualmente as alterações às penas aplicadas por posse de droga que se verificaram nos países europeus na última década e os últimos progressos da investigação relacionada com a droga.

Evolução política internacional e na União Europeia

Rumo às novas iniciativas políticas da União Europeia em matéria de luta contra a droga

O novo quadro político em matéria de droga que a Comissão Europeia está a elaborar será um dos

primeiros documentos políticos adoptados nesta área ao abrigo do Tratado de Lisboa (ver OEDT, 2010a). Entre os trabalhos preparatórios, figura uma avaliação externa final da estratégia da União Europeia para 2005-2012, que será baseada em entrevistas com as partes interessadas dos Estados-Membros, países terceiros e organizações internacionais, bem como na análise de documentos políticos e relatórios sobre as tendências. O Fórum da Sociedade Civil sobre Droga da Comissão Europeia irá colaborar com um documento com a sua posição. Além disso, deputados dos diversos grupos políticos do Parlamento Europeu organizaram reuniões e audições para debater a política actual e futura da União em matéria de luta contra a droga. Os vários debates e contributos, juntamente com a dita avaliação, concorrerão para o desenvolvimento de uma política global da União neste domínio para o período pós-2012.

Dois décadas de política da União Europeia em matéria de luta contra a droga

Desde o início da década de 1990, a União Europeia adoptou oito estratégias ou planos de acção em matéria de luta contra a droga (figura 1), reflectindo as mudanças de conteúdo dos sucessivos documentos a evolução da abordagem europeia nessa matéria. Nos dois primeiros planos europeus, foram incluídas acções que procuravam reduzir tanto a oferta como a procura de droga, mas o conceito de abordagem integrada, interligando ambos os elementos, surgiu pela primeira vez no plano de 1995-1999. A estratégia adoptada em 2000

Figura 1 — Calendário dos documentos políticos europeus em matéria de droga



definiu a abordagem da União Europeia como sendo simultaneamente integrada e equilibrada, atribuindo importância política semelhante às intervenções de redução da procura e de redução da oferta. Esta mudança de abordagem está reflectida nos títulos destes documentos políticos da União, onde o termo «planos de combate à droga» foi substituído pelos termos mais neutros «estratégias» e «planos de acção de luta contra a droga». Em termos de conteúdo, uma das alterações mais evidentes nas últimas duas décadas foi a introdução de objectivos de redução dos danos na área da redução da procura dos ditos documentos.

A análise e a avaliação das políticas não eram mencionadas nos dois primeiros planos europeus, uma vez que no início da década de 1990 se dava prioridade à criação de um sistema de informação europeu fiável sobre a droga. A avaliação da aplicação das políticas foi introduzida no plano de 1995, mas só na estratégia de 2000-2004 foi consolidada como parte integrante da abordagem da União Europeia em matéria de droga. Desde então, todas as estratégias e planos de acção da União Europeia têm sido avaliados e os resultados dessas avaliações utilizados para orientar os documentos políticos subsequentes. O novo quadro político da União neste domínio seguirá este princípio e, pela primeira vez, será baseado numa avaliação externa da estratégia anterior.

Perspectiva internacional

Fora da União Europeia, foram recentemente publicadas várias estratégias nacionais ou regionais, nomeadamente pela Austrália, a Rússia, os Estados Unidos e a Organização dos Estados Americanos (OEA) ⁽¹⁾. A análise do conteúdo destes documentos políticos mostra até que ponto as características da abordagem da União Europeia são partilhadas por outros países.

A estratégia de controlo da droga dos Estados Unidos em 2010 é apresentada como um novo rumo da sua política nesta matéria, em que o consumo de droga é sobretudo considerado como um problema de saúde pública e a procura de droga reconhecida como a principal causa do problema de droga existente no país. A estratégia põe a tónica na prevenção, no tratamento e na recuperação da dependência e defende a integração do tratamento da toxicodependência no sistema geral de saúde, à semelhança de outras doenças crónicas. A estratégia dos Estados Unidos é retomada na Estratégia Hemisférica sobre Drogas da OEA, que descreve a toxicodependência com uma doença crónica recorrente, que deve ser tratada como tal. A primeira estratégia russa em matéria de luta

contra a droga (2010-2020) assenta no reconhecimento da dimensão do problema de droga existente no país, caracterizado pelo crescimento do consumo de drogas ilícitas e sua contribuição para a propagação de doenças infecto-contagiosas. As estratégias da OEA, da Rússia e dos Estados Unidos destacam a importância de uma abordagem equilibrada. Dos quatro documentos políticos, a estratégia australiana (2010-2015) é a que tem um âmbito de aplicação mais amplo, abrangendo todas as substâncias psicoactivas que possam causar dependência e problemas de saúde: álcool, tabaco, drogas ilícitas e outras. A minimização dos danos é a sua principal preocupação.

As estratégias da OEA, da Austrália e dos Estados Unidos caracterizam-se por uma abordagem cientificamente fundamentada da redução da procura, associada à avaliação dos resultados. Os países que adoptaram a Estratégia Hemisférica sobre Drogas comprometeram-se a sujeitar as suas políticas e intervenções nacionais a uma avaliação periódica, independente, cujos resultados irão depois orientar a afectação dos recursos. Os 106 componentes da estratégia dos Estados Unidos devem ser revistos e actualizados anualmente, a fim de cumprir os objectivos da estratégia, nomeadamente uma redução da prevalência do consumo de droga de 15% entre os jovens dos 12 aos 17 anos e uma redução de 10% entre os jovens adultos, até 2015. Os resultados da estratégia australiana serão avaliados em função de três critérios: desmantelamento da oferta de drogas ilícitas, consumo de droga e danos a ele associados. A estratégia russa sublinha a melhoria dos instrumentos de monitorização e de recolha de dados, mas rejeita explicitamente o tratamento de substituição de opiáceos, uma intervenção que, na estratégia da União Europeia, é considerada como uma abordagem fundamental e cientificamente fundamentada. Importa referir também que tanto a estratégia da Rússia como a dos Estados Unidos prevêem a realização de campanhas nos meios de comunicação social, apesar de haver poucas provas da sua eficácia.

Globalmente, parece existir alguma convergência entre as estratégias de luta contra a droga ao nível internacional. Embora a primeira estratégia russa, ainda que reconhecendo o problema e destacando a monitorização, adopte uma posição ideológica que não é partilhada pelas outras estratégias, tanto os Estados Unidos como a OEA parecem estar a aproximar-se do modelo da União Europeia. A abordagem australiana, embora contenha muitos elementos da política da União, diverge desta no tocante à grande diversidade de substâncias visadas.

(1) A OEA é uma organização regional que reúne os 35 Estados independentes do continente americano e constitui o principal fórum de cooperação intergovernamental.

Estratégias nacionais de luta contra a droga

Um elemento fulcral do modelo político da Europa em matéria de luta contra a droga é a adopção de estratégias e planos de acção nacionais nessa matéria, que já existem na quase totalidade dos 30 países monitorizados pelo OEDT. Na maioria desses países, o último documento político relativo à droga tem menos de três anos. Esses documentos descrevem a situação existente e os objectivos gerais e específicos dos governos neste domínio, especificando as acções e as partes responsáveis pela sua aplicação. Muitas vezes, apresentam os critérios para avaliar o êxito de cada acção e prevêm, cada vez mais, a realização de uma avaliação final da estratégia ou plano de acção.

Evolução recente

Onze países adoptaram, recentemente, estratégias nacionais ou planos de acção novos (quadro 1), com durações que variam entre três e nove anos. Três desses países (Portugal, Roménia e Turquia) sincronizaram os respectivos documentos políticos com a actual estratégia da União Europeia em matéria de luta contra a droga (2005-2012). Não obstante, o álcool e o tabaco serem, por vezes, mencionados, a maioria dos documentos concentra-se nas drogas ilícitas, e muitos países possuem planos de acção separados para o álcool e para o tabaco. Uma das poucas excepções, a estratégia conjunta para as drogas e para o álcool que deveria ter sido adoptada na Irlanda, foi adiada devido às eleições parlamentares realizadas no início de 2011.

Os Países Baixos também comunicaram que a adopção de um novo documento político nesta matéria sofreu atrasos devido à mudança de governo (?), enquanto o Governo húngaro, recentemente eleito, informou ter a intenção de substituir a estratégia de luta contra a droga adoptada no ano anterior pelo seu antecessor. Quatro outros países (Alemanha, Estónia, Eslovénia e Suécia) disseram que em 2011 seriam elaborados e adoptados novos documentos políticos em matéria de droga, enquanto a Noruega decidiu prolongar o seu plano de acção (2007-2010) até 2012.

Despesa pública

Na Europa, a despesa pública com todos os aspectos do fenómeno da droga tem sido objecto de um exame atento, ao longo da última década (OEDT, 2008c). Na presente secção analisam-se as estimativas globais disponíveis sobre as despesas públicas nacionais relacionadas com a droga, na Europa, procurando esclarecer duas questões fundamentais. Em primeiro lugar, que percentagem do produto interno bruto (PIB) é gasta pelos países com este problema e, em segundo lugar, como são esses fundos divididos entre os diferentes domínios de actividade, especialmente entre as intervenções de redução da oferta e as de redução da procura.

A quantidade e a qualidade das informações disponíveis sobre a despesa pública relacionada com a droga variam muito consoante os países. Os estudos disponíveis abrangem anos diferentes, utilizam diversas metodologias

Quadro 1 – Documentos políticos nacionais em matéria de droga recentemente adoptados

País	Nome do documento político	Período	Tema principal	Notas
República Checa	Estratégia	2010-2018	Drogas ilícitas	Complementado por um plano de acção 2010-2012
Dinamarca	Plano de acção	2010, em curso	Drogas ilícitas	
Itália	Plano de acção	2010-2013	Drogas ilícitas	Complementado por um plano de projectos para 2010
Letónia	Programa	2011-2017	Drogas ilícitas	
Lituânia	Programa	2010-2016	Drogas ilícitas	Complementado por planos de acção anuais
Luxemburgo	Estratégia e plano de acção	2010-2014	Drogas ilícitas	A estratégia também tem em consideração o álcool, o tabaco, os medicamentos e os comportamentos que geram dependência
Polónia	Programa	2011-2016	Drogas ilícitas	
Portugal	Plano de acção	2009-2012	Drogas ilícitas	Segundo plano de acção no âmbito do plano estratégico 2005-2012
Roménia	Plano de acção	2010-2012	Drogas ilícitas	Segundo plano de acção no âmbito da estratégia 2005-2012
Reino Unido	Estratégia	2010, em curso	Drogas ilícitas	Substitui a estratégia de 2008-2018 adoptada pelo governo anterior
Turquia	Plano de acção	2010-2012	Drogas ilícitas, álcool e tabaco	Segundo plano de acção no âmbito da estratégia nacional 2006-2012

Fonte: Pontos focais nacionais da Reitox.

(?) Foi apresentada uma nova estratégia ao Parlamento sob a forma de uma «carta sobre a droga».

e referem-se a países com estruturas públicas diferentes. As diferenças quanto aos métodos de cálculo das despesas relacionadas com a droga limitam muito a possibilidade de estabelecer comparações a nível nacional. Alguns dos fundos atribuídos pelo governo às despesas com tarefas relacionadas com a droga são especificamente identificados nos orçamentos nacionais («despesa directa»). Muitas vezes, porém, a maioria das despesas relacionadas com a droga não está identificada («despesa indirecta»), sendo necessário calculá-las através de métodos de modelização.

Na última década, pelo menos 12 países tentaram chegar a estimativas globais das despesas relacionadas com a droga (quadro 2), tendo comunicado despesas públicas com esse problema que variam entre 0,04% do PIB e 0,48% do PIB.

À semelhança do que se observa noutros domínios da política social, à medida que os países ficam mais ricos aumenta a percentagem do PIB gasta pelo Estado em actividades relacionadas com a droga (OCDE, 2006; Prieto, 2010). Na Bélgica, República Checa, Alemanha, Luxemburgo, Países Baixos, Suécia e Reino Unido, estima-se que pelo menos 0,1% do PIB tenha sido consagrado a problemas relacionados com a droga; em França, Letónia (só despesa directa), Hungria e Eslováquia, essa percentagem variou entre 0,1% e 0,04% do PIB. Tendo em conta que foram utilizados métodos diferentes e a exaustividade dos dados é variável, estes valores não diferem grandemente das estimativas referentes aos Estados Unidos (0,42%) (Reuter, 2006) e à Austrália (0,41% do PIB) (Moore, 2008).

Os estudos sobre a despesa pública também procuram estimar os fundos atribuídos aos diversos tipos de questões relacionadas com a droga. No entanto, há que ter cautela ao estabelecer comparações entre países, uma vez que estes podem não classificar as despesas da mesma forma. Nos 12 países que apresentaram estimativas completas, as actividades de redução da oferta — «aplicação da lei» ou «manutenção da ordem e segurança públicas» — representavam entre 48% e 92% do total. As despesas com a justiça, a polícia, as alfândegas e as prisões são as mais frequentemente mencionadas.

A forma como os países europeus classificam as despesas de redução da procura é muito variável. As despesas com o tratamento ou com a saúde correspondem a cerca de 40% ou mais do total mencionado pela Bélgica, a França e o Luxemburgo. As despesas com a redução dos danos foram identificadas por cinco países, variando entre 0,1% e 28,8% das despesas relacionadas com

Evolução da política em matéria de luta contra a droga

O reequilíbrio dos objectivos da política em matéria de luta contra a droga com o intuito de promover a recuperação foi uma evolução recente no Reino Unido, tendo sido produzidos sucessivos documentos políticos que abordam os resultados do tratamento e a reintegração social dos consumidores de droga ⁽¹⁾ e transformam o objectivo da recuperação num elemento fundamental dessa política ⁽²⁾. As políticas anteriores procuravam, acima de tudo, aumentar o número de pessoas com acesso ao tratamento da toxicod dependência, nomeadamente ao tratamento de substituição de opiáceos, enquanto algumas das novas políticas dão primazia à qualidade dos serviços. Resta saber que alterações dos serviços de tratamento da toxicod dependência e de reintegração social resultarão destas orientações políticas, que também suscitam interrogações sobre a eventual introdução de alterações mais profundas no futuro. Uma análise dos dados empíricos relativos à questão da recuperação concluiu que vários factores decisivos para alguém se libertar das drogas e se tornar um membro activo da comunidade escapam ao âmbito da política em matéria de droga, estando antes relacionados com as características individuais e as políticas sociais em geral (Best e outros, 2010). Os governos poderão ter dificuldade em alterar estas últimas, sobretudo se isso exigir recursos financeiros adicionais, numa altura em que estão a reduzir a despesa pública.

A actual política de Portugal no domínio da droga tem mais de dez anos, mas tem suscitado uma atenção acrescida nos últimos anos, em primeiro lugar por parte dos analistas e dos grupos de pressão, mas agora também por parte de outros governos da Europa e do resto do mundo. O aspecto fulcral da política portuguesa é a despenalização do consumo de droga e o papel das «comissões para a dissuasão da toxicod dependência» (CDT), geridas sob a tutela do Ministério da Saúde (OEDT, 2011b). Estes organismos avaliam a situação dos consumidores de droga e têm competências para prestar apoio ou aplicar sanções. Embora nenhum outro país tenha adoptado ainda este modelo, um comité criado pelo Governo norueguês sugeriu, recentemente, a criação de tribunais interdisciplinares semelhantes nesse país.

⁽¹⁾ Estratégia do Reino Unido de 2008.

⁽²⁾ Estratégias escocesa de 2008 e do Reino Unido de 2010.

a droga estimadas. Sete países forneceram dados sobre as despesas relacionadas com a prevenção, variando as estimativas entre 1% e 12% da despesa total com as questões relativas à droga.

Vários países europeus já estão a utilizar dados relativos à despesa pública para planear e avaliar a aplicação das políticas em matéria de luta contra a droga, enquanto outros, como Portugal e a Eslováquia, afirmam estar

Quadro 2 – Estimativas relativas a despesa pública relacionada com a droga

País	Ano	Afectação da despesa pública relacionada com a droga (%)		Parte do PIB (%) ⁽¹⁾	Nível de administração
		Redução da procura	Redução da oferta		
Bélgica	2004	43,4	56,2	0,10	Autoridades federais, regionais, provinciais e municipais
República Checa ⁽²⁾	2006	8,2	91,8	0,20	Administração central, regional e local e segurança social
França	2005	51,6	48,4	0,07	Administração central
Alemanha	2006	35,0	65,0	0,22-0,26	Autoridades federais, estaduais, locais e segurança social
Hungria	2007	25,0	75,0	0,04	Administração central
Letónia ⁽²⁾	2008	40,9	51,3	0,04	Administração central e um programa local
Luxemburgo	2009	43,0	57,0	0,10	Administração central e segurança social
Países Baixos	2003	25,0	75,0	0,46	Administração central e local
Eslováquia	2006	30,0	70,0	0,05	Administração central e segurança social
Finlândia	2008	45,0	55,0	0,07	Administração central e local
Suécia	2002	25,0	75,0	0,28	Sectores públicos não identificados (só as agências envolvidas)
Reino Unido	2005-2006	41,3	58,7	0,48	Administração central e regional

NB: Para a enumeração completa das fontes, ver quadro PPP-10 no Boletim estatístico de 2011.
Fontes: Relatórios nacionais Reitox e Eurostat.
⁽¹⁾ Devido às diferenças existentes entre países no que se refere à metodologia, à qualidade e à exaustividade dos dados, os valores da despesa pública relacionada com a droga em percentagem do produto interno bruto (PIB) são meramente indicativos, não devendo considerar-se que representam a dimensão total da despesa pública nacional com o fenómeno da droga.
⁽²⁾ Apenas despesa directa.

a fazer planos nesse sentido. A elaboração de uma imagem clara e completa da despesa pública nacional relacionada com a droga na Europa continua, todavia, a constituir um desafio. Actualmente, não existe consenso sobre a forma de calcular tipos específicos de despesas relacionadas com a droga. Para melhorar a exactidão e a comparabilidade dos dados entre os diversos países, será necessário proceder a um levantamento sistemático dos organismos públicos que financiam a política nesta matéria, bem como à harmonização dos conceitos e das definições.

Legislação nacional

Posse de droga para consumo pessoal: dez anos de evolução das penas aplicadas na Europa

Nos últimos dez anos, 15 países europeus alteraram as penas aplicadas por posse de pequenas quantidades de droga. A Convenção das Nações Unidas de 1988 Contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e Substâncias Psicotrópicas exige, no seu artigo 3.º, n.º 2, que cada Estado, sob reserva dos princípios constitucionais e dos conceitos fundamentais do respectivo sistema jurídico, tipifique como infracção penal a posse de droga para consumo pessoal. Na Europa, esta disposição foi aplicada de diferentes formas. A posse de uma droga ilícita para consumo pessoal pode ser uma infracção

penal, uma infracção não penal, ou podem ser aplicadas sanções não penais à *cannabis* enquanto a posse de outras drogas continua a ser uma infracção penal.

É possível identificar três grandes tipos de alterações das penas nos últimos dez anos: as que alteram o estatuto jurídico da infracção (penal ou não penal); as que alteram as categorias de drogas, quando a categoria determina a pena; e as que alteram a dimensão da pena máxima disponível. A maioria dos países que alteraram as suas penas por posse utilizou uma combinação destes tipos de alteração, o que dificulta a realização de uma análise concisa.

A alteração do estatuto jurídico da infracção talvez seja a medida mais significativa para os legisladores e teve lugar em Portugal, Luxemburgo e Bélgica. Em Portugal, a lei de Julho de 2001 descriminalizou a posse de todas as drogas para consumo pessoal. Esta medida reduziu a pena máxima por posse de pequenas quantidades de droga de três meses de prisão para uma multa administrativa aplicada pelas novas «comissões para a dissuasão da toxicoddependência», que vieram dar prioridade às soluções que privilegiam a saúde relativamente às sanções penais⁽³⁾. No Luxemburgo, em Maio de 2001, a posse de *cannabis* para consumo pessoal foi tipificada como uma infracção distinta e com uma pena menor, estando apenas sujeita a multa se for uma primeira infracção sem circunstâncias agravantes.

⁽³⁾ Foi recentemente publicada uma análise aprofundada dos efeitos da descriminalização em Portugal (Hughes e Stevens, 2010).

Recessão: impacto nas intervenções no domínio da droga

A recessão económica que atingiu a Europa em 2008 afectou gravemente os Estados-Membros da União Europeia. O seu impacto nas contas públicas poderá ser duradouro e exige a adopção de políticas destinadas a reduzir os défices e dívidas públicos na maioria dos países. A Comissão Europeia (2011) prevê que, em 2011, pela primeira vez no espaço de uma década, a despesa pública (excluindo pagamentos de juros) irá diminuir em termos reais na União Europeia.

Os pontos focais nacionais da rede Reitox recolheram dados sobre as dotações orçamentais destinadas às intervenções relacionadas com a droga para obterem uma primeira indicação do impacto das medidas de austeridade na política em matéria de luta contra a droga. Dos 19 países que forneceram informações, 15 referiram reduções dos fundos disponíveis para alguns domínios dessa política desde 2008. Contudo, a amplitude dos cortes efectuados variou consideravelmente, tendo sido mencionadas reduções entre 2% e 44%, consoante o país e o domínio em causa.

A austeridade orçamental parece ter afectado os diversos sectores da política de luta contra a droga de forma diferente. No caso das despesas directas, os domínios mais afectados foram a investigação, a prevenção, a reintegração social e as actividades de organização. A maioria dos países parece ter evitado reduzir os orçamentos consagrados ao tratamento, embora alguns mencionem uma reorganização dos serviços ou cortes na sua prestação. Também foram mencionadas reduções do financiamento dos programas relacionados com a droga nas prisões ou das actividades de aplicação da lei. A maioria dos países não tem informações disponíveis sobre as despesas indirectas, que constituem o grosso da despesa pública relacionada com a droga. Consequentemente, as medidas de austeridade que afectam sectores como a aplicação da lei, a justiça ou alguns domínios da oferta de tratamento podem estar subavaliadas.

Simultaneamente, as penas máximas por posse para consumo pessoal de todas as outras drogas que não a *cannabis* foram reduzidas de três anos para seis meses de prisão. Na Bélgica, registou-se uma alteração semelhante em Maio de 2003. Anteriormente, a posse de uma pequena quantidade de *cannabis* para consumo pessoal, sem circunstâncias agravantes, era punível com até cinco anos de prisão, mas agora é a menos reprimida, estando meramente sujeita à aplicação de uma multa pela polícia.

A Estónia e a Eslovénia também adoptaram algumas medidas no sentido da «despenalização». Na Estónia, até Setembro de 2002, uma segunda infracção administrativa

por posse de droga nos 12 meses seguintes à primeira constituía uma infracção penal punível com até três anos de prisão. O novo Código Penal eliminou esta disposição, pelo que uma segunda infracção é, à semelhança da primeira, considerada como uma contravenção punível por multa ou detenção administrativa de 30 dias no máximo. Na Eslovénia, a Lei dos Pequenos Delitos, de Janeiro de 2005, suprimiu as penas de prisão aplicáveis a todos os pequenos delitos, um dos quais é a posse de droga para consumo pessoal. Desta forma, a pena máxima foi reduzida de 30 dias de prisão, ou cinco dias em caso de pequena quantidade, para uma multa.

Sem alterarem o estatuto jurídico da infracção, seis países alteraram a forma como as diferentes drogas são classificadas, sendo a categoria determinante para a pena. Na Roménia, a lei de 2004 dividiu as substâncias em categorias de alto risco e de risco. A pena aplicável a substâncias de alto risco continuou a ser de dois a cinco anos de prisão, enquanto as substâncias de risco estão agora sujeitas a uma pena menor, de seis meses a dois anos de prisão. Na Bulgária, o Código Penal de 2006 introduziu penas específicas para as infracções não relacionadas com a distribuição, nomeadamente um a seis anos de prisão para as drogas de alto risco (antes a pena era de 10 a 15 anos) e cinco anos no máximo para as drogas de risco (anteriormente a pena ia de três a seis anos); além disso, especificou que as pequenas infracções podem ser punidas com uma multa. Na República Checa, a partir de Janeiro de 2010, o novo Código Penal aplicou uma pena máxima por posse de *cannabis* (um ano de prisão) inferior à aplicada por posse de outras drogas (dois anos, tal como antes) para consumo pessoal de uma quantidade «que não possa ser considerada pequena». Em contrapartida, em finais de 2006, a Itália eliminou as distinções penais entre drogas ilícitas, aumentando simultaneamente para um ano a duração máxima das sanções administrativas, como a retirada da carta de condução, para qualquer droga ilícita. No Reino Unido, a *cannabis* foi reclassificada da classe B para a classe C, em 2004, reduzindo as penas máximas por posse para consumo pessoal de cinco para dois anos de prisão, e foram emitidas orientações a nível nacional para que a polícia não detivesse os infractores, limitando-se a fazer uma advertência informal, caso não existissem circunstâncias agravantes. Em Janeiro de 2009, a *cannabis* foi reclassificada da classe C para a classe B, tendo as penas máximas sido novamente aumentadas para cinco anos de prisão. As orientações policiais nacionais revistas continuaram a aconselhar a aplicação de uma advertência informal em caso de primeira infracção.

Um terceiro grupo de países alterou as penas por posse para consumo pessoal sem abordar o estatuto jurídico nem os riscos relativos. As penas por posse para consumo pessoal de todas as drogas foram simplesmente alteradas em quatro países e, na prática, também na Eslováquia através de uma redefinição da infracção. Na Finlândia, em 2001, uma alteração ao Código Penal reduziu a pena máxima aplicável a uma pequena infracção envolvendo estupefacientes de dois anos para seis meses de prisão, permitindo que a maioria dos casos fosse punida com uma multa. Na Grécia, em 2003, a pena máxima por consumo ou posse de pequenas quantidades para consumo pessoal por um consumidor não dependente foi reduzida de cinco anos para um ano de prisão. Esta infracção não fica inscrita no registo criminal se não houver reincidência durante um período de cinco anos. Na Dinamarca, uma orientação dirigida ao Ministério Público em Maio de 2004 estabeleceu que a resposta normal a pequenas infracções por posse de droga deveria ser uma multa e não uma advertência. Em 2007, esta orientação foi consagrada na lei. Em França, uma lei de 2007 alargou o leque de opções judiciais possíveis, incluindo um «curso de sensibilização para a droga» destinado a consumidores ocasionais de droga e jovens. O curso é custeado pelo infractor. Em 2005, uma alteração do Código Penal eslovaco alargou a definição de «posse para consumo pessoal» de uma para três doses de qualquer substância ilícita, não alterando, simultaneamente, a pena máxima. Também podem ser aplicadas duas novas penas a esses infractores: prisão domiciliária vigiada pelo período máximo de um ano, ou serviço à comunidade de 40 a 300 horas. A alteração também introduziu uma nova infracção de «posse de uma quantidade maior para consumo pessoal», definida em dez doses no máximo e punível com até cinco anos de prisão. Anteriormente, esta infracção teria sido considerada como tráfico e punível com dois a oito anos de prisão.

Os motivos destas alterações são complexos e variam consoante os países. Por exemplo, as leis foram alteradas para facilitar o acesso aos toxicodependentes (Portugal), simplificar a aplicação das penas (Bélgica, Finlândia, Reino Unido em 2004), harmonizar as penas aplicadas aos pequenos delitos (Estónia, Eslovénia) e indicar os níveis de risco (Bulgária, República Checa, França, Itália, Luxemburgo, Roménia, Reino Unido em 2009).

Em termos de uma tendência europeia global das penas por posse de droga para consumo pessoal, é possível dizer que as penas foram reduzidas na primeira metade da década, mas que aumentaram na segunda metade. Todavia, é mais significativo que, embora a maioria dos países tenha mantido a possibilidade de utilizar a prisão

como sanção (figura 2), nenhum país introduziu sanções penais ou aumentou as penas de prisão durante esta década. Neste aspecto, há sinais de convergência na Europa no sentido de uma redução das penas por posse de droga para consumo pessoal.

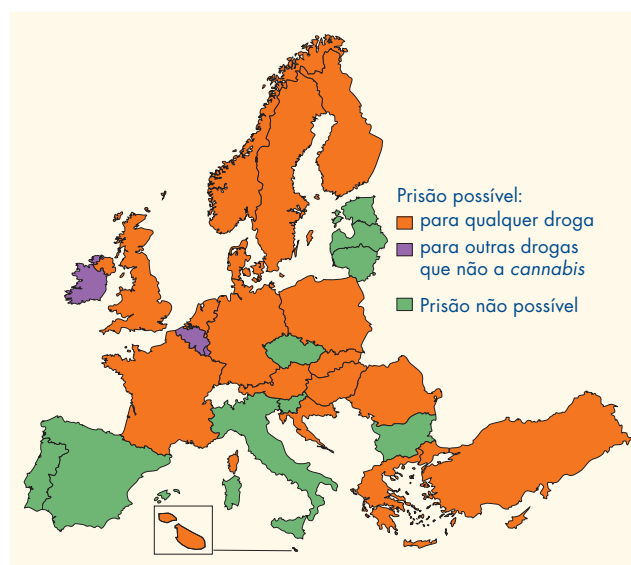
Investigação relacionada com a droga

Reforço da capacidade de investigação da União Europeia

O reforço da capacidade de investigação no domínio das drogas tem sido um dos objectivos da agenda europeia nos últimos anos. Em 2010, realizou-se o primeiro debate anual do Conselho sobre a investigação relacionada com a droga, tendo a Comissão Europeia apresentado uma panorâmica dos projectos de investigação que financia e salientado o valor acrescentado dessas iniciativas. O OEDT apresentou uma panorâmica dos mecanismos e temas da investigação relacionada com a droga nos Estados-Membros, bem como as recomendações do seu Comité Científico sobre as futuras prioridades de investigação (4).

O principal canal de financiamento da investigação na Europa é o sétimo programa-quadro (7PQ) de investigação e desenvolvimento tecnológico, que decorrerá até 2013. No âmbito do programa «Cooperação» do 7PQ, há convites à apresentação de propostas particularmente pertinentes para a investigação

Figura 2 — Penas previstas na legislação: possibilidade de prisão por posse de droga para consumo pessoal (pequenas infracções)



NB: Para mais informações, consultar a base de dados europeia de legislação sobre drogas (ELDD).
Fontes: Pontos focais nacionais Reitox e ELDD.

(4) Ver a caixa «Prioridades de investigação futura: recomendações do Comité Científico do OEDT», página 27.

no domínio da droga⁽⁵⁾. Entre eles incluem-se os concursos sobre o «Comportamento dependente e/ou compulsivo em crianças e adolescentes», a «Compreensão das consequências imprevistas das medidas de controlo das drogas ilícitas ao nível mundial» e o ALICE-RAP⁽⁶⁾.

A Comissão Europeia também está a financiar outros estudos relacionados com a droga através do programa «Informação e prevenção em matéria de droga», o programa «Prevenir e combater a criminalidade», o «Programa justiça penal» e o programa de saúde pública. Projectos como o «Estudo sobre o desenvolvimento de um quadro normativo da União Europeia com normas mínimas de qualidade e parâmetros de referência em matéria de redução da procura de droga», «Novos instrumentos metodológicos para avaliação das políticas e programas» e «Análise aprofundada do mercado de drogas ilícitas da União Europeia e respostas» proporcionarão informações importantes sobre os diversos desafios que os Estados-Membros enfrentam neste domínio e contribuirão para a aplicação da actual estratégia e plano de acção da União Europeia em matéria de luta contra a droga.

Tal como é solicitado pelas conclusões de 2009 do Conselho, o OEDT, em estreita cooperação com a Comissão Europeia, está a divulgar informações e os principais resultados destes projectos no seu domínio temático da web sobre investigação.

Informações relativas à investigação nos Estados-Membros

A Europa não possui actualmente nenhum inventário da investigação relacionada com a droga que é efectuada ao nível nacional. Todos os Estados-Membros realizam investigações sobre o fenómeno da droga e parte desses estudos é integrada e utilizada nos relatórios nacionais Reitox. Embora as citações desses relatórios se refiram apenas a estudos seleccionados e não possam incluir todas as publicações relevantes do país, é possível identificar algumas tendências quanto ao número e ao tipo de temas de investigação citados. Entre 2008 e 2010, o número anual de estudos citados nos relatórios nacionais Reitox aumentou de 370 para 750. Os estudos sobre as respostas ao consumo de droga constituíam a categoria mais vasta (34% das citações nos relatórios nacionais de 2008 a 2010), seguida pelos estudos sobre a prevalência, a incidência e os padrões de consumo de droga (29%), e pelos estudos sobre as consequências desse consumo (23%). Raramente foram mencionados estudos sobre as metodologias e sobre os mecanismos e efeitos das drogas.

Prioridades de investigação futura: recomendações do Comité Científico do OEDT

A fim de contribuir para o debate em curso sobre as prioridades europeias da investigação no domínio da droga, o Comité Científico elaborou um conjunto de recomendações que abrangem cinco domínios fundamentais.

Intervenções: deve privilegiar-se a eficácia das intervenções de tratamento, o impacto das intervenções precoces e o impacto nos membros da família afectados.

Análise política: é necessária mais investigação sobre a maneira como as políticas nacionais e europeias são formuladas, decididas e aplicadas, mas também sobre a sua avaliação, incluindo comparações dos resultados obtidos nos diversos países.

Oferta de drogas ilícitas: é necessário prestar mais atenção à melhoria dos indicadores para estudar a dinâmica do mercado.

Investigação epidemiológica: recomenda-se a realização de uma série de estudos de coorte longitudinais, para ajudar a compreender a evolução a longo prazo dos diversos padrões de consumo de substâncias, sendo ainda necessário melhorar os métodos para estimar a dimensão da população consumidora de droga.

Investigação fundamental sobre a etiologia e a evolução do consumo de droga: a investigação neste domínio tem potencialidades para melhorar os resultados do diagnóstico e terapêuticos.

ALICE-RAP

O sétimo programa-quadro de investigação da Comissão Europeia está a financiar uma importante iniciativa de investigação sobre a dependência no âmbito do seu programa «Cooperação». Os desafios que a sociedade europeia contemporânea enfrenta devido à toxicodependência e outras dependências estão a ser analisados no âmbito do projecto «Dependências e estilos de vida na Europa contemporânea: reenquadrar as dependências» (Addictions and lifestyles in contemporary Europe — reframing addictions Project) (ALICE-RAP), que reúne investigadores de 25 países. O orçamento do projecto, que ascende a 10 milhões de euros, será utilizado para financiar a investigação da dependência em todos os seus aspectos, subordinada aos seguintes temas: apropriação da dependência, cálculo da dependência, factores determinantes da dependência, negócio da dependência, governação da dependência, e dependência nos jovens.

Para mais informações, ver sítio ALICE-RAP.

⁽⁵⁾ Os concursos são publicados no *Jornal Oficial da União Europeia* convidando os investigadores a apresentarem propostas de projectos para domínios específicos do programa-quadro.

⁽⁶⁾ Ver caixa «ALICE-RAP», nesta página.

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 2

Resposta aos problemas de droga na Europa — Panorâmica geral

Introdução

Este capítulo apresenta uma panorâmica das respostas aos problemas de droga na Europa, 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 reintegração social e da redução dos danos. Todas estas medidas fazem parte de um sistema global de redução da procura de droga e são cada vez mais coordenadas e integradas.

Na secção relativa à aplicação da legislação em matéria de droga analisam-se os dados mais recentes sobre as infracções a essa legislação e o papel desempenhado pelas operações encobertas no desmantelamento da oferta de drogas ilícitas. A concluir o capítulo, é apresentada uma análise dos dados disponíveis sobre os consumidores de droga nas prisões e as respostas existentes nesse contexto específico.

Prevenção

A prevenção do consumo de 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 específica). 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. A maior parte das actividades de prevenção concentra-se no consumo de substâncias em geral, sendo poucos os programas relativos a substâncias específicas, por exemplo, o álcool, o tabaco ou a *cannabis*.

Estratégias ambientais

As estratégias de prevenção ambiental procuram alterar o meio cultural, social, físico e económico 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 e o desenvolvimento de escolas promotoras de saúde. Está comprovado que as medidas de prevenção ambiental incidentes a nível societal e direccionadas para o clima social nas escolas e comunidades podem ser eficazes em termos de alteração das crenças normativas e, conseqüentemente, do consumo de substâncias (Fletcher e outros, 2008).

Com a recente introdução de uma proibição total de fumar em Espanha, quase todos os países europeus têm presentemente em vigor alguma forma de proibição de fumar tabaco. As estratégias ambientais direccionadas para o álcool são menos comuns na Europa, embora a maioria dos países nórdicos refira uma maior aplicação de estratégias de venda responsável ⁽⁷⁾, cuja eficácia foi demonstrada por estudos locais (Gripenberg e outros, 2007).

Na maioria dos países europeus, houve um aumento da aplicação de políticas de luta contra a droga nas escolas ⁽⁸⁾ e mais de um terço dos países refere que a prevenção do consumo de droga está integrada nos programas escolares, por exemplo, através dos programas relativos à «saúde» ou à «educação cívica». Quatro países (Áustria, Luxemburgo, Países Baixos e Reino Unido) mencionam a implementação de programas de prevenção escolar globais ⁽⁹⁾, uma abordagem que teve uma avaliação positiva em termos de redução do consumo de substâncias (Fletcher e outros, 2008) e produz benefícios adicionais como a melhoria do ambiente escolar e o aumento da inclusão social.

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,

⁽⁷⁾ As estratégias de venda responsável pretendem evitar que sejam vendidas bebidas alcoólicas a pessoas embriagadas e menores de idade, combinando a formação do pessoal envolvido com a realização de intervenções policiais.

⁽⁸⁾ Uma política de luta contra a droga nas escolas estabelece as normas e os regulamentos aplicáveis ao consumo de substâncias no meio escolar e fornece orientações sobre o procedimento a tomar quando as regras são infringidas.

⁽⁹⁾ As abordagens escolares globais pretendem criar ambientes escolares protectores e positivos.

fornecendo aos jovens as competências necessárias para evitar a iniciação no consumo de drogas. Os dados mostram que, quando se aplicam abordagens de prevenção universal, a aceitação e a probabilidade de êxito dos programas melhoram se se prestar atenção ao contexto cultural, normativo e social (Allen e outros, 2007).

As classificações efectuadas pelos peritos a nível europeu indicam uma pequena mudança da prevenção em meio escolar, com a substituição de abordagens que não demonstraram eficácia, como o mero fornecimento de informações, as jornadas de informação e a realização de análises de despistagem de droga nas escolas, por abordagens mais promissoras, como os programas de competências essenciais para a vida baseados em manuais e intervenções especificamente dirigidas a rapazes. Os países também referem que tem havido transferência de várias das intervenções de prevenção universal mais eficazes de um país para outro ⁽¹⁰⁾. No entanto, apesar de estarem disponíveis métodos de prevenção que tiveram uma avaliação positiva, há várias intervenções sem fundamentação científica, como as visitas de peritos e polícias às escolas, que são crescentemente mencionadas por alguns países.

A prevenção universal baseada na família assume normalmente a forma de intervenções simples e pouco onerosas, como as reuniões pós-laborais para pais e a distribuição de folhetos ou brochuras. Intervenções mais complexas, como os grupos de pares parentais (Alemanha e Irlanda), a formação em competências pessoais e sociais (Grécia e Portugal) ou os programas de formação parental baseados em manuais (Espanha e Reino Unido), raramente são referidas.

Prevenção selectiva

A prevenção selectiva é dirigida a grupos específicos, famílias ou comunidades, que, devido aos seus escassos laços sociais e reduzidos recursos, podem ser mais propensas a desenvolver um consumo de droga ou a cair na toxicodependência. Vários Estados-Membros referem que as suas estratégias passaram a dar mais atenção à questão da vulnerabilidade e as classificações efectuadas por peritos sugerem um aumento global das intervenções dirigidas a grupos vulneráveis entre 2007 e 2010, exceptuando as intervenções para jovens internados em instituições de acolhimento. As intervenções que mais aumentaram foram as relativas aos alunos com problemas escolares e sociais (cobertura ampla ou total em 16 países) e aos jovens infractores à legislação em matéria de droga (cobertura ampla ou total em 12 países)

(figura 3). O primeiro caso poderá dever-se à crescente atenção que alguns Estados-Membros e a União Europeia estão a prestar ao insucesso escolar e ao abandono escolar precoce, que têm os mesmos factores de risco que o consumo problemático de droga (King e outros, 2006). O aumento das intervenções junto dos jovens infractores poderá ser parcialmente explicado pela execução do FRED, um programa psicossocial em várias sessões (OEDT, 2010a), num maior número de países, bem como pelas novas intervenções junto de delinquentes primários na Grécia, na Irlanda e no Luxemburgo.

Também se registou um aumento das intervenções dirigidas a famílias vulneráveis, muito em especial às que enfrentam problemas de consumo de substâncias (cobertura total ou ampla em 14 países) e às famílias socialmente desfavorecidas (cobertura total ou ampla em sete países) (figura 3). Neste contexto, é de destacar a crescente popularidade do «Programa de reforço das famílias» (Kumpfer e outros, 2008) na Europa: este programa foi recentemente aplicado em três novos países (Alemanha, Polónia e Portugal) e em mais algumas localidades do Reino Unido.

A prevenção selectiva pode ser levada a cabo através do trabalho de proximidade ou de serviços baseados em consultórios. Segundo os relatórios, o trabalho de proximidade só aumentou nos domínios do trabalho de prevenção com as minorias étnicas e com os frequentadores de festas, ao mesmo tempo que houve alguma redução dos serviços de proximidade para jovens sem abrigo. Em termos globais, a maior parte do contacto dos serviços com os grupos socialmente excluídos, como as pessoas que abandonam precocemente a escola, os imigrantes e os jovens sem abrigo, continua a fazer-se em consultórios.

Além disso, sabe-se relativamente pouco sobre o conteúdo de muitos programas de prevenção selectiva ⁽¹¹⁾. Globalmente, os dados disponíveis indicam que as intervenções mais comuns na Europa são as que põem a tónica na informação, na sensibilização e no aconselhamento, apesar de haver provas crescentes da eficácia de abordagens como o estabelecimento de normas, a motivação, a aquisição de competências e a capacidade de tomar de decisões.

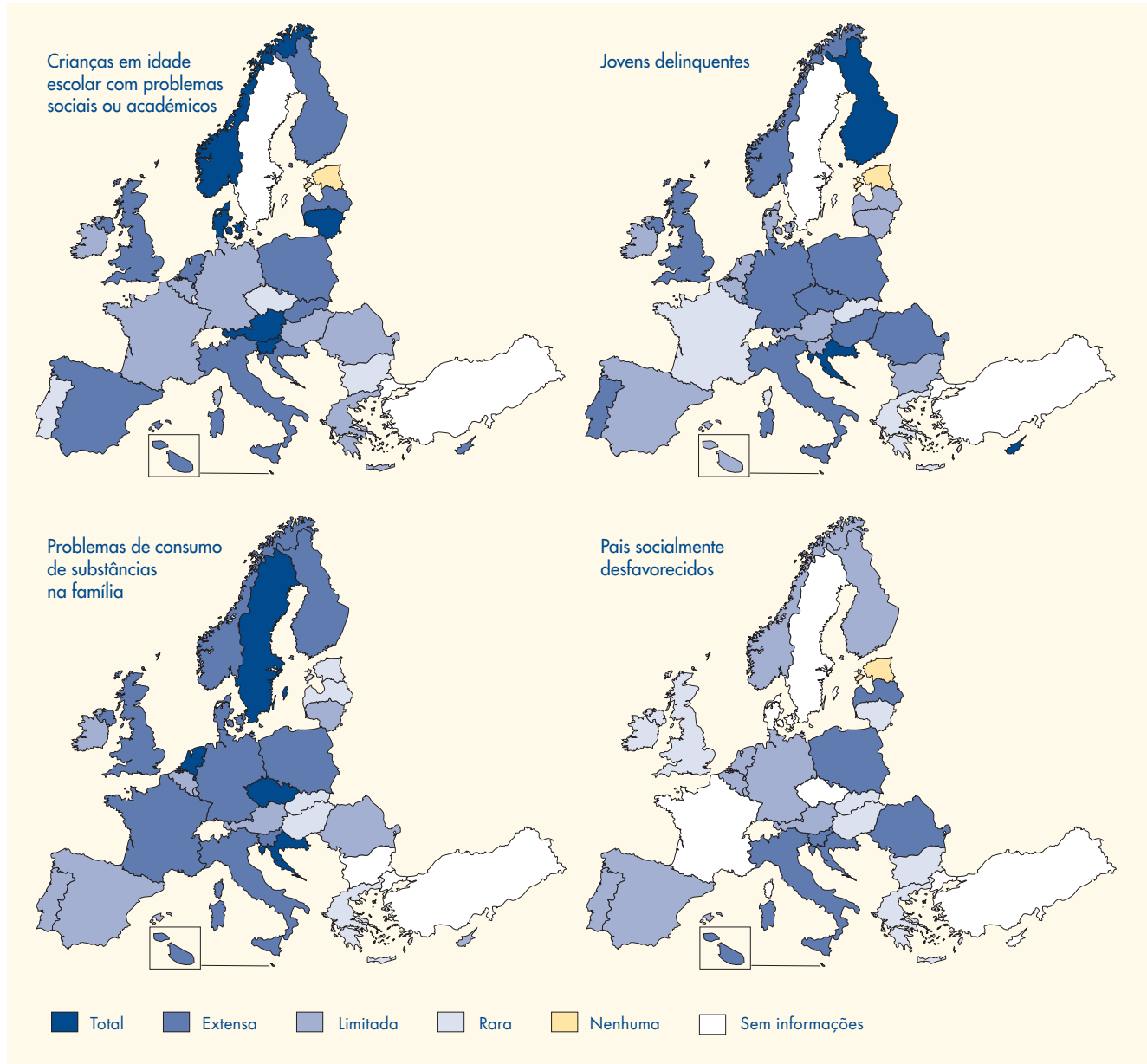
Prevenção específica

A prevenção específica visa identificar os indivíduos com problemas comportamentais ou psicológicos, que podem prenunciar o desenvolvimento de problemas de consumo de substâncias numa fase da vida posterior, e torná-los individualmente objecto de intervenções especiais. Alguns

⁽¹⁰⁾ Ver SFP, FRED, Preventure, EU-DAP e GBG no portal de boas práticas.

⁽¹¹⁾ Todavia, há alguns exemplos disponíveis no *sítio web* do Sistema Europeu de Informação sobre a Redução da Procura de Droga.

Figura 3 — Oferta de intervenções de prevenção selectiva estimada pelos peritos nacionais



NB: A oferta refere-se à distribuição geral e geográfica das intervenções e é classificada como: total, prestada em quase todos os locais relevantes (zonas onde a população-alvo é suficiente para a intervenção ser realizada); extensa, prestada na maioria dos locais relevantes, mas não em todos; limitada, prestada num número substancial, mas não na maioria, de locais relevantes; rara, apenas prestada num pequeno número de locais relevantes; inexistente, quando não estão disponíveis intervenções. As informações foram recolhidas por meio de um questionário estruturado.

Fonte: Pontos focais nacionais Reitox.

dos programas de prevenção específica foram avaliados positivamente (OEDT, 2009c).

Só metade dos Estados-Membros da União Europeia e a Noruega mencionam a existência de actividades de prevenção específica, e muito poucos referem a utilização de intervenções estruturadas e baseadas em manuais. Um número crescente de países refere que o meio escolar está a ser utilizado para identificar os alunos vulneráveis, sobretudo aqueles que apresentam

problemas comportamentais, frequentemente associados a um consumo de droga ulterior. A Bélgica, a República Checa, Portugal e a Noruega referem a utilização de novos instrumentos de rastreio e detecção precoce tanto em meio escolar como na comunidade.

As intervenções e o aconselhamento precoces em relação ao consumo de droga são as estratégias de prevenção específica mais frequentemente referidas, sendo poucas as referências a intervenções direccionadas para os

problemas comportamentais ainda em fase inicial. Este facto sugere que o potencial da prevenção específica para ajudar a reduzir o impacto dos problemas neuro-comportamentais manifestados durante a infância, como a agressividade e a impulsividade, no comportamento de consumo de substâncias numa fase posterior (OEDT, 2009c) não está a ser totalmente explorado na Europa. A prevenção específica pode funcionar como ponte entre a prevenção nos meios comunitários e o tratamento especializado oferecido em contexto clínico, em especial quando se fazem intervenções precoces junto de grupos específicos, como os consumidores vulneráveis de *cannabis* ou de álcool.

Tratamento

As intervenções psicossociais, a substituição de opiáceos e a desintoxicação são as principais modalidades de tratamento dos problemas de droga utilizadas na Europa. A importância relativa das diferentes modalidades de tratamento em cada país é influenciada por diversos factores, incluindo a organização do sistema nacional de saúde. Os serviços de tratamento da toxicod dependência podem ser prestados em vários contextos: unidades de tratamento especializadas, incluindo centros de tratamento em regime ambulatorio e em regime de internamento, clínicas e hospitais de saúde mental, unidades prisionais, estruturas de redução de danos (ou de «baixo limiar de exigência») e médicos de clínica geral nos seus consultórios.

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 durante o ano civil ⁽¹²⁾, permite conhecer as características e perfis de consumo de um subgrupo importante desta população. Em 2009, este indicador registou cerca de 460 000 utentes em início de tratamento, 38% dos quais (175 000) pela primeira vez na vida.

Com base em diversas fontes, incluindo o indicador de procura de tratamento, estima-se que um milhão de pessoas tenha recebido tratamento por consumo de drogas ilícitas na União Europeia, Croácia, Noruega e Turquia em 2009 ⁽¹³⁾. Embora mais de metade desses

utentes tenha recebido tratamento de substituição de opiáceos, um número substancial recebeu outras formas de tratamento para problemas relacionados com os opiáceos, estimulantes, *cannabis* e outras drogas ilícitas ⁽¹⁴⁾. Esta estimativa do tratamento da toxicod dependência na União Europeia, ainda que necessite de ser melhorada, sugere, efectivamente, a existência de uma oferta considerável, pelo menos para os consumidores de opiáceos. Isto deve-se à grande expansão dos serviços especializados em regime ambulatorio, nas últimas duas décadas, que contou com um envolvimento significativo dos cuidados de saúde primários, de grupos de auto-ajuda, dos serviços de saúde mental em geral e dos prestadores de serviços de proximidade e de baixo limiar de exigência.

Sobretudo na Europa Ocidental, a perspectiva do tratamento da toxicod dependência como sendo da responsabilidade de algumas disciplinas especializadas que efectuam intervenções intensivas, de curta duração, parece estar a ser substituída por uma abordagem pluridisciplinar, integrada e a longo prazo. Em parte, trata-se de uma resposta ao crescente reconhecimento da toxicod dependência como uma doença crónica, em que a evolução de muitos utentes é marcada por ciclos de remissão, recaída, tratamentos repetidos e deficiência (Dennis e Scott, 2007), uma perspectiva confirmada pelos dados recolhidos pelo OEDT, que mostram que mais de metade dos utentes em início de tratamento já tiveram um episódio de tratamento anterior. Outro factor é o significativo envelhecimento das populações de consumidores de droga em tratamento nos países da Europa Ocidental, principalmente constituídas por consumidores problemáticos de longa data, com episódios de tratamento anteriores e múltiplos problemas de saúde e sociais (OEDT, 2010f).

Em resposta a esta situação, algumas estratégias nacionais e locais referem uma abordagem de cuidados continuados, pondo a tónica na coordenação e integração das intervenções entre os diferentes prestadores de serviços de tratamento da toxicod dependência (por exemplo, alta dos serviços residenciais para os serviços de tratamento em regime ambulatorio) e entre o tratamento e o espectro mais geral de serviços de saúde e sociais. Os cuidados continuados assentam no acompanhamento regular da situação dos utentes, na detecção precoce de possíveis problemas, no encaminhamento entre os serviços de

⁽¹²⁾ O indicador da procura de tratamento recebeu dados de 29 países relativos aos centros de tratamento especializados. A maioria dos países forneceu dados de mais de 60% das respectivas unidades, sendo no entanto a percentagem de unidades desconhecida em alguns países (ver quadro TDI-7 no Boletim Estatístico de 2011).

⁽¹³⁾ Ver quadro HSR-10 no Boletim Estatístico de 2011.

⁽¹⁴⁾ Estão disponíveis informações mais pormenorizadas sobre os tipos de tratamento específicos para as diversas substâncias, bem como sobre a sua eficácia, qualidade e dados empíricos nos capítulos respectivos.

saúde e de assistência social, e na prestação de um apoio permanente aos utentes, sem prazo estabelecido. Os médicos de clínica geral podem desempenhar um papel fundamental neste domínio. Um inquérito francês recente a prestadores de serviços reconheceu o papel dos médicos de clínica geral na facilitação do acesso dos consumidores de opiáceos a cuidados especializados, tanto no encaminhamento para os hospitais para iniciarem o tratamento com metadona como na continuação do tratamento depois de terem alta. Noutro exemplo, o Governo neerlandês e as autoridades locais das quatro maiores cidades do país adoptaram uma abordagem de tratamento integrada, no âmbito de uma estratégia de apoio social mais ampla, com uma grande variedade de agências.

As respostas em matéria de cuidados continuados e tratamento integrado podem ser auxiliadas pelo estabelecimento de protocolos de cuidados, orientações e estratégias de gestão entre os prestadores de serviços (Haggerty e outros, 2003). Um inquérito de 2010 aos pontos focais nacionais concluiu que 16 países possuem acordos de parceria entre as agências de tratamento da toxicoddependência e os serviços sociais. Em seis países (França, Países Baixos, Portugal, Roménia, Reino Unido e Croácia), os protocolos estruturados são os mecanismos mais utilizados na coordenação interagências, enquanto nos restantes países, as parcerias estão sobretudo assentes em redes informais.

Tratamento em regime ambulatorio

Na Europa, o tratamento da toxicoddependência é maioritariamente realizado em regime ambulatorio. Há informações disponíveis sobre cerca de 400 000 consumidores de droga que iniciaram um tratamento

especializado em regime ambulatorio em 2009. Metade dos utentes que iniciaram o tratamento (51%) menciona os opiáceos, sobretudo a heroína, como droga principal, enquanto 24% referem a *cannabis*, 18% a cocaína e 4% outros estimulantes que não a cocaína. O mecanismo de encaminhamento mais comum é a iniciativa própria (37%), seguida pelos serviços de assistência a toxicoddependentes, sociais e de saúde (28%) e pelo encaminhamento pelo sistema judicial (20%). Os restantes utentes são encaminhados através da família, de amigos e de redes informais ⁽¹⁵⁾.

Os utentes que iniciam o tratamento em regime ambulatorio são, de longe, o maior grupo de consumidores de droga cujas características pessoais e sociais e perfis de consumo é possível descrever. Trata-se, predominantemente, de jovens do sexo masculino, com uma média de idades de 32 anos. O número de homens é quase quatro vezes superior ao das mulheres, o que reflecte, em parte, o predomínio dos homens entre os consumidores de droga mais problemáticos. Dos utentes que iniciaram o tratamento, os que têm a *cannabis* como droga principal são quase dez anos mais novos (25) do que os que consomem cocaína (33) e opiáceos (34) como droga principal. Em média, os consumidores de droga mais jovens (25-26) são mencionados pela Polónia, a Hungria e a Eslováquia (países que aderiram à União Europeia desde 2004) e os mais velhos pela Espanha, a Itália e os Países Baixos (34). Os rácios entre homens e mulheres são elevados em relação a todas as substâncias, embora variem em função da droga e do país. Os rácios entre os géneros são geralmente 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. As intervenções psicossociais incluem aconselhamento, entrevistas de 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. As intervenções psicossociais prestam apoio aos consumidores que tentam controlar e superar os seus problemas de droga, sendo a principal forma de tratamento para os consumidores de drogas estimulantes como a cocaína e as anfetaminas. No caso dos consumidores de opiáceos, são frequentemente associadas ao tratamento de substituição. Segundo um inquérito de 2008 a peritos nacionais, a maioria dos países europeus

«Tema específico» sobre o financiamento e o custo do tratamento da toxicoddependência

Durante este período de austeridade orçamental, está a prestar-se mais atenção a todos os aspectos da despesa pública, incluindo os custos do tratamento. Um «Tema específico» publicado este ano pelo OEDT inventaria as principais fontes de financiamento do tratamento da toxicoddependência em vários países europeus. Apresenta ainda um resumo dos dados disponíveis sobre os montantes gastos nos serviços de tratamento da toxicoddependência, e de quanto custa cada tratamento.

Esta publicação está disponível em papel e no sítio do OEDT apenas em inglês.

⁽¹⁵⁾ Ver quadros TDI-16 e TDI-19 no Boletim Estatístico de 2011.

⁽¹⁶⁾ Ver quadros TDI-9 (part iv), TDI-21 e TDI-103 no Boletim Estatístico de 2011. Para informações sobre os utentes em tratamento por substância principal de consumo, ver os respectivos capítulos.

afirma dispor de tratamento psicossocial em regime ambulatorio para as pessoas que o procuram. Embora existam grandes variações, a maior parte dos países indica tempos de espera médios inferiores a um mês.

O tratamento de substituição é a principal opção de tratamento para os consumidores de opiáceos na Europa. Geralmente, tem lugar em regime ambulatorio especializado, embora em alguns países também esteja disponível em regime de internamento, sendo crescentemente facultado nas prisões⁽¹⁷⁾. Também os consultórios de médicos de clínica geral, muitas vezes convenionados por centros especializados, desempenham um papel crescente. O tratamento de substituição de opiáceos está disponível em todos os Estados-Membros da União Europeia, na Croácia e na Noruega. Na Turquia, o tratamento de substituição sob a forma da combinação buprenorfina-naloxona foi introduzido em 2010. Globalmente, estima-se que, em 2009, tenham sido administrados cerca de 700 000 tratamentos de substituição na Europa (ver capítulo 6) ⁽¹⁸⁾.

Tratamento em regime de internamento

Segundo os dados disponíveis, em 2009, cerca de 44 000 consumidores de droga iniciaram o tratamento em regime de internamento na Europa. ⁽¹⁹⁾ Os opiáceos foram a droga principal mencionada por metade desses utentes (53%), seguida pela *cannabis* (16%), a cocaína (8%) e outros estimulantes que não a cocaína (12%). Os utentes são sobretudo jovens do sexo masculino, verificando-se um rácio entre os géneros de três homens para cada mulher e uma média de idades de 31 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 abandono do 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 e integração social. Muitas vezes recorre-se a uma abordagem baseada em comunidades terapêuticas, neste contexto. Os hospitais psiquiátricos também providenciam tratamento em regime de internamento, nomeadamente para utentes com patologias psiquiátricas co-mórbidas.

Segundo um inquérito de 2008 a peritos nacionais, a maioria dos países europeus afirma dispor de serviços de tratamento psicossocial e de desintoxicação em regime de internamento para as pessoas que os procuram. As estimativas dos tempos de espera a nível nacional para aceder ao tratamento psicossocial em regime de internamento, fornecidas por peritos de 16 países europeus, são variáveis. O tempo de espera médio registado em 14 países era inferior a um mês, sendo de alguns meses na Hungria e de 25 semanas na Noruega.

Reintegração social

O nível de exclusão social entre os utentes dos serviços de tratamento da toxicod dependência é geralmente elevado, podendo obstar à sua total recuperação e pondo em causa os benefícios do tratamento. Os dados relativos aos utentes que iniciaram o tratamento da toxicod dependência em 2009 mostram que, na sua maioria (59%), estavam desempregados e que quase um em cada dez não tinha um alojamento estável (9%). As baixas habilitações escolares são comuns entre os utentes do tratamento, tendo 37% completado apenas o ensino básico e 4% nem sequer este nível de ensino ⁽²¹⁾. É um facto cada vez mais reconhecido que o desenvolvimento de serviços que combatam a marginalização e a estigmatização aumentará as probabilidades de a reintegração social dos utentes ser bem sucedida e melhorará a sua qualidade de vida (Lloyd, 2010).

A reintegração social dos consumidores de droga nas suas comunidades locais é identificada como uma componente fundamental das estratégias globais de luta contra a droga, dando especial atenção à melhoria das competências sociais, à promoção da educação e da empregabilidade e à satisfação das necessidades de habitação. A resposta às necessidades sociais dos utentes do tratamento da toxicod dependência pode contribuir para

⁽¹⁷⁾ Ver «Assistência aos consumidores de droga nas prisões», p. 42.

⁽¹⁸⁾ Ver quadros HSR-1, HSR-2 e HSR-3 no Boletim Estatístico de 2011.

⁽¹⁹⁾ Este valor deve ser interpretado com cautela visto não incluir todos os consumidores que são temporariamente internados no âmbito de um processo de tratamento mais complexo.

⁽²⁰⁾ Ver quadros TDI-7, TDI-10, TDI-19 e TDI-21 no Boletim Estatístico de 2011.

⁽²¹⁾ Ver quadros TDI-12, TDI-13 e TDI-15 no Boletim Estatístico de 2011.

reduzir o seu consumo de droga e apoiar a abstinência a longo prazo (Laudet e outros, 2009).

Vinte e um países europeus dizem ter secções específicas sobre reintegração social nas suas estratégias nacionais de luta contra a droga ⁽²²⁾, principalmente centradas nas necessidades de habitação, educação e emprego dos consumidores de droga. Os serviços de reintegração social são prestados em simultâneo com o tratamento da toxicoddependência ou após a conclusão do mesmo, assentando numa colaboração entre os serviços de tratamento especializados e as instituições de saúde e de assistência social.

De um modo geral, embora a maioria dos países comunique a existência de intervenções nos domínios da habitação, da educação e da participação no mercado de trabalho, os dados disponíveis indicam que os níveis de cobertura são insuficientes para suprir as necessidades da população em tratamento da toxicoddependência.

Habitação

Para o processo de reintegração, é fundamental assegurar o acesso a uma habitação estável e à manutenção da mesma, visto serem factores que ajudam a manter os utentes em tratamento e a prevenir as recaídas (Milby e outros, 2005).

Na Europa, em geral, há uma reduzida oferta de serviços direccionados para as necessidades de habitação dos utentes em tratamento da toxicoddependência. Dos 29 países que responderam a um inquérito recente, menos de um terço refere que a maioria dos utentes em tratamento pode aceder a alojamentos de emergência (nove), a residências de transição (oito) e a serviços de habitação assistida (cinco).

Não obstante o baixo nível de oferta mencionado pelos países europeus, a maioria deles refere a disponibilidade de habitações sociais destinadas a grupos vulneráveis, que, em graus variáveis, estão acessíveis a pessoas em tratamento da toxicoddependência. Essas habitações são normalmente fornecidas pelas autoridades locais ou por organizações não governamentais. A duração da permanência nesse tipo de alojamentos pode variar e a entrada nos mesmos está, por vezes, sujeita a condições (por exemplo, não consumir drogas, supervisão por parte do pessoal dos serviços de tratamento). Além disso, vários países dispõem de habitações adaptadas para pessoas em tratamento da toxicoddependência; por exemplo, 18 países mencionam a oferta de alojamentos de emergência (designadamente, albergues nocturnos, alojamentos com dormida e pequeno-almoço) e 20 países fornecem algum nível de alojamentos de transição,

como apartamentos de reinserção. Uma vida autónoma pode constituir um importante passo em frente para a reintegração na sociedade e em 12 países os utentes em tratamento têm algum acesso a residências assistidas, enquanto 15 países mencionam programas que facilitam o acesso a uma vida autónoma no contexto do mercado de habitação geral. Em França, os centros de tratamento especializado oferecem arrendamentos «deslizantes». O centro paga a renda da habitação e subarrendam-a ao utente, que paga uma pequena parte da renda. O utente recebe apoio ao arrendamento no que respeita às tarefas administrativas (por exemplo, pagamento de contas) e à gestão do orçamento, e após um «período experimental», passa a ser o inquilino oficial.

Formação e educação

As necessidades educativas dos consumidores de droga em tratamento podem ser supridas de várias formas. Ainda que o sistema geral de ensino seja a primeira opção, os obstáculos individuais e sistémicos, como as baixas expectativas, o estigma e o receio de falhar, podem impedir a participação dos utentes (Lawless e Cox, 2000). Onze países afirmam dispor de programas de apoio destinados a facilitar o acesso dos utentes em tratamento da toxicoddependência ao sistema geral de ensino. Além disso, 15 países referem que esses utentes podem aceder a programas de ensino dirigidos a grupos socialmente vulneráveis.

A formação profissional ou técnica ajuda as pessoas a adquirirem as competências práticas necessárias para trabalharem numa actividade profissional específica e, normalmente, faculta uma qualificação profissional. Na maior parte dos países (20), os utentes obtêm formação profissional através de intervenções dirigidas a grupos socialmente vulneráveis. Em 16 países, também existem intervenções de formação profissional específicas para as populações em tratamento da toxicoddependência.

Emprego

A empregabilidade é um conceito fundamental da reintegração social e as necessidades de emprego dos consumidores de droga são abordadas por vários países europeus nas respectivas estratégias nacionais de emprego. As actividades que aumentam a empregabilidade podem abordar o domínio psicológico (por exemplo, o desenvolvimento pessoal, a auto-eficácia, a auto-estima e a capacidade de enfrentar os problemas) e oferecer aos consumidores de droga em recuperação um grupo de pares alternativo, bem como novas competências para apoiar uma reintegração

⁽²²⁾ A Áustria e a Lituânia não tinham uma estratégia nacional de luta contra a droga na altura do inquérito.

bem sucedida na comunidade em geral. Em 15 países, é mencionado que a empregabilidade das pessoas em tratamento da toxicod dependência constitui um objectivo regular e normal dos planos de cuidados individuais.

Os dados mostram que o emprego e o aumento da empregabilidade melhoram os resultados do tratamento da toxicod dependência (Kaskutas e outros, 2004) e têm um impacto positivo na saúde e na qualidade de vida, além de reduzirem a delinquência (Gregoire e Snively, 2001). Sistemas de apoio, como os sistemas de inserção no mercado de trabalho, que oferecem trabalho remunerado em empregos temporário criados com esse fim específico, podem ajudar a fazer a transição entre os desempregos de longa duração e uma actividade remunerada no mercado geral de emprego. Estes sistemas estão, em geral, direccionados para as pessoas desfavorecidas (por exemplo, através de empresas criadas para empregar pessoas com deficiência ou socialmente excluídas) e podem incluir trabalho ocupacional e voluntário.

Vinte países referem ter intervenções de inserção no mercado de trabalho disponíveis para grupos socialmente vulneráveis, a que as pessoas em tratamento da toxicod dependência também podem aceder; em 11 países, essas intervenções destinam-se especificamente aos utentes em tratamento. Na Irlanda, por exemplo, a organização *Ready for Work* auxilia os sem-abrigo, incluindo consumidores de droga, a entrarem em cursos de formação ou a encontrarem emprego oferecendo-lhes formação prévia, experiência de trabalho não remunerado e acompanhamento. Os utentes em tratamento da toxicod dependência podem ser elegíveis para outras iniciativas, como o emprego assistido, que auxilia as pessoas com deficiência ou outros grupos desfavorecidos a obter e conservar uma actividade profissional remunerada. Embora 17 países refiram que os utentes em tratamento podem aceder às intervenções de emprego assistido, apenas quatro afirmam que os níveis de oferta são suficientes.

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 União Europeia e na Estratégia da União Europeia de luta contra a droga ⁽²³⁾. 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, 2010b) ⁽²⁴⁾.

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 as informações fornecidas, o tratamento de substituição está disponível em todos os países e só a Turquia não possui programas de troca de agulhas e seringas. Nas duas últimas décadas, a redução dos danos cresceu e consolidou-se na Europa, tendo sido também integrada em vários outros serviços de saúde e sociais. De um enfoque inicial na epidemia de VIH/sida nos últimos anos da década de 1980, a redução dos danos alargou o seu âmbito para a perspectiva mais ampla de atender às necessidades de saúde e sociais dos consumidores problemáticos de droga, sobretudo dos socialmente excluídos.

Em 2009, o número de utentes que acederam ao tratamento de substituição aumentou, na maioria dos países ⁽²⁵⁾. Além disso, registou-se um maior recurso aos serviços de baixo limiar de exigência especializados na redução dos danos, na Bulgária, Grécia, Hungria, Letónia, Lituânia, Luxemburgo, Polónia, República Checa, Roménia e Croácia, e os programas de troca de agulhas e seringas sofreram uma expansão geográfica na Hungria.

A maioria dos países oferece uma série de serviços de saúde e sociais, incluindo avaliação dos riscos e aconselhamento a nível individual, informação específica e formação para um consumo mais seguro. A distribuição de equipamento de consumo injectável 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 aumentaram nos últimos anos. As projecções baseadas em modelos sugerem que realização de intervenções com maiores efeitos potenciais (programas de troca de agulhas e seringas, tratamento de substituição e terapia antiretroviral), junto de uma percentagem significativa da população-alvo e ao longo de um período extenso, reduz a transmissão de VIH entre os consumidores de droga injectada; sugerem igualmente que se obtêm efeitos mais expressivos quando os níveis de infecção ainda são baixos (Degenhardt e outros, 2010).

Em 2010, o Instituto Nacional para a Saúde e a Investigação Médica (INSERM) francês realizou uma investigação pluridisciplinar sobre a fundamentação científica das intervenções de redução dos danos que

⁽²³⁾ COM(2007) 199 final.

⁽²⁴⁾ Ver também o portal de boas práticas.

⁽²⁵⁾ Ver quadro HSR-3 no Boletim Estatístico de 2011 e capítulo 6 deste relatório.

visam reduzir os riscos de infecção entre os consumidores de droga. O estudo analisou a bibliografia científica existente sobre os aspectos médicos, epidemiológicos, sociológicos, económicos e de saúde pública da redução dos danos, tendo organizado audições de peritos e debates públicos. O «Relatório colectivo de peritos» recomenda que as políticas de redução dos danos sejam consideradas como uma parte essencial da estratégia mais geral de redução das desigualdades no domínio da saúde. Além disso, é necessário integrar esses serviços com outros serviços de tratamento da toxicod dependência para assegurar a continuidade dos cuidados. Embora se continue a dar prioridade à prevenção do consumo de droga e da transição para o consumo de droga injectada, as pessoas que consomem droga injectada devem poder reduzir os riscos associados a este tipo de consumo. O relatório recomenda que, à semelhança das intervenções médicas e sociais, as medidas de redução dos danos sejam integradas em planos de assistência personalizados.

Garantia de qualidade

A maioria dos países europeus leva a cabo uma série de actividades destinadas a garantir a qualidade das intervenções e dos serviços relacionados com a droga. Entre elas figuram a elaboração de orientações de tratamento, a análise comparativa dos serviços, a formação do pessoal e os processos de certificação da qualidade e acreditação.

Normas de qualidade para a Europa

O estudo EQUUS, encomendado pela Comissão Europeia, pretende criar um consenso entre os peritos europeus e as partes interessadas a respeito das actuais normas de qualidade nas intervenções de redução da procura. Para o efeito, há que formular uma definição mais clara de normas mínimas, que tem sido utilizada para abranger tanto as recomendações cientificamente fundamentadas como os procedimentos organizativos. O estudo EQUUS procura pôr termo a esta confusão e estabelece uma distinção entre três tipos de normas. Estas são definidas como normas estruturais (por exemplo, meio físico, acessibilidade, composição e qualificações do pessoal), normas processuais (por exemplo, planos individualizados, cooperação com outras agências e manutenção de registos dos doentes), e normas relativas aos resultados (satisfação dos doentes e do pessoal, fixação e avaliação dos objectivos de tratamento). Os resultados do estudo deverão estar disponíveis no final de 2011 e serão utilizados pela Comissão Europeia para

Envolvimento dos consumidores de droga

O conceito de envolvimento dos utentes dos serviços na política de saúde ganhou um novo impulso com o estabelecimento de uma nova agenda de saúde pública e prestação de cuidados de saúde pela Declaração de Otava da Organização Mundial de Saúde, em 1986. O início do envolvimento activo dos consumidores de droga na definição dos serviços de tratamento da toxicod dependência já remonta, todavia, à década de 1970, nos Países Baixos.

Mais recentemente, a Rede Europeia de Redução dos Danos começou a compilar um inventário das organizações que prestam apoio aos consumidores de droga na Europa, com o intuito de facilitar o envolvimento dessas organizações ao nível nacional e europeu.

O envolvimento dos utentes varia quanto à forma e tem objectivos diversificados (Bröring e Schatz, 2008). Entre as actividades desenvolvidas podem incluir-se os inquéritos aos utentes dos serviços sobre a acessibilidade e qualidade dos mesmos; a consulta dos utentes sobre o recrutamento do pessoal; a organização de grupos de reflexão para desenvolver novas áreas de serviços e a inclusão das organizações de utentes nos grupos de pressão relativos à saúde e à formulação das políticas em matéria de luta contra a droga. As organizações representativas dos consumidores de droga estão frequentemente envolvidas no apoio e na educação dos pares em matéria de prevenção das doenças infecto-contagiosas, bem como na produção de materiais informativos que apoiam a constituição de redes e ajudam a sensibilizar os cidadãos para os principais problemas com que os consumidores de droga estão confrontados (Hunt e outros, 2010). O envolvimento dos utentes pode ser uma forma pragmática e ética de garantir a qualidade e a aceitação dos serviços. Contudo, são necessários apoios suficientes para os consumidores de droga se sentirem capazes de dar o seu contributo e para assegurar que o seu envolvimento é coroado de êxito.

Ver também sítio da Rede Europeia de Redução dos Danos (European Harm Reduction Network).

elaborar um consenso a nível da União Europeia, que será apresentado ao Conselho em 2013 ⁽²⁶⁾.

Formação e educação do pessoal

A formação inicial e contínua do pessoal sobre as questões relacionadas com o consumo de droga são actividades fundamentais para garantir a qualidade dos serviços. Os resultados de uma recente recolha de dados pontual revelam que existem programas de formação específica no domínio da toxicod dependência nos 27 países que forneceram informações, os quais são sobretudo dirigidos a médicos e enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. Embora alguns países tenham

⁽²⁶⁾ Para mais informações, ver o portal das boas práticas.

desenvolvido cursos especializados a nível universitário, outros disponibilizam cursos a nível de pós-graduação ou de formação contínua. As actividades de formação e educação mais estruturadas e desenvolvidas são as desenvolvidas no domínio da medicina. Três países dizem ter desenvolvido uma especialidade médica relativa às dependências. Em 2008, a República Checa introduziu a especialidade de medicina da dependência em 1980 e a profissão não médica de «especialista em dependências»; em 2007, foi criado um módulo especializado em medicina das dependências, com dois anos de duração, nos Países Baixos; a Alemanha possui cursos de pós-graduação em aconselhamento no domínio do consumo e dependência de substâncias, bem como um módulo relativo ao tratamento assistido com heroína. As provas da eficácia de abordagens como a «formação médica contínua» continuam a ser limitadas e inconclusivas. Foi proposta uma abordagem recente, mais interactiva, denominada «desenvolvimento profissional contínuo» (Horsley e outros, 2010), que envolve a formação de médicos numa grande variedade de competências, incluindo comunicação, gestão e defesa da saúde, mas ainda tem de ser testada.

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 União Europeia neste domínio. Inclui uma vasta gama de intervenções principalmente a cargo da polícia e de instituições afins (por exemplo, os serviços aduaneiros). Um grupo de intervenções desse tipo, as operações encobertas, é sucintamente analisado nesta secção. 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 referimos na presente secção.

Operações encobertas

A repressão eficaz dos infractores de alto nível à legislação em matéria de droga e o desmantelamento das redes de oferta organizada de drogas são prioridades fundamentais da redução da oferta no âmbito do actual plano de acção da União Europeia em matéria de luta contra a droga. Este facto constitui um desafio para os serviços responsáveis pela aplicação da lei, uma vez que a maioria das infracções à legislação em matéria de droga só é detectada através de operações

pró-activas de aplicação da lei (OEDT, 2009a). É o caso, nomeadamente, das infracções graves envolvendo intermediários e a venda grossista de droga, normalmente levadas a cabo por indivíduos e organizações criminosas que operam de forma altamente secreta.

No seu combate à criminalidade grave em matéria de droga, as instituições europeias de aplicação da lei recorrem cada vez mais a técnicas encobertas, incluindo o recurso a tecnologias de escutas ou vigilância electrónica e a operações com agentes infiltrados. Estas operações podem envolver agentes policiais (agentes infiltrados) e particulares supervisionados pela polícia (informadores). A sua utilização é legalmente admissível nos 27 Estados-Membros da União Europeia.

As operações encobertas contra as redes de tráfico de droga são utilizadas para recolher informações fiáveis sobre a identidade e os papéis dos membros das redes, detectar as rotas, os destinos e os locais de armazenamento utilizados no tráfico, e descobrir a hora e o local das entregas de droga. Muitas vezes, os agentes ou informadores são obrigados a infiltrar-se nas redes criminosas, que tendem a agir com secretismo face aos estranhos e a compartimentar a informação. A recolha de informações visa sobretudo o funcionamento das redes de tráfico de droga e os papéis desempenhados pelos seus membros.

As operações encobertas suscitam dificuldades jurídicas, nomeadamente em torno da questão do incitamento. O Tribunal Europeu dos Direitos do Homem estabeleceu princípios básicos relativos à utilização de «agents provocateurs» (agentes provocadores) num acórdão de 1998 (Teixeira de Castro contra Portugal) (Tribunal Europeu dos Direitos do Homem, 1998). Este acórdão declara que o recurso a técnicas com agentes infiltrados não deve infringir o direito a um julgamento justo e, por conseguinte, os serviços de aplicação da lei não devem exercer sobre uma pessoa uma tal influência que a incite a cometer uma infracção que de outro modo não seria cometida. Os serviços de aplicação da lei devem ter, por conseguinte, «suspeitas objectivas» em relação às pessoas visadas antes de aplicarem técnicas de investigação encobertas. Na maioria dos Estados-Membros, é proibido incitar terceiros a cometerem um crime.

As operações encobertas são regidas por disposições jurídicas e administrativas nacionais destinadas a garantir, por um lado, o respeito pelo Estado de direito e, por outro, a segurança dos agentes infiltrados. As disposições legislativas e regulamentares nacionais diferem entre si, mas tendem a estabelecer um quadro geral especificado nas disposições regulamentares, que raramente são

divulgadas publicamente. Outras informações, como o número de operações realizadas anualmente, também não são normalmente postas ao dispor do público. Contudo, a investigação revelou que, em 2004, foram efectuadas 34 operações encobertas nos Países Baixos, 12 das quais contribuíram para a realização de inquéritos ou processos judiciais (Kruisbergen e outros, 2011).

Na maioria dos Estados-Membros da União Europeia, não é permitido lançar uma operação encoberta sem a autorização prévia de uma autoridade judiciária e a maioria dessas operações devem ser acompanhadas por uma autoridade superior, normalmente o Ministério Público ou um tribunal. Treze Estados-Membros especificam as regras de proporcionalidade e subsidiariedade, segundo as quais a intervenção deve ser proporcional à infracção da legislação em matéria de droga investigada, a qual deverá ser suficientemente grave para justificar uma medida de investigação encoberta. Além disso, antes de realizar uma operação desse tipo, deve ser claramente determinado que nenhuma outra medida de aplicação da lei menos invasiva seria igualmente eficaz.

A utilização de um disfarce operacional, incluindo documentos de identificação falsos e organizações «de fachada» (criadas para fornecer profissões e fontes de rendimento plausíveis aos agentes infiltrados) é legalmente admissível na maioria dos Estados-Membros.

Nas operações encobertas são utilizadas várias técnicas. Por exemplo, as compras de droga sob disfarce são principalmente utilizadas para deter os infractores no acto de venda de drogas ilícitas. As entregas controladas são uma técnica que permite o transporte de remessas ilícitas com o conhecimento e sob a supervisão das autoridades competentes, através das fronteiras nacionais ou no interior das mesmas. Essas remessas podem ser de drogas ou precursores de drogas, armas, cigarros, dinheiro proveniente de actividades ilícitas ou mesmo seres humanos. Na Europa, a maioria das entregas controladas envolve remessas de droga (Conselho da União Europeia, 2009) que, dependendo do direito nacional, podem ser acompanhadas por agentes infiltrados ou informadores, ou estar sob vigilância tecnológica ⁽²⁷⁾.

Infracções à legislação em matéria de droga

A única fonte de dados normalmente disponível na Europa sobre a criminalidade relacionada com a droga são os relatórios iniciais sobre as infracções às legislações nacionais em matéria de droga, principalmente relatórios policiais ⁽²⁸⁾. Estes dados referem-se geralmente

Formação da polícia europeia

A Academia Europeia de Polícia (Cepol) é uma agência da União Europeia que funciona como uma rede de academias e universidades de polícia nacionais. Uma das suas funções principais é organizar cerca de 100 actividades de formação por ano, principalmente para altos funcionários dos serviços de polícia, sobre temas fundamentais relevantes para as forças policiais europeias. O objectivo global é promover uma abordagem europeia comum das questões relativas à actividade policial.

Para apoiar as suas próprias actividades de formação e as dos Estados-Membros da União Europeia, a Cepol elaborou programas de estudos comuns para vários grupos-alvo, incluindo altos funcionários, investigadores e gestores de casos, bem como representantes dos governos nacionais e das academias de polícia. O programa de estudos comum sobre tráfico de droga fornece uma panorâmica da situação internacional do fenómeno da droga e da legislação em matéria de droga, informações básicas sobre as substâncias ilícitas, a cooperação internacional, as estratégias de manutenção da ordem existentes e as opções tácticas específicas para cada crime, como as operações sob disfarce e os desafios colocados pela criminalidade relacionada com a droga, bem como pela prevenção da toxicod dependência e a redução da procura.

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 sólidas entre países, sendo mais adequado comparar tendências do que números absolutos.

Em termos globais, o aumento do número de infracções à legislação em matéria de droga observado nos anos anteriores abrandou em 2009. Um índice UE, com base

⁽²⁷⁾ Para uma panorâmica geral dos aspectos jurídicos das entregas controladas na Europa, ver Base de dados europeia de legislação sobre drogas.

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

nos dados fornecidos por 21 Estados-Membros, que representam 95% 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 21% entre 2004 e 2009. Considerando todos os países que forneceram dados, verificam-se tendências crescentes em 18 países, e uma estabilização ou uma diminuição global em nove países durante este período ⁽²⁹⁾.

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 (22), 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 2009, tendo a Estónia, a Espanha, a França, a Hungria, a Áustria e a Suécia comunicado as percentagens mais elevadas (81%-94%) ⁽³⁰⁾.

O aumento do número de infracções por consumo registado nos anos anteriores abrandou em 2009. Entre 2004 e 2009, o número de infracções à legislação em matéria de droga relacionadas com o consumo aumentou em 15 dos países que forneceram dados, sendo que apenas a Bulgária, a Alemanha, a Estónia, Malta, a Áustria e a Noruega comunicaram uma diminuição ao longo deste período. Globalmente, estima-se que o número de infracções deste tipo, na União Europeia, tenha aumentado 29% entre 2004 e 2009.

As infracções relacionadas com a oferta de droga mantiveram-se estáveis desde 2007, embora se estime que no período de 2004-2009 tenham aumentado cerca de 7% na União Europeia. Neste período, 15 países mencionam um aumento dessas infracções e outros três 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 2009. 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 (55% e 27%) e Malta, cocaína (36%).

No período de 2004-2009, o número de infracções que envolviam a *cannabis* aumentou em 11 dos países que forneceram dados, levando a um aumento estimado de 20% na União Europeia (figura 4). A França, a Itália, Chipre, Malta e os Países Baixos comunicaram tendências decrescentes ⁽³³⁾.

As infracções relacionadas com a cocaína aumentaram ao longo do período de 2004-2009 em 11 países que comunicaram dados, enquanto a Alemanha, a Áustria, a Bulgária, a Itália e a Croácia comunicaram tendências decrescentes. Na União Europeia, em termos globais, as infracções relacionadas com a cocaína aumentaram cerca de 39% durante o mesmo período, revelando uma estabilização durante os últimos dois anos ⁽³⁴⁾.

O número de infracções relacionadas com a heroína diminuiu ligeiramente em 2009. O valor da União Europeia para este tipo de infracções aumentou em 22% ao longo do período de 2004-2009. O número de infracções relacionadas com a heroína aumentou em 11 dos países que apresentaram dados, enquanto a Alemanha, a Áustria, a Bulgária, Malta e os Países Baixos registaram uma diminuição no mesmo período ⁽³⁵⁾.

O número de infracções relacionadas com as anfetaminas notificadas na União Europeia diminuiu ligeiramente em 2009, embora a tendência geral desde 2004 revele um aumento geral estimado de 16%. Em contrapartida, o número de infracções relacionadas com o *ecstasy* diminuiu para metade no mesmo período (uma diminuição de 54%).

Respostas de saúde e sociais para os consumidores de droga na prisão

Na União Europeia, a percentagem de reclusos condenados por infracções à legislação em matéria de droga varia entre 3% e 53%, comunicando metade dos países percentagens situadas entre 9% e 25% ⁽³⁶⁾. Estes valores não incluem as pessoas condenadas por crimes cometidos com o intuito de obter dinheiro para sustentar a sua toxicod dependência, ou outras infracções relacionadas com a droga.

⁽²⁹⁾ Ver figura DLO-1 e quadro DLO-1 no Boletim Estatístico de 2011.

⁽³⁰⁾ Ver quadro DLO-2 no Boletim Estatístico de 2011.

⁽³¹⁾ Ver figura DLO-1 e quadro DLO-5 no Boletim Estatístico de 2011.

⁽³²⁾ Ver figura DLO-3 no Boletim Estatístico de 2011.

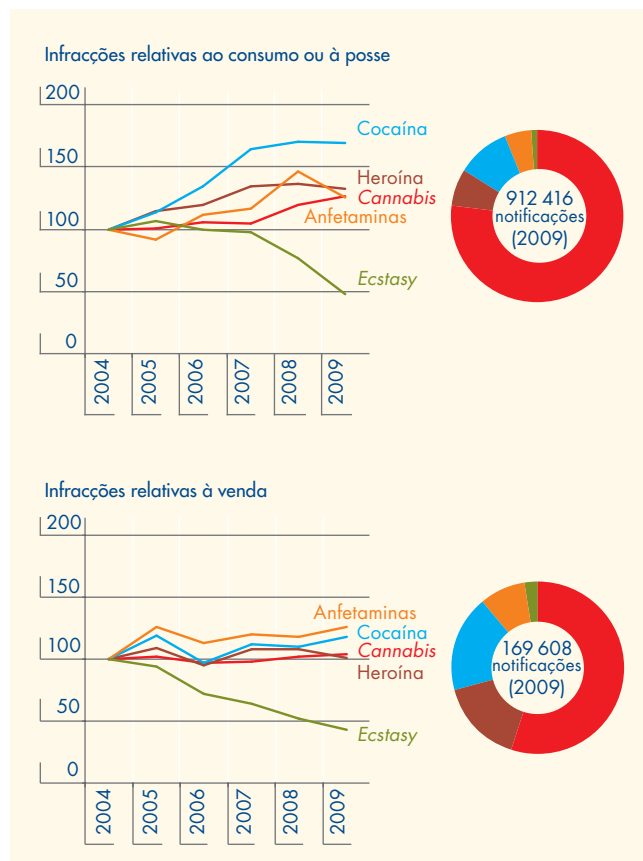
⁽³³⁾ Ver figura DLO-3 e quadro DLO-6 no Boletim Estatístico de 2011.

⁽³⁴⁾ Ver figura DLO-3 e quadro DLO-8 no Boletim Estatístico de 2011.

⁽³⁵⁾ Ver figura DLO-3 e quadro DLO-7 no Boletim Estatístico de 2011.

⁽³⁶⁾ Havia mais de 640 000 pessoas nos estabelecimentos prisionais da União Europeia em 1 de Setembro de 2009. Os dados sobre as prisões europeias podem ser obtidos junto do Conselho da Europa.

Figura 4 — Notificações de infracções relacionadas com o consumo de droga ou com a posse para consumo e com a venda de droga nos Estados-Membros da União Europeia: tendências indexadas 2004-2009 e discriminação por droga das notificações referentes a 2009



NB: As tendências baseiam-se em informações disponíveis sobre o número de notificações relativas a infracções à legislação em matéria de droga (penais e não penais) comunicadas pelos Estados-Membros da União Europeia; todas as séries são indexadas a uma base de 100 em 2004 e ponderadas pela dimensão das populações dos países, a fim de formar uma tendência global da União Europeia; a repartição por droga refere-se ao número total de notificações em 2009. Para mais informações, ver figuras DLO-4 e DLO-5 no Boletim Estatístico de 2011.

Fonte: Pontos focais nacionais Reitox.

Consumo de droga nas populações prisionais

As metodologias utilizadas nos estudos sobre o consumo de droga entre as populações prisionais ainda não estão normalizadas (Carpentier e outros, 2011).

Todavia, a investigação mostra que a prevalência do consumo de droga é maior entre os reclusos do que entre a população em geral. Dados de vários estudos realizados desde 2006 mostram que há variações consideráveis na prevalência do consumo de droga entre os reclusos: em alguns países o consumo eventual de droga antes do encarceramento foi comunicado por apenas 8% dos inquiridos, enquanto noutros países essa percentagem se elevou a 65%. Os estudos também indicam que as formas mais perigosas de consumo podem ser mais frequentes entre os reclusos, sendo que

Desenvolvimento de indicadores sobre os mercados da droga, a criminalidade e a redução da oferta na Europa

A expansão da monitorização da oferta de drogas ilícitas na Europa é uma das prioridades da estratégia e do plano de acção da União Europeia em matéria de luta contra a droga actualmente em vigor. Na sequência da publicação de um documento de trabalho da Comissão Europeia sobre a melhoria da recolha de dados sobre a oferta de droga, em Outubro de 2010 ⁽¹⁾, a primeira conferência europeia sobre os indicadores de oferta de droga, conjuntamente organizada pela Comissão Europeia e o OEDT, iniciou um processo de desenvolvimento de indicadores para monitorizar a oferta de droga na Europa ⁽²⁾.

O quadro conceptual global para monitorizar a oferta de drogas ilícitas na Europa integrará três componentes: os mercados de droga, a criminalidade relacionada com a droga e a redução da procura de droga. Três grupos de trabalho, apoiados pelo OEDT, elaborarão um roteiro para estes domínios em 2011, centrado em objectivos de monitorização a curto, médio e longo prazo. Prestar-se-á atenção às possibilidades de normalização, alargamento e melhoria dos sistemas de recolha de dados existentes em cada um desses domínios, e realizar-se-ão estudos específicos.

No domínio dos mercados de droga, as actividades futuras darão especial realce à melhoria das séries de dados relativos ao preço e à pureza das drogas, e às potencialidades dos dados de polícia científica. O desenvolvimento de um instrumento europeu normalizado de monitorização das infracções à legislação em matéria de droga e de indicadores relativos à produção de droga no interior da Europa, juntamente com a definição das prioridades de investigação, será uma actividade fundamental no domínio da criminalidade relacionada com a droga. Os serviços policiais e de justiça penal desempenharão um papel essencial na monitorização da redução da oferta de droga. O trabalho neste domínio, até agora insuficientemente investigado, começará por um levantamento das actividades de redução da oferta na Europa. O ponto de partida será o lançamento, em 2011, de um inquérito do OEDT sobre a existência, o papel e as práticas das unidades especializadas na aplicação da legislação em matéria de droga.

⁽¹⁾ SEC(2010)1216 final (disponível na Internet).

⁽²⁾ As conclusões da conferência estão disponíveis na Internet.

entre 5% e 31% dos inquiridos afirmam já ter consumido droga injetada ⁽³⁷⁾.

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

⁽³⁷⁾ Ver quadros DUP-1, DUP-2 e DUP-105 no Boletim Estatístico de 2011.

tomadas para reduzir a sua oferta, é reconhecido. Estudos realizados desde 2006 indicam que os níveis de consumo de droga na prisão variam entre 1% e 51% da população prisional. A droga mais consumida pelos reclusos é a *cannabis*, normalmente seguida pela cocaína e pela heroína ⁽³⁸⁾. A prisão pode ser um local de iniciação no consumo de droga ou em formas de consumo mais perigosas. Por exemplo, um estudo belga realizado em 2008 concluiu que mais de um terço dos reclusos consumidores de drogas tinha iniciado o consumo de uma nova droga durante a detenção, sendo a heroína a droga mais frequentemente mencionada (Todts e outros, 2009). Aparentemente, os consumidores de droga injectável presos partilham o seu equipamento mais frequentemente do que os consumidores na comunidade, o que suscita questões relativas à possível propagação de doenças infecto-contagiosas entre as populações prisionais.

VIH e hepatite viral entre os consumidores de droga injectada na prisão

Na Europa, há poucos dados sobre a infecção por VIH entre os consumidores de droga injectada na prisão, estando, nomeadamente, indisponíveis para os países que referem os níveis mais elevados de prevalência das infecções relacionadas com essa forma de consumo. De um modo geral, nos oito países que forneceram dados desde 2004 (Bulgária, Espanha, Finlândia, Hungria, Malta, República Checa, Suécia e Croácia) ⁽³⁹⁾, não se observam grandes diferenças na prevalência do VIH entre os consumidores de droga injectada que se encontram na prisão e os que estão noutros contextos do país, embora tal se possa dever em parte às limitações dos dados. A prevalência do VIH entre os consumidores de droga injectada nas prisões era geralmente baixa (0-7,7%) em sete países, ao passo que a Espanha mencionou uma prevalência de 39,7%. Oito países forneceram dados relativos à prevalência do vírus da hepatite C (VHC) entre os consumidores de droga injectada na prisão, a qual variava entre 11,5% (Hungria) e 90,7% (Luxemburgo). Na República Checa, Luxemburgo e Malta, parece haver maior prevalência do VHC entre os consumidores de droga injectada que se submeterem a análises na prisão do que entre os que fizeram análises noutros contextos. Há dados disponíveis sobre a infecção por VHB (antigene de superfície da hepatite B) entre os consumidores de droga injectada na prisão para quatro países: Bulgária (11,6% em 2006), República Checa (15,1% em 2010), Hungria (0% em 2009) e Croácia (0,5% em 2007).

Saúde prisional na Europa

Frequentemente, os reclusos com historial de consumo de droga injectada, em particular, têm necessidades de saúde múltiplas e complexas, que exigem uma abordagem pluridisciplinar e uma assistência médica especializada. Os reclusos têm direito ao mesmo nível de assistência médica que as pessoas que vivem na comunidade, sem discriminação pela sua situação jurídica ⁽⁴⁰⁾, e espera-se que os serviços de saúde prisional tratem os problemas relacionados com o consumo de droga em condições comparáveis às oferecidas fora da prisão (CPT, 2006). Embora este princípio geral de equivalência seja reconhecido na União Europeia através da recomendação do Conselho de 18 de Junho de 2003, relativa à prevenção e redução dos efeitos nocivos da toxicod dependência para a saúde ⁽⁴¹⁾, cuja aplicação é exigida pelo novo plano de acção da União Europeia em matéria de luta contra a droga (2009-2012), a qualidade dos serviços prestados nas prisões é frequentemente inferior à dos serviços prestados na comunidade.

Assistência aos consumidores de droga nas prisões

Nas prisões europeias podem ser prestados vários serviços relacionados com o consumo de droga e os problemas a ele associados. É o caso, nomeadamente, da informação sobre drogas e saúde, os cuidados de saúde para as doenças infecto-contagiosas, a desintoxicação e o tratamento da toxicod dependência, em paralelo com a assistência psicossocial, as medidas de redução dos danos e a preparação para a saída da prisão ⁽⁴²⁾.

Na maioria dos países há parcerias estabelecidas entre os serviços de saúde prisional e os prestadores de serviços na comunidade, incluindo organizações não governamentais, com a finalidade de administrarem educação sanitária e tratamentos médicos na prisão e assegurarem a continuidade dos cuidados após a saída. Vários países europeus foram um pouco mais longe e colocaram a saúde prisional sob a tutela do Ministério da Saúde ou organizaram a prestação de cuidados de saúde através dos serviços de saúde pública, para reduzir as desigualdades nesse domínio. Os pioneiros nesta matéria foram a Noruega e a França, seguidas pela Suécia, a Itália, a Inglaterra e o País de Gales e a Eslovénia. Na Escócia e em Espanha essa reforma está actualmente em curso.

⁽³⁸⁾ Ver quadros DUP-3 e DUP-105 no Boletim Estatístico de 2011.

⁽³⁹⁾ Ver quadro INF-117 no Boletim Estatístico de 2011, e os relatórios nacionais Reitox de Malta (2005) e da República Checa (2010).

⁽⁴⁰⁾ Assembleia-Geral das Nações Unidas, Resolução A/RES/45/111, «Princípios básicos de tratamento dos reclusos» (disponível na Internet).

⁽⁴¹⁾ JO L 165 de 3.7.2003, p. 31.

⁽⁴²⁾ Ver quadro HSR-7 no Boletim Estatístico de 2011.

O tratamento de substituição de opiáceos é cada vez mais aceite na comunidade, mas a sua adopção nos meios prisionais tem sido lenta e a cobertura muito variável ⁽⁴³⁾. Em 2009, os consumidores de droga que recebiam tratamento de substituição em seis países da União Europeia (Chipre, Eslováquia, Estónia, Grécia, Letónia e Lituânia) não podiam continuá-lo depois de serem presos. A continuidade e a coerência do tratamento da toxicodependência entre a comunidade e a prisão, e vice-versa, são particularmente importantes, atendendo às elevadas taxas de morte por *overdose* que se verificam imediatamente após a saída da prisão (Merrall e outros, 2010).

A hepatite C nas populações prisionais constitui uma preocupação de saúde pública crescente na Europa, sendo referidos programas de rastreio específicos pela Bélgica, a Bulgária, a França, alguns *Laender* alemães, a Lituânia, o Luxemburgo, a Hungria e a Finlândia. Não obstante a importância da detecção destas infecções à entrada na prisão (Sutton e outros, 2006) e a comprovada eficácia em termos de custos do tratamento do VHC nos meios prisionais (Tan e outros, 2008), muitos reclusos continuam a não ser submetidos a análises e a não ter tratamento.

⁽⁴³⁾ Ver quadro HSR-9 no Boletim Estatístico de 2011.

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 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. 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* em muitos países. Contudo, este consumo mantém-se em níveis historicamente elevados. Nos últimos anos, tem aumentado a compreensão das implicações para a saúde pública do consumo prolongado e disseminado desta droga, tendo igualmente aumentado os níveis notificados de procura de tratamento devido a problemas relacionados com a *cannabis*. Consequentemente,

o debate europeu sobre o fenómeno da droga continua a procurar uma resposta eficaz para travar este consumo.

Oferta e disponibilidade

Produção e tráfico

A *cannabis* pode ser cultivada em ambientes muito diversificados e cresce espontaneamente em muitas regiões do mundo. Estima-se que seja cultivada em 172 países e territórios (UNODC, 2009). As dificuldades em chegar a valores precisos para a produção mundial de *cannabis* são reconhecidas nas estimativas mais recentes do UNODC, que situam essa produção, em 2008, num valor entre 13 300 e 66 100 toneladas de *cannabis* herbácea e entre 2 200 e 9 900 toneladas de resina de *cannabis*.

O cultivo de *cannabis* na Europa está muito difundido e é possível que esteja a aumentar. Os 29 países europeus

Quadro 3 – Apreensões, preço e potência da *cannabis* herbácea e da resina de *cannabis*

	Resina de <i>cannabis</i>	<i>Cannabis</i> herbácea	Plantas de <i>cannabis</i> ⁽¹⁾
Quantidade apreendida a nível mundial	1 261 toneladas	6 022 toneladas	sd
Quantidade apreendida: UE e Noruega (incluindo Croácia e Turquia)	584 toneladas (594 toneladas)	57 toneladas (99 toneladas)	1,4 milhões de plantas e 42 toneladas (1,4 milhões de plantas e 42 toneladas) ⁽²⁾
Número de apreensões: UE e Noruega (incluindo Croácia e Turquia)	400 000 (405 000)	324 000 (354 000)	25 000 (25 100)
Preço médio de venda a retalho (euros por grama)			
Variação (intervalo interquartilico) ⁽³⁾	3-19 (6,8-10,2)	2-070 (6,3-10,9)	sd sd
Potência média (teor em % de THC)			
Variação (intervalo interquartilico) ⁽³⁾	3-17 (4,3-11,5)	1-15 (4,4-8,9)	sd sd

NB: Todos os dados são relativos a 2009; sd = sem dados.

Fonte: UNODC (2011) para os valores a nível mundial, pontos focais nacionais da Reitox para os dados europeus.

⁽¹⁾ Os países comunicam a quantidade apreendida tanto em número de plantas como em peso, apresentando-se aqui os totais relativos às duas modalidades.

⁽²⁾ É provável que a quantidade total de plantas de *cannabis* apreendidas em 2009 esteja subestimada, em grande medida devido à falta de dados recentes dos Países Baixos, país que comunicou apreensões relativamente elevadas até 2007. Dado não existirem dados de 2008 e 2009, não é possível incluir valores relativos aos Países Baixos nas estimativas europeias para 2009.

⁽³⁾ Intervalo da metade central dos dados notificados.

que forneceram informações ao OEDT mencionaram o seu cultivo a nível interno, embora a escala e a natureza do fenómeno pareçam variar consideravelmente. É, no entanto, provável que uma percentagem significativa da *cannabis* consumida na Europa provenha do tráfico a nível intra-regional. O Órgão Internacional para o Controlo de Estupefacientes (2011b) mencionou a Albânia, a Bulgária, a antiga República jugoslava da Macedónia, a Moldávia, o Montenegro, a Sérvia e a Ucrânia como países de origem da *cannabis* consumida na Europa Central e Oriental.

Na Europa também se consome *cannabis* herbácea importada, sobretudo de África (por exemplo, do Gana, da África do Sul e do Egipto) e, com menor frequência, das Américas, em especial das Caraíbas, do Médio Oriente (Líbano) e da Ásia (Tailândia).

Um estudo recente sugere que o Afeganistão ultrapassou Marrocos na posição de principal produtor mundial de resina de *cannabis*. Estima-se que a produção de resina de *cannabis* no Afeganistão seja de entre 1 200 e 3 700 toneladas por ano (UNODC, 2011). Embora alguma da resina de *cannabis* produzida no Afeganistão seja vendida na Europa, é provável que Marrocos continue a ser o principal fornecedor desta droga à Europa. A resina de *cannabis* de Marrocos é normalmente introduzida na Europa através da Península Ibérica, fazendo-se a distribuição secundária a partir dos Países Baixos e da Bélgica que funcionam como entreposto.

Apreensões

Em 2009, estima-se que tenham sido apreendidas, a nível mundial, 6 022 toneladas de *cannabis* herbácea e 1 261 toneladas de resina de *cannabis* (quadro 3), o que representa uma diminuição global de aproximadamente 11% em relação ao ano anterior. A América do Norte continuou a ser responsável pela maior parte da *cannabis* herbácea apreendida (70%), ao passo que as maiores quantidades de resina apreendidas se concentraram novamente na Europa Ocidental e Central (48%) (UNODC, 2011).

Estima-se em 354 000 o número de apreensões de *cannabis* herbácea efectuadas em 2009, na Europa, e a quantidade de droga apreendida em 99 toneladas, das quais a Turquia foi responsável por mais de um terço (42 toneladas), o que constitui uma quantidade recorde; além disso, foi comunicado um número recorde de apreensões

pela Grécia (7 toneladas) e Portugal (5 toneladas) ⁽⁴⁴⁾. Entre 2004 e 2009, o número total de apreensões duplicou e a quantidade de *cannabis* herbácea apreendida também aumentou. Desde 2005, que o Reino Unido tem sido responsável por aproximadamente metade do número total de apreensões, equivalentes a cerca de 20 toneladas por ano, no mínimo.

As apreensões de resina de *cannabis* realizadas na Europa continuam a ultrapassar as de *cannabis* herbácea, tanto em número como em quantidades apreendidas, embora a diferença continue a diminuir ⁽⁴⁵⁾. Em 2009, foram efectuadas cerca de 405 000 apreensões de resina de *cannabis*, o que se estima corresponder a 594 toneladas desta droga, seis vezes mais do que a quantidade de *cannabis* herbácea apreendida. O número de apreensões de resina de *cannabis* aumentou constantemente entre 2004 e 2009, embora a quantidade total apreendida tenha vindo a diminuir depois de atingir o nível máximo, de 1 080 toneladas, em 2004. Em 2009, à semelhança de outros anos, a Espanha comunicou metade do número total de apreensões de resina de *cannabis* e cerca de três quartos da quantidade apreendida.

O número de apreensões de plantas de *cannabis* aumentou desde 2004, atingindo um número estimado de 25 100 casos em 2009. Os países comunicam a quantidade apreendida em termos quer do número de plantas quer do peso. As apreensões comunicadas por número de plantas aumentaram, na Europa, de 1,7 milhões em 2004 para cerca de 2,5 milhões em 2005-2007 ⁽⁴⁶⁾. Os dados disponíveis poderão indicar uma diminuição em 2008, a nível europeu, mas não é possível traçar as tendências actuais do número de plantas de *cannabis* apreendidas por faltarem dados recentes dos Países Baixos, país que historicamente comunica quantidades elevadas. Desde 2004, as apreensões comunicadas por peso das plantas mais do que triplicaram, atingindo 42 toneladas em 2009, a maioria das quais continuou a ser da responsabilidade da Espanha (29 toneladas) e da Bulgária (10 toneladas).

Potência e preço

A potência dos produtos de *cannabis* é determinada pelo seu teor de delta-9-tetrahydrocannabinol (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* e entre as variedades

⁽⁴⁴⁾ Os dados sobre as apreensões de droga na Europa mencionadas no presente capítulo figuram nos quadros SZR-1 a SZR-6 no Boletim Estatístico de 2011.

⁽⁴⁵⁾ 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.

⁽⁴⁶⁾ A análise não inclui as apreensões comunicadas pela Turquia, de 20,4 milhões de plantas, em 2004, visto não existirem dados relativos às quantidades apreendidas nos anos seguintes.

genéticas. As informações sobre a potência da *cannabis* baseiam-se sobretudo na análise médico-legal de *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 2009, o teor médio de THC registado na resina de *cannabis* variou entre 3% e 17%. A potência média da *cannabis* herbácea (incluindo a *sinsemilla*, a forma de *cannabis* herbácea de potência mais elevada) variou entre 1% e 15%. A potência média de *sinsemilla* foi comunicada apenas por alguns países: 2% na Roménia, 11% na Alemanha e 15% nos Países Baixos. Ao longo do período de 2004-2009, a potência média registada da resina de *cannabis* divergiu nos 15 países que comunicaram dados suficientes. A potência da *cannabis* herbácea permaneceu relativamente estável ou diminuiu em dez países que forneceram informações e aumentou na Eslováquia, na Estónia, nos Países Baixos e na República Checa. Só há informações disponíveis sobre as tendências relativas à potência da *cannabis* herbácea produzida a nível local 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 15% em 2009 ⁽⁴⁷⁾.

Em 2009, o preço médio de venda a retalho da resina de *cannabis* variou entre 3 euros e 19 euros por grama, nos 18 países que forneceram informações, tendo 12 deles comunicado valores que oscilam entre 7 euros e 10 euros. O preço médio de venda a retalho da *cannabis* herbácea variou entre 2 euros e 70 euros por grama nos 20 países que forneceram dados, comunicando 12 deles preços entre 5 euros e 10 euros. No período de 2004-2009, o preço médio de venda a retalho da resina de *cannabis* e da *cannabis* herbácea permaneceu estável ou aumentou na maioria dos 18 países que comunicaram dados, com excepção da Letónia, Hungria e Polónia, onde preço da resina diminuiu.

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 78 milhões de europeus, ou seja, mais de uma em cinco pessoas dos 15 aos 64

anos (ver no quadro 4 um resumo dos dados). Existem diferenças consideráveis entre os países, variando os valores nacionais relativos à prevalência entre 1,5% e 32,5%. A maioria dos países apresenta estimativas da prevalência na ordem de 10% a 30% de todos os adultos.

Estima-se que cerca de 22,5 milhões de europeus tenham consumido *cannabis* no último ano, o que corresponde, em média, a 6,7% das pessoas dos 15 aos 64 anos. As estimativas da prevalência no último mês incluem as pessoas que consomem a droga mais regularmente, embora não necessariamente de forma intensiva ou diária. Estima-se que cerca de 12 milhões de europeus a tenham consumido no último mês, em média cerca de 3,6% 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 (15-34 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 Chipre e Portugal ⁽⁴⁸⁾.

Os dados dos inquéritos à população sugerem que, em média, 32,0% dos jovens adultos europeus (15-34 anos) já consumiram *cannabis*, sendo que 12,1% o fizeram no último ano e 6,6% no último mês. Estima-se que percentagens ainda maiores de europeus na faixa etária dos 15 aos 24 anos tenham consumido *cannabis* no último ano (15,2%) ou no último mês (8,0%). 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 são até 20 vezes superiores aos dos países com a prevalência mais baixa.

O consumo de *cannabis* é geralmente maior entre as pessoas do sexo masculino. Por exemplo, o rácio entre os homens e as mulheres, entre jovens adultos, que disseram ter consumido *cannabis* no último ano variava entre um pouco acima de 6 homens para cada mulher em Portugal e menos de 1 na Noruega ⁽⁴⁹⁾.

Comparações a nível internacional

Os valores registados pela Austrália, pelo Canadá e pelos Estados Unidos em relação ao consumo de *cannabis* ao longo da vida e no último ano entre os jovens adultos são todos superiores às médias

⁽⁴⁷⁾ Ver quadros PPP-1 e PPP-5 no Boletim Estatístico de 2011 para os dados sobre a potência e o preço. Para a definição de «produtos de *cannabis*», ver o glossário na Internet.

⁽⁴⁸⁾ Ver figura GPS-1 no Boletim Estatístico de 2011.

⁽⁴⁹⁾ Ver figura GPS-5 (parte iii) e (parte iv) no Boletim Estatístico de 2011.

Quadro 4 – 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	78 milhões	22,5 milhões	12 milhões
Média europeia	23,2%	6,7%	3,6%
Variação	1,5-32,5%	0,4-14,3%	0,1-7,6%
Países com a prevalência mais baixa	Roménia (1,5%) Malta (3,5%) Bulgária (7,3%) Hungria (8,5%)	Roménia (0,4%) Malta (0,8%) Grécia (1,7%) Hungria (2,3%)	Roménia (0,1%) Malta (0,5%) Grécia, Polónia (0,9%) Suécia (1,0%)
Países com a prevalência mais elevada	Dinamarca (32,5%) Espanha (32,1%) Itália (32,0%) França, Reino Unido (30,6%)	Itália (14,3%) República Checa (11,1%) Espanha (10,6%) França (8,6%)	Espanha (7,6%) Itália (6,9%) França (4,8%) República Checa (4,1%)
15-34 anos			
Número estimado de consumidores na Europa	42 milhões	16 milhões	9 milhões
Média europeia	32,0%	12,1%	6,6%
Variação	2,9-45,5%	0,9-21,6%	0,3-14,1%
Países com a prevalência mais baixa	Roménia (2,9%) Malta (4,8%) Grécia (10,8%) Bulgária (14,3%)	Roménia (0,9%) Malta (1,9%) Grécia (3,2%) Polónia (5,3%)	Roménia (0,3%) Grécia (1,5%) Polónia (1,9%) Suécia, Noruega (2,1%)
Países com a prevalência mais elevada	República Checa (45,5%) Dinamarca (44,5%) França (43,6%) Espanha (42,4%)	República Checa (21,6%) Itália (20,3%) Espanha (19,4%) França (16,7%)	Espanha (14,1%) Itália (9,9%) França (9,8%) República Checa (8,6%)
15-24 anos			
Número estimado de consumidores na Europa	19 milhões	9,5 milhões	5 milhões
Média europeia	30,0%	15,2%	8,0%
Variação	3,7-53,8%	1,5-29,5%	0,5-17,2%
Países com a prevalência mais baixa	Roménia (3,7%) Malta (4,9%) Grécia (9,0%) Chipre (14,4%)	Roménia (1,5%) Grécia (3,6%) Portugal (6,6%) Eslovénia, Suécia (7,3%)	Roménia (0,5%) Grécia (1,2%) Suécia (2,2%) Noruega (2,3%)
Países com a prevalência mais elevada	República Checa (53,8%) França (42,0%) Espanha (39,1%) Dinamarca (38,0%)	República Checa (29,5%) Espanha (23,9%) Itália (22,3%) França (21,7%)	Espanha (17,2%) França (12,7%) República Checa (11,6%) Itália (11,0%)

As estimativas europeias são calculadas a partir das estimativas das taxas de prevalência nacionais ponderadas de acordo com a população do grupo etário pertinente em cada país. Para obter estimativas do número global de consumidores existente na Europa, a média da União Europeia é aplicada aos países que não possuem dados da prevalência (os quais não representam mais de 3% da população-alvo). Populações utilizadas como base: 15-64 anos, 336 milhões; 15-34, 132 milhões; 15-24 anos, 63 milhões. As estimativas europeias baseiam-se nos inquéritos realizados entre 2001 e 2009/2010 (principalmente no período de 2004 a 2008), não se referem a um ano único. Os dados aqui resumidos estão disponíveis em «Inquéritos à população em geral» no Boletim Estatístico de 2011.

europeias, que são de 32,0% e 12,1%, respectivamente. Por exemplo, no Canadá (2009) a prevalência ao longo da vida do consumo de *cannabis* entre os jovens adultos foi de 48,4% e a prevalência no último ano de 21,6%. Nos Estados Unidos, o inquérito nacional sobre o consumo de droga e a saúde (Samhsa, 2010) estimou uma prevalência do consumo de *cannabis* ao longo da vida de 51,6% (entre os indivíduos dos 16 aos 34 anos, recalculado pelo OEDT) e uma

prevalência no último ano de 24,1%, enquanto na Austrália (2007) as percentagens correspondentes são de 46,7% e de 16,2% nos indivíduos dos 14 aos 39 anos. Entre a população escolar de 15-16 anos, apenas um pequeno número de países europeus (a Eslováquia, a Espanha, a França e a República Checa) mencionam níveis de consumo de *cannabis* ao longo da vida comparáveis aos registados na Austrália e nos Estados Unidos.

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 União Europeia, bem como na Croácia e na Noruega. Além disso, em 2009-2010, a Eslováquia, Itália, o Reino Unido e a Suécia realizaram inquéritos escolares nacionais.

Os dados do ESPAD relativos a 2007 e os inquéritos escolares nacionais de 2009-2010 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 Espanha, a França, os Países Baixos, a Eslováquia e o Reino Unido (Inglaterra) comunicam níveis de prevalência que variam entre 26% e 33%. 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, na Grécia, na Polónia e na Roménia ⁽⁵⁰⁾.

Tendências do consumo de cannabis

No final da década de 1990 e no início da década de 2000, muitos países europeus registaram um aumento do consumo de cannabis, tanto nos inquéritos à população em geral como nos inquéritos à população escolar. Desde então, o panorama europeu tornou-se mais complexo. Muitos países referem que o consumo de cannabis está a estabilizar ou mesmo a diminuir, mas um pequeno número de países (Bulgária, Estónia, Finlândia e Suécia) poderá estar a assistir a um aumento. Embora quase todos os países europeus tenham realizado inquéritos à população em geral nos últimos anos, só dezasseis forneceram dados suficientes para analisar as tendências do consumo de cannabis durante um período mais longo.

As tendências registadas nestes dezasseis países podem ser agrupadas em função dos níveis de prevalência (figura 5). Em primeiro lugar, um grupo de seis países (Bulgária, Finlândia, Grécia, Hungria, Suécia e Noruega), maioritariamente localizados no norte e no sudeste da Europa, sempre comunicou uma baixa prevalência do

consumo de cannabis no último ano entre os jovens dos 15 aos 34 anos, com níveis não superiores a 10%. Em segundo lugar, um grupo de cinco países (Alemanha, Dinamarca, Eslováquia, Estónia, e Países Baixos), localizados em diferentes regiões da Europa, comunicam níveis de prevalência mais elevados, mas que não excederam 15% no último inquérito realizado. Todos os países deste grupo, com excepção dos Países Baixos, comunicaram aumentos importantes do consumo de cannabis na década de 1990 e no início da década de 2000. Com excepção da Estónia, este grupo de países comunicou uma tendência cada vez mais estável na década seguinte. Finalmente, há um grupo de cinco países que atingiram, todos eles, em algum momento dos últimos dez anos, os níveis mais elevados de consumo de cannabis registados na Europa, com um consumo no último ano entre os jovens adultos igual ou superior a 20%. Trata-se de países do sul e do oeste da Europa (Espanha, França, Itália e Reino Unido) e da República Checa. É possível que as tendências estejam a divergir no seio deste grupo. Enquanto o Reino Unido e, em menor medida, a França registavam diminuições nos seus inquéritos mais recentes, em Espanha verifica-se uma situação relativamente estável desde 2003. Estes três países tinham registado um crescimento do consumo de cannabis durante a década de 1990. Tanto a Itália como a República Checa apresentaram aumentos seguidos de diminuições, nos últimos anos. Todavia, as diferenças existentes quanto aos métodos de inquérito e às taxas de resposta ainda não permitem confirmar as tendências mais recentes nesses dois países.

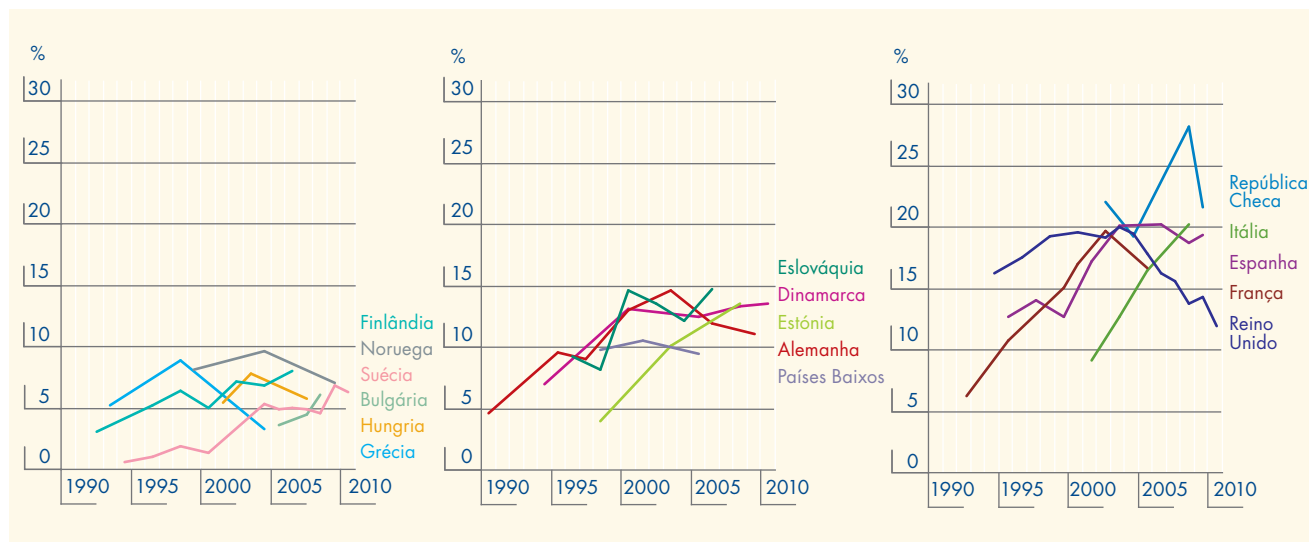
Vale a pena referir o caso específico do Reino Unido, onde os inquéritos são realizados anualmente. Depois de ter registado os níveis de consumo de cannabis mais elevados da Europa no início da década de 2000, em 2010 a prevalência do consumo de cannabis diminuiu neste país para um nível inferior à média da União Europeia, pela primeira vez desde que esta última iniciou a sua monitorização.

Esta estabilização ou diminuição do consumo de cannabis refere-se ao consumo no último ano, que inclui padrões de consumo recreativos. Não é certo, todavia, que o consumo intensivo e a longo prazo também tenha estabilizado.

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, comunicam uma prevalência do consumo de cannabis ao longo da vida globalmente estável e baixa durante todo este período. A maioria dos

⁽⁵⁰⁾ Ver quadro EYE-20 (parte ii e parte iii) no Boletim Estatístico de 2011.

Figura 5 — Tendências da prevalência do consumo de *cannabis* no último ano entre os jovens adultos (idades compreendidas entre 15 e 34 anos), países com três inquéritos ou mais e agrupados de acordo com o nível de prevalência mais elevado (abaixo de 10%, 10%-15%, acima de 15%)



NB: A República Checa está a investigar os motivos da grande variabilidade observada nos resultados dos inquéritos, que em parte parece estar relacionada com alterações dos métodos. Os dados são fornecidos para informação, mas as comparações devem ser tratadas com cautela. Ver figura GPS-4 no Boletim Estatístico de 2011 para mais informações.
Fonte: Relatórios nacionais Reitox (2010), extraídos de inquéritos à população, relatórios ou artigos científicos.

países da Europa Ocidental, bem como a Croácia e a Eslovénia (11 países), que tiveram uma prevalência ao longo da vida alta ou com fortes tendências crescentes até 2003, registou um decréscimo ou uma estabilização em 2007. Na maior parte da Europa Central e Oriental a tendência crescente observada entre 1995 e 2003 parece ter estabilizado. Nesta região, seis países registam uma situação estável e dois um aumento entre 2003 e 2007.

Os novos dados de inquéritos escolares resultantes dos últimos inquéritos HBSC [Health-Behaviour in School-aged Children (comportamentos de saúde das crianças em idade escolar)] também indicam uma tendência estável ou decrescente do consumo de droga entre a população escolar (15-16 anos) da maior parte dos países no período de 2006-2010. À semelhança da tendência registada entre os adultos, em Inglaterra o consumo de *cannabis* entre a população escolar diminuiu para quase metade, de 40% em 2002 para 22% em 2010. Na Alemanha, o consumo de *cannabis* ao longo da vida entre a população escolar também diminuiu para metade, de 24% em 2002 para 11% em 2010. Contudo, tem-se registado um aumento desse consumo, desde 2006, na República Checa, Grécia, Letónia, Lituânia, Roménia e Eslovénia.

Os dados relativos às tendências a longo prazo extraídos de inquéritos escolares realizados na

Austrália e nos Estados Unidos também indicam uma tendência decrescente do consumo de *cannabis* até 2009⁽⁵¹⁾. No entanto, o inquérito escolar mais recente realizado nos Estados Unidos, de 2010, indica um possível ressurgimento do consumo de *cannabis*, uma vez que a população escolar menciona um consumo acrescido dessa droga no último ano e menores níveis de desaprovação em relação à mesma (Johnston e outros, 2010). No inquérito de 2010, a população escolar americana na faixa etária dos 15 aos 16 anos referiu níveis de consumo de *cannabis* superiores aos de cigarros, em alguns indicadores: 16,7% tinham consumido *cannabis* no último mês, ao passo que apenas 13,6% tinham fumado cigarros (Johnston e outros, 2010).

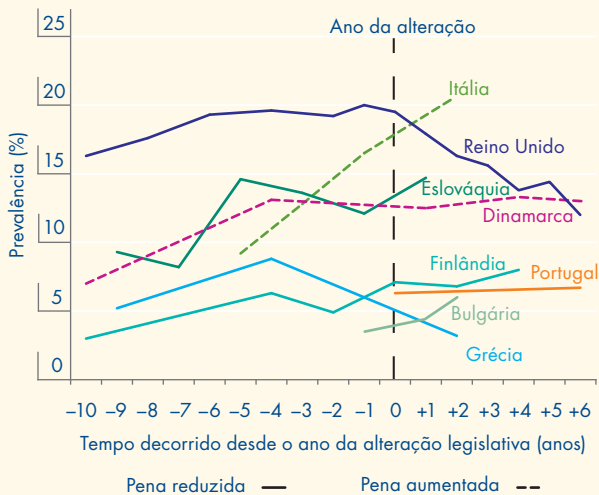
A população escolar da Europa apresenta um quadro diferente, em que os níveis de consumo de cigarros no último mês continuam a ser consideravelmente superiores aos do consumo de *cannabis*. Entre 2003 e 2007, os inquéritos escolares ESPAD realizados em 23 países da União Europeia revelaram uma redução global do consumo de cigarros no último mês (de 33% para 28%) e uma redução, ou pelo menos uma estabilização, do consumo de *cannabis* (de 9% para 7%) (figura 6). Na Europa, onde a *cannabis* e o tabaco são geralmente misturados para serem fumados, a diminuição do consumo de tabaco pode exercer alguma influência nas tendências relativas à *cannabis*.

(51) Ver figura EYE-1 (parte vi) no Boletim Estatístico de 2011.

Procura de uma relação entre as penas e o consumo de cannabis

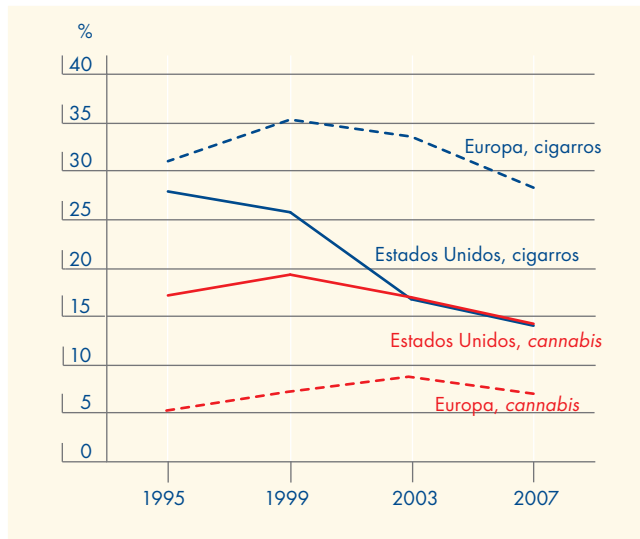
Na última década, vários países europeus alteraram a sua legislação em matéria de droga no que diz respeito à *cannabis*, e muitos deles têm estimativas da prevalência do consumo dessa droga antes e depois da alteração legislativa. Uma simples comparação entre o «antes» e o «depois» com base nesses dados permite analisar se é possível observar uma alteração da prevalência nos anos seguintes à dita alteração. Dado que o consumo de *cannabis* está concentrado nas faixas etárias mais jovens, utilizaram-se nessa análise os dados da prevalência entre os jovens entre os 15 e os 34 anos. Na figura, a prevalência do consumo de *cannabis* no último ano é representada graficamente em função do tempo, sendo o zero no eixo horizontal o ano da alteração legislativa. As linhas relativas às tendências abrangem períodos variáveis, devido às diferenças existentes entre países quanto ao ano em que alteraram as respectivas legislações e à quantidade de dados de inquérito de que dispõem.

Os países que aumentaram a pena por posse de *cannabis* são representados na figura por linhas tracejadas e os que reduziram a pena por linhas cheias. A hipótese do impacto jurídico, na sua forma mais simples, afirma que uma alteração da lei suscita uma alteração da prevalência, causando o aumento das penas uma diminuição do consumo de droga e a redução das penas um aumento desse consumo. Segundo este pressuposto, as linhas tracejadas deveriam descer e cheias subir após a alteração. Contudo, neste período de dez anos, não é possível observar para os países em questão uma associação simples entre as alterações da lei e a prevalência do consumo de *cannabis*.



NB: As alterações legislativas tiveram lugar em 2001 a 2006; ver capítulo 1 e ELDD *Topic overview on possession*.

Figura 6 — Tendências da prevalência do consumo de *cannabis* e cigarros no último mês entre a população escolar na faixa etária dos 15-16 anos em 17 países europeus e nos Estados Unidos



NB: A média europeia (não ponderada) baseia-se na população escolar na faixa etária dos 15-16 anos, em 15 países da União Europeia juntamente com a Croácia e a Noruega. A média da população escolar dos Estados Unidos baseia-se numa amostra de cerca de 16 000 alunos do 10.º ano (15-16 anos).

Fontes: Hibell e outros (2009), Johnston e outros (2010).

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 deixam de consumir esta substância depois de a experimentarem 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*, 70% não a consumiu no último ano⁽⁵²⁾. Entre as pessoas que consumiram esta droga no último ano, em média, quase metade fizeram-no no último mês, o que possivelmente indica um consumo mais regular. Porém, estas percentagens variam consideravelmente entre os países e entre os géneros.

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. Alguns inquéritos específicos, recentemente realizados em contextos de diversão nocturna ou de música de dança, na Bélgica, na Lituânia, nos Países Baixos, na República Checa e no Reino Unido concluíram que os níveis de prevalência são muito superiores à média europeia registada entre os jovens adultos. O consumo de *cannabis* está também, frequentemente, associado ao consumo de grandes quantidades de álcool:

⁽⁵²⁾ Ver figura GPS-2 no Boletim Estatístico de 2011.

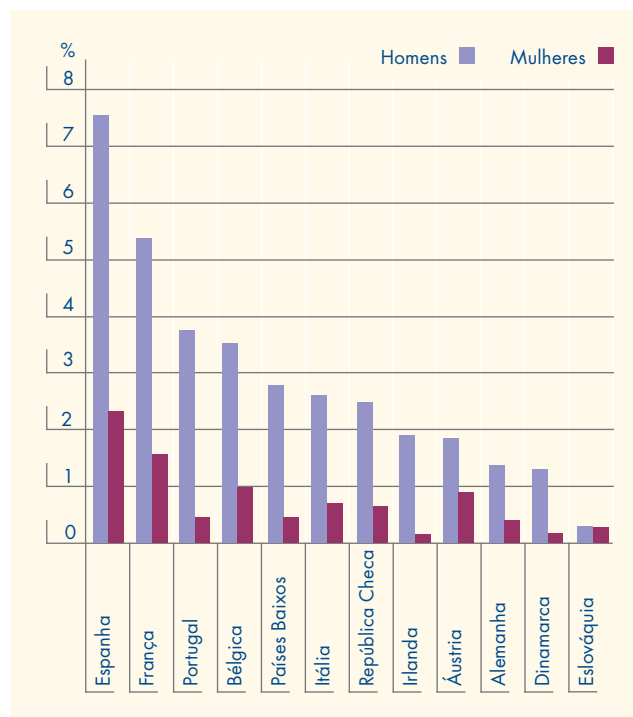
entre os jovens adultos (com idades compreendidas entre os 15 e os 34 anos), em que, de um modo geral, os que consumiam álcool de forma frequente ou em grandes quantidades tinham duas a seis vezes mais probabilidades de mencionar o consumo de *cannabis* do que a população em geral.

Os tipos de produtos de *cannabis* e as formas como são consumidos estão associados a diferentes riscos. Os padrões de consumo de *cannabis* que envolvem doses elevadas podem colocar os consumidores em maior risco de desenvolver dependência ou outros problemas (Chabrol e outros, 2003; Swift e outros, 1998). São exemplos destas práticas 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.

Os inquéritos à população em geral raramente fazem distinções entre o consumo de diversos tipos de *cannabis*. Contudo, em 2009 foram introduzidas novas perguntas num inquérito do Reino Unido à população em geral para identificar a prevalência do consumo de *cannabis* herbácea, nomeadamente de «skunk» (nome dado na rua a uma forma geralmente muito potente da droga). O British Crime Survey de 2009-2010 estima que cerca de 12,3% dos adultos já consumiram o que pensavam ser «skunk». Embora percentagens semelhantes de consumidores de *cannabis* mencionem ter consumido *cannabis* herbácea (50%) e resina de *cannabis* (49%) ao longo da vida, os que consumiram a droga no último ano são mais susceptíveis de ter consumido *cannabis* herbácea (71%) do que resina de *cannabis* (38%) (Hoare e Moon, 2010). Ainda que estas estimativas não possam ser generalizadas a outras populações da Europa, os resultados mostram algumas mudanças no consumo de *cannabis* ao longo do tempo.

Os dados de uma amostra de 14 países europeus, correspondente a 65% da população adulta da União Europeia e da Noruega, revelam que quase metade dos que tinham consumido *cannabis* no último mês a tinham consumido em 1 a 3 dias durante esse mês; cerca de um terço em 4 a 19 dias e um quinto em 20 dias ou mais. Na maioria destes 14 países, as pessoas do sexo feminino têm maior probabilidade de serem consumidores ocasionais de *cannabis*, enquanto a maioria das pessoas que consomem *cannabis* diária ou quase diariamente são do sexo masculino (figura 7). Considerando estes dados, em muitos países, os consumidores do sexo masculino correm maior risco de se tornarem consumidores frequentes, o que deve ser ponderado no desenvolvimento das acções de prevenção.

Figura 7 — Prevalência do consumo diário ou quase diário de *cannabis* entre os jovens adultos (15-34 anos) por género



NB: As pessoas que declararam ter consumido *cannabis* em 20 dias ou mais do período de 30 dias que antecedeu a entrevista são designados como «consumidores diários ou quase diários» nos textos. Para mais informações, ver quadro GPS-10 (parte iv) no Boletim Estatístico de 2011.

Fonte: Pontos focais nacionais da Reitox.

Os novos dados sobre o consumo de droga entre os adolescentes mostram que o consumo diário de *cannabis* também é um problema crescente nos Estados Unidos. A prevalência do consumo diário de *cannabis* aumentou significativamente, para 6% entre os estudantes do ensino secundário na faixa etária dos 17-18 anos, em 2010 (Johnston e outros, 2010).

A dependência é cada vez mais reconhecida como uma consequência possível do consumo regular de *cannabis*, mesmo entre os consumidores mais jovens, e o número de pessoas que procuram ajuda devido seu consumo desta droga está a aumentar em alguns países europeus (ver *infra*). Tem sido, no entanto, relatado que mais de metade dos consumidores de *cannabis* dependentes que deixaram de consumir a droga consegue fazê-lo sem tratamento (Cunningham, 2000). Alguns consumidores de *cannabis*, sobretudo os grandes consumidores, podem ter problemas sem preencherem necessariamente os critérios clínicos da dependência.

⁽⁵³⁾ Ver figura TDI-2 (parte ii) e quadros TDI-5 (parte ii) e TDI-22 (parte i) no Boletim Estatístico de 2011.

⁽⁵⁴⁾ Além disso, em França muitos consumidores de opiáceos são tratados por médicos de clínica geral e não estão incluídos no indicador de procura de tratamento, inflacionando, assim, as percentagens de consumidores de outras drogas.

Procura de tratamento

Em 2009, a *cannabis* era a droga principal de cerca de 98 000 utentes em início de tratamento registados em 26 países (23% do total), o que a torna a segunda droga mais referida a seguir à heroína. A *cannabis* também foi a droga secundária mais referida, tendo sido mencionada por cerca de 93 000 utentes (28%). Os consumidores de *cannabis* que a têm como droga principal correspondem a mais de 30% dos utentes que iniciam o tratamento na Alemanha, Bélgica, Dinamarca, França, Hungria, Países Baixos e Polónia, mas a menos de 10% na Bulgária, Eslovénia, Estónia, Grécia, Lituânia, Malta e Roménia ⁽⁵³⁾.

As diferenças na prevalência do consumo de *cannabis* e os problemas com ele relacionados não são os únicos factores que explicam as diferenças constatadas nos níveis de tratamento entre os diversos países. Outros factores, como as práticas de encaminhamento e o nível e o tipo de oferta de tratamento são igualmente importantes. Há exemplos evidentes deste facto na França e na Hungria, dois países que referem uma percentagem elevada de consumidores de *cannabis* em início de tratamento. A França possui um sistema de centros de aconselhamento direccionados para utentes jovens ⁽⁵⁴⁾. Na Hungria, oferece-se aos delinquentes consumidores de *cannabis* a possibilidade de fazerem tratamento em alternativa às sanções penais, o que pode aumentar a referida percentagem.

Em termos de tendências na última década, dos 21 países relativamente aos quais existem dados disponíveis só a Bulgária não menciona um aumento da percentagem de utentes que iniciam o tratamento pela primeira vez na vida devido ao consumo de *cannabis*. Para o período de 2004-2009, nos 18 países em relação aos quais há dados disponíveis, o número de consumidores que têm a *cannabis* como droga principal, entre os que comunicaram ter iniciado o tratamento pela primeira vez, aumentou cerca de 40%, de 27 000 para 38 000 ⁽⁵⁵⁾. Os dados quantitativos mais recentes (2008-2009) revelam a continuação de uma tendência crescente na maioria dos países que forneceram informações.

Perfil dos utentes em tratamento

A maioria dos utentes que consomem *cannabis* inicia o tratamento em regime ambulatorio e constitui um dos grupos de utentes mais jovens em início de tratamento, com uma média de idades de 25 anos. Os jovens que mencionam a *cannabis* como droga principal representam 74% dos utentes que iniciam o tratamento registados na faixa etária dos 15 aos 19 anos e 86% dos que têm menos de 15 anos. O rácio entre homens e mulheres é o

Efeitos adversos para a saúde do consumo de cannabis

É geralmente aceite que o risco do consumo de *cannabis* para a saúde é inferior aos riscos associados ao consumo de drogas como a heroína ou a cocaína. No entanto, devido à elevada prevalência do consumo de *cannabis*, esta droga pode ter um impacto significativo na saúde pública.

Foram identificados vários problemas de saúde agudos e crónicos associados ao consumo de *cannabis*. Entre os efeitos adversos agudos figuram a ansiedade, os ataques de pânico e os sintomas psicóticos, que podem ser mais comumente mencionados por pessoas que a consomem pela primeira vez. O consumo de *cannabis* também pode aumentar o risco de envolvimento num acidente rodoviário.

Têm sido documentados efeitos crónicos ligados ao consumo de *cannabis*, incluindo dependência e várias doenças respiratórias. O impacto da *cannabis* no desempenho cognitivo continua a ser pouco claro. O consumo regular de *cannabis* na adolescência pode ter efeitos adversos na saúde mental dos jovens adultos, e existem dados que apontam para maiores riscos de sintomas psicóticos e de perturbações que aumentam com a frequência do consumo (EMCDDA, 2008a, 2008b; Hall e Degenhardt, 2009; Moore e outros, 2007).

mais elevado registado entre os utentes (cerca de cinco homens para cada mulher). Globalmente, 49% dos utentes que têm a *cannabis* como droga principal consomem-na diariamente, cerca de 18% consomem-na 2 a 6 vezes por semana, 12% consomem-na semanalmente ou com menos frequência e 22% são consumidores ocasionais, alguns dos quais consumiram a droga no mês anterior ao início do tratamento. Estas percentagens diferem de país para país ⁽⁵⁶⁾.

Tratamento

Oferta de tratamento

Na Europa, o tratamento dos consumidores de *cannabis* 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 e a prevenção específica e as intervenções de tratamento (ver capítulo 2).

O tratamento da dependência de *cannabis* tem principalmente lugar em centros especializados e em regime ambulatorio, havendo serviços especificamente

⁽⁵³⁾ Ver figura TDI-1 (parte i e parte ii) no Boletim Estatístico de 2011.

⁽⁵⁶⁾ Ver quadros TDI-10 (parte ii e parte iii), TDI-11 (parte i), TDI-18 (parte ii), TDI-21 (parte ii), TDI-24, TDI-103 (parte vii) e TDI-111 (parte viii) no Boletim Estatístico de 2011.

direccionados para os problemas relacionados com o consumo desta substância em mais de metade dos Estados-Membros. Por exemplo, em França foram criados mais de 300 centros de aconselhamento de jovens para atender sobretudo às necessidades dos jovens com problemas de consumo de *cannabis*. Na Alemanha, em paralelo com vários programas específicos para a *cannabis*, 161 centros de aconselhamento adoptaram o programa «Realize it», que exige que os utentes estabeleçam objectivos de controlo do consumo e aborda os factores pessoais e ambientais associados ao seu consumo de *cannabis*. A intervenção é realizada em cinco sessões, durante um período de dez semanas, e chega a envolver 1 400 consumidores de *cannabis* por ano. Na Hungria, a grande maioria (80%) dos utentes consumidores de *cannabis* frequenta serviços de consultas preventivas, prestados por organizações acreditadas.

A Alemanha e os Países Baixos têm desenvolvido programas de tratamento da dependência de *cannabis* de forma particularmente activa. Os problemas de consumo de *cannabis* estão geralmente associados a problemas com outras substâncias ou de carácter psicossocial e este facto está reflectido nos tipos de programas ao dispor dos consumidores de *cannabis*. Por exemplo, o Centro Médico de Amesterdão desenvolveu uma intervenção de aumento da motivação a nível familiar para jovens consumidores de *cannabis* com esquizofrenia e seus pais (relatório nacional neerlandês Reitox, 2009). Um ensaio controlado aleatoriamente demonstrou que esta intervenção teve resultados positivos. Ao fim de três meses, os jovens envolvidos no ensaio afirmaram ter reduzido o consumo de *cannabis* e sentir menos ansia dessa droga, enquanto os pais mencionaram uma redução do stresse e mais bem-estar. Os casos que envolvem a co-ocorrência do consumo de *cannabis* e problemas psiquiátricos, como a psicose ou a depressão, exigem abordagens integradas entre os prestadores de tratamento especializado e os centros de saúde mental. Na prática, porém, o tratamento de situações de duplo diagnóstico ainda é frequentemente feito de forma sequencial e a cooperação entre os prestadores de cuidados continua a ser difícil.

Um estudo alemão recente prevê um aumento do número de pessoas que procuram tratamento devido a problemas relacionados com o consumo de *cannabis*, nos próximos anos, sobretudo entre os adolescentes e jovens adultos do sexo masculino. Actualmente, as estimativas da percentagem de consumidores de droga abrangidos pelos centros de tratamento da toxicodependência na Alemanha mostram que, embora os serviços especializados consigam abranger 45% a 60% dos consumidores com dependência de opiáceos, só abrangem 4% a 8% dos

Uso médico da *cannabis* nos Estados Unidos

Desde 1996, 15 estados dos Estados Unidos e o distrito de Columbia aprovaram leis que autorizam a posse para consumo pessoal de uma determinada quantidade de *cannabis* para uso médico. O doente é obrigado a ter uma recomendação escrita de um médico em todos os Estados excepto os de Califórnia e Maine, onde a recomendação pode ser oral. Todos os estados menos o de Washington criaram registos confidenciais com cartões de identificação dos doentes, que são obrigatórios em vários estados. Embora cada um deles tenha a sua própria lista de condições, a maioria autoriza o uso de *cannabis* para tratar a dor, tanto «crónica» como «grave» ou «intratável».

Quase todos os estados adoptaram o modelo do prestador de cuidados, segundo o qual uma pessoa designada é autorizada a cultivar uma quantidade limitada de *cannabis* para uso do doente. Consoante o Estado, os doentes podem designar um ou dois prestadores de cuidados, que podem abastecer, no máximo, cinco doentes. As quantidades permitidas variam entre uma onça (cerca de 28 gramas) (Alasca, Montana e Nevada) e 24 onças (Oregon e Washington) de *cannabis* herbácea utilizável, e entre seis e 24 plantas, algumas das quais devem ser «imaturas». O fornecimento de *cannabis* para uso médico por dispensários sem fins lucrativos, ou por centros de tratamento públicos, é autorizado em cerca de metade dos estados. Em todas as jurisdições menos duas, Nova Jérсия e Washington DC, os doentes são autorizados a cultivar a sua própria *cannabis* para fins medicinais.

A legislação federal, pelo contrário, classifica a *cannabis* como uma substância perigosa sem utilidade médica, o que permite que o Governo federal actue judicialmente contra todos os consumidores e fornecedores de *cannabis*. Contudo, em Outubro de 2009, o procurador-geral adjunto emitiu um memorando dirigido aos procuradores federais para que estes não dessem prioridade às acções relativas aos casos de uso médico de *cannabis*, se este fosse autorizado pela legislação estadual.

consumidores de *cannabis* que se estima necessitarem de tratamento. Em alguns casos, as intervenções através da Internet, já disponíveis em três Estados-Membros, podem oferecer outras opções de tratamento a consumidores de *cannabis* que procurem apoio, mas sintam relutância em contactar os serviços de tratamento tradicionais.

Estudos recentes sobre o tratamento dos consumidores de *cannabis*

Os estudos de avaliação do tratamento ainda são escassos, em comparação com os relativos a outras drogas ilícitas, apesar da crescente procura de tratamento por consumo de *cannabis*. No entanto, a investigação está a aumentar na Europa, estando a ser realizados estudos na Alemanha, Dinamarca, Espanha, França e Países Baixos.

Vários desses estudos confirmam que as intervenções psicossociais podem ter resultados positivos junto dos consumidores de *cannabis*. É o caso, por exemplo, da terapia familiar multidimensional, uma intervenção global em regime ambulatorio baseada na família e dirigida a adolescentes com problemas de consumo de droga e comportamentais (Liddle e outros, 2009), que se revelou eficaz na redução dos níveis de consumo de droga. As conclusões de uma comparação com outros tratamentos disponíveis num ensaio transnacional realizado em vários locais foram, no entanto, pouco claras, o que levou o OEDT a encomendar uma meta-análise dos estudos europeus e americanos.

Outras intervenções psicossociais que estão actualmente a ser avaliadas são a educação psicológica (baseada em elementos de terapia comportamental e entrevistas de aumento da motivação) e a prevenção de recaídas, intervenções breves, gestão de contingência e vários tipos de terapia cognitivo-comportamental.

Também estão a ser investigados produtos farmacológicos que possam apoiar as intervenções psicossociais (Vandrey e Haney, 2009). Neste domínio, as três principais linhas de investigação actualmente seguidas investigam a possibilidade de usar medicamentos para reduzir os sintomas de abstinência de *cannabis*, a ânsia por essa droga ou o consumo da mesma (Marshall, K. e outros, 2011).

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Capítulo 4

Anfetaminas, ecstasy, substâncias alucinogénias, GHB e cetamina

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 muitos países, a segunda substância ilícita mais consumida a seguir à *cannabis* é 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 que necessitam de tratamento.

As anfetaminas e as metanfetaminas são estimulantes do sistema nervoso central. Das duas substâncias, as anfetaminas são claramente mais fáceis de obter na Europa, enquanto o consumo significativo de metanfetaminas está historicamente restringido à Eslováquia e à República Checa. Mais recentemente, a maior presença desta droga no mercado das anfetaminas tem sido referenciada em alguns países do norte da Europa.

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-metilenedioximetanfetamina (MDMA), mas podem encontrar-se outras substâncias análogas nas pastilhas de *ecstasy* (MDA, MDEA). A sua popularidade tem estado historicamente associada a contextos de música e dança. Embora continue a ser popular nestes contextos, verificou-se, nos últimos anos, uma diminuição gradual do consumo e da disponibilidade de *ecstasy* em muitos países europeus.

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. Desde meados da década de 1990, o consumo recreativo da cetamina e do ácido gama-hidroxibutírico (GHB) — dois anestésicos muito utilizados na medicina humana e veterinária há 30 anos — tem sido referido em determinados contextos e entre alguns subgrupos de consumidores de droga na Europa. O consumo ilícito destas substâncias tornou-se um motivo de preocupação para os serviços de tratamento de um pequeno número de países europeus.

Quadro 5 – Apreensões, preço e pureza das anfetaminas, das metanfetaminas, do ecstasy e do LSD

	Anfetaminas	Metanfetaminas	Ecstasy	LSD
Quantidade apreendida a nível mundial (toneladas)	33	31	5,4	0,1
Quantidade apreendida: UE e Noruega (incluindo Croácia e Turquia) ⁽¹⁾	5,3 toneladas (6,5 toneladas)	500 quilogramas (600 quilogramas)	Comprimidos 1,9 milhões (2,4 milhões)	Unidades 59700 (59700)
Número de apreensões: UE e Noruega (incluindo Croácia e Turquia)	34 000 (34 200)	7 400 (7 400)	10 300 (11 000)	960 (970)
Preço médio de venda a retalho (euros) Variação (intervalo interquartilico) ⁽²⁾	Gramas 8-42 (10-23)	Gramas 9-71	Comprimidos 3-16 (4-9)	Doses 4-29 (7-11)
Pureza média ou teor de MDMA Variação (intervalo interquartilico) ⁽²⁾	1-29 % (6-21 %)	10-76 % (25-64 %)	3-108 mg (26-63 mg)	sd

NB: Todos os dados são relativos a 2009; sd = sem dados.

Fonte: UNODC (2011) para os valores a nível mundial, pontos focais nacionais da Reitox para os dados europeus.

⁽¹⁾ É provável que as quantidades totais de anfetaminas, ecstasy e LSD apreendidas em 2009 estejam subestimadas, em grande medida devido à falta de dados recentes dos Países Baixos, país que comunicou apreensões relativamente elevadas até 2007. Dado não existirem dados de 2008 e 2009, não é possível incluir valores relativos aos Países Baixos nas estimativas europeias para 2009.

⁽²⁾ Intervalo da metade central dos dados notificados.

Oferta e disponibilidade

Precusores de drogas

As anfetaminas, as metanfetaminas e o *ecstasy* são drogas sintéticas cujo processo de produção exige precursores químicos. É possível recolher informações esparsas sobre a produção destas substâncias a partir dos relatórios das apreensões de substâncias químicas controladas (desviadas do comércio legal) que são necessárias para o seu fabrico.

O Órgão Internacional para o Controlo de Estupefacientes (INCB) informa que as apreensões mundiais de 1-fenil-2-propanona (P2P, BMK), substância que pode ser utilizada no fabrico ilícito de anfetaminas e metanfetaminas, diminuíram de 5 620 litros em 2008 para 4 900 litros em 2009, continuando a China (2 275 litros em 2009) e a Rússia (1 731 litros em 2009) a notificar as maiores quantidades apreendidas. Na União Europeia, as apreensões de P2P aumentaram de 62 litros em 2008 para 635 litros em 2009. As apreensões mundiais de dois precursores essenciais das metanfetaminas também aumentaram em 2009: a efedrina, para 42 toneladas, de 18 toneladas em 2008 e 22,6 toneladas em 2007; e a pseudoefedrina, para 7,2 toneladas, de 5,1 toneladas em 2008, embora estes valores ainda sejam inferiores às 25 toneladas apreendidas em 2007. Os Estados-Membros da União Europeia foram responsáveis pela apreensão de cerca de 0,5 toneladas de efedrina, quase o dobro da quantidade apreendida no ano anterior, e de 67 quilogramas de pseudoefedrina.

Há dois precursores químicos principalmente associados ao fabrico de MDMA: o 3,4-metilenedioxifenil-2-propanona (3,4-MDP2P, PMK) e o safrolo. A apreensão em 2009 de 40 litros de PMK, que em 2008 não foi objecto de qualquer apreensão, poderá sugerir que continua a haver pouca disponibilidade desta substância, em contraste com os níveis mais elevados registados em anos anteriores (8 816 litros em 2006 e 2 297 litros em 2007). As apreensões mundiais de safrolo, que poderá estar a substituir crescentemente o PMK na síntese do MDMA, na Europa, diminuíram para 1 048 litros em 2009 de um nível máximo de 45 986 litros registado em 2007⁽⁵⁷⁾. Em 2009, todas as apreensões de PMK e a maior parte das apreensões de safrolo tiveram lugar na União Europeia.

Os esforços internacionais para prevenir o desvio de precursores químicos utilizados no fabrico de drogas sintéticas ilícitas são coordenados através do projecto Prism. Este projecto utiliza um sistema de notificação

prévia das exportações efectuadas no âmbito do comércio lícito 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 Órgão Internacional para o Controlo de Estupefacientes (INCB, 2011b). Outra

Diversificação da oferta de precursores para a produção de drogas sintéticas na Europa

As drogas sintéticas, incluindo o *ecstasy* (MDMA, MDEA e MDA) e as anfetaminas, são fabricadas ilicitamente na Europa a partir de substâncias químicas precursoras importadas. Em resposta à maior eficiência dos esforços de controlo a nível internacional, alguns fabricantes ilícitos preferem agora sintetizar os precursores a partir dos denominados «pré-precusores», em vez de os comprar. Há também fabricantes que disfarçam os precursores tradicionais fazendo-os passar por outras substâncias químicas não controladas antes da importação (Europol, 2007, INCB, 2011a).

As recentes flutuações registadas no mercado de *ecstasy* europeu são ilustrativas desses fenómenos. Após a adopção de medidas eficazes para limitar o desvio do precursor do MDMA PMK⁽¹⁾ para o mercado ilegal, afigura-se agora que vários pré-precusores, nomeadamente o safrolo, estão a ser utilizados como matérias-primas na síntese do MDMA.

O PMK está sujeito a controlo internacional, por força da Convenção das Nações Unidas de 1988 e da legislação europeia. O comércio lícito internacional de PMK é reduzido e está restringido a alguns países. O safrolo é obtido a partir de óleos essenciais ricos nessa substância, que são extraídos de várias espécies de plantas da América do Sul e do Sudeste Asiático (TNI, 2009). Embora o safrolo esteja incluído nas listas de substâncias químicas proibidas, o comércio de óleos ricos em safrolo não está controlado. Esta substância também é amplamente utilizada a nível internacional no fabrico de perfumes e insecticidas, o que poderá diminuir o impacto dos esforços internacionais para a controlar.

As notificações dos Países Baixos, que é o país mais associado à produção de *ecstasy*, sugerem que muitos fabricantes dessa droga utilizaram safrolo, em vez de PMK, como matéria-prima. Entre Novembro de 2009 e Outubro de 2010, foram notificados ao INCB cerca de 40 carregamentos legítimos de safrolo, totalizando 101 840 litros. No entanto, o número de notificações de carregamentos suspeitos continua a ser baixo em comparação com a quantidade estimada de *ecstasy* produzido (INCB, 2011a). Em 2009/2010, foram apreendidos cerca de 1 050 litros de safrolo e óleos ricos em safrolo, a maior parte dos quais na Lituânia, tendo a Letónia, sua vizinha, notificado a apreensão de 1 841 litros em 2008 (INCB, 2011a).

(1) 3,4-metilenedioxifenil-2-propanona.

(57) Ver caixa «Diversificação da oferta de precursores para a produção de drogas sintéticas na Europa», nesta página.

iniciativa recente do INCB é a publicação de um conjunto de orientações destinadas a apoiar os governos nacionais no estabelecimento de medidas de controlo voluntário em colaboração com os fabricantes industriais de produtos químicos, com o objectivo de impedir o seu desvio para a produção de drogas ilícitas (INCB, 2009).

Anfetaminas

A produção mundial de anfetaminas continua a estar concentrada na Europa, onde se situavam mais de 80% dos laboratórios de anfetaminas notificados em 2009 (UNODC, 2011). O número de apreensões mundiais de anfetaminas aumentou em 2009, elevando-se a 33 toneladas (ver quadro 5). Continuaram a ser apreendidas grandes quantidades de anfetaminas na Europa Oriental e Central, embora o UNODC tenha comunicado uma redução de 20% das quantidades apreendidas nessas regiões comparativamente a 2008, ano em que foram apreendidas 7,9 toneladas. O maior aumento das apreensões de anfetaminas verificou-se na Arábia Saudita, na Jordânia e na Síria. Em conjunto, a região do Próximo e Médio Oriente e do Sudoeste Asiático do UNODC apreendeu cerca de 25 toneladas em 2009, quase todas sob a forma de comprimidos «Captagon» (UNODC, 2011).

A maior parte das anfetaminas apreendidas na Europa é produzida, por ordem de importância, nos Países Baixos, na Polónia, na Bélgica, na Bulgária e na Turquia. A Europol informou que, em 2009, na União Europeia, foram descobertos 19 locais envolvidos na produção, na embalagem ou na armazenagem de anfetaminas.

Em 2009, estima-se que tenham sido realizadas na Europa 34 200 apreensões, equivalentes a 5,8 toneladas de anfetaminas em pó e a 3 milhões de comprimidos de anfetaminas⁽⁵⁸⁾ ⁽⁵⁹⁾. O número de apreensões de anfetaminas tem variado nos últimos cinco anos, com uma diminuição em 2008 e 2009. Embora o número de comprimidos de anfetaminas apreendidos na Europa tenha diminuído acentuadamente no período de 2004-2009, devido à redução das apreensões na Turquia, as quantidades de anfetaminas em pó apreendidas permaneceram estáveis ou aumentaram na maior parte dos países europeus⁽⁶⁰⁾. No entanto, esta avaliação é preliminar, visto não haver dados recentes disponíveis

para os Países Baixos, que em 2007, último ano de que existem dados, notificaram a apreensão de 2,8 toneladas de anfetaminas em pó.

A pureza das amostras de anfetaminas apreendidas na Europa em 2009 continuou a variar muito, entre menos de 8% na Áustria, Bulgária, Eslovénia, Eslováquia, Hungria, Portugal e Croácia, e mais de 20% nos países onde há produção de anfetaminas ou níveis de consumo relativamente elevados (Estónia, Finlândia, Lituânia, Países Baixos, Polónia e Noruega)⁽⁶¹⁾. Nos últimos cinco anos, a pureza das anfetaminas tem diminuído em 17 dos 18 países que comunicaram dados em quantidade suficiente para permitir uma análise das tendências.

Em 2009, o preço médio de venda a retalho das anfetaminas variou entre 10 euros e 23 euros por grama em mais de metade dos 14 países que forneceram informações. Os preços de venda a retalho da anfetamina diminuíram ou permaneceram estáveis nos 17 países que comunicaram dados relativos ao período de 2004-2009, excepto nos Países Baixos, onde aumentaram ao longo do período, e na Eslovénia que comunicou um aumento importante em 2009⁽⁶²⁾.

Metanfetaminas

O número notificado de laboratórios de metanfetaminas desmantelados em todo o mundo aumentou 22% em 2009. Tal como no ano anterior, o aumento mais pronunciado registou-se na América do Norte, em especial nos Estados Unidos, mas as notificações de laboratórios clandestinos continuaram a aumentar no Leste e no Sudeste Asiático. Além disso, há referências a uma maior actividade relacionada com a produção de anfetaminas na América Latina e em África. Em 2009, foram apreendidas 31 toneladas de metanfetaminas, o que representa um grande aumento relativamente às 22 toneladas apreendidas em 2008. A maior parte da droga foi apreendida na América do Norte (44%), tendo o México sido responsável por uma quantidade excepcionalmente elevada, de 6,1 toneladas, em 2009 (UNODC, 2011).

Na Europa, a produção ilícita de metanfetaminas está concentrada na República Checa, país onde, em 2009, foram detectados 342 locais de produção, na sua maioria pequenos laboratórios artesanais, (uma diminuição

⁽⁵⁸⁾ A maioria (94%) dos comprimidos de anfetaminas interceptados estava rotulada como «Captagon» e foi apreendida na Turquia. «Captagon» é uma das marcas registadas para a fenetylline, um estimulante do sistema nervoso central. Os comprimidos vendidos no mercado ilegal como «Captagon» contêm normalmente anfetaminas misturadas com cafeína.

⁽⁵⁹⁾ Esta análise é preliminar, uma vez que os dados relativos aos Países Baixos ainda não estão disponíveis para 2008 e 2009.

⁽⁶⁰⁾ Os dados sobre as apreensões de droga na Europa mencionadas no presente capítulo figuram nos quadros SZR-11 a SZR-18 no Boletim Estatístico de 2011.

⁽⁶¹⁾ Os dados relativos à pureza da droga na Europa mencionados no presente capítulo figuram no quadro PPP-8 no Boletim Estatístico de 2011. Ver figura PPP-2 no Boletim Estatístico de 2011.

⁽⁶²⁾ Os dados relativos aos preços da droga na Europa mencionados no presente capítulo figuram no quadro PPP-4 no Boletim Estatístico de 2011.

face aos 434 detectados em 2008). A droga também é produzida na Eslováquia, onde registou um aumento em 2009, bem como na Alemanha, na Lituânia e na Polónia.

Em 2009, foram notificadas na Europa quase 7 400 apreensões de metanfetaminas, correspondentes a cerca de 600 kg desta droga. Verificou-se um aumento do número das apreensões e das quantidades de metanfetaminas apreendidas no período de 2004 a 2009, com um forte aumento entre 2008 e 2009. As quantidades apreendidas duplicaram entre 2008 e 2009, sobretudo devido a um aumento das quantidades apreendidas na Suécia e na Noruega, os países europeus onde se registaram as maiores apreensões desta droga, presumindo-se que substitua parcialmente a anfetamina. A Turquia comunicou apreensões de metanfetaminas pela primeira vez em 2009, ocupando o terceiro lugar em termos das quantidades apreendidas: segundo foi notificado, os carregamentos relativamente grandes de metanfetaminas apreendidos na Turquia estavam em trânsito do Irão para o Leste e para o Sudeste Asiático.

A pureza das metanfetaminas variou muito em 2009, nos 17 países que forneceram dados, com purezas médias inferiores a 15% na Bulgária e na Estónia, e superiores a 65% na Eslováquia, nos Países Baixos, na República Checa e na Croácia. Não é possível discernir uma tendência da pureza das metanfetaminas em termos globais. Em 2009 também houve uma grande variação dos preços de venda a retalho das metanfetaminas, nos seis países que os comunicaram, entre cerca de 10 euros por grama na Bulgária, na Lituânia e na Eslovénia, e cerca de 70 euros por grama na Alemanha e na Eslováquia.

Ecstasy

Em 2009, o número de laboratórios de produção de *ecstasy* desmantelados, 52, não registou praticamente nenhuma alteração. A maioria desses laboratórios estava situada na Austrália (19), na Indonésia (18) e no Canadá (12). A produção 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. Apesar disso, é provável que a Europa Ocidental continue a ser um local importante de produção de *ecstasy*.

A nível mundial, as apreensões de *ecstasy* elevaram-se a 5,4 toneladas em 2009 (UNODC, 2011), tendo os Estados Unidos comunicado 63% do total.

O número de apreensões de *ecstasy* comunicadas na Europa estabilizou entre 2004 e 2006, tendo depois diminuído, enquanto as quantidades apreendidas na maioria dos países europeus mostram uma tendência

descendente desde 2004. Em 2009, foram notificadas na Europa mais de 11 000 apreensões, correspondentes a um número estimado de 2,4 milhões de comprimidos de *ecstasy*. No entanto, este número está subestimado, visto que não se encontram disponíveis dados recentes relativos aos Países Baixos, que comunicaram apreensões de 8,4 milhões de comprimidos em 2007, o último ano de que existem dados.

O teor médio de MDMA dos comprimidos de *ecstasy* analisados em 2009 variava entre 3 e 108 miligramas nos 18 países que forneceram dados. Além disso, vários países mencionaram a existência de comprimidos de *ecstasy* com altas doses, superiores a 130 miligramas de MDMA (Bélgica, Bulgária, Alemanha, Itália, Países Baixos e Turquia). Ao longo do período de 2004-2009, o teor médio de MDMA dos comprimidos de *ecstasy* diminuiu nos 14 países que comunicaram dados suficientes.

Nos últimos anos, o conteúdo dos comprimidos de drogas ilícitas sofreu uma alteração, na Europa, de uma situação em que a maioria dos comprimidos analisados continha MDMA ou outra substância semelhante ao *ecstasy* (MDEA, MDA) como única substância psicoactiva presente, para outra em que os conteúdos se diversificaram e as substâncias semelhantes ao MDMA estão menos presentes. Esta mudança acelerou-se em 2009, na medida em que os únicos países em que as substâncias semelhantes ao MDMA continuaram a constituir uma grande percentagem dos comprimidos analisados foram a Itália (58%), os Países Baixos (63%) e Malta (100%).

As anfetaminas, por vezes associadas a substâncias semelhantes ao MDMA, são relativamente comuns nos comprimidos analisados na Eslovénia, Espanha, Grécia, Hungria, Polónia e Croácia. A maioria dos outros países que forneceram dados menciona que foram encontradas piperazinas, nomeadamente *mCPP*, isoladamente ou associadas a outras substâncias, numa percentagem considerável dos comprimidos analisados.

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 1 euro, a maioria dos países menciona preços médios de venda a retalho na ordem de 4 a 9 euros por comprimido. Os dados disponíveis para 2004-2009 sugerem que o preço de venda a retalho de *ecstasy* tem continuado a baixar no conjunto da Europa. Em 2009, porém, registou-se um aumento nos Países Baixos, que também são o país que menciona os preços mais baixos para esta droga.

Alucinogénios e outras substâncias

O consumo e o tráfico de LSD na Europa são considerados marginais. O número de apreensões de LSD aumentou entre 2004 e 2009, enquanto as quantidades, após o nível máximo atingido em 2005, de 1,8 milhões de unidades, devido ao número recorde de apreensões efectuadas no Reino Unido, têm variado, desde então, sempre com níveis relativamente baixos ⁽⁶³⁾. Os preços de venda a retalho do LSD têm permanecido estáveis desde 2004, mas foram comunicados aumentos na Bélgica e reduções na Letónia, na Áustria e na Croácia. Em 2009, o preço médio variou entre 7 euros e 11 euros por unidade, na maioria dos 11 países que forneceram informações.

Em 2009 só foram notificadas apreensões de cogumelos alucinogénios, cetamina, GHB e GBL por quatro ou cinco países, dependendo da droga. Não se sabe ao certo se as apreensões notificadas reflectem o consumo destas substâncias ou o facto de elas não serem sistematicamente visadas pelos serviços responsáveis pela aplicação da lei.

Prevalência e padrões de consumo

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, frequentemente com álcool, e a frequência de clubes nocturnos e 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 prevalência 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 12,5 milhões de europeus experimentaram anfetaminas e que aproximadamente 2 milhões consumiram essa droga no último ano (ver no quadro 6 uma síntese dos dados). Entre os jovens adultos (15-34 anos), a prevalência ao longo da vida do consumo de anfetaminas varia consideravelmente entre os diversos países, desde 0,1% até 14,3%, com uma média europeia

ponderada de aproximadamente 5,0%. O consumo de anfetaminas no último ano, nesta faixa etária, varia entre 0,1% e 2,5%, comunicando a maioria dos países níveis de prevalência entre 0,5% e 2,0%. Estima-se que cerca de 1,5 milhões (1,1%) dos jovens europeus tenham consumido anfetaminas no último ano.

Entre a população escolar de 15-16 anos, a prevalência do consumo de anfetaminas ao longo da vida varia entre 1% e 8% nos 26 Estados-Membros da União Europeia, Noruega e Croácia, segundo os inquéritos realizados em 2007, embora só tenham sido comunicados níveis de prevalência superiores a 5% em relação à Bulgária e à Letónia. Os quatro países que realizaram inquéritos escolares em 2009 e 2010 (Itália, Eslováquia, Suécia e Reino Unido) comunicaram prevalências de consumo de anfetaminas ao longo da vida de 3% ou menos ⁽⁶⁴⁾.

Os dados sobre a prevalência do consumo de anfetaminas nos locais de diversão nocturna em 2009, fornecidos por quatro países (Bélgica, República Checa, Países Baixos e Reino Unido), revelam grandes variações, entre 6% e 24%, do consumo de anfetaminas no último ano.

Ao longo da última década, o consumo de anfetaminas no último ano manteve-se relativamente baixo e estável na maioria dos países europeus, com níveis de prevalência inferiores a 3% em quase todos os países que forneceram dados, com excepção do Reino Unido e da Dinamarca. No Reino Unido, o consumo de anfetaminas no último ano entre os jovens adultos (15-34 anos) diminuiu de 6,2% em 1998 para 1,8% em 2009-2010; na Dinamarca, depois de aumentar para 3,1% em 2000, diminuiu para 2% em 2010 (ver figura 8). Durante o período de 2004-2009, apenas a Noruega e a República Checa comunicaram uma alteração superior a um ponto percentual na prevalência do consumo de anfetaminas no último ano entre os jovens adultos. Na República Checa, as diferenças quanto aos métodos de inquérito não permitem confirmar as tendências recentes. Inquéritos escolares sugerem, globalmente, que há poucas alterações quanto aos níveis de experimentação de anfetaminas entre os estudantes de 15-16 anos. Entre 2003 e 2007, a maioria dos países indicou tendências baixas ou estáveis na prevalência do consumo ao longo da vida neste grupo.

Consumo problemático de anfetaminas

São poucos os países em condições de fornecer estimativas da prevalência do consumo problemático de anfetaminas ⁽⁶⁵⁾, mas há dados disponíveis sobre os consumidores que iniciaram o tratamento devido

⁽⁶³⁾ Esta análise é preliminar, uma vez que os dados relativos aos Países Baixos, que comunicaram um terço da quantidade de LSD apreendida em 2007, ainda não estão disponíveis para os anos subsequentes.

⁽⁶⁴⁾ Ver quadro EYE-11 no Boletim Estatístico de 2011.

⁽⁶⁵⁾ Entende-se por consumo problemático de anfetaminas o consumo injectável, prolongado e/ou regular dessas substâncias.

Quadro 6 – 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	12,5 milhões	1,5-2 milhões
Média europeia	3,8%	0,5%
Variação	0,0-11,7%	0,0-1,1%
Países com a prevalência mais baixa	Roménia (0,0%) Grécia (0,1%) Malta (0,4%) Chipre (0,7%)	Roménia, Malta, Grécia (0,0%) França (0,1%) República Checa, Portugal (0,2%)
Países com a prevalência mais elevada	Reino Unido (11,7%) Dinamarca (6,2%) Suécia (5,0%) Noruega (3,8%)	Estónia (1,1%) Reino Unido (1,0%) Bulgária, Letónia (0,9%) Suécia (0,8%)
15-34 anos		
Número estimado de consumidores na Europa	6,5 milhões	1,5 milhões
Média europeia	5,0%	1,1%
Variação	0,1-14,3%	0,1-2,5%
Países com a prevalência mais baixa	Roménia (0,1%) Grécia (0,2%) Malta (0,7%) Chipre (1,2%)	Roménia, Grécia (0,1%) França (0,2%) República Checa (0,3%) Portugal (0,4%)
Países com a prevalência mais elevada	Reino Unido (14,3%) Dinamarca (10,3%) Letónia (6,1%) Noruega (6,0%)	Estónia (2,5%) Bulgária (2,1%) Dinamarca (2,0%) Alemanha, Letónia (1,9%)
As estimativas europeias são calculadas a partir das estimativas das taxas de prevalência nacionais ponderadas de acordo com a população do grupo etário pertinente em cada país. Para obter estimativas do número global de consumidores existente na Europa, a média europeia é aplicada aos países que não possuem dados da prevalência (os quais não representam mais de 3% da população-alvo). Populações utilizadas como base: 15-64 anos, 336 milhões; 15-34 anos, 132 milhões. Uma vez que as estimativas europeias se baseiam nos inquéritos realizados entre 2001 e 2009/2010 (principalmente no período de 2004 a 2008), não se referem a um ano único. Os dados aqui resumidos estão disponíveis em «Inquéritos à população em geral» no Boletim Estatístico de 2011.		

a problemas relacionados com estas substâncias em toda a Europa.

Uma pequena percentagem das pessoas que iniciam o tratamento na Europa menciona as anfetaminas como droga principal: cerca de 5% dos utentes registados em 2009 (20 000 utentes). Contudo, os consumidores de anfetaminas correspondem a uma percentagem apreciável dos utentes que iniciaram o tratamento na Suécia (28%), Polónia (25%) e Finlândia (17%). Os utentes consumidores de anfetaminas constituem entre 6% e 10% dos utentes que iniciaram o tratamento noutros cinco países (Bélgica, Dinamarca, Alemanha, Hungria e Países Baixos); noutros países a percentagem é inferior a 5%. São ainda mencionados outros estimulantes que não a cocaína como droga secundária por quase 20 000 utentes que iniciaram o tratamento por problemas relacionados com outras drogas de consumo principal ⁽⁶⁶⁾.

Os consumidores de anfetaminas que iniciam o tratamento têm, em média, 30 anos e apresentam um rácio entre homens e mulheres (dois homens para cada mulher) inferior ao de qualquer outra droga ilícita. São mencionados níveis elevados de consumo de anfetaminas injectadas pelos países onde os consumidores de anfetaminas constituem a maior percentagem de utentes em início de tratamento (Finlândia, Letónia e Suécia), sendo que entre 59% e 83% dos utentes que têm as anfetaminas como droga principal injectam essa droga ⁽⁶⁷⁾.

As tendências relativas aos consumidores de anfetaminas que iniciaram o tratamento entre 2004 e 2009 estabilizaram na maioria dos países, com uma ligeira diminuição entre os utentes que iniciaram o tratamento pela primeira vez na vida, a qual pode ser principalmente atribuída à diminuição do número de novos utentes

⁽⁶⁶⁾ Ver quadros TDI-5 (parte ii) e TDI-22 no Boletim Estatístico de 2011.

⁽⁶⁷⁾ Ver quadros TDI-5 (parte iv) e TDI-37 no Boletim Estatístico de 2011.

consumidores de anfetaminas na Finlândia e na Suécia (OEDT, 2010d).

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, mais recentemente, na Eslováquia. Em 2009, estimou-se que existiam na República Checa aproximadamente 24 600 a 25 900 consumidores problemáticos de metanfetaminas (3,3 a 3,5 casos por 1 000 habitantes dos 15 aos 64 anos), aproximadamente o dobro do número estimado de consumidores problemáticos de opiáceos, o que constitui um aumento estatisticamente significativo em comparação com os anos anteriores. 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.

As metanfetaminas são citadas como droga principal por uma grande percentagem dos utentes que iniciaram o tratamento na Eslováquia (30%) e na República Checa (61%). Ambos os países registaram um aumento do número e da percentagem global de novos utentes em início do tratamento devido ao consumo de metanfetaminas, ao longo da última década. O consumo injectável, entre as pessoas que procuram ajuda devido a problemas com as metanfetaminas, é comum na República Checa (79%) e, em menor grau, na Eslováquia (37%), tendo vindo a diminuir globalmente desde 2004. Nestes países, os utentes consumidores de metanfetaminas têm, em média, cerca de 25 anos quando iniciam o tratamento ⁽⁶⁸⁾.

Nos últimos anos, as metanfetaminas também 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, sendo as duas substâncias praticamente impossíveis de distinguir pelos consumidores.

Ecstasy

As estimativas da prevalência sugerem que cerca de 11 milhões de europeus experimentaram *ecstasy* e que aproximadamente 2,5 milhões consumiram essa droga no último ano (ver no quadro 7 uma síntese dos dados). O consumo desta droga no último ano está concentrado nos adultos mais jovens, com níveis de consumo muito

mais elevados entre os homens do que entre as mulheres em todos os países, excepto na Grécia, na Roménia, na Finlândia e na Suécia. Na faixa etária dos 15 aos 34 anos, a prevalência ao longo da vida do consumo de *ecstasy* varia entre menos de 0,6% e 12,7%, comunicando a maioria dos países estimativas na ordem de 2,1%-5,8%. ⁽⁶⁹⁾.

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 países europeus 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 quatro países que realizaram inquéritos escolares em 2009 (Itália, Eslováquia e Reino Unido) comunicaram prevalências de consumo de anfetaminas ao longo da vida de 5% ou menos ⁽⁷⁰⁾.

Os estudos qualitativos permitem observar o consumo «recreativo» de drogas estimulantes pelos jovens adultos que frequentam uma variedade de locais de diversão nocturna em toda a Europa. Estes estudos revelam diferenças significativas nos perfis de consumo dos utentes, sendo os que frequentam locais com música de dança electrónica muito mais susceptíveis de consumirem drogas do que os que frequentam outros locais de diversão nocturna. Só há dados disponíveis sobre a prevalência do consumo de *ecstasy* nesses locais em 2009 relativamente a quatro países (Bélgica, Países Baixos, Reino Unido e República Checa), mas os dados existentes revelam que os níveis de consumo recente (no último ano) variam muito, entre 10% e 75%. O consumo de *ecstasy* era mais comum do que o de anfetaminas na amostra dos contextos estudados.

No período de 2003-2009, nenhum país comunicou um aumento do consumo de *ecstasy*, enquanto a Alemanha, a Espanha, a Estónia, a Hungria e o Reino Unido referiram uma diminuição de aproximadamente um ponto percentual no consumo dessa substância no último ano, na faixa etária dos 15-34 anos. Todavia, existem variações entre países. 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 (Eslováquia, Espanha, Estónia e Reino Unido; ver figura 8). A República Checa constitui uma excepção, visto que o consumo estimado de *ecstasy* no último ano atingiu o nível máximo em 2008, com 7,7%, e diminuiu para 2,8% em 2009. Na República Checa, as

⁽⁶⁸⁾ Ver quadros TDI-2 (parte i), TDI-3 (parte iii) e TDI-5 (parte ii) e (parte iv) no Boletim Estatístico de 2011 e quadro TDI-5 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2006.

⁽⁶⁹⁾ Ver quadro GPS-7 (part iv) no Boletim Estatístico de 2011.

⁽⁷⁰⁾ Ver quadro EYE-11 no Boletim Estatístico de 2011.

Quadro 7 – Prevalência do consumo de <i>ecstasy</i> 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	3,2%	0,7%
Variação	0,3-8,3%	0,1-1,6%
Países com a prevalência mais baixa	Roménia (0,3%) Grécia (0,4%) Malta (0,7%) Noruega (1,0%)	Roménia, Suécia (0,1%) Malta, Grécia (0,2%) Dinamarca, Polónia, Noruega (0,3%)
Países com a prevalência mais elevada	Reino Unido (8,3%) Irlanda (5,4%) Espanha (4,9%) Letónia (4,7%)	Reino Unido, Eslováquia (1,6%) Letónia (1,5%) República Checa (1,4%)
15-34 anos		
Número estimado de consumidores na Europa	7,5 milhões	2 milhões
Média europeia	5,5%	1,4%
Variação	0,6-12,7%	0,2-3,2%
Países com a prevalência mais baixa	Roménia, Grécia (0,6%) Malta (1,4%) Polónia, Noruega (2,1%) Portugal (2,6%)	Roménia, Suécia (0,2%) Grécia (0,4%) Noruega (0,6%) Polónia (0,7%)
Países com a prevalência mais elevada	Reino Unido (12,7%) República Checa (9,3%) Irlanda (9,0%) Letónia (8,5%)	Reino Unido (3,2%) República Checa (2,8%) Eslováquia, Letónia, Países Baixos (2,7%)
As estimativas europeias são calculadas a partir das estimativas das taxas de prevalência nacionais ponderadas de acordo com a população do grupo etário pertinente em cada país. Para obter estimativas do número global de consumidores existente na Europa, a média europeia é aplicada aos países que não possuem dados da prevalência (os quais não representam mais de 3% da população-alvo). Populações utilizadas como base: 15-64 anos, 336 milhões; 15-34 anos, 132 milhões. Uma vez que as estimativas europeias se baseiam nos inquéritos realizados entre 2001 e 2009/2010 (principalmente no período de 2004 a 2008), não se referem a um ano único. Os dados aqui resumidos estão disponíveis em «Inquéritos à população em geral» no Boletim Estatístico de 2011.		

diferenças quanto aos métodos de inquérito não permitem confirmar as tendências recentes.

Inquéritos escolares sugerem, globalmente, que há poucas alterações quanto aos níveis de experimentação de *ecstasy* entre os estudantes de 15-16 anos. Entre 2003 e 2007, a maioria dos países comunicou tendências baixas e estáveis na prevalência do consumo de *ecstasy* ao longo da vida nesta faixa etária, embora sete países tenham comunicado um aumento e três uma diminuição — utilizando uma diferença de dois pontos percentuais como limiar. Os estudos realizados em locais recreativos da Europa sugerem uma diminuição da prevalência desse consumo. Em Amesterdão, um estudo dos frequentadores de «*coffee shops*» registou uma brusca diminuição do consumo de *ecstasy* no último mês, de 23% em 2001 para 6% em 2009, bem como uma diminuição do consumo de anfetaminas ao longo da vida, de 63% para 41%, no mesmo período. Um estudo belga regularmente efectuado em locais de diversão nocturna concluiu que o *ecstasy*

já não é a segunda droga ilícita mais consumida.

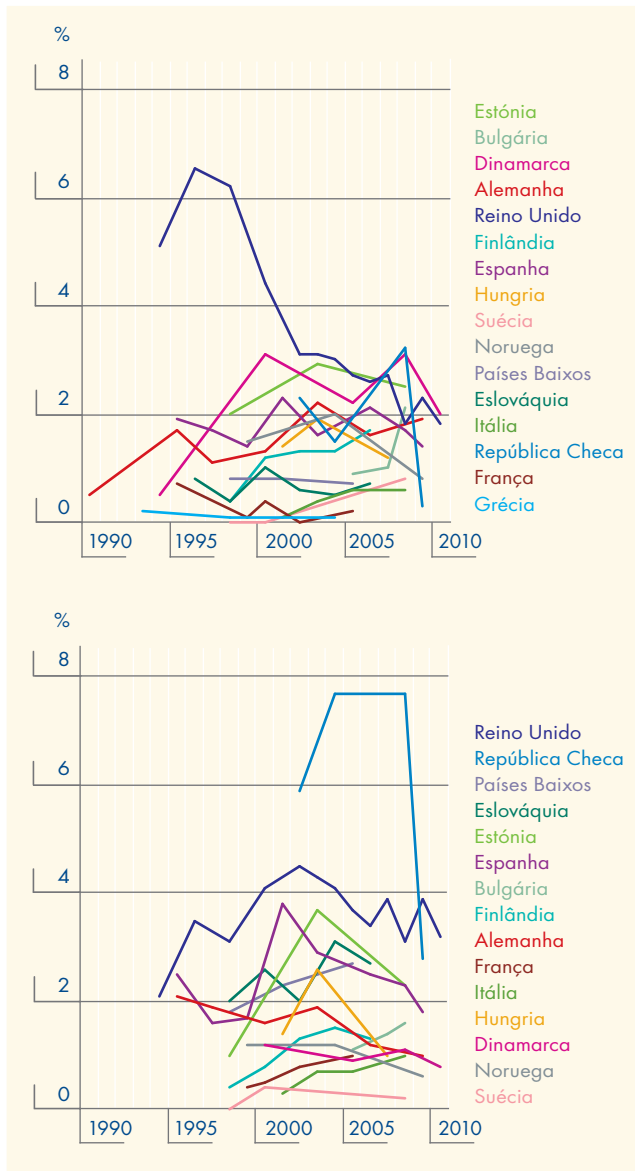
Em inquéritos anteriores, o consumo de *ecstasy* no último ano variava sempre entre 15% e 20%, mas diminuiu para 10% em 2009.

Poucos consumidores de droga procuram tratamento por problemas associados ao *ecstasy*. Em 2009, o *ecstasy* foi mencionado como droga principal de consumo por menos de 1% (1 300) dos utentes em início de tratamento. Com 26 anos, em média, os utentes consumidores de *ecstasy* figuram entre as faixas etárias mais jovens que iniciam o tratamento da toxicod dependência, e por cada 3 a 4 homens há 1 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 ⁽⁷¹⁾.

O consumo de *ecstasy* ou anfetaminas associado ao álcool tem sido referido em estudos europeus. Em nove países europeus, os inquéritos à população em geral

(71) Ver quadros TDI-5, TDI-8 e TDI-37 (parte i), (parte ii) e (parte iii) no Boletim Estatístico de 2011.

Figura 8 — Tendências da prevalência do consumo de anfetaminas no último ano (em cima) e de *ecstasy* (em baixo) entre os jovens adultos (15-34 anos)



NB: Apenas são apresentados dados de países que tenham realizado pelo menos três inquéritos no período de 1998 a 2009-2010. A República Checa está a investigar os motivos da grande variabilidade observada nos resultados dos inquéritos, que em parte parece estar relacionada com alterações dos métodos. Os dados são fornecidos para informação, mas as comparações devem ser tratadas com cautela. Ver figuras GPS-8 e GPS-21 para mais informações.

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

mostram que os níveis de prevalência do consumo de anfetaminas ou de *ecstasy* entre as pessoas que consomem álcool com frequência ou em grandes quantidades, são muito superiores à média da população (OEDT, 2009b). De igual modo, os dados do inquérito escolar ESPAD relativos a 22 países mostra que 86% dos estudantes de

15-16 anos que afirmaram ter consumido *ecstasy* no último mês também afirmaram ter bebido cinco ou mais bebidas alcoólicas numa única ocasião (OEDT, 2009b).

Alucinogêneos, GHB e cetamina

Entre os jovens adultos (15-34 anos), a prevalência do consumo de LSD ao longo da vida na Europa varia entre zero e 5,5%. São mencionados níveis de prevalência muito mais baixos para o consumo no último ano ⁽⁷²⁾. A maioria dos poucos países que fornecem dados comparáveis refere níveis de consumo de cogumelos alucinogêneos superiores aos do LSD, tanto entre a população em geral como entre a população escolar. As estimativas da prevalência ao longo da vida para o consumo de cogumelos alucinogêneos 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 a população escolar de 15-16 anos, a maior parte dos países comunica estimativas da prevalência ao longo da vida do consumo de cogumelos alucinogêneos de 1% a 4%, registando a Eslováquia (5%) e a República Checa (7%) níveis mais elevados ⁽⁷³⁾.

As estimativas da prevalência do consumo de GHB e cetamina entre as populações adulta e escolar são muito inferiores às do consumo de cocaína e de *ecstasy*. No entanto, o consumo destas substâncias pode ser mais elevado em grupos, contextos e áreas geográficas específicos. Foram recentemente realizados inquéritos específicos que apresentam estimativas da prevalência do consumo destas substâncias, na Bélgica, Países Baixos, Reino Unido e República Checa. Estes estudos referem uma prevalência do consumo de GHB ao longo da vida que varia entre 3,9% e 14,3%, e uma prevalência no último mês que pode chegar a 4,6%. As estimativas do consumo de cetamina nos mesmos inquéritos variam entre 2,9% e 62% para o consumo ao longo da vida e entre 0,3% e 28% para o consumo no último mês. Há diferenças acentuadas entre inquéritos e países, só tendo sido registada uma prevalência elevada do consumo de cetamina num inquérito promovido por uma revista de música do Reino Unido em 2010 (Winstock, 2011). Nesse inquérito, os níveis de consumo de cetamina são muito superiores aos do GHB. Essa prevalência elevada do consumo de cetamina pode dever-se à auto-selecção das pessoas que responderam ao inquérito e aos seus perfis e atitudes específicos em matéria de consumo de droga. Os Países Baixos comunicaram que a cetamina adquiriu alguma popularidade entre os precursores de tendências da região ocidental, mas os níveis de prevalência do consumo no último mês entre os visitantes

⁽⁷²⁾ Ver quadro GPS-1 no Boletim Estatístico de 2011.

⁽⁷³⁾ Dados do ESPAD para todos os países excepto Espanha. Ver figura EYE-3 (parte v) no Boletim Estatístico de 2011.

de festas em larga escala, em 2009, permaneceram mais baixos (em 1,2%) dos relativos ao GHB (4,6%). Entre os frequentadores dos «*coffee shops*» de Amesterdão em 2009, o consumo de GHB no último mês, 1,5%, foi idêntico ao das anfetaminas. A percepção de um elevado risco de *overdose*, causador de inconsciência ou coma, associado ao consumo de GHB, é destacada por estudos qualitativos realizados na Alemanha, Estónia, França e Países Baixos.

Não é possível identificar tendências globais em relação ao consumo de GHB e de cetamina a partir dos inquéritos repetidos a frequentadores de festas ou em contextos recreativos e as alterações mencionadas são, na maioria dos casos, pequenas. Os estudos sobre os contextos recreativos da Bélgica concluem que o consumo de GHB e cetamina no último mês aumentou de 2% para 3% entre 2008 e 2009. Na República Checa, os estudos efectuados em locais de diversão nocturna concluem que a prevalência do consumo de GHB no último ano aumentou de 1,4% em 2007 para 3,9% em 2009, e a do consumo de cetamina de 2,2% para 2,9%, no mesmo período. Registaram-se diminuições do consumo de GHB no último mês entre os frequentadores dos «*coffee shops*» de Amesterdão, de 2,8% em 2001 para 1,5% em 2009. Contudo, as tendências observadas em Amesterdão não são representativas do resto dos Países Baixos. Além disso, entre as pessoas que responderam ao inquérito da revista de música do Reino Unido, o consumo de GHB no último mês diminuiu de 1,7% em 2009 para menos de 1% em 2010, e o consumo de cetamina de 32,4% para 28%, durante o mesmo período.

Intervenções em contextos recreativos

Apesar dos elevados níveis de consumo de droga em contextos recreativos, só 13 países referem a realização de intervenções de prevenção ou de redução dos danos nesses contextos. As intervenções mencionadas continuam a privilegiar o fornecimento de informações e o aconselhamento. A ênfase nestes domínios é igualmente evidente nas intervenções incluídas na Healthy Nightlife Toolbox, uma iniciativa baseada na Internet e financiada pela União Europeia com o objectivo de ajudar a reduzir os danos causados pelo consumo de álcool e de drogas nos locais de diversão nocturna. O projecto «Safer Nightlife», outra iniciativa financiada pela União Europeia no âmbito do Programa «Democracy, Cities & Drugs II (2008-2011)», pretende ir além do fornecimento de informação e melhorar os programas de prevenção nesses locais, bem como a formação dos profissionais.

Uma análise sistemática recente das estratégias de redução dos danos aplicadas em contextos recreativos concluiu que estas raramente são avaliadas e que a sua eficácia nem sempre é clara (Akbar e outros, 2011). Concluiu igualmente que as intervenções centradas na formação do pessoal de serviço em contextos recreativos constituíam o tipo mais comum de programa disponível. Esses programas incluem, normalmente, temas como a forma de reconhecer os sinais de embriaguez e quando e como recusar servir os clientes. No projecto austríaco denominado «*taktisch klug*» (táctica inteligente), os organizadores de eventos festivos são assistidos na fase de preparação e é oferecido aconselhamento aos frequentadores de festas, com o intuito de os ajudar a desenvolver uma atitude mais crítica face às substâncias psicoactivas e aos comportamentos de risco. Os modelos ambientais multi-componentes, que são dos programas avaliados como mais promissores, são sobretudo mencionados pelos países do norte da Europa.

Os estudos em locais de diversão nocturna de estâncias de férias internacionais mostram que estes locais podem estar associados ao recrutamento para o consumo de droga, sua intensificação e recaídas, podendo contribuir também para a disseminação de culturas da droga a nível internacional. A investigação indica níveis elevados de consumo de droga e de iniciação a esse consumo em algumas estâncias de férias. Por exemplo, um estudo sobre jovens (16-35 anos) de Espanha, Alemanha e Reino Unido que visitaram Ibiza e Maiorca, identificou diferenças significativas em termos de consumo de droga entre as diversas nacionalidades e as duas estâncias de férias. Os níveis de consumo eram particularmente elevados entre os visitantes espanhóis e britânicos de Ibiza, tendo um em cada cinco visitantes britânicos experimentado pelo menos uma droga nova durante as férias ali passadas (Bellis e outros, 2009).

Tratamento

Consumo problemático de anfetaminas

As opções de tratamento ao dispor dos consumidores de anfetaminas nos países europeus são, frequentemente, determinadas pela história e pelos padrões nacionais do consumo problemático de anfetaminas, que diferem consideravelmente de país para país. Nos países da Europa Ocidental e do Sul, os sistemas de tratamento especializaram-se principalmente na resposta às necessidades dos consumidores de opiáceos. Não obstante os baixos níveis de consumo problemático de anfetaminas existentes nesses países, a falta de serviços

Consequências do consumo de anfetaminas para a saúde

O uso médico de anfetaminas tem sido associado a vários efeitos secundários, incluindo anorexia, insónia e dores de cabeça. O consumo ilícito de anfetaminas está associado a um conjunto mais vasto de consequências negativas (OEDT, 2010d), como os efeitos negativos a curto prazo (agitação, tremor, ansiedade e tonturas); uma reacção de «queda» ou «descida» (depressão, dificuldade em dormir e comportamento suicida); efeitos psicológicos e psiquiátricos do consumo prolongado (psicose, comportamento suicida, ansiedade e comportamento violento), para além da dependência, com uma vasta gama de sintomas de abstinência.

Têm sido realizados muitos estudos sobre as consequências do consumo de anfetaminas para a saúde na Austrália e nos Estados Unidos, países onde o consumo de metanfetaminas, nomeadamente de metanfetaminas em cristais fumadas, constitui uma parte significativa do problema da droga. Não obstante o consumo de metanfetaminas ser comparativamente raro na Europa, estes efeitos também têm sido registados neste continente. Foram igualmente identificados problemas cerebrovasculares (risco de isquemia e de acidente vascular cerebral hemorrágico), bem como patologias cardiovasculares agudas e crónicas (aumento agudo do ritmo cardíaco e da pressão arterial). Num contexto de consumo crónico ou de patologias cardiovasculares preexistentes, esses efeitos podem desencadear eventos graves e potencialmente mortais (isquemia e enfarte do miocárdio). Outros efeitos para a saúde são a neurotoxicidade, a restrição do crescimento fetal associada ao consumo de anfetaminas durante a gravidez e doenças dentárias.

O consumo de anfetaminas injectadas, embora seja raro entre os consumidores desta droga, aumenta o risco de doenças infecto-contagiosas (VIH e hepatite). Na República Checa foram mencionadas taxas elevadas de comportamento sexual de risco entre os consumidores de metanfetaminas, que os torna mais vulneráveis às infecções sexualmente transmitidas. Estudos realizados na República Checa, na Letónia e nos Países Baixos revelaram taxas de mortalidade elevadas entre os consumidores dependentes ou crónicos de anfetaminas. No entanto, as estimativas da mortalidade associada às anfetaminas são dificultadas pelo policonsumo de droga (sobretudo pelo consumo concomitante de heroína e cocaína).

específicos pode dificultar o acesso desses consumidores ao tratamento, sobretudo dos mais bem integrados socialmente, (OEDT, 2010d). Nos países do centro e do norte da Europa que têm um longo historial de tratamento de consumidores de anfetaminas, há programas adaptados às necessidades destes últimos. Nos países da Europa Central e Oriental onde o consumo problemático significativo de anfetaminas é mais recente, os sistemas de tratamento estão essencialmente direccionados para os

consumidores problemáticos de opiáceos e têm reagido com lentidão às necessidades dos consumidores de anfetaminas. Um inquérito a peritos nacionais realizado em 2008 concluiu que menos de metade dos países europeus menciona a disponibilidade de programas de tratamento especializados para os consumidores de anfetaminas que o procuram activamente.

O tratamento psicossocial prestado nos serviços de tratamento da toxicod dependência em regime ambulatorio é a forma mais comum de tratamento dos consumidores de anfetaminas. Os consumidores mais problemáticos, por exemplo aqueles em que a dependência dessa droga é complicada pela co-ocorrência de doenças psiquiátricas, podem ser tratados nos serviços de tratamento da toxicod dependência em regime de internamento, bem como em clínicas ou hospitais psiquiátricos. Na Europa, são administrados medicamentos, nomeadamente antidepressivos, sedativos e antipsicóticos, para tratar os sintomas de abstinência iniciais, no início da desintoxicação, que tem normalmente lugar em serviços psiquiátricos especializados, com internamento. Por vezes, é prescrito um tratamento com antipsicóticos a longo prazo, caso existam psicopatologias duradouras devido ao consumo crónico de anfetaminas. Os profissionais europeus afirmam que os problemas psiquiátricos frequentemente apresentados pelos consumidores problemáticos de anfetaminas são difíceis de gerir no contexto terapêutico. Na Hungria, o primeiro protocolo profissional relativo ao tratamento dos consumidores de anfetaminas foi publicado pelo Ministério da Saúde no início de 2008. O protocolo abrange o diagnóstico, a estrutura indicada para o tratamento assistido e sem drogas, outras terapias e a reabilitação.

Estudos recentes sobre o tratamento da dependência de anfetaminas

Embora na República Checa e no Reino Unido sejam prescritos alguns tratamentos de substituição, não existem dados disponíveis que sustentem a eficácia desta abordagem. Os médicos estão, todavia, a estudar terapias farmacológicas que possam ser úteis no tratamento da dependência de anfetaminas. A dextroanfetamina, um estimulante do sistema nervoso central, quando testada em doentes consumidores de metanfetaminas, apresentou resultados positivos no que se refere à redução da ânsia de droga e dos sintomas de abstinência, bem como à manutenção dos utentes no tratamento, mas não foi mais eficaz do que o placebo na redução do consumo de metanfetaminas (Galloway e outros, 2011; Longo e outros, 2010). Os estudos que testaram o efeito do modafinil, um medicamento utilizado para regular a sonolência, em pessoas dependentes das metanfetaminas, encontraram

possíveis melhorias na memória de trabalho (Kalechstein e outros, 2010), mas não detectaram qualquer diferença em relação ao placebo no que respeita aos níveis de consumo de droga, à manutenção em tratamento, à depressão ou à ansia de droga (Heinzerling e outros, 2010).

A bupropiona, um antidepressivo que tem sido utilizado para auxiliar pessoas que estão a deixar de fumar, foi objecto de um estudo-piloto com um pequeno número de homens dependentes de metanfetaminas e que têm relações homossexuais (Elkashaf e outros, 2008), sendo necessário um estudo mais vasto para confirmar os resultados positivos encontrados. Outro estudo-piloto destinado a controlar os sintomas de défice de atenção/hiperactividade em consumidores problemáticos de anfetaminas, associou a administração de metilfenidato de libertação constante a sessões semanais de formação para aquisição de competências, mas não foram detectadas quaisquer diferenças em relação ao grupo a quem foi administrado um placebo (Konstenius e outros, 2010).

Foram registados vários ensaios actualmente em curso neste domínio, incluindo estudos sobre a naltrexona de libertação prolongada para o tratamento da dependência de anfetaminas e estudos sobre um antagonista de monoaminas, um inibidor da enzima de conversão da angiotensina, a *N*-acetilcisteína, a rivastigmina e a vareniclina, para a dependência de metanfetaminas.

As intervenções psicológicas e comportamentais relativas aos problemas com metanfetaminas são objecto de um pequeno número de estudos. Um estudo australiano tentou comparar duas abordagens psicológicas utilizadas para o consumo de metanfetaminas, mas o nível de desistência dos participantes foi demasiado elevado para se obterem resultados significativos (Smout e outros, 2010). Os ensaios registados em curso neste domínio estão a estudar o impacto das entrevistas de aumento da motivação e da formação em competências cognitivas-comportamentais na dependência das metanfetaminas.

A dependência do gama-hidroxibutirato e respectivo tratamento

A dependência do gama-hidroxibutirato (GHB) é um problema clínico reconhecido, com uma síndrome de abstinência potencialmente grave quando a droga é retirada de forma abrupta, após um consumo regular ou crónico. Há indícios de que pode surgir dependência física em consumidores recreativos e foram documentados casos de ocorrência de sintomas de abstinência após a cessação do consumo de GHB e seus precursores. Também foram registados casos de dependência de GHB entre antigos alcoólicos (Richter e outros, 2009).

Os estudos disponíveis concentram-se essencialmente na descrição da síndrome de abstinência de GHB e complicações a ela associadas, as quais podem ser difíceis de reconhecer em casos de emergência (van Noorden e outros, 2009). Entre os sintomas podem figurar a agitação, ataques de ansiedade, insónia, sudação, taquicardia e hipertensão. Os doentes também podem desenvolver psicose e delírio no decurso da desintoxicação. É possível gerir uma desintoxicação suave em regime ambulatorio, mas se não for esse o caso recomenda-se que a desintoxicação seja realizada sob vigilância em regime de internamento. Por enquanto, não foram elaborados quaisquer protocolos normalizados para o tratamento da síndrome de abstinência de GHB.

As benzodiazepinas e os barbitúricos são os medicamentos mais utilizados para tratar problemas agudos relacionados com o consumo de GHB. Nos Estados Unidos, está em curso um pequeno estudo destinado a comparar a acção da benzodiazepina lorazepam com a do barbitúrico pentobarbital na redução dos sintomas de abstinência subjectivos em pessoas dependentes do GHB. Nos países Baixos, estão em curso estudos com vista à formulação de orientações cientificamente fundamentadas para o tratamento da dependência de GHB.



Capítulo 5

Cocaína e cocaína-crack

Introdução

A cocaína continua a ser a segunda droga ilícita mais consumida na Europa, embora os níveis de consumo e as tendências difiram consideravelmente entre os países. Só se observam níveis elevados de consumo de cocaína num pequeno número de países, na sua maioria da Europa Ocidental, enquanto no resto do mundo o consumo desta droga continua a ser limitado. Verifica-se também diversidade considerável entre os consumidores de cocaína, nomeadamente consumidores ocasionais e consumidores regulares mais integrados socialmente, que inalam cocaína em pó, e consumidores mais marginalizados e frequentemente dependentes, que consomem cocaína injectável ou cocaína-crack.

Oferta e disponibilidade

Produção e tráfico

As plantações de coca, matéria-prima da cocaína, continuam a concentrar-se em três países da região andina: a Bolívia, a Colômbia e o Peru. O UNODC (2011) estima que a área ocupada por plantações de coca em 2010 foi de 149 000 hectares, o que significa um decréscimo de 6% em relação à área de 158 000 hectares estimada em 2009. Esta diminuição foi em grande medida atribuída à redução da superfície cultivada com coca na Colômbia, a qual foi compensada apenas parcialmente por aumentos na Bolívia e no Peru. O cultivo total de 149 000 hectares desta planta traduziu-se numa potencial produção de entre

Quadro 8 – Produção, apreensões, preço e pureza da cocaína e da cocaína-crack

	Cocaína em pó (hidroclorato)	Crack (cocaína-base) ⁽¹⁾
Estimativa da produção mundial (toneladas)	786-1 054	sd
Quantidade apreendida a nível mundial (toneladas)	732 ⁽²⁾	sd
Quantidade apreendida (toneladas): UE e Noruega (incluindo Croácia e Turquia) ⁽³⁾	49 (49)	0,09 (0,09)
Número de apreensões: UE e Noruega (incluindo Croácia e Turquia)	98 500 (99 000)	7 500 (7 500)
Preço médio de venda a retalho (euros por grama) Variação (intervalo interquartilico) ⁽⁴⁾	45-104 (50,2-78,2)	55-70
Pureza média (%) Variação (intervalo interquartilico) ⁽⁴⁾	18-51 (25,0-38,7)	6-75

NB: Todos os dados são relativos a 2009; sd = sem dados.

Fonte: UNODC (2011) 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 de 431 a 562 toneladas de cocaína pura.

⁽³⁾ É provável que a quantidade total de cocaína apreendida em 2009 esteja subestimada, em grande medida devido à falta de dados recentes dos Países Baixos, país que comunicou apreensões relativamente elevadas até 2007. Dado não existirem dados de 2008 e 2009, não é possível incluir valores relativos aos Países Baixos nas estimativas europeias para 2009.

⁽⁴⁾ Intervalo da metade central dos dados notificados.

786 e 1 054 toneladas de hidrocloreto de cocaína puro, em comparação com uma estimativa de 842-1 111 toneladas em 2009 (UNODC, 2011).

O processo de transformação das folhas de coca em hidrocloreto de cocaína continua a estar localizado na Bolívia, na Colômbia e no Peru, 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 2009, na Colômbia, foram desmantelados 2 900 laboratórios de produção de cocaína (UNODC, 2011) e foram apreendidas, no total, 23 toneladas de permanganato de potássio (90% das apreensões a nível mundial) (INCB, 2011a).

A cocaína com destino ao continente europeu parece transitar através da maior parte dos países da América do Sul e da América Central, mas sobretudo através da Argentina, do Brasil, do Equador, da Venezuela e do México. 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 desde 2007 se tenha registado uma «diminuição substancial» das apreensões de cocaína em trânsito pela África Ocidental (UNODC, 2011), é provável que quantidades significativas dessa droga continuem a passar pela região (OEDT e Europol, 2010).

A Espanha, os Países Baixos e Portugal, bem como a Bélgica em menor grau, parecem ser os pontos de entrada da cocaína na Europa. No interior da Europa, a Alemanha, a França e o Reino Unido são frequentemente mencionados como países de trânsito ou de destino importantes. O Reino Unido calcula que entrem no seu território 25 a 30 toneladas de cocaína por ano. Relatórios recentes também indicam que o tráfico de cocaína pode estar a expandir-se para Leste (OEDT e Europol, 2010; INCB, 2011b). O número agregado de apreensões de cocaína em doze países da Europa Central e Oriental revela um aumento das apreensões de cocaína de 666 casos em 2004 para 1 232 em 2009, embora este valor represente apenas cerca de 1% do total europeu. As quantidades de cocaína apreendidas nesta região aumentaram para mais do dobro entre 2008 e 2009, principalmente devido ao número recorde de apreensões ocorridas na Bulgária (0,23 toneladas) e na Roménia (1,3 toneladas), dois países situados na

denominada rota dos Balcãs, normalmente associada ao tráfico de heroína.

Apreensões

A cocaína é a droga mais traficada a nível mundial, a seguir à *cannabis* herbácea e à resina de *cannabis*. Em 2009, as apreensões mundiais de cocaína permaneceram geralmente estáveis em cerca de 732 toneladas (quadro 8) (UNODC, 2011). A América do Sul continuou a registar a maior quantidade apreendida, sendo responsável por 60% do valor global, seguida pela América do Norte, com 18%, e pela Europa, com 8% (UNODC, 2011).

O número de apreensões de cocaína na Europa tem vindo a aumentar nos últimos vinte anos, muito em especial desde 2004, atingindo um número estimado de 99 000 casos em 2009. A quantidade total apreendida atingiu o nível máximo em 2006 e, desde então, diminuiu para metade, estimando-se que em 2009 tenha sido de 49 toneladas. Esta descida deve-se, em grande medida, ao decréscimo das quantidades apreendidas em Espanha e Portugal ⁽⁷⁴⁾, embora não seja claro em que medida este resulta da alteração das rotas e práticas de tráfico ou da mudança das prioridades em matéria de aplicação da lei. Em 2009, a Espanha continuou a ser o país que comunica a quantidade mais elevada de cocaína apreendida e o maior número de apreensões desta droga na Europa, cerca de metade do total nos dois casos. Contudo, esta avaliação é preliminar, uma vez que os Países Baixos não dispõem de dados recentes. Em 2007, último ano em relação ao qual existem dados disponíveis, este país comunicou a apreensão de cerca de 10 toneladas de cocaína.

Pureza e preço

A pureza média das amostras de cocaína testadas variou entre 25% e 43% em metade dos países que forneceram dados relativos a 2009. Os valores mais baixos foram registados na Dinamarca (só venda a retalho, 18%) e no Reino Unido (Inglaterra e País de Gales, 20%), e os mais elevados na Bélgica (51%), Espanha e Países Baixos (49%) ⁽⁷⁵⁾. Vinte e dois países com dados suficientes para analisar as tendências ao longo do tempo mencionam uma diminuição da pureza da cocaína no período de 2004-2009, tendo 19 países comunicado uma diminuição, dois uma situação estável (Alemanha, Eslováquia) e tendo Portugal mencionado um aumento. Estima-se que, globalmente, a pureza da cocaína tenha diminuído em média 20% na União Europeia, no período de 2004 a 2009 ⁽⁷⁶⁾.

⁽⁷⁴⁾ Ver quadros SZR-9 e SZR-10 no Boletim Estatístico de 2011.

⁽⁷⁵⁾ Ver dados sobre a pureza e o preço nos quadros PPP-3 e PPP-7 no Boletim Estatístico de 2011.

⁽⁷⁶⁾ Ver figura PPP-2 no Boletim Estatístico de 2011.

Preços da droga vendida por grosso e a retalho: cocaína

Os preços grossistas são os preços pagos por grandes quantidades de droga que serão distribuídas dentro de um país, enquanto os preços de venda a retalho são aqueles que o consumidor de droga paga. Comparando os dois, é possível estimar as margens de lucro máximas que os traficantes de droga podem obter no mercado de venda a retalho.

Os dados recentemente recolhidos pelo OEDT junto de 14 países europeus mostram que, em 2008, o preço grossista pago por um quilograma de cocaína pode ser estimado entre 31 000 euros e 58 000 euros, mencionando a maioria dos países valores à volta de 35 000 euros. Nos casos em que foi referido, o nível de pureza médio dessas remessas estava próximo de 70%.

Em 2008, os preços da cocaína vendida a retalho variaram entre 50 000 euros e 80 000 euros para o equivalente a um quilograma de cocaína, nesses países, sendo, por isso, 25% a 83% superiores aos preços de venda por grosso. Os níveis de pureza diminuíram na transição do mercado grossista para o mercado retalhista, onde, segundo os relatórios, variavam, em média, entre 13% e 60%, consoante os países. São, todavia, necessários dados adicionais para calcular com precisão as diferenças de preços ajustadas à pureza entre o nível grossista e o nível retalhista.

Está disponível uma panorâmica dos métodos e dos dados disponíveis na Europa num relatório EMCDDA sobre um estudo-piloto relativo aos preços de venda por grosso, publicado em 2011.

Em 2009, o preço médio de venda a retalho da cocaína variou entre 50 e 80 euros por grama na maioria dos 18 países que forneceram informações. O Reino Unido comunicou o preço médio mais baixo (45 euros) e o Luxemburgo o mais elevado (104 euros). Quase todos os países que dispunham de dados suficientes comparáveis, comunicaram uma estabilização ou uma descida nos preços de venda a retalho da cocaína entre 2004 e 2009. No período de 2004-2009, estima-se que o preço de venda a retalho da cocaína na União Europeia tenha diminuído, em média, 21%⁽⁷⁷⁾.

Prevalência e padrões de consumo

Consumo de cocaína entre a população em geral

A cocaína é, a seguir à *cannabis*, a segunda droga mais experimentada na Europa, embora o seu consumo se concentre num pequeno número de países com prevalência elevada, alguns dos quais muito populosos. Estima-se que

cerca de 14,5 milhões de europeus tenham consumido cocaína pelo menos uma vez na vida, uma média de 4,3% dos adultos entre os 15 e os 64 anos (ver síntese dos dados no quadro 9). Os valores nacionais variam entre 0,1% e 10,2%, sendo que metade dos 24 países, incluindo a maior parte dos da Europa Central e Oriental, mencionam baixos níveis de prevalência ao longo da vida (0,5%-2,5%).

Estima-se que cerca de 4 milhões de europeus tenham consumido a droga no último ano (1,2% em média). Os resultados de inquéritos nacionais recentes indicam estimativas da prevalência no último ano entre zero e 2,7%. 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 1,5 milhões de pessoas.

Chipre, Espanha, Irlanda, Itália e Reino Unido referem níveis de consumo de cocaína no último ano superiores à média europeia. Em todos estes países, os dados relativos à prevalência no último ano indicam que a cocaína é a droga estimulante ilícita mais consumida.

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 13,6%. A média europeia para o consumo de cocaína no último ano nesta faixa etária é estimada em 2,1% (cerca de 3 milhões) e para o consumo no último mês em 0,8% (1 milhão).

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 6,7% na Dinamarca, Espanha, Irlanda, Itália e no Reino Unido⁽⁷⁸⁾. Em 13 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⁽⁷⁹⁾.

Comparações a nível internacional

Globalmente, a prevalência estimada do consumo de cocaína no último ano é menor entre os jovens adultos da Europa (2,1%) do que entre os da Austrália (3,4% entre jovens adultos de 14-39 anos), do Canadá (3,3%) e dos Estados Unidos (4,1% entre jovens adultos de 16-34 anos). A Espanha (4,4%) e o Reino Unido (4,8%) são os Estados-Membros que mencionam os valores mais elevados (figura 9). É importante referir que as pequenas diferenças entre países devem ser interpretadas com cautela.

⁽⁷⁷⁾ Ver figura PPP-1 no Boletim Estatístico de 2011.

⁽⁷⁸⁾ Ver figura GPS-13 no Boletim Estatístico de 2011.

⁽⁷⁹⁾ Ver quadro GPS-5 (parte iii) e (parte iv) no Boletim Estatístico de 2011.

Quadro 9 – 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	14,5 milhões	4 milhões	1,5 milhões
Média europeia	4,3%	1,2%	0,5%
Variação	0,1 – 10,2%	0,0 – 2,7%	0,0 – 1,3%
Países com a prevalência mais baixa	Roménia (0,1%) Malta (0,4%) Lituânia (0,5%) Grécia (0,7%)	Roménia (0,0%) Grécia (0,1%) Hungria, Polónia, Lituânia (0,2%) Malta (0,3%)	Roménia, Grécia (0,0%) República Checa, Malta, Suécia, Polónia, Lituânia, Estónia, Finlândia (0,1%)
Países com a prevalência mais elevada	Espanha (10,2%) Reino Unido (8,8%) Itália (7,0%) Irlanda (5,3%)	Espanha (2,7%) Reino Unido (2,5%) Itália (2,1%) Irlanda (1,7%)	Espanha (1,3%) Reino Unido (1,1%) Chipre, Itália (0,7%) Áustria (0,6%)
15-34 anos			
Número estimado de consumidores na Europa	8 milhões	3 milhões	1 milhão
Média europeia	5,9%	2,1%	0,8%
Variação	0,1 – 13,6%	0,1 – 4,8%	0,0 – 2,1%
Países com a prevalência mais baixa	Roménia (0,1%) Lituânia (0,7%) Malta (0,9%) Grécia (1,0%)	Roménia (0,1%) Grécia (0,2%) Polónia, Lituânia (0,3%) Hungria (0,4%)	Roménia (0,0%) Grécia, Polónia, Lituânia, Noruega (0,1%) República Checa, Hungria, Estónia (0,2%)
Países com a prevalência mais elevada	Espanha (13,6%) Reino Unido (13,4%) Dinamarca (8,9%) Irlanda (8,2%)	Reino Unido (4,8%) Espanha (4,4%) Irlanda (3,1%) Itália (2,9%)	Reino Unido (2,1%) Espanha (2,0%) Chipre (1,3%) Itália (1,1%)

As estimativas europeias são calculadas a partir das estimativas das taxas de prevalência nacionais ponderadas de acordo com a população do grupo etário pertinente em cada país. Para obter estimativas do número global de consumidores existente na Europa, a média europeia é aplicada aos países que não possuem dados da prevalência (os quais não representam mais de 3% da população-alvo). Populações utilizadas como base: 15-64 anos, 336 milhões; 15-34 anos, 132 milhões. Uma vez que as estimativas europeias se baseiam nos inquéritos realizados entre 2001 e 2009-2010 (principalmente no período de 2004 a 2008), não se referem a um ano único. Os dados aqui resumidos estão disponíveis em «Inquéritos à população em geral» no Boletim Estatístico de 2011.

Consumo de cocaína entre a população escolar

Nos inquéritos mais recentes disponíveis, a prevalência do consumo de cocaína ao longo da vida entre os estudantes de 15-16 anos é de 1% a 2% em metade dos 29 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%. 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 ⁽⁸⁰⁾.

Tendências do consumo de cocaína

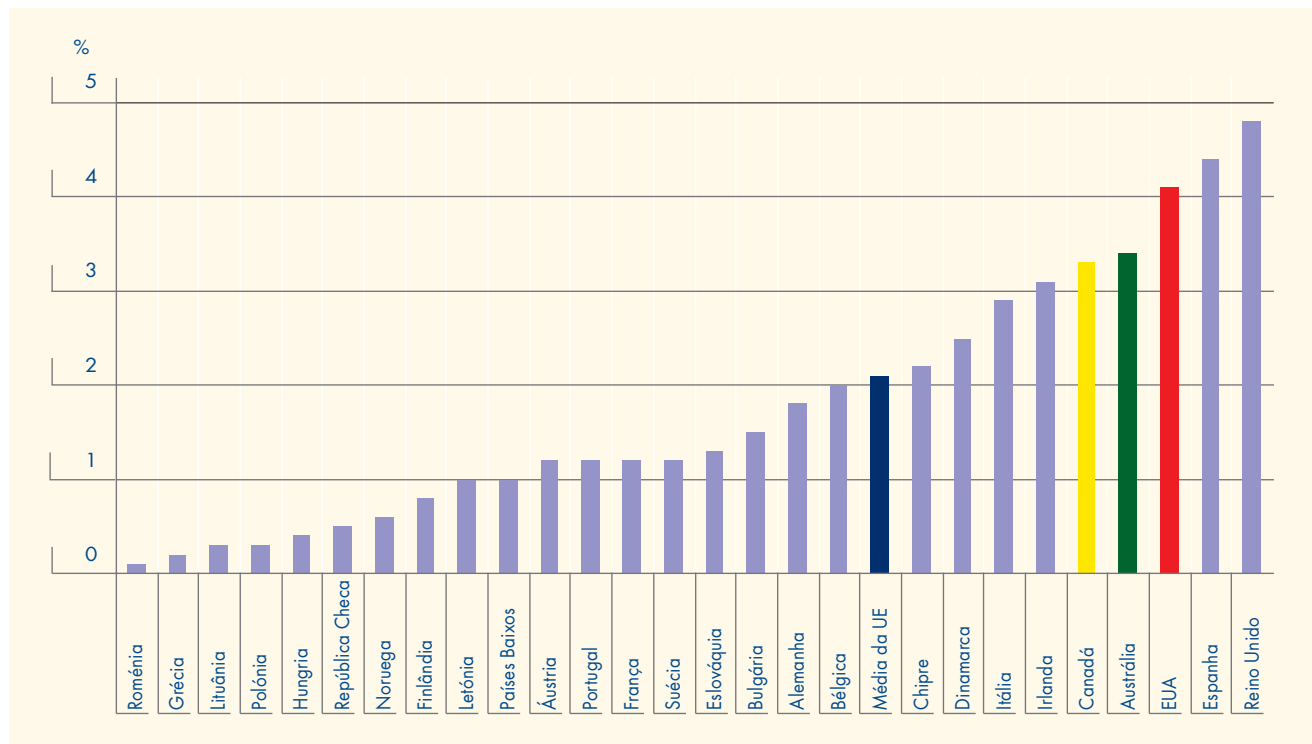
As tendências do consumo de cocaína na Europa têm seguido diferentes padrões. Em Espanha e no Reino Unido, os dois países com a maior prevalência do consumo de cocaína, o consumo desta droga aumentou fortemente no final da década de 1990, antes de seguir uma tendência mais estável, se bem que, em geral, ainda

crescente. Em quatro outros países, (Dinamarca, Irlanda, Itália e Chipre), o aumento da prevalência foi menos acentuado e verificou-se mais tarde. Todos estes países comunicaram uma prevalência do consumo de cocaína no último ano entre os jovens adultos (15-34 anos) superior à média da União Europeia, que é de 2,1% (figura 9). Quatro destes seis países (Dinamarca, Espanha, Itália e Reino Unido), mencionaram um aumento global na última década, embora se observe uma diminuição no inquérito mais recente que realizaram, à semelhança da tendência observada no Canadá e nos Estados Unidos (figura 10). Os outros dois países registaram aumentos nos seus inquéritos mais recentes: a Irlanda, de 2,0% em 2003 para 3,1% em 2007; e Chipre, de 0,7% em 2006 para 2,2% em 2009.

Noutros 17 países com inquéritos repetidos, o consumo de cocaína é relativamente baixo e, na maioria dos casos, estável. Entre as eventuais exceções a esta regra incluem-se a Bulgária e a Suécia, que comunicaram sinais

⁽⁸⁰⁾ Ver quadros EYE-10 to EYE-30 no Boletim Estatístico de 2011.

Figura 9 — Prevalência do consumo de cocaína no último ano entre os jovens adultos (15-34 anos) na Europa, Austrália, Canadá e 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 (2007, extraídos do Eurostat). Os dados da Austrália e dos Estados Unidos foram recalculados a partir dos resultados iniciais dos inquéritos às faixas etárias dos 16 aos 34 anos e dos 14 aos 39 anos respectivamente. Os dados da Austrália referem-se a 2007, os do Canadá e dos Estados Unidos a 2009. Ver figura GPS-20 no Boletim Estatístico de 2011 para mais informações.

Fonte: Pontos focais nacionais da Reitox AIHW (2008), CADUMS (2010), SAMHSA (2010).

de crescimento, e a Noruega, onde a tendência parece ser decrescente. Todavia, importa lembrar que, a níveis de prevalência baixos, as pequenas alterações devem ser interpretadas com cautela. Na Bulgária, o consumo de cocaína no último ano entre os jovens adultos aumentou de 0,7% em 2005 para 1,5% em 2008 e, na Suécia, de zero em 2000 para 1,2% em 2008 ⁽⁸¹⁾. A Noruega mencionou uma diminuição, de 1,8% em 2004 para 0,8% em 2009.

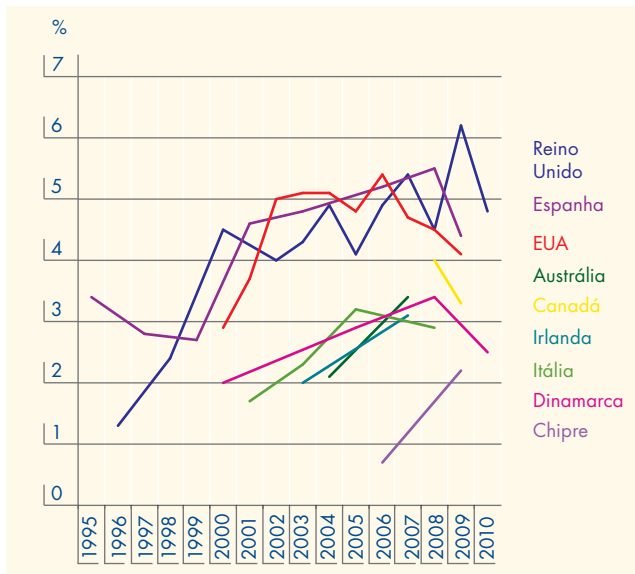
Entre os quatro países que realizaram inquéritos escolares nacionais em 2009-2010 (Eslováquia, Itália, reino Unido e Suécia), só a Eslováquia registou uma alteração (decréscimo) superior a um ponto percentual no consumo de cocaína ao longo da vida, entre a população escolar na faixa etária de 15-16 anos. Um estudo recente realizado na Alemanha entre estudantes mais velhos concluiu que, em Frankfurt, a percentagem de estudantes de 15 a 18 anos que diziam já ter experimentado cocaína aumentou ligeiramente para 6% em 2008, diminuindo depois para 3% em 2009.

Os inquéritos específicos podem constituir uma valiosa oportunidade para observar o comportamento dos jovens em matéria de consumo de droga, nos locais com música de dança e noutros contextos recreativos. Apesar de esses inquéritos revelarem, em regra, uma prevalência relativamente elevada do consumo de cocaína, estudos recentemente realizados em alguns países europeus referem ter havido uma diminuição desse consumo. Por exemplo, um estudo dos frequentadores de «coffee shops» de Amesterdão revelou uma diminuição do consumo de cocaína ao longo da vida, de 52% em 2001 para 34% em 2009, e uma diminuição do consumo no último mês de 19% para 5%, no mesmo período ⁽⁸²⁾. Também nos Países Baixos, um controlo das tendências qualitativas constatou que, em comparação com as anteriores gerações de jovens dos 20 aos 24 anos, as pessoas que agora têm essa idade estão menos interessadas no consumo de cocaína. Um estudo belga regularmente levado a cabo em locais de diversão nocturna desde 2003 revelou um aumento do consumo de cocaína no último ano, ao longo do período de 2003-2007, de 11% para 17%,

⁽⁸¹⁾ Ver figura GPS-14 (parte i) no Boletim Estatístico de 2011.

⁽⁸²⁾ Note-se que as tendências registadas em Amesterdão não são representativas das existentes nos Países Baixos em geral.

Figura 10 — Tendências da prevalência do consumo de cocaína no último ano entre os jovens adultos nos seis Estados-Membros na União Europeia com índices mais elevados, na Austrália, Canadá e Estados Unidos



NB: Ver figura GPS-14 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2011 para mais informações.

Fonte: Pontos focais nacionais da Reitox, AIHW (2008), CADUMS (2010), SAMHSA (2010).

seguido de uma diminuição para 13%, revelada pelo estudo de 2009. Estudos semelhantes realizados na República Checa revelam um aumento do consumo de cocaína ao longo da vida de 19% em 2007 para 23% em 2009. Contudo, é necessário que esses resultados sejam confirmados por outros conjuntos de dados.

Padrões de consumo de cocaína

Os inquéritos mostram que, em contextos recreativos, o consumo de cocaína está fortemente ligado ao consumo de álcool. Os dados de inquéritos à população em geral realizados em nove países revelam que a prevalência do consumo de cocaína é duas a nove vezes mais elevada entre os consumidores episódicos de grandes quantidades de álcool⁽⁸³⁾ do que entre a população em geral (OEDT, 2009b). Os inquéritos também revelaram que o consumo de cocaína está associado ao consumo de outras drogas ilícitas. Por exemplo, uma análise dos dados do British Crime Survey de 2009/2010 concluiu que 89% dos adultos (entre os 16 e os 59 anos) que tinham consumido cocaína em pó no último ano também tinham consumido outras drogas, em comparação com apenas 42% dos consumidores de *cannabis* (Hoare e Moon, 2010).

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 é possível distinguir dois grandes grupos. O primeiro é constituído por consumidores mais integrados socialmente, que tendem a consumir a cocaína ao fim de semana, em festas ou noutras ocasiões especiais, por vezes em grandes quantidades. 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 (Reynaud-Maurupt e Hoareau, 2010). 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; Toneatto e outros, 1999).

O segundo grupo é composto por consumidores intensivos de cocaína e de *crack* pertencentes a grupos mais marginalizados ou desfavorecidos socialmente e também pode incluir antigos ou actuais consumidores de opiáceos, que consomem *crack* ou cocaína injetada (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 pode dever-se à natureza muitas vezes inespecífica ou crónica das patologias normalmente causadas pelo consumo de cocaína a longo prazo (ver capítulo 7). O consumo regular de cocaína, incluindo por inalação, pode estar associado a problemas cardiovasculares, neurológicos e psiquiátricos, com risco de acidentes e de transmissão de doenças infecto-contagiosas por via de sexo não protegido (Brugal e outros, 2011) e possivelmente em consequência da partilha de palhetas (Aaron e outros, 2008), havendo indícios crescentes neste sentido (Caiaffa e outros, 2011). 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). Em Espanha, por exemplo, o consumo de cocaína parece estar envolvido numa percentagem significativa de emergências hospitalares relacionadas com drogas, tendo um estudo espanhol recente indicado que 3% das mortes súbitas estão relacionadas com a cocaína (Lucena e outros,

⁽⁸³⁾ O consumo episódico de grandes quantidades de álcool, também conhecido por «binge drinking», é aqui definido 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.

2010). Os acréscimos do consumo ocorridos na Dinamarca têm coincidido com um aumento do número de casos de emergência relacionados com a cocaína, que aumentaram de 50 casos em 1999 para quase 150 em 2009.

O consumo de cocaína injectada e de *crack* estão associados aos maiores riscos para a saúde entre os consumidores de cocaína, nomeadamente problemas cardiovasculares e de saúde mental. Estes riscos são geralmente agravados pela marginalização social e por problemas específicos associados ao consumo injectável, nomeadamente transmissão de doenças infecto-contagiosas e overdoses (OEDT, 2007a).

Cocaína e álcool

Geralmente, os consumidores de cocaína também consomem álcool. Os inquéritos à população em geral mostram que o consumo de cocaína e o consumo de álcool (em especial, o consumo episódico de grandes quantidades de álcool) estão frequentemente associados. Além disso, dois estudos concluíram que mais de metade dos consumidores dependentes da cocaína em tratamento também eram dependentes do álcool.

A popularidade desta combinação pode ser explicada pelo contexto, uma vez que ambas as substâncias estão fortemente associadas aos locais de diversão nocturna e às festas, mas também por factores farmacológicos. Os efeitos «high» obtidos pela combinação destas substâncias são mais apreciados do que os alcançados com qualquer das duas drogas consumidas isoladamente. Além disso, a cocaína pode tornar os efeitos de embriaguez menos intensos e neutralizar alguns dos défices comportamentais e psicomotores induzidos pelo álcool. Este último também é consumido para atenuar o desconforto sentido quando se dissipam os efeitos da cocaína. Neste aspecto, a combinação pode levar a um consumo acrescido de ambas as substâncias.

Há riscos e efeitos tóxicos documentados associados ao consumo simultâneo de álcool e cocaína, incluindo o aumento do ritmo cardíaco, o aumento da pressão arterial sistólica, que pode causar complicações cardiovasculares, e deficiências cognitivas e motoras. Contudo, os estudos retrospectivos mostram que o consumo combinado destas drogas não parece causar mais problemas cardiovasculares do que os esperados do consumo com dependência de cada uma delas (Pennings e outros, 2002). Além disso, o consumo combinado leva à formação de uma nova substância, o cocaetileno, um metabolito formado no fígado, cuja eventual responsabilidade pelo aumento do ritmo cardíaco e da cardiotoxicidade é actualmente objecto de debate.

Para mais informações, ver OEDT (2007a).

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 mais integrados na sociedade estão geralmente sub-representados nas estimativas.

Só há estimativas nacionais dos consumidores problemáticos de cocaína em relação à Itália, país onde o seu número foi estimado em cerca de 178 000 (entre 4,3 e 4,7 pessoas por cada 1 000 habitantes entre os 15 e os 64 anos), em 2009 ⁽⁸⁴⁾. Os dados das tendências relativas ao consumo problemático de cocaína e outras fontes de dados (por exemplo, utentes que iniciaram o tratamento) apontam para um aumento gradual do consumo problemático 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 é em grande medida um fenómeno urbano (Prinzleve e outros, 2004; Connolly e outros, 2008). Em Londres, o consumo de *crack* é considerado como uma componente importante do problema de droga da cidade. Só existem estimativas regionais sobre o consumo de cocaína *crack* em relação à Inglaterra (Reino Unido), onde se estimava existirem 189 000 consumidores problemáticos dessa substância em 2008/2009, um número que corresponde a 5,5 (5,4-5,8) casos por 1 000 habitantes com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos. Esses consumidores de *crack* também estavam registados, na sua maioria, como consumidores de opiáceos.

Procura de tratamento

É possível obter mais informações sobre o consumo problemático de cocaína a partir dos dados referentes ao número e às características das pessoas que iniciam o tratamento devido ao consumo de cocaína. Quase todos os utentes consumidores de cocaína registados são tratados em centros de tratamento em regime ambulatorio, embora alguns possam ser tratados em clínicas privadas relativamente às quais não há dados disponíveis. Muitos consumidores problemáticos de cocaína, porém, não procuram tratamento (Escot e Suderie, 2009; Reynaud-Maurupt e Hoareau, 2010).

⁽⁸⁴⁾ Ver quadro PDU-102 (parte i) no Boletim Estatístico de 2011.

A cocaína, principalmente a cocaína em pó, foi citada como principal razão para iniciar o tratamento por cerca de 17% de todos os casos notificados de utentes que iniciaram o tratamento em 2009. Entre os utentes que iniciam o tratamento pela primeira vez na vida, a percentagem de consumidores de cocaína como droga principal era mais elevada (23%).

Existem grandes diferenças entre países quanto à percentagem e ao número de utentes que têm a cocaína como droga principal, verificando-se as percentagens mais elevadas em Espanha (46%), nos Países Baixos (31%) e em Itália (28%). Na Bélgica, na Irlanda, em Chipre e no Reino Unido, os utentes consumidores de cocaína representam entre 11% e 15% dos utentes. Nos restantes países europeus, os consumidores de cocaína são responsáveis por 10% ou menos dos utentes do tratamento da toxicod dependência, sendo que seis países indicam uma percentagem inferior a 1% ⁽⁸⁵⁾. Globalmente, a Espanha, a Itália e o Reino Unido registam, em conjunto, quase 58 000 dos 72 000 utentes consumidores de cocaína referidos por 26 países europeus.

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. Segundo informações de 17 países que forneceram dados no período de 2004 a 2009, o número de utentes consumidores de cocaína que iniciaram o tratamento aumentou de cerca de 38 000 em 2004 para cerca de 55 000 em 2009. Ao longo do mesmo período, o número de consumidores de cocaína que iniciaram o tratamento da toxicod dependência pela primeira vez, aumentou em quase um terço, de cerca de 21 000 para 27 000 (com base nos dados fornecidos por 18 países).

Perfil dos utentes em tratamento ambulatorio

Os utentes que iniciaram tratamento em regime ambulatorio por consumo de cocaína como droga principal, incluindo cocaína em pó e cocaína crack, 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. A média de idades é mais elevada em França, em Itália e nos Países Baixos (35 anos). A idade média com que os consumidores de cocaína como droga principal dizem ter iniciado o consumo dessa droga é de 22,5 anos, comunicando 86% deles ter iniciado antes dos 30 anos. O intervalo de tempo

médio entre o primeiro consumo de cocaína e o primeiro tratamento é de cerca de nove anos. Quase um terço dos utentes consumidores de cocaína é comunicado pelo Reino Unido e o seu perfil difere do dos utentes de outros países que têm um número elevado destes utentes em tratamento: são, em média, mais jovens (31 anos), têm um rácio entre os géneros mais baixo (cerca de três homens por cada mulher) e apresentam um intervalo de tempo mais curto entre o primeiro consumo e o primeiro tratamento (cerca de sete anos).

A maioria dos utentes consumidores de cocaína afirma inalar (66%) ou fumar (29%) a droga como principal via de administração. Apenas 3% indicam o consumo injectável como principal via de administração e observou-se uma diminuição do consumo de cocaína injectada entre 2005 e 2009. Quase metade desses utentes consumiu a cocaína uma a seis vezes por semana no mês anterior ao início do tratamento, cerca de um quarto consumiu-a diariamente e o quarto restante não a consumiu ou consumiu-a apenas ocasionalmente durante esse período ⁽⁸⁶⁾. A cocaína é frequentemente consumida em associação com outras drogas, sobretudo álcool, *cannabis*, outros estimulantes e heroína. Uma análise aos dados relativos ao tratamento realizada em 14 países, em 2006, revelou que cerca de 63% dos utentes consumidores de cocaína como droga principal consomem várias drogas, mencionando problemas com pelo menos uma outra droga. A droga problemática adicional mais frequentemente citada foi o álcool, consumido por 42% dos utentes consumidores de cocaína, seguido pela *cannabis* (28%) e pela heroína (16%) (OEDT, 2009b). A cocaína também é muitas vezes mencionada como droga secundária ⁽⁸⁷⁾, e tem sido crescentemente referida por utentes de heroína como droga principal em Itália e nos Países Baixos.

A análise dos dados relativos ao início de tratamento revela que o problema do crack permanece limitado geograficamente na Europa. Em 2009, 10 540 utentes terão iniciado o tratamento em regime ambulatorio 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 ambulatorio. A maioria dos utentes consumidores de crack são notificados pelo Reino Unido, onde são cerca de 7 500 e representam 40% dos utentes consumidores de cocaína em tratamento e 6% de todos os consumidores de droga em centros de tratamento em regime ambulatorio. Nos Países Baixos são notificados 1 231 utentes consumidores de crack,

⁽⁸⁵⁾ Ver figura TDI-2 e quadros TDI-5 (parte i) e (parte ii) e TDI-24 no Boletim Estatístico de 2011; os dados relativos à Espanha referem-se a 2008.

⁽⁸⁶⁾ Ver quadro TDI-18 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2011.

⁽⁸⁷⁾ Ver quadro TDI-22 no Boletim Estatístico de 2011.

que representam 38% dos utentes consumidores de cocaína em tratamento e 12% de todos os consumidores de droga em tratamento ⁽⁸⁸⁾. É comum os consumidores de cocaína *crack* que iniciam o tratamento consumirem também heroína. No Reino Unido, por exemplo, cerca de 31% dos utentes que têm o *crack* como droga principal mencionaram a heroína como droga secundária e essa percentagem está a aumentar.

Tratamento e redução dos danos

Na Europa, o tratamento de problemas relacionados com o consumo de drogas tem estado tradicionalmente centrado na dependência de opiáceos. Contudo, a crescente preocupação de saúde pública em relação ao consumo de cocaína e cocaína *crack* levou a que, em muitos países se desse mais atenção à resposta aos problemas relacionados com essas drogas. Embora o tratamento da dependência de cocaína tenha principalmente lugar em centros especializados e em regime ambulatorio, há serviços específicos para consumidores de cocaína na Dinamarca, Irlanda, Itália, Áustria e Reino Unido. Também há alguma oferta de tratamento da dependência de cocaína em centros de cuidados de saúde primários. Actualmente, só a Alemanha e o Reino Unido fornecem orientações para o tratamento de problemas com o consumo de cocaína.

As principais opções de tratamento da dependência de cocaína são as intervenções psicossociais, incluindo as entrevistas de aumento da motivação, as terapias cognitivo-comportamentais, a formação em auto-controlo comportamental, as intervenções de prevenção de recaídas e o aconselhamento. Os grupos de auto-ajuda, como o Cocaine Anonymous também podem desempenhar um papel importante no processo de recuperação de pessoas com problemas de consumo de cocaína. O apoio por eles prestado pode ser conjugado com o tratamento formal.

Estudos sobre o tratamento da dependência da cocaína

Na Alemanha, Koerkel e Verthein (2010) avaliaram os efeitos da formação em auto-controlo comportamental na redução do consumo de heroína e cocaína entre pessoas dependentes. Concluiu-se que a formação tinha ajudado os participantes a reduzirem o consumo de ambas as substâncias e a manterem o consumo de droga nos níveis auto-definidos. Dois estudos recentes investigaram a eficácia dos programas de tratamento da toxicod dependência em Inglaterra. O Drug Treatment Outcomes Research Study (Estudo de Investigação dos Resultados do Tratamento da Toxicod dependência)

(Jones, A., e outros, 2009) concluiu que mais de metade dos utentes consumidores de cocaína deixou de consumir a droga três a cinco meses após o início do tratamento. Ao fim de um ano inteiro em tratamento, 60% estavam abstinentes. Foram comunicados resultados semelhantes relativamente aos consumidores de cocaína *crack* em tratamento em 12 serviços comunitários de Londres (Marsden e Stillwell, 2010).

Estão em curso numerosos ensaios aleatórios destinados a testar novos medicamentos para o tratamento da dependência de cocaína. Actualmente, há duas substâncias que suscitam alguma esperança. O dissulfiram, uma substância que interfere com o metabolismo do álcool, revelou-se promissora no tratamento da dependência de cocaína (Pani e outros, 2010a), estando agora a ser experimentada em conjunto com a terapia cognitivo-comportamental no tratamento da dependência de cocaína *crack* num estudo brasileiro. A vigabatrina, um medicamento antiepilético, foi testado em 103 mexicanos em liberdade condicional, com resultados positivos nos meses subsequentes, estando agora a ser testada em 200 doentes nos Estados Unidos. Nos Países Baixos, está a ser testada uma nova abordagem com rimonabant (um antagonista selectivo dos canabinóides, anteriormente utilizado como medicamento contra a obesidade). Além disso, estão a ser comparadas várias opções farmacoterapêuticas (topiramato, dextroamfetamina e modafinil) para a dependência de cocaína *crack*, num estudo controlado aleatoriamente, recentemente registado nos Países Baixos (Hicks e outros, 2011).

Vários outros ensaios produziram resultados fracos ou não significativos para a dependência de cocaína. O modafinil, um estimulante do sistema nervoso central, não teve melhores resultados do que o placebo no tratamento do consumo de cocaína (Anderson e outros, 2009). Tanto a naltrexona (um antagonista dos opiáceos) como a vareniciclina (utilizada para tratar o tabagismo) foram ensaiadas em doentes com múltiplas dependências de cocaína e álcool ou tabaco, mas não obteve resultados diferentes do placebo no que diz respeito ao consumo. A memantina (um medicamento para a doença de Alzheimer) foi experimentada em associação com a concessão de *vouchers* de incentivo, mas não teve mais êxito do que o placebo na redução do consumo de cocaína.

A gestão de contingência revelou-se eficaz independentemente da origem étnica (Barry e outros, 2009) e provou ser uma estratégia bem sucedida quando associada à prevenção de recaídas (McKay e outros, 2010). Num estudo espanhol, concluiu-se que a utilização

⁽⁸⁸⁾ Ver quadro TDI-115 no Boletim Estatístico de 2011.

de *vouchers* como incentivo, juntamente com o reforço comunitário, apoiava a abstinência entre os consumidores dependentes de cocaína (Garcia-Rodriguez e outros, 2009). Contudo, noutro estudo, a utilização de *vouchers* como incentivo revelou-se pouco eficaz para reforçar a abstinência durante períodos mais longos (Carpenedo e outros, 2010).

Outras intervenções com resultados promissores são o reforço da abstinência baseada no emprego, em que os utentes recebem formação em competências profissionais essenciais durante seis meses, seguidas de um ano de emprego, sujeitando-se a análises aleatórias de despistagem do consumo de cocaína. Outros métodos que estão a ser ensaiados para ajudar os consumidores a atingirem a abstinência são o treino da atenção plena (*mindfulness*) e a meditação integrativa. Alguns ensaios em curso nos Países Baixos pretendem reduzir a ânsia de droga com estimulação magnética transcraniana, uma técnica que tem sido utilizada para tratar doenças neurológicas e psiquiátricas.

Prosseguem as tentativas de desenvolvimento de uma vacina contra a cocaína. Um ensaio controlado aleatoriamente realizado nos Estados Unidos (Martell e outros, 2009) associou um derivado da cocaína a uma proteína da subunidade B da cólera, mas os resultados parecem ser demasiado fracos para se poder avançar com os estudos no terreno previstos, em Espanha e em Itália. O grupo de investigação americano está presentemente a recrutar 300 doentes para ensaiar uma versão alterada da vacina, devendo os resultados ser divulgados em 2014 (Whitten, 2010). Outro estudo procura desenvolver uma vacina que utilize um vírus da constipação comum como vector para estimular a reacção dos anticorpos, mas o modelo ainda não foi testado em seres humanos.

Redução dos danos

O consumo de cocaína e cocaína *crack* constitui um objecto relativamente novo para as intervenções de

redução dos danos e exige que as estratégias tradicionais sejam repensadas. Os Estados-Membros providenciam, habitualmente, aos consumidores de cocaína injectável os mesmos serviços e meios providenciados aos consumidores de opiáceos. Contudo, o consumo de cocaína injectada está associado a riscos específicos. Em especial, implica uma frequência potencialmente maior do consumo injectável, um comportamento caótico nesta matéria e um aumento dos comportamentos sexuais de risco. É necessário adaptar as recomendações de consumo mais seguro às necessidades deste grupo. Devido à elevada frequência com que a droga injectada pode ser consumida, o fornecimento de equipamentos esterilizados a esses consumidores não deve sofrer restrições, devendo antes basear-se na avaliação local dos padrões de consumo de cocaína e na situação social dos consumidores de droga injectada (Des Jarlais e outros, 2009).

Na Europa há poucos programas de redução dos danos especificamente destinados aos fumadores de cocaína *crack*. Apesar de polémicas, essas intervenções poderão ter potencial para reduzir o comportamento de consumo de droga injectada e partilha de cachimbos de droga mencionado pelos próprios consumidores (Leonard e outros, 2008), embora a sua eficácia global na redução da transmissão de vírus por via sanguínea exija um estudo mais aprofundado. Algumas salas de consumo de droga em três países (Alemanha, Espanha e Países Baixos) dispõem de equipamentos para inalação de drogas, incluindo cocaína. É também referida a distribuição esporádica de equipamentos de inalação higiénica, incluindo cachimbos de *crack* limpos ou «*kits de crack*» (tubo de vidro com boquilha, filtro metálico, bálsamo labial e toalhetes para as mãos), aos consumidores de droga que fumam cocaína *crack*, por alguns serviços de baixo limiar de exigência da Bélgica, Alemanha, Espanha, França, Luxemburgo e Países Baixos. Alguns desses serviços também fornecem folha de alumínio aos fumadores de heroína ou cocaína, em sete Estados-Membros da União Europeia.

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 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, após duas décadas de problemas, de um modo geral crescentes, observou-se na Europa uma diminuição do consumo de heroína e dos problemas a ele associados. Desde 2003-2004, porém, essa tendência tornou-se menos clara, havendo indicadores que sugerem um quadro mais estável ou misto. Além do consumo de heroína, as informações sobre o consumo de opiáceos sintéticos, como o fentanil, e o consumo injectável 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. Em alguns países do norte da Europa (por exemplo, Estónia, Finlândia e Noruega) é consumido fentanil, um opiáceo sintético, bem como substâncias análogas. 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, Lituânia e Polónia).

Produção e tráfico

A heroína consumida na Europa é maioritariamente produzida no Afeganistão, que é responsável pela maior

parte da produção ilícita mundial de ópio. Os outros países produtores são Mianmar, que abastece sobretudo os mercados do Leste e do Sudeste Asiático, o Paquistão e o Laos, seguido pela Colômbia e pelo México, considerados como os maiores fornecedores de heroína para os Estados Unidos (UNODC, 2011). Estima-se que a produção mundial de ópio tenha diminuído, depois de atingir um ponto alto em 2007, sobretudo devido a uma diminuição da produção afegã, de 6 900 toneladas em 2009 para cerca de 3 600 toneladas em 2010. A estimativa mais recente da possível produção mundial de heroína é de 396 toneladas, (ver quadro 10) abaixo

Quadro 10 – Produção, apreensões, preço e pureza da heroína

Produção e apreensões	Heroína
Estimativa da produção mundial (toneladas)	396
Quantidade apreendida a nível mundial (toneladas)	76
Quantidade apreendida (toneladas): UE e Noruega (incluindo Croácia e Turquia)	8 (24)
Número de apreensões: UE e Noruega (incluindo Croácia e Turquia)	56 000 (59 000)
Preço e pureza na Europa ⁽¹⁾	Heroína castanha (forma química de base)
Preço médio de venda a retalho (euros por grama) Variação (intervalo interquartilico) ⁽²⁾	23-135 (37,5-67,9)
Pureza média (%) Variação	13-37 (16,8-33,2)

NB: Todos os dados são relativos a 2009, excepto na estimativa da produção mundial que são referentes a 2010.

Fonte: UNODC (2011) 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 do hidrocloreto de heroína («branca»), esses dados não são apresentados no quadro, mas podem ser consultados nos quadros PPP-2 e PPP-6 no Boletim Estatístico de 2011.

⁽²⁾ Intervalo da metade central dos dados notificados.

dos níveis estimados de cerca de 667 toneladas em 2009 (UNODC, 2011).

A heroína chega à Europa principalmente por duas rotas de tráfico. A rota dos Balcãs, historicamente importante, traz a heroína produzida no Afeganistão através do Paquistão, do Irão e da Turquia, atravessando depois outros países de trânsito ou de destino, principalmente na Europa ocidental e meridional. A heroína também é traficada através da «rota da seda», que atravessa a Ásia Central em direcção à Rússia. Parte desta heroína é depois traficada através da Bielorrússia, da Polónia e da Ucrânia para outros destinos, como os países escandinavos, através da Lituânia (INCB, 2011a, 2010). Na União Europeia, os Países Baixos e, em menor grau, a Bélgica, desempenham um papel importante como pólos de distribuição secundários.

Produção e apreensões

As apreensões de ópio registadas a nível mundial mantiveram-se estáveis entre 2008 e 2009, de 657 para 653 toneladas respectivamente. O Irão foi responsável por quase 90% e o Afeganistão por cerca de 5% das apreensões. As apreensões mundiais de heroína notificadas mantiveram-se estáveis em 2009 (76 toneladas), enquanto as apreensões mundiais de morfina diminuíram para 14 toneladas (UNODC, 2011).

Na Europa, um número estimado de 59 000 operações levou à intercepção de cerca de 24 toneladas de heroína em 2009, dois terços das quais (16,1 toneladas) foram notificados pela Turquia. O Reino Unido (seguido pela Espanha) continuou a notificar o número de apreensões mais elevado⁽⁸⁹⁾. Os dados relativos aos anos de 2004 a 2009 de 28 países que forneceram informações indicam um aumento geral do número de apreensões. A tendência geral registada na quantidade de heroína apreendida na Turquia difere da observada na União Europeia, o que pode, em parte, dever-se a uma maior colaboração entre as instâncias de aplicação da lei da Turquia e da União Europeia. Enquanto a Turquia informava que a quantidade de heroína apreendida entre 2004 e 2009 tinha aumentado duas 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.

As apreensões mundiais de anidrido acético, utilizado no fabrico de heroína, depois de terem atingido um máximo de 200 000 litros em 2008, diminuíram para 21 000 litros

em 2009. Os valores relativos à União Europeia revelam uma tendência decrescente ainda mais forte: de um nível máximo de quase 150 800 litros apreendidos em 2008 para 866 litros em 2009. Em 2010, porém, a Eslovénia comunicou a apreensão de uma quantidade recorde de anidrido acético: 110 toneladas. O INCB (2011a) inseriu o êxito dos esforços da União para evitar o desvio deste precursor no contexto da conjugação das investigações de vários Estados-Membros da União Europeia e da Turquia.

Pureza e preço

Em 2009, a pureza média da heroína castanha analisada na maioria dos países que forneceram dados variou entre 16% e 32%; registaram-se valores médios inferiores na Áustria (apenas retalho, 13%), em França (14%) e valores mais elevados em Malta (36%), na Roménia (36%) e na Turquia (37%). Entre 2004 e 2009, a pureza da heroína castanha aumentou em quatro países, mantendo-se estável noutros quatro e diminuindo em três. A pureza média da heroína branca era geralmente mais elevada (25%-50%) nos três países europeus que apresentaram dados⁽⁹⁰⁾.

Grande quebra da produção de ópio no Afeganistão

Estima-se que a produção de ópio no Afeganistão em 2010, que foi de 3 600 toneladas, tenha diminuído para cerca de metade do nível atingido no ano anterior. Entre as causas sugeridas para esta importante redução da quantidade de papoilas dormideiras estão as condições meteorológicas desfavoráveis e a propagação do míldio das papoilas, uma infecção fúngica que afectou os campos de papoilas nas principais províncias onde estas são cultivadas, em particular Helmand e Kandahar (UNODC e MCN, 2010). O míldio não alterou significativamente a superfície cultivada, mas afectou a quantidade de ópio produzida.

A diminuição da produção também originou um aumento enorme dos preços do ópio registados na altura da colheita. O preço médio de um quilograma de ópio seco à porta das explorações agrícolas aumentou 2,6 vezes, de 64 dólares americanos em 2009 para 169 dólares em 2010 (UNODC e MCN, 2010). Simultaneamente, o preço médio da heroína no Afeganistão aumentou 1,4 vezes.

É possível que o preço do ópio não permaneça elevado por muito tempo. Um aumento dos preços ocorrido em 2004, quando a produção de ópio diminuiu devido a uma doença das plantas, durou menos de um ano (UNODC e MCN, 2010). É necessário acompanhar atentamente os efeitos da recente redução da produção de ópio nos mercados de consumo, em especial na Europa.

⁽⁸⁹⁾ Ver quadros SZR-7 e SZR-8 no Boletim Estatístico de 2011. Note-se que, quando não existem dados relativos a 2009, são utilizados os dados relativos a 2008 para calcular os totais europeus.

⁽⁹⁰⁾ Ver nos quadros PPP-2 e PPP-6 no Boletim Estatístico de 2011 dados relativos à pureza e ao preço.

O preço de venda a retalho da heroína castanha continuou a ser consideravelmente mais elevado nos países nórdicos do que no resto da Europa, comunicando a Suécia um preço médio de 135 euros por grama e a Dinamarca de 95 euros, em 2009. Em geral, o seu preço médio de venda a retalho variou entre 40 e 62 euros por grama em metade dos 18 países que forneceram informações. No período de 2004-2009, o preço de venda a retalho da heroína castanha diminuiu em metade dos 14 países europeus que comunicaram séries de tendências ao longo do tempo.

Consumo problemático de droga

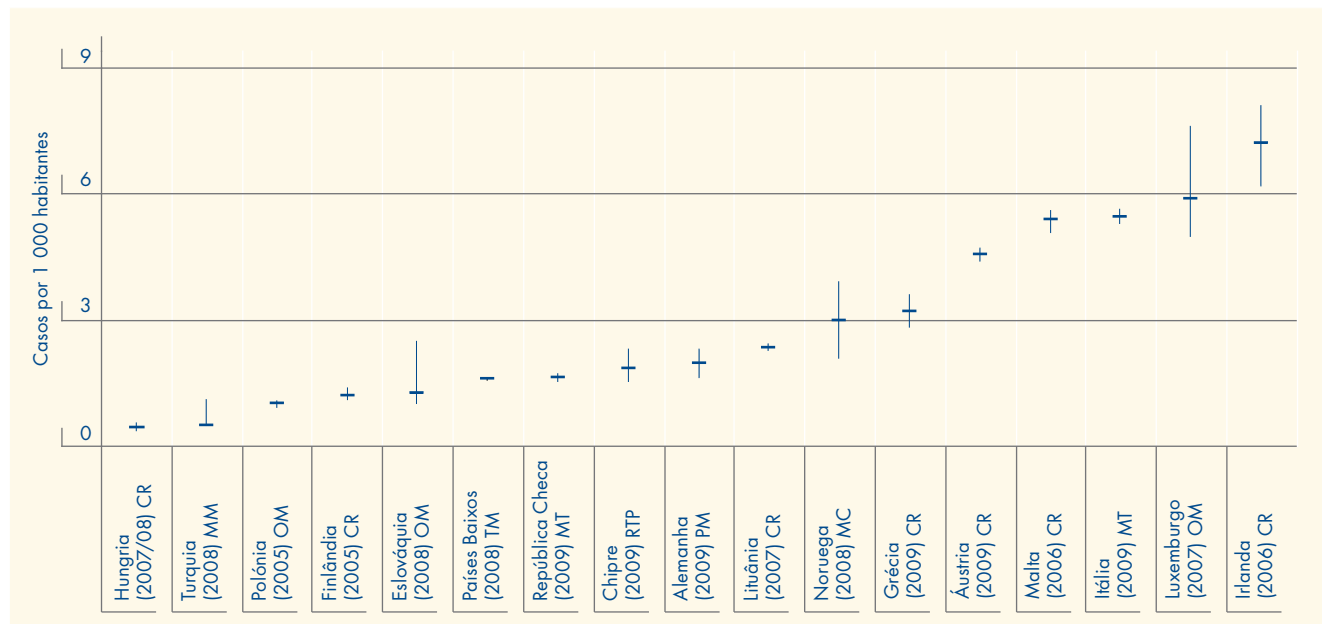
O consumo problemático de droga é definido pelo OEDT como «como consumo de droga injectada (CDI) ou consumo prolongado/regular de opiáceos, cocaína e/ou anfetaminas». O consumo de droga injectada e o consumo de opiáceos constituem o componente principal do problema na Europa, embora em alguns países os consumidores de anfetaminas ou de cocaína constituam componentes importantes. Importa também assinalar que estes consumidores problemáticos consomem, frequentemente, múltiplas drogas e que os valores relativos à prevalência são muito mais elevados nas zonas urbanas e entre os grupos socialmente excluídos.

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 toxicod dependência e dados fornecidos pelas autoridades responsáveis pela aplicação da lei). A prevalência global do consumo problemático de droga varia entre dois a dez casos por 1 000 habitantes entre os 15 e os 64 anos. Essas estimativas podem ter grandes margens de incerteza e limitações específicas. Por exemplo, embora os consumidores em tratamento sejam geralmente incluídos, os consumidores de droga que estejam na prisão, sobretudo aqueles que têm sentenças mais longas, podem estar sub-representados nas estimativas.

Consumo problemático de opiáceos

A maioria dos países europeus conseguem presentemente fornecer estimativas da prevalência do «consumo problemático de opiáceos». As estimativas variam entre um e oito casos por 1 000 habitantes entre os 15 e os 64 anos (figura 11). Os países que comunicam as estimativas mais elevadas, bem documentadas, do consumo problemático de opiáceos são a Irlanda,

Figura 11 — Estimativas da prevalência anual do consumo problemático de opiáceos (população com idades entre 15-64 anos)



NB: Um símbolo 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; MP, multiplicador polícia; OM, outros métodos. Para informações mais pormenorizadas, ver figura PDU-1 (parte ii) e quadro PDU-102 no Boletim Estatístico de 2011.

Fonte: Pontos focais nacionais da Reitox.

Itália, Luxemburgo e Malta, sendo as estimativas mais baixas mencionadas pela Eslováquia, Finlândia, Países Baixos, Polónia e República Checa. Apenas a Turquia e a Hungria mencionam valores inferiores a um caso por 1 000 habitantes entre os 15 e os 64 anos.

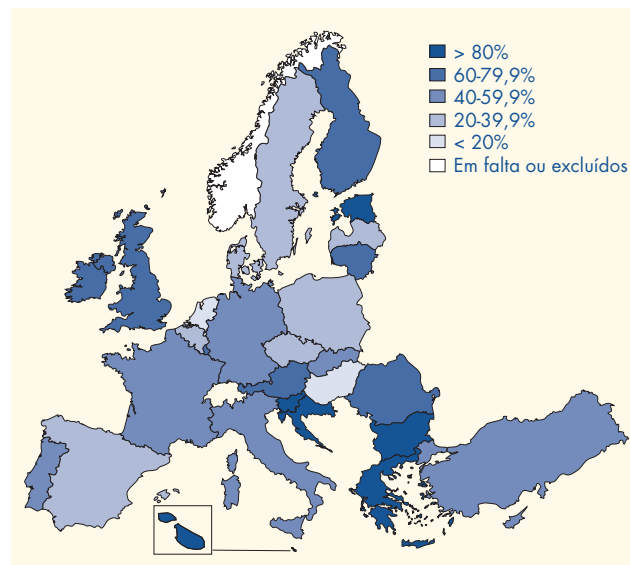
Estima-se que a prevalência média do consumo problemático de opiáceos na União Europeia e na Noruega, calculada com base em estudos nacionais, se situe entre 3,6 e 4,4 casos por 1 000 habitantes entre os 15 e os 64 anos, o que corresponde a cerca de 1,3 milhões (1,3-1,4 milhões) de consumidores problemáticos de opiáceos na União Europeia e na Noruega em 2009. As estimativas referentes aos países vizinhos da União são comparativamente elevadas, tendo a Rússia 16 casos por cada 1 000 habitantes com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (UNODC, 2009) e a Ucrânia 10 a 13 casos por 1 000 habitantes na mesma faixa etária (UNODC, 2010). São comunicadas estimativas da prevalência do consumo problemático de opiáceos superiores à média europeia noutras regiões do mundo desenvolvido, onde o número de casos por 1 000 habitantes com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos é de 6,3 na Austrália (Chalmers e outros, 2009), 5,0 no Canadá e 5,8 nos Estados Unidos (UNODC, 2010). As comparações entre países devem ser feitas com cautela, uma vez que as definições da população-alvo podem variar.

Consumidores de opiáceos que iniciam o tratamento

Os opiáceos, principalmente a heroína, são citados como sendo a droga principal que levou ao início do tratamento por cerca de 216 000 utentes, ou seja 51% das pessoas que em 2009 iniciaram um tratamento da toxicod dependência especializado em 29 países europeus. No entanto, existem diferenças consideráveis na Europa, representando os utentes consumidores de opiáceos mais de 80% das pessoas que iniciaram o tratamento em seis países e entre 60% e 80% em sete países, sendo que só dois dos restantes 16 países mencionam utentes consumidores de opiáceos correspondentes a menos de 20% dos utentes em início do tratamento (figura 12). Além disso, 30 000 consumidores de outras drogas (9% dos utentes) mencionaram os opiáceos como droga secundária ⁽⁹¹⁾.

Os consumidores de opiáceos que iniciam tratamento especializado têm, em média, 34 anos de idade, sendo os utentes do sexo feminino e os que iniciam o tratamento pela primeira vez mais jovens na maioria dos países.

Figura 12 — Consumidores que têm os opiáceos como droga principal em percentagem dos utentes que iniciaram o tratamento da toxicod dependência em 2009



NB: Dados expressos em percentagem dos utentes cuja droga principal de consumo é conhecida (92% dos utentes registados). Dados disponíveis em relação a 2009 ou a um ano mais recente. Os dados da Letónia, da Lituânia e de Portugal referem-se aos utentes que iniciaram o tratamento pela primeira vez na vida. Os consumidores que têm os opiáceos como droga principal podem estar subnotificados em alguns países, incluindo a Alemanha, Bélgica, a França e a República Checa, devido ao facto de muitos deles serem tratados por médicos de clínica geral e poderem não estar incluídos no indicador de procura de tratamento.

Fonte: Pontos focais nacionais da Reitox.

Na Europa, os utentes consumidores de opiáceos do sexo masculino são três vezes mais do que os do sexo feminino, registando-se rácios geralmente mais baixos entre homens e mulheres nos países do norte. De um modo geral, os consumidores de opiáceos que iniciam o tratamento mencionam taxas de desemprego mais elevadas, níveis inferiores de sucesso escolar e níveis mais elevados de patologias psiquiátricas do que os utentes que mencionam outras drogas de consumo principal ⁽⁹²⁾.

Quase metade desses utentes refere ter começado a consumir a droga antes dos 20 anos (47%) e a grande maioria antes dos 30 anos (88%). Os utentes consumidores de opiáceos referem um intervalo médio de nove anos entre o primeiro consumo da droga e o momento em que iniciaram o tratamento pela primeira vez, mencionando as utentes do sexo feminino um período de tempo mais curto (sete anos) ⁽⁹³⁾. O consumo da droga injectada é referido como modo de administração habitual por cerca de 40% dos utentes consumidores de opiáceos que iniciam o tratamento na Europa; os restantes

⁽⁹¹⁾ Ver figura TDI-2 (parte ii) e quadros TDI-5 e TDI-22 no Boletim Estatístico de 2011. Dados de centros de tratamento em regime ambulatório e em regime de internamento.

⁽⁹²⁾ Ver quadros TDI-10, TDI-12, TDI-13, TDI-21, TDI-32 e TDI-103 no Boletim Estatístico de 2011.

⁽⁹³⁾ Ver quadros TDI-11, TDI-33, TDI-106 (parte i) e TDI-107 (parte i) no Boletim Estatístico de 2011.

60% afirmam inalar ou fumar a droga. Quase dois terços dos utentes consumidores de opiáceos (64%) dizem ter consumido a droga diariamente no mês anterior ao início do tratamento ⁽⁹⁴⁾ e a maioria consome uma droga secundária, frequentemente álcool, *cannabis*, cocaína ou outros estimulantes. A combinação de heroína e cocaína (incluindo *crack*) é bastante comum entre os utentes, tanto injectadas em conjunto como consumidas separadamente.

Tendências do consumo problemático de opiáceos

Os dados de oito países com estimativas da prevalência repetidas durante o período de 2004-2009 sugerem uma situação relativamente estável. Com base numa amostra de 17 países europeus com dados disponíveis para o período de 2004-2009, conclui-se que houve um aumento global do número notificado de utentes que iniciaram um tratamento especializado da toxicod dependência na Europa, incluindo os que iniciaram o tratamento por consumo de heroína como droga principal (de 123 000 para 143 000). No entanto, este aumento pode dever-se, em grande medida, aos consumidores de heroína que reiniciam o tratamento e não aos que iniciam o tratamento pela primeira vez ⁽⁹⁵⁾. No caso destes últimos, o número de consumidores de heroína manteve-se quase estável (cerca de 32 000 numa amostra de 18 países) ⁽⁹⁶⁾. Os dados sobre as mortes induzidas pela droga no período de 2004-2009, as quais estão na sua maioria associadas ao consumo de opiáceos, estabilizaram ou aumentaram, na maioria dos países que forneceram dados, até 2008. Os dados provisórios relativos a 2009 indicam agora uma estabilização ou um decréscimo do número de mortes ⁽⁹⁷⁾.

Não obstante os indícios de uma situação globalmente estável, as características do problema da Europa com o consumo de opiáceos estão a mudar. Os utentes do tratamento que consomem opiáceos tornaram-se, em média, mais velhos, ao passo que a percentagem dos que injectam a droga diminuiu e a dos consumidores de outros opiáceos que não a heroína e dos consumidores de múltiplas drogas aumentou ⁽⁹⁸⁾.

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

Outros opiáceos que não a heroína

O consumo ilícito de outros opiáceos que não a heroína aumentou na Austrália, no Canadá, na Europa e nos Estados Unidos (SAMHSA, 2009). A maioria dessas substâncias é utilizada na prática médica, como analgésicos (morfina, fentanil, codeína, oxycodona e hidrocodona) ou como drogas de substituição no tratamento da dependência da heroína (metadona e buprenorfina). Tal como acontece com a heroína, o uso não médico das ditas substâncias pode originar vários efeitos adversos para a saúde, incluindo dependência, *overdose* e danos associados ao consumo injectável.

Na Europa, cerca de 5% (aproximadamente 20 000) dos utentes que iniciam o tratamento declaram ter como droga principal outros opiáceos que não a heroína. É o caso, em particular, da Estónia, onde 75% dos utentes mencionam o fentanil como droga principal de consumo, e da Finlândia, onde a buprenorfina é referida como droga principal de 58% dos utentes em início de tratamento. Outros países com percentagens significativas de utentes que mencionam a metadona, a morfina e outros opiáceos como droga principal são a Dinamarca, a França, a Áustria, a Eslováquia e a Suécia, onde os consumidores de outros opiáceos que não a heroína representam 7% a 17% dos utentes (!). A República Checa também comunica que os consumidores de buprenorfina constituíram mais de 40% dos consumidores problemáticos de opiáceos entre 2006 e 2009.

Os níveis de consumo ilícito de opiáceos podem estar relacionados com uma combinação de factores que incluem o mercado de droga e as práticas de prescrição. Por exemplo, uma diminuição da disponibilidade de heroína e um aumento do seu preço podem levar ao consumo de outros opiáceos, como se observou na Estónia com o fentanil (Talu e outros, 2010) e na Finlândia com a buprenorfina (Aalto e outros, 2007). Práticas de prescrição inadequadas também podem conduzir ao consumo ilícito de drogas opiáceas. A expansão do tratamento de substituição, acompanhada de falta de fiscalização, pode criar um mercado ilícito, enquanto a disponibilidade limitada deste tratamento e a prescrição de doses de substituição excessivamente baixas podem levar os consumidores a tomarem outras substâncias em automedicação (Bell, 2010; Roche e outros, 2011; Romelsjo e outros, 2010).

(!) Ver quadro TDI-113 no Boletim Estatístico de 2011.

overdoses. Na maioria dos países europeus, o consumo por via endovenosa está normalmente associado aos opiáceos, embora em alguns países esteja associado às anfetaminas.

⁽⁹⁴⁾ Ver quadros TDI-18 e TDI-111 no Boletim Estatístico de 2011.

⁽⁹⁵⁾ Ver figuras TDI-1 e TDI-3 no Boletim Estatístico de 2011.

⁽⁹⁶⁾ Ver quadros TDI-3 e TDI-5 no Boletim Estatístico de 2009 e 2011.

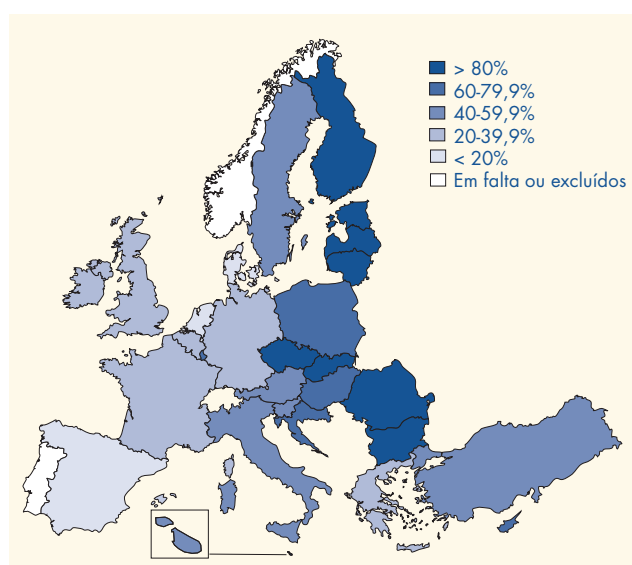
⁽⁹⁷⁾ Ver quadro DRD-2 (parte i) no Boletim Estatístico de 2011.

⁽⁹⁸⁾ Ver quadro TDI-113 no Boletim Estatístico de 2008, 2009, 2010 e 2011 e quadro TDI-114 no Boletim Estatístico de 2009. Dados disponíveis com discriminação por tipo de opiáceos relativamente aos anos de 2005 e 2009. Ver também OEDT (2010f).

Apenas 14 países conseguiram fornecer estimativas recentes da prevalência do consumo de droga injectada (⁹⁹). Os dados disponíveis sugerem grandes diferenças entre os países, variando as estimativas 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. Considerando estes 14 países em conjunto, calcula-se que existam cerca de 2,6 consumidores de droga injectada por 1 000 habitantes com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos. Para além dos consumidores de droga injectada activos, existe um grande número de ex-consumidores de droga injectada na Europa (Sweeting e outros, 2008), mas o seu número não é conhecido na maioria dos países da União Europeia.

Cerca de 41% dos consumidores de opiáceos como droga principal que iniciam tratamento especializado, principalmente consumidores de heroína, referem que consomem normalmente a droga na forma injectável. Os níveis de consumo injectável entre os consumidores de opiáceos variam consoante os países, entre 8% nos Países Baixos e 99% na Letónia e na Lituânia (figura 13), o que pode ser explicado por factores como o historial de consumo de heroína no país, o tipo de heroína disponível (branca ou castanha), o preço e a cultura de consumo.

Figura 13 — Consumo injectável como modo habitual de administração entre os consumidores que têm os opiáceos como droga principal e que iniciaram o tratamento em 2009



NB: Dados expressos em percentagem dos utentes cuja via de administração é conhecida. Dados disponíveis em relação a 2009 ou a um ano mais recente. Ver quadro TDI-5 (parte iii) e (parte iv) no Boletim Estatístico de 2011.

Fonte: Pontos focais nacionais da Reitox.

É difícil extrair conclusões quanto às tendências ao longo do tempo sobre a prevalência do consumo de droga injectada com base nas estimativas da prevalência repetidas devido à falta de dados e, em alguns casos, às grandes margens de incerteza das estimativas. Os dados disponíveis indicam uma diminuição global do consumo de opiáceos injectados, sobretudo de heroína, na Europa. Em alguns países, porém, os níveis de consumo injectável parecem ter permanecido relativamente estáveis (Grécia, Chipre, Hungria, Croácia e Noruega), enquanto a República Checa comunicou um aumento

Escassez de heroína na Europa?

Segundo os relatórios, a disponibilidade de heroína diminuiu acentuadamente no Reino Unido e na Irlanda, entre o final de 2010 e o início de 2011. Esta diminuição é confirmada por dados quantitativos que revelam um decréscimo considerável da pureza da heroína apreendida no Reino Unido entre o terceiro trimestre de 2009 e o terceiro trimestre de 2010 (UNODC, 2011).

A amplitude da escassez de heroína é menos clara noutros países europeus, embora os relatórios sugiram que ela se fez sentir na Eslovénia e nos Países Baixos. Outros Estados-Membros da União Europeia, incluindo a Alemanha, a França e os países escandinavos mencionam pouca ou nenhuma redução da disponibilidade de heroína.

Foram apresentadas várias razões para explicar a aparente falta de heroína. Em primeiro lugar, foi sugerido que se poderia dever à redução da produção de ópio no Afeganistão, causada pelo mildio das papoilas na Primavera de 2010. No entanto, essa explicação é discutível, dado que os relatórios policiais indicam que a heroína produzida a partir do ópio do Afeganistão só pode aparecer nos mercados de droga europeus cerca de 18 meses após a colheita. Um segundo argumento é o de que a heroína destinada à Europa Ocidental foi desviada para o mercado russo, mas a Rússia também parece estar a passar por uma situação de escassez de heroína. Foi igualmente sugerido que os esforços de aplicação da lei prejudicaram o tráfico, nomeadamente através do desmantelamento de redes de venda grossista de heroína que operavam entre a Turquia e o Reino Unido. Além disso, nos últimos anos (2007, 2008), verificou-se na Europa um número recorde de apreensões de anidrido acético, substância precursora da heroína, sendo possível que essas apreensões tenham afectado o mercado da droga durante um período mais longo. Por último, outros acontecimentos ocorridos no Afeganistão, como os violentos combates no sul do país e as acções policiais contra os laboratórios de heroína e as reservas de ópio, também podem estar a influenciar o fornecimento de heroína à Europa.

É provável que a conjugação de alguns destes factores tenha contribuído para perturbar o fornecimento de heroína à Europa, causando uma grave escassez em alguns mercados.

(⁹⁹) Ver figura PDU-2 no Boletim Estatístico de 2011.

dos consumidores de droga injectada, sobretudo de metanfetaminas, entre 2004 e 2009 ⁽¹⁰⁰⁾.

A maioria dos países europeus registou uma diminuição da percentagem de consumidores de droga injectada entre os utentes que têm a heroína como droga principal, entre 2004 e 2009. Os poucos países onde isto não aconteceu são os que referem as percentagens mais elevadas de consumidores de heroína entre os utentes em início do tratamento.

Tratamento do consumo problemático de opiáceos

Oferta e cobertura

O tratamento sem drogas e o tratamento de substituição estão disponíveis em todos os Estados-Membros da União Europeia, na Croácia, na Noruega e na Turquia. Na maioria dos países, o tratamento é realizado em regime ambulatorio, incluindo centros especializados, médicos de clínica geral e estruturas de redução de danos. Em alguns países, os centros de tratamento especializados em regime ambulatorio desempenham um papel importante no tratamento da dependência de opiáceos ⁽¹⁰¹⁾. Um pequeno número de países oferece tratamento assistido com heroína a um grupo específico de consumidores crónicos de heroína.

O tratamento sem drogas dos consumidores de opiáceos é normalmente antecedido de um programa de desintoxicação que lhes presta assistência farmacêutica para suportarem os sintomas físicos da abstinência. Esta abordagem terapêutica exige normalmente 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 (ou de reabilitação), dos quais muitos aplicam os princípios das comunidades terapêuticas ou o modelo Minnesota.

O tratamento de substituição, em geral integrado nos cuidados psicossociais, é normalmente oferecido em centros especializados de tratamento em regime ambulatorio. Catorze países comunicam que o tratamento de substituição também é prestado por médicos de clínica geral, normalmente convencionados pelos centros de tratamento especializados. O número total estimado de utentes consumidores de opiáceos a receber tratamento

de substituição na União Europeia, Croácia e Noruega foi de 700 000 utentes (690 000 nos Estados-Membros da União Europeia) em 2009, tendo registado um aumento em relação aos 650 000 em 2007 e aos cerca de 500 000 em 2003 ⁽¹⁰²⁾. A grande maioria dos tratamentos de substituição continua a ter lugar nos 15 Estados-Membros da União Europeia anteriores ao alargamento de 2004 (cerca de 95% do total), e o número de utentes continuou a aumentar nestes países entre 2003 e 2009 (figura 14). Os maiores aumentos neles observados ocorreram na Finlândia, onde o número de utentes em tratamento triplicou, bem como na Áustria e na Grécia, onde duplicou.

Nos 12 países que aderiram à União Europeia mais recentemente, o número de utentes em tratamento de substituição quase triplicou entre 2003 e 2009, de 6 400 para 18 000. Em relação ao ano de referência de 2003, pode observar-se um forte aumento em 2005-2007, mas desde então esse número pouco cresceu. Proporcionalmente, o tratamento de substituição nesses países, no referido período de seis anos, registou a sua maior expansão na Estónia (onde aumentou 16 vezes, de 60 para mais de 1 000 utentes, embora ainda só abranja 5% dos consumidores que injectam opiáceos) e na Bulgária (onde aumentou oito vezes), tendo também triplicado na Letónia. Os aumentos menos significativos foram comunicados pela Eslováquia e pela Hungria, tendo número de utentes na Roménia permanecido praticamente inalterado. O aumento da oferta de tratamento de substituição pode estar relacionado com diversos factores, nomeadamente: a resposta aos elevados níveis de consumo de droga injectada e a transmissão de VIH a ele associada; a harmonização com a estratégia da União Europeia em matéria de luta contra a droga e o financiamento de projectos-piloto por organizações internacionais como o Fundo Mundial e o UNODC.

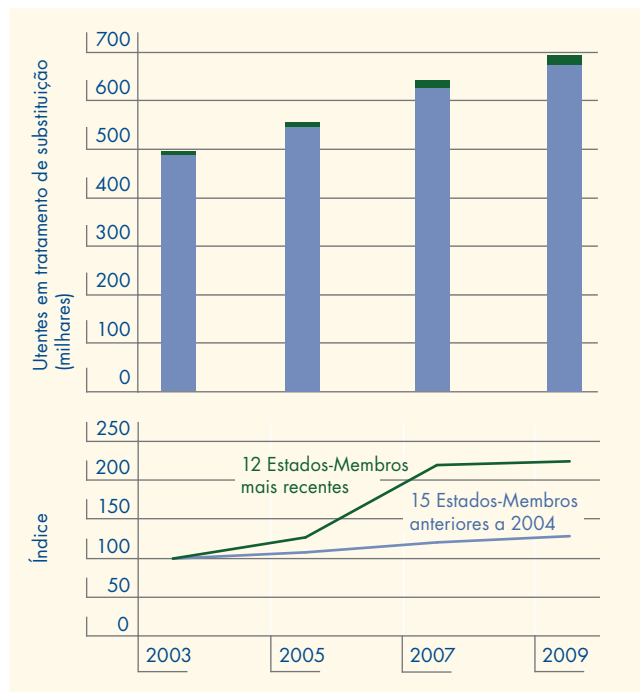
Uma comparação do número de utentes do tratamento de substituição com o número estimado de consumidores problemáticos de opiáceos sugere diferentes taxas de tratamento na Europa. Oito dos 16 países em relação aos quais existem estimativas fiáveis do número de consumidores problemáticos de opiáceos mencionam um número de tratamentos de substituição correspondente a 40% ou mais da população-alvo. Sete desses países são Estados-Membros da União Europeia pré-2004, sendo Malta o outro país com uma taxa de cobertura elevada. A taxa de tratamento atinge 37% nos Países Baixos e 32% na República Checa e na Hungria. Dos cinco países com níveis de cobertura inferiores a 30%,

⁽¹⁰⁰⁾ Ver quadro PDU-6 (parte iii) no Boletim Estatístico de 2011.

⁽¹⁰¹⁾ Ver quadro TDI-24 no Boletim Estatístico de 2011.

⁽¹⁰²⁾ Ver quadro HSR-3 no Boletim Estatístico de 2011.

Figura 14 — Utentes em tratamento de substituição de opiáceos nos 15 Estados-Membros anteriores a 2004 e nos 12 Estados-Membros da União Europeia mais recentes (números estimados e tendências indexadas)



NB: Para mais informações, ver figura HSR-2 no Boletim Estatístico de 2011.
 Fonte: Pontos focais nacionais da Reitox.

quatro são novos Estados-Membros. A exceção, neste grupo, é a Grécia, com uma cobertura estimada de 23% ⁽¹⁰³⁾.

Os países da Europa Central e Oriental afirmam estar a envidar esforços para melhorar o acesso, a qualidade e a oferta do tratamento de substituição. Em 2010, foram publicadas na Lituânia orientações clínicas para o tratamento da dependência de opiáceos com metadona e buprenorfina. Na Letónia, a disponibilidade geográfica do tratamento de substituição está a aumentar, havendo novos prestadores de serviços de tratamento fora da capital, Riga. Na República Checa, foi adoptada regulamentação relativa ao financiamento do tratamento de substituição de opiáceos no âmbito do sistema nacional de seguro de saúde. A falta de financiamento do tratamento de substituição é, todavia, referida como estando a limitar a cobertura geográfica na Polónia e a reduzir significativamente o número de vagas para tratamento disponíveis nos principais prestadores de serviços de tratamento de substituição na Bulgária, que não são organizações financiadas por fundos públicos.

Globalmente, estima-se que cerca de metade dos consumidores de opiáceos da União Europeia tenha acesso a tratamento de substituição, um nível comparável ao registado na Austrália e nos Estados Unidos, embora superior ao registado no Canadá. A China refere níveis muito mais baixos, enquanto a Rússia, apesar de ter o maior número estimado de consumidores problemáticos de opiáceos, ainda não introduziu este tipo de tratamento (ver quadro 11).

Na Europa, a metadona é o medicamento de substituição mais frequentemente prescrito, chegando a ser administrado a três quartos dos utentes. A buprenorfina é prescrita a um quarto, no máximo, dos utentes europeus do tratamento de substituição, sendo a principal droga de substituição em Chipre, França, Finlândia, República Checa, Suécia e Croácia ⁽¹⁰⁴⁾. A combinação buprenorfina-naloxona está disponível em 15 países. Os tratamentos com morfina oral de libertação lenta (ver *infra*), codeína (Alemanha e Chipre) e diacetilmorfina ⁽¹⁰⁵⁾ (Alemanha, Bélgica, Dinamarca, Espanha, Países Baixos e Reino Unido) constituem uma pequena percentagem dos tratamentos.

Para além dos medicamentos de substituição mais usados, a morfina oral de libertação lenta, que inicialmente foi licenciada para tratar a dor oncológica, é actualmente fornecida como droga alternativa para o tratamento de substituição da dependência de opiáceos na Áustria, Bulgária, Eslovénia e Eslováquia. Uma análise recente (Jegu e outros, 2011) de 13 estudos concluiu que os níveis de manutenção em tratamento pareciam ser suficientemente elevados com esta substância (80,6% a 95%) e em nada diferentes dos obtidos com a metadona. A maioria dos estudos demonstrou que

Quadro 11 — Comparação internacional das estimativas dos consumidores problemáticos de opiáceos e do número de utentes em tratamento de substituição de opiáceos

	Consumidores problemáticos de opiáceos:	Tratamento de substituição dos opiáceos
UE e Noruega	1 300 000	695 000
Austrália	90 000	43 000
Canadá	80 000	22 000
China	2 500 000	242 000
Rússia	1 600 000	0
Estados Unidos	1 200 000	660 000

NB: Ano: 2009, excepto Canadá (o ano de referência é 2003).
 Fonte: Arfken e outros (2010), Chalmers e outros (2009), Popova e outros (2006), UNODC (2010b), Yin e outros (2010).

⁽¹⁰³⁾ Ver figura HSR-1 no Boletim Estatístico de 2011.

⁽¹⁰⁴⁾ Ver quadro HSR-3 no Boletim Estatístico de 2011.

⁽¹⁰⁵⁾ Ver a caixa «Tratamento assistido com heroína», página 89.

a qualidade de vida, os sintomas de abstinência, a ânsia de droga e o consumo de drogas ilícitas melhoraram com a morfina, mas não foi efectuada qualquer comparação com outras drogas de substituição. Uma revisão sistemática de Cochrane, a publicar brevemente, poderá fornecer informações adicionais.

Tratamento assistido com heroína

O tratamento assistido com heroína é actualmente oferecido a cerca de 1 100 consumidores problemáticos crónicos de opiáceos em cinco Estados-Membros da União Europeia (Alemanha, Dinamarca, Espanha, Países Baixos e Reino Unido) e a 1 360 consumidores problemáticos de opiáceos na Suíça. Este tratamento não é proposto como uma opção de primeira linha, estando reservado a doentes que não tenham reagido a outras abordagens, como o tratamento de manutenção com metadona. Todas as doses injectáveis (normalmente, cerca de 200 miligramas de diamorfina por injeção) são tomadas sob vigilância directa, para garantir o cumprimento e a segurança e evitar eventuais desvios para o mercado ilícito, o que exige que as clínicas estejam abertas para a realização de várias sessões por dia, todos os dias do ano.

Nos últimos quinze anos, foram realizados seis ensaios clínicos aleatórios que analisaram os resultados e a relação custo-eficácia deste tipo de tratamento (ver OEDT, 2011a). Todos os ensaios incluíram pessoas cronicamente dependentes da heroína que foram repetidamente mal sucedidas noutras abordagens de tratamento, as quais foram aleatoriamente atribuídas ao tratamento assistido com heroína ou ao tratamento com metadona oral. Os estudos utilizaram diferentes métodos e variáveis dos resultados, pelo que as suas conclusões são apenas moderadamente coerentes. Em termos gerais, indicam que a heroína injectável sob vigilância, em paralelo com doses suplementares de metadona, tem um valor acrescentado no caso das pessoas que consomem opiáceos há muito tempo e que não obtiveram bons resultados com outras abordagens. Os doentes consomem menos drogas vendidas na rua e a sua saúde física e mental parece apresentar melhorias.

Estima-se que o tratamento assistido com heroína custe 19 020 euros por doente e por ano na Alemanha e 20 410 euros nos Países Baixos (ajustados aos preços de 2009). Este valor é substancialmente superior ao da administração de metadona oral a um paciente durante um ano, que segundo as estimativas custa 3 490 euros na Alemanha e 1 634 euros nos Países Baixos. A diferença de custo entre o tratamento assistido com heroína e o tratamento com metadona deve-se, em grande medida, ao facto de as clínicas especializadas necessitarem de contratar mais pessoal. Não obstante o seu custo mais elevado, foi demonstrado que o tratamento assistido com heroína é uma intervenção que tem uma boa relação custo-eficácia no caso de um grupo específico de consumidores crónicos de heroína (OEDT, 2011a).

Tratamento da dependência de opiáceos: eficácia e resultados

O tratamento de substituição de opiáceos associado a intervenções psicossociais é considerado a opção de tratamento mais eficaz para a dependência de opiáceos. Em comparação com a desintoxicação ou com a ausência de tratamento, os tratamentos com metadona ou com buprenorfina em altas doses revelam melhores taxas de permanência no tratamento e resultados significativamente 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 (OMS, 2009).

Vários estudos recentes debruçam-se sobre medicamentos que poderão complementar o tratamento de substituição. Duas revisões sistemáticas investigaram se os antidepressivos reduzem o abandono do tratamento por parte dos doentes que recebem metadona ou buprenorfina, mas não encontraram provas de eficácia (Pani e outros, 2010b; Stein e outros, 2010). Outro estudo demonstrou que uma única dose suplementar de metadona poderá contribuir para reduzir os problemas induzidos pela ânsia de droga entre os doentes estabilizados com metadona (Strasser e outros, 2010).

O antagonista dos receptores de opiáceos naltrexone é utilizado para prevenir as recaídas no consumo de opiáceos. Num ensaio em pequena escala, concluiu-se que os implantes de naltrexona eram mais eficazes do que a naltrexona oral para reduzir tanto a ânsia de droga como as recaídas (Hulse e outros, 2010). Um estudo entre reclusos recém-saídos da prisão revelou que os implantes de naltrexona permitiam obter uma redução do consumo de heroína e benzodiazepinas semelhante à obtida com metadona (Lobmaier e outros, 2010). Os implantes de buprenorfina, desenvolvidos para solucionar os problemas de não adesão ao tratamento e impedir o desvio desta substância, foram igualmente testados nos Estados Unidos em comparação com implantes de placebo. Um estudo preliminar revelou uma pequena diferença favorável aos implantes activos no que respeita à abstinência (Ling e outros, 2010) e a próxima fase consistirá em comparar estes implantes com outros tratamentos (O'Connor, 2010). Na Europa, um estudo finlandês está a testar se o fornecimento de suboxona num dispositivo electrónico que regista o consumo melhora a adesão ao tratamento e reduz o desvio dos medicamentos administrados domiciliariamente.

A investigação dos resultados do tratamento regista alguns resultados animadores. O Drug Treatment Outcome Research Study utilizou um período de

12 meses para avaliar os resultados do tratamento de 1 796 consumidores de droga recrutados em 342 serviços ⁽¹⁰⁶⁾ da Inglaterra (Jones, A., e outros, 2009). Entre os consumidores de heroína envolvidos nas

entrevistas de referência, 44% tinham deixado de consumir após o primeiro tratamento e 49% após o segundo, além de se terem verificado reduções consistentes em relação a todas as outras substâncias importantes avaliadas.

Tratamento de substituição oral durante a gravidez

É recomendado às grávidas dependentes de opiáceos que façam tratamento de substituição de opiáceos durante a gravidez. Embora muitas mulheres queiram deixar de consumir opiáceos quando descobrem que estão grávidas, é preferível evitar a abstinência de opiáceos durante a gravidez devido ao elevado risco de recaída no consumo de heroína e ao risco de os sintomas de abstinência causarem abortos espontâneos ou partos prematuros (OMS, 2009). Contudo, a exposição pré-natal à metadona também está associada à síndrome de abstinência neo-natal, que exige medicação e hospitalização.

A buprenorfina é uma alternativa à metadona no tratamento de manutenção e foi recentemente estudada numa amostra

de 175 grávidas dependentes de opiáceos inscritas num ensaio internacional controlado aleatoriamente (Jones, H., e outros, 2009a) levado a cabo em seis locais dos Estados Unidos, um do Canadá e um em Viena. As mulheres, recrutadas entre as 13 e as 30 semanas de gravidez, foram aleatoriamente designadas para receber metadona ou buprenorfina e acompanhadas, juntamente com os seus filhos recém-nascidos, durante seis meses após o parto. Tal como noutros estudos, a buprenorfina foi associada a uma taxa de abandono do tratamento (33%) superior à da metadona (18%), mas as crianças do grupo da buprenorfina pareciam necessitar de uma menor quantidade de morfina para tratar a síndrome de abstinência neo-natal e de menos dias de hospitalização. O estudo concluiu que, quando as grávidas se mantêm em tratamento, podem receber buprenorfina ou metadona para tratar a dependência de opiáceos durante a gravidez (Jones, H., e outros, 2009b).

⁽¹⁰⁶⁾ Tratamento baseado na comunidade (sobretudo de manutenção com metadona administrada oralmente) e tratamento residencial.



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 a 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 (Bargagli e outros, 2006; Degenhardt e outros, 2009)

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

O OEDT monitoriza sistematicamente a infecção por VIH e pelos vírus da hepatite B e C entre os consumidores de droga injectada⁽¹⁰⁷⁾. As doenças infecto-contagiosas de origem vírica figuram entre as consequências mais graves do consumo de droga para a saúde. Outras doenças infecciosas, incluindo as hepatites A e D, as doenças transmissíveis sexualmente, a tuberculose, o tétano, o botulismo, o antrax e o vírus linfotrópico

de células T humanas podem também afectar os consumidores de droga de uma forma desproporcionada.

VIH e sida

Em finais de 2009, o índice notificado 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 União Europeia afigura-se positiva tanto em relação ao contexto mundial como ao contexto mais amplo de toda a Europa (ECDC e OMS-Europa, 2010; Wiessing e outros) (figura 15). 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. Outros factores, como a diminuição do consumo de droga injectada que se tem registado em vários países, também poderão ter desempenhado um papel importante (OEDT, 2010g). O índice médio de novos casos diagnosticados nos 26 Estados-Membros da União Europeia que puderam fornecer dados relativos a 2009 diminuiu novamente, sendo de 2,85 por milhão de habitantes, com 1 299 novos casos⁽¹⁰⁸⁾. No entanto, em algumas regiões da Europa, os dados sugerem que a transmissão do VIH ligada ao consumo de droga injectada continuou em 2009, o que realça a necessidade de garantir a cobertura e a eficácia das práticas de prevenção locais.

Os dados disponíveis sobre a prevalência do VIH nas amostras de consumidores de droga injectada na União Europeia também são mais positivos do que os da prevalência registada nos países vizinhos do leste⁽¹⁰⁹⁾, embora as comparações entre países devam ser realizadas com cautela, devido às diferenças existentes nos métodos de estudo e na cobertura.

Tendências da infecção por VIH

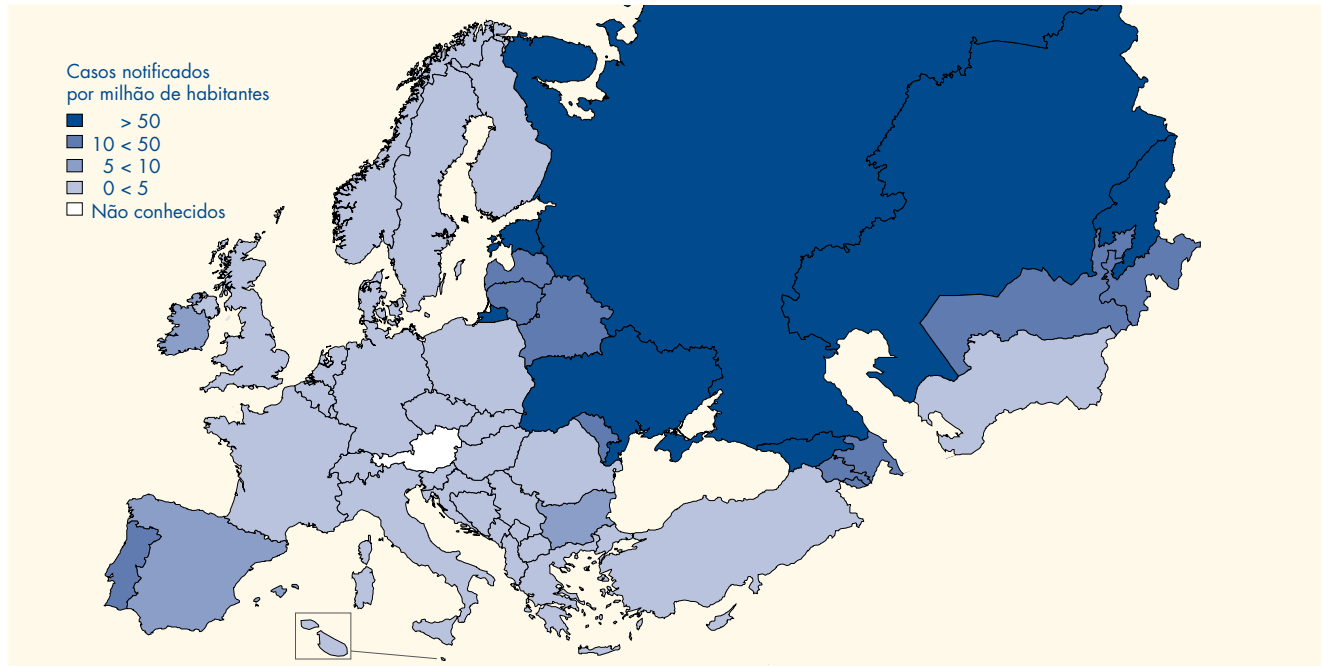
Os dados sobre casos recentemente diagnosticados relacionados com o consumo de droga injectada em

⁽¹⁰⁷⁾ Ver informações pormenorizadas sobre os métodos e as definições no Boletim Estatístico de 2011.

⁽¹⁰⁸⁾ Faltam os dados relativos à Áustria. A prevalência média é de 2,44 casos por milhão de habitantes nos Estados-Membros da União Europeia, Croácia, Noruega e Turquia.

⁽¹⁰⁹⁾ Ver quadro INF-1 no Boletim Estatístico de 2011.

Figura 15 — Novos casos de infecção por VIH diagnosticados em consumidores de droga injectada em 2009, na Europa e na Ásia Central



NB: A cor indica o índice por milhão de habitantes de novos casos de VIH diagnosticados em 2009, atribuídos ao grupo de risco dos consumidores de droga injectada.

Fontes: ECDC e OMS-Europa, 2010. Os dados russos provêm do Centro Federal Metodológico de Investigação sobre Prevenção e Luta contra a sida. Infecção por VIH. Boletim informativo n.º 34, p. 35, Moscovo, 2010 (em russo).

2009 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. Dos cinco países que referem os maiores índices de casos de infecção recentemente diagnosticados entre consumidores de droga injectada entre 2004 e 2009 (Espanha, Estónia, Letónia, Lituânia e Portugal) três mantiveram as suas tendências decrescentes, embora se tenha verificado um aumento na Estónia e na Lituânia (figura 16) ⁽¹¹⁰⁾. Na Estónia, o aumento foi de 26,8 casos por milhão em 2008 para 63,4 em 2009, e na Lituânia de 12,5 casos por milhão em 2008 para 34,9 por milhão em 2009. Ao longo do mesmo período, o índice de infecção entre consumidores de droga injectada na Bulgária também aumentou de 0,9 novos casos por milhão de habitantes em 2004 para 9,7 casos por milhão em 2009, enquanto na Suécia foi observado um máximo de 6,7 novos casos por milhão em 2007 (61 novos diagnósticos). Estes dados indicam que, em alguns países, subsiste a possibilidade de ocorrerem surtos de VIH entre os consumidores de droga injectada.

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 as tendências da prevalência no período de 2004-2009 em relação a 27 países europeus ⁽¹¹¹⁾. Em 19 deles, as estimativas da prevalência do VIH manteve-se inalterada. Em cinco países (Áustria, França, Itália, Polónia e Portugal) verificaram-se diminuições na prevalência do VIH; em três países as estimativas baseiam-se em amostras nacionais, enquanto em França a tendência se fundamenta em dados de cinco cidades. Na Áustria, a amostra nacional não revela alterações, mas em Viena observa-se um decréscimo. Dois países comunicam uma prevalência crescente do VIH: a Eslováquia (dados nacionais) e a Letónia (resultados de análises comunicados pelos próprios em sete cidades). Na Bulgária, o decréscimo a nível nacional não se faz sentir na capital (Sófia), onde a tendência é crescente. Em Itália, há uma tendência decrescente a nível nacional, apenas se registando um aumento numa das suas 21 regiões ⁽¹¹²⁾.

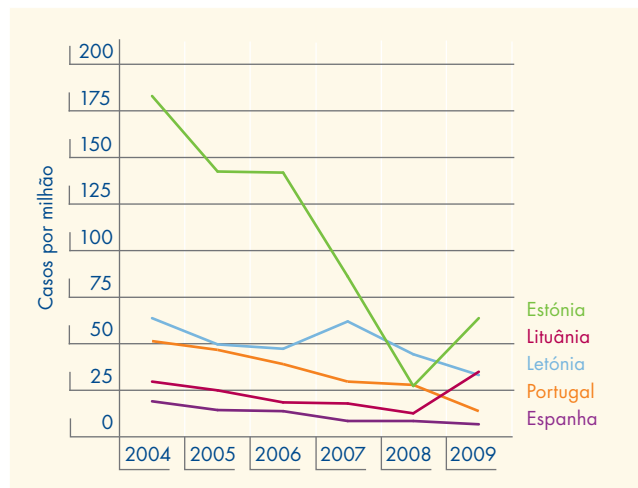
A comparação das tendências dos casos de infecção recentemente diagnosticados relacionados com o consumo de droga injectada com as tendências da prevalência do VIH entre os consumidores de droga

⁽¹¹⁰⁾ Os dados relativos à Espanha não têm cobertura nacional.

⁽¹¹¹⁾ Não há informação disponível sobre as tendências na Estónia, Irlanda e Turquia. Ver quadro INF-108 no Boletim Estatístico de 2011.

⁽¹¹²⁾ Os dados da Itália referem-se aos consumidores de droga em tratamento, desconhecendo-se se injectam ou não a droga, pelo que a diminuição da prevalência do VIH também poderá dever-se a uma diminuição do consumo de droga injectada entre a população submetida a análises.

Figura 16 — Tendências em cinco Estados-Membros da União Europeia com os mais elevados índices de infecção por VIH recentemente diagnosticados entre os consumidores de droga injectada



NB: Dados comunicados no fim de Outubro de 2010, ver figura INF-2 no Boletim Estatístico 2011.

Fonte: ECDC e OMS Europa, 2010.

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 geral decrescente desde 2004, o índice de novos casos de VIH diagnosticados, notificados (por milhão de habitantes) em 2009, relacionados com o consumo de droga injectada mantém-se relativamente elevado na Bulgária (9,7), na Estónia (63,4), na Letónia (32,7), na Lituânia (34,9) e em Portugal (13,4), indicando que continua a ocorrer uma quantidade considerável de novas infecções entre os consumidores de droga injectada nestes países⁽¹¹³⁾.

Outros indícios da continuação da transmissão de VIH são observados em seis países (Estónia, Espanha, França, Letónia, Lituânia, Polónia) com níveis de prevalência, superiores a 5%, entre amostras de jovens consumidores de droga injectada (com menos de 25 anos) no período de 2005-2007⁽¹¹⁴⁾, e em dois países (Bulgária, Chipre) onde a prevalência entre os jovens consumidores de droga injectada aumentou no período 2004-2009.

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 serem um fraco 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 global recente sugere que pode ser este o caso em alguns países europeus (Mathers e outros, 2010).

A Letónia é presentemente o país com maior incidência de sida relacionada com o consumo de droga injectada, estimando-se que tenha tido 20,8 casos novos por milhão de habitantes em 2009, o que constitui um decréscimo em relação aos 26,4 casos novos por milhão de habitantes registados em 2008. É também mencionada uma incidência relativamente elevada de sida entre jovens consumidores de droga injectada em Espanha, na Estónia, na Lituânia e em Portugal, com 7,3, 19,4, 6,6 e 6,0 casos novos por milhão de habitantes, respectivamente. Entre estes países, a tendência entre 2004 e 2009 foi decrescente em Espanha e em Portugal, mas não na Estónia e na Lituânia⁽¹¹⁵⁾.

Hepatites B e C

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 2008-2009 variaram entre 22% e 83%, referindo oito dos 12 países níveis superiores a 40%⁽¹¹⁶⁾. Três países (República Checa, Hungria e Eslovénia) comunicam uma prevalência inferior a 25%; 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 37% e 81% (figura 17).

Estudos recentes (2008-2009) revelam uma grande variação dos níveis de prevalência de VHC 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⁽¹¹⁷⁾. No entanto, estes estudos também sugerem que muitos consumidores de droga injectada contraem o vírus pouco depois de começarem a injectar-se.

⁽¹¹³⁾ Ver quadro INF-104 no Boletim Estatístico de 2011.

⁽¹¹⁴⁾ Ver quadro INF-109 no Boletim Estatístico de 2011.

⁽¹¹⁵⁾ Ver figura INF-1 e quadro INF-104 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2011.

⁽¹¹⁶⁾ Ver quadros INF-2 e INF-111 no Boletim Estatístico de 2011.

⁽¹¹⁷⁾ Ver figuras INF-112 e INF-113 e figura INF-6 (parte ii) e (parte iii) no Boletim Estatístico de 2011.

Isto significa que o lapso de tempo para introduzir medidas de prevenção do VHC pode ser muito curto.

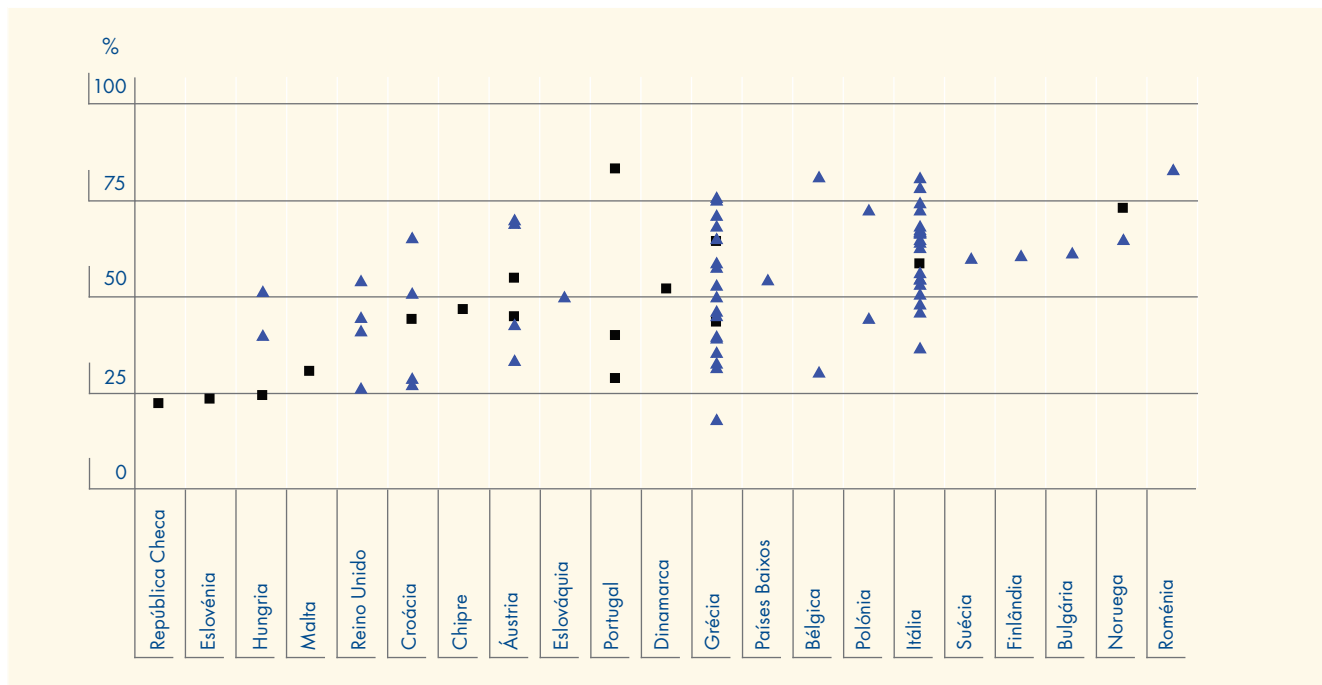
No período de 2004-2009, oito países registaram uma diminuição da prevalência do VHC entre os consumidores de droga injectada e um (Chipre) um aumento da prevalência, tendo outros quatro países comunicado tendências divergentes em diferentes conjuntos de dados. Todavia, há que encarar estes dados com prudência atendendo à cobertura geográfica limitada e/ou à pequena dimensão das amostras utilizadas em alguns estudos ⁽¹¹⁸⁾. Os estudos sobre jovens consumidores de droga injectada (com menos de 25 anos) sugerem, mais uma vez, que poderá estar a verificar-se uma diminuição da prevalência neste grupo a nível nacional (Bulgária, Eslovénia e Reino Unido) ou subnacional (Creta na Grécia, Vorarlberg na Áustria), o que poderá indicar um decréscimo das taxas de transmissão. Contudo, também são referidos alguns aumentos (Chipre, Graz na Áustria). Algumas destas tendências são confirmadas nos dados relativos aos novos consumidores de droga injectada (os que se injectam há menos de dois anos). Regista-se um aumento da prevalência do VHC entre os novos

consumidores de droga injectada na Grécia (Ática) e uma diminuição dessa prevalência na Áustria (Vorarlberg) e na Suécia (Estocolmo) ⁽¹¹⁹⁾.

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 marcador serológico mais informativo da infecção por VHB é o HBsAg (antigénio de superfície do vírus da hepatite), que indica uma infecção actual. Em 2004-2009, quatro dos catorze países que forneceram dados sobre este vírus entre os consumidores de droga injectada mencionaram estudos com níveis de prevalência do anti-HBc superiores a 5% (Bulgária, Grécia, Lituânia e Roménia) ⁽¹²⁰⁾.

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). Em média nos 20 países relativamente

Figura 17 — Prevalência de anticorpos de VHC entre os consumidores de droga injectada



NB: Dados relativos a 2007 e 2009. 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 2011.

Fonte: Pontos focais nacionais da Reitox.

⁽¹¹⁸⁾ Ver quadro INF-111 no Boletim Estatístico de 2011.

⁽¹¹⁹⁾ Ver quadros INF-112 e INF-113 no Boletim Estatístico de 2011.

⁽¹²⁰⁾ Ver quadro INF-114 no Boletim Estatístico de 2011.

A tuberculose entre os consumidores de droga

A tuberculose (TB) é uma doença bacteriana que, normalmente, ataca os pulmões e pode ser mortal. Em 2008, foram identificados, no total, 82 605 casos em 26 Estados-Membros da União Europeia e na Noruega, com taxas superiores a 20 casos por 100 000 habitantes na Bulgária (41,2), na Estónia (33,1) na Letónia (47,1), na Lituânia (66,8), em Portugal (28,7) e na Roménia (114,1) (ECDC, 2010). Na Europa, a doença está predominantemente concentrada em grupos de alto risco, como os migrantes, as pessoas sem-abrigo, os consumidores de droga e os reclusos. Devido à marginalização e ao estilo de vida, os consumidores de droga podem correr maiores riscos de contrair tuberculose do que a população em geral. O facto de se ter anticorpos de VIH cria um risco adicional de desenvolver tuberculose, que é 20 a 30 vezes maior, segundo as estimativas, do que entre as pessoas que não estão infectadas pelo VIH (OMS, 2010a).

Há poucos dados sobre a prevalência da tuberculose entre as populações de consumidores de droga. Na Europa, registam-se taxas elevadas de tuberculose activa (sintomática) entre os consumidores de droga em tratamento na Grécia (1,7%), Lituânia (3%) e Portugal (1%-2%), enquanto as análises sistemáticas realizadas nos centros de tratamento da toxicod dependência da Áustria, Eslováquia e Noruega não identificaram quaisquer casos.

A tuberculose pode ser eficazmente tratada nos toxicod dependentes, embora esse tratamento exija um regime terapêutico complexo, com pelo menos seis meses de duração. É essencial que o tratamento seja completado, dado que o organismo causador da doença depressa adquire tolerância aos medicamentos e desenvolve resistência ao tratamento. Para os consumidores problemáticos de droga, principalmente aqueles que têm estilos de vida caóticos, pode ser difícil aderir ao tratamento. É possível que as novas abordagens tendentes a reduzir a duração do tratamento consigam aumentar a probabilidade de este ser concluído com êxito.

aos quais há dados disponíveis para o período de 2004-2009, o consumo de droga injectada é responsável por 63% dos casos de VHC notificados e por 38% dos casos agudos, em que a categoria de risco é conhecida. Relativamente à hepatite B, os consumidores de droga injectada representam 20% dos casos notificados e 26% dos casos agudos. Estes dados confirmam que os consumidores de droga injectada continuam a constituir um importante grupo em risco de infecção de hepatite viral na Europa ⁽¹²¹⁾.

Outras infecções

Para além das infecções virais, os consumidores de droga injectada são vulneráveis a doenças bacterianas ⁽¹²²⁾.

O surto de antraz entre os consumidores de droga injectada na Europa (ver OEDT, 2010a) pôs em evidência um problema que afecta permanentemente os consumidores de droga injectada, muito vulneráveis a doenças graves causadas por bactérias formadoras de esporos. Um estudo europeu reuniu dados sobre os casos notificados de quatro infecções bacterianas (botulismo, tétano, *Clostridium novyi* e antraz) em consumidores de droga injectada, na última década. No período de 2000-2009, seis países notificaram 367 casos, com índices que variavam entre 0,03 e 7,54 casos por milhão de habitantes. A maioria dos casos de infecção (92%) foi comunicada por três países do noroeste da Europa: Irlanda, Reino Unido e Noruega. Não se conhecem as causas desta variação geográfica, que necessita de uma investigação mais aprofundada (Hope e outros, no prelo).

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 procuram prevenir e controlar a propagação das doenças infecto-contagiosas entre os consumidores de droga através de uma combinação de várias abordagens, nomeadamente: vigilância, vacinação e tratamento das infecções, tratamento da toxicod dependência, em particular tratamento de substituição de opiáceos, fornecimento de equipamento de injeção esterilizado; e actividades baseadas na comunidade, que providenciam informação, educação, intervenções comportamentais, muitas vezes realizados através de serviços de proximidade ou de estruturas de redução de danos. 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 ONU-sida, 2009).

Intervenções

A eficácia do tratamento de substituição dos opiáceos na redução da transmissão do VIH, bem como dos comportamentos de risco em matéria de consumo injectável mencionados pelos próprios consumidores, foi confirmada por vários estudos e análises. Há indícios crescentes de que a combinação do tratamento de substituição dos opiáceos com os programas de

⁽¹²¹⁾ Ver quadros INF-105 e INF-106 no Boletim Estatístico de 2011.

⁽¹²²⁾ Ver caixa «A tuberculose entre os consumidores de droga», nesta página.

Prevenção das infeções entre os consumidores de droga injectada: orientações conjuntas do ECDC-OEDT

Em 2011, o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC) e o OEDT publicaram orientações conjuntas sobre a prevenção e o controlo das doenças infecto-contagiosas entre os consumidores de droga injectada. As orientações fornecem uma panorâmica global da eficácia das intervenções, nomeadamente de medidas como o fornecimento de seringas limpas e outros equipamentos de injeção, e do tratamento da toxicod dependência, incluindo terapia de substituição dos opiáceos, vacinas, análises e tratamento de infeções entre os consumidores de droga. As orientações analisam os modelos de prestação de serviços e as informações e mensagens pedagógicas mais adequadas para esta população.

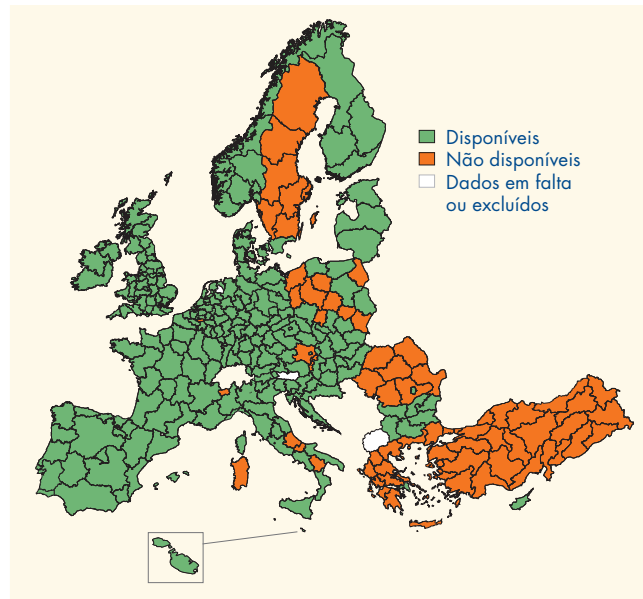
Esta publicação está disponível em versão impressa e no sítio do OEDT apenas em inglês.

troca de agulhas e seringas é mais eficaz na redução da incidência do VIH ou do VHC e dos referidos comportamentos de risco do que cada uma dessas abordagens tomada isoladamente (ECDC e OEDT, 2011).

Com base nas recentes melhorias no tratamento da hepatite C, muitos países estão agora a intensificar esforços para prevenir, detectar e tratar a hepatite entre os consumidores de droga. A União Europeia está a apoiar várias iniciativas que visam melhorar a prevenção da hepatite C entre os consumidores de droga. Entre essas iniciativas, figuram as seguintes: inventariação das normas e orientações nacionais para prevenção do VHC na União Europeia (Zurhold, 2011); compilação de exemplos de intervenções de sensibilização, tratamento e assistência (Correlation Project e EHRN, 2010); elaboração de materiais de formação para decisores políticos, profissionais de saúde e prestadores de serviços a nível local (por exemplo, Hunt e Morris, 2011).

A distribuição de seringas gratuitas e limpas, organizada através de centros especializados ou de farmácias, existe em todos os países menos na Turquia, mas não obstante a considerável expansão ocorrida nas duas últimas décadas, as informações sobre a cobertura geográfica revelam a existência de desequilíbrios, referindo vários países da Europa Central e Oriental, bem como a Suécia, falta de disponibilidade em algumas zonas (ver figura 18).

Figura 18 — Disponibilidade geográfica dos programas de troca de agulhas e seringas a nível regional



NB: Regiões definidas segundo a Nomenclatura das Unidades Territoriais Estatísticas (NUTS), nível 2; para mais informações ver o sítio do Eurostat.

Fonte: Ver quadro HSR-4 no Boletim Estatístico de 2011.

Dados recentes sobre a distribuição de seringas por programas especializados de troca de agulhas e seringas em 2007-2008 estão disponíveis para todos os países excepto três e estão incompletos em outros dois⁽¹²³⁾. Esses dados mostram que são distribuídos quase 50 milhões de seringas por ano através destes programas, o que corresponde a uma média de 94 seringas por cada consumidor de droga injectada estimado nos países que forneceram dados sobre a distribuição de seringas.

Relativamente a 13 países europeus é possível calcular o número médio de seringas distribuídas por ano e por consumidor de droga injectada⁽¹²⁴⁾. Em sete desses países, o número médio de seringas distribuídas pelos programas especializados é equivalente a menos de 100 por consumidor de droga injectada, quatro países distribuem entre 100 e 200 seringas, e o Luxemburgo e a Noruega mencionam a distribuição de mais de 200 seringas por consumidor⁽¹²⁵⁾. 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 ONU-sida, 2009).

⁽¹²³⁾ Ver quadro HSR-5 no Boletim Estatístico de 2011. Não estavam disponíveis dados sobre o número de seringas distribuídas na Dinamarca, Alemanha e Itália nos anos de 2007-2009. Os dados relativos aos Países Baixos só abrangem Amsterdão e Roterdão, e os dados sobre o Reino Unido não incluem a Inglaterra.

⁽¹²⁴⁾ Ver figura HSR-3 no Boletim Estatístico de 2011.

⁽¹²⁵⁾ 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.

Nos últimos quatro anos de que existem informações (2005-2009) o número total de seringas distribuídas pelos programas de troca de seringas aumentou 32%. Uma análise sub-regional das tendências relativas à distribuição de seringas revela que esse aumento abrandou nos Estados-Membros pertencentes à União Europeia antes de 2004 e se intensificou nos Estados-Membros mais recentes.

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 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 recorrente (por exemplo, problemas cardiovasculares nos consumidores de cocaína) ⁽¹²⁶⁾.

Mortes induzidas pela droga

As estimativas mais recentes sugerem que em 2009 se registaram cerca de 7 630 mortes induzidas pela droga nos Estados-Membros da União Europeia e na Noruega, mostrando uma estabilização relativamente aos 7 730 casos notificados em 2008 ⁽¹²⁷⁾. É provável que os números sejam conservadores, uma vez que os dados nacionais podem ser afectados pela subnotificação ou a sub-verificação das mortes induzidas pela droga. Poucos países avaliaram a magnitude da subestimação nos seus dados nacionais.

No período de 1995 a 2008, os Estados-Membros da União Europeia e a Noruega notificaram entre 6 300 e 8 400 mortes induzidas pela droga por ano. Em 2008, o ano mais recente em que existem dados disponíveis

para quase todos os países, mais de metade das mortes induzidas pela droga notificadas referia-se a dois países, a Alemanha e o Reino Unido, que em conjunto com a Espanha e a Itália, registaram dois terços dos casos notificados (5 075).

Em relação a 2009, a mortalidade média causada por *overdoses* na União Europeia é estimada em 21 mortes por milhão de habitantes com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos, comunicando a maioria dos países taxas de 4 a 59 mortes por milhão de habitantes (figura 19). Encontram-se taxas superiores a 20 mortes por milhão de habitantes em 13 de 28 países europeus e superiores a 40 mortes por milhão de habitantes em sete países. Entre os europeus dos 15 aos 39 anos, as *overdoses* de droga foram responsáveis por 4% do total de mortes ⁽¹²⁸⁾.

O número notificado 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 aprovada pelo OEDT ⁽¹²⁹⁾. No entanto, as comparações entre países exigem prudência porque subsistem diferenças quanto à metodologia utilizada na notificação e às fontes de dados.

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 22 países que forneceram dados relativos a 2008 ou 2009, os opiáceos foram responsáveis pela grande maioria dos casos: mais de 90% em cinco países e entre 80% e 90% noutros 12. 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 ocorre num contexto de policonsumo de drogas, de acordo com uma análise das mortes relacionadas com o consumo de droga na

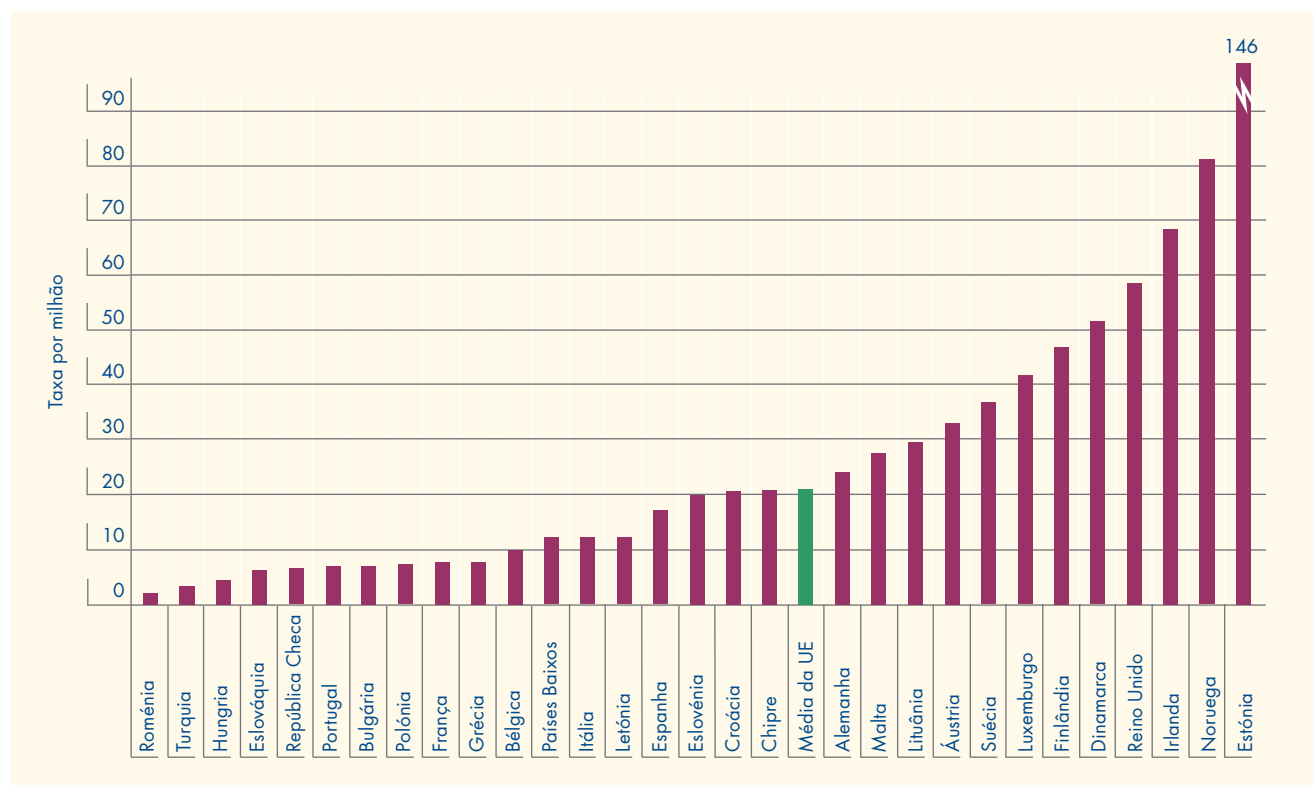
⁽¹²⁶⁾ Ver «Mortalidade relacionada com o consumo de droga: um conceito complexo» no Relatório Anual 2008.

⁽¹²⁷⁾ A estimativa europeia baseia-se em dados de 2009 relativos a 17 dos 27 Estados-Membros e à Noruega, em dados de 2008 relativos a nove países e em dados projectados relativos a um país. A Bélgica foi excluída por não ter dados disponíveis. Para mais informações, ver quadro DRD-2 (parte i) no Boletim Estatístico de 2011.

⁽¹²⁸⁾ Ver figura DRD-7 (parte i) e quadros DRD-5 (parte ii) e DRD-107 (parte i) no Boletim Estatístico de 2011.

⁽¹²⁹⁾ Ver informações metodológicas pormenorizadas no Boletim Estatístico de 2011 e os indicadores-chave no sítio Mortalidade relacionada com o consumo de drogas.

Figura 19 — Taxas de mortalidade estimadas na população adulta (15-64 anos) devido a mortes induzidas pela droga



NB: Para mais informações, ver figura DRD-7 no Boletim Estatístico de 2011.
 Fonte: Pontos focais nacionais da Reitox.

Escócia no período 2000-2007. Esta análise revelou que a presença de heroína e álcool estava positivamente associada às mortes, sobretudo entre os homens mais velhos. Entre os homens cujas mortes foram relacionadas com a heroína, o álcool estava presente em 53% dos que tinham 35 anos ou mais, mas em apenas 36% dos que tinham menos de 35 anos (Bird e Robertson, 2011; ver também GROS, 2010).

Os homens são os mais atingidos pelas mortes por *overdose* registadas na Europa (81%). Globalmente, ocorrem cerca de quatro casos com homens para cada caso com uma mulher (variando o rácio entre 1,4 para 1 na Polónia e 31 para 1 na Roménia) ⁽¹³⁰⁾. Nos Estados-Membros que aderiram mais recentemente à União Europeia, a probabilidade de as mortes induzidas pela droga envolverem homens e pessoas mais jovens é maior do que nos Estados-Membros anteriores a 2004 e na Noruega. Os padrões diferem consoante as regiões da Europa, com percentagens mais elevadas de homens nos países do sul (Chipre, Grécia, Hungria, Itália, Roménia e Croácia) e na Estónia, Letónia e Lituânia. A Dinamarca,

os Países Baixos, a Suécia e a Noruega referem percentagens superiores de casos com pessoas mais velhas. 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 de mais idade. Globalmente, 12% das mortes por *overdose* notificadas na Europa vitimam pessoas com menos de 25 anos ⁽¹³¹⁾.

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. Encontram-se associados outros factores às *overdoses*, nomeadamente o consumo excessivo esporádico de droga, a co-morbilidade, a situação de sem-abrigo, problemas de saúde mental (por exemplo, depressão e intoxicação intencional), não estar em tratamento de toxicodependência, a ocorrência de

⁽¹³⁰⁾ 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 2011.

⁽¹³¹⁾ Ver figuras DRD-2 e DRD-3 e quadro DRD-1 (parte i) no Boletim Estatístico de 2011.

experiências anteriores de *overdose* e o facto de a pessoa se encontrar sozinha na altura (Rome e outros, 2008). O período imediatamente a seguir à saída da prisão (OMS, 2010a) ou à alta do tratamento da toxicoddependência foi identificado como tendo um risco particularmente elevado no que respeita às *overdoses*, como é referido em vários estudos longitudinais.

Outros opiáceos

Para além da heroína, são referidos vários outros opiáceos nos relatórios toxicológicos, incluindo a metadona ⁽¹³²⁾ e a buprenorfina. As mortes causadas por intoxicação com buprenorfina são pouco frequentes e mencionadas por muito poucos países, apesar da sua crescente utilização

A metadona e a mortalidade

Com um número estimado de 700 000 consumidores de opiáceos em tratamento de substituição, drogas como a metadona começaram recentemente a suscitar atenção no que diz respeito às mortes induzidas pela droga. A metadona é frequentemente citada nos relatórios toxicológicos de mortes relacionadas com o consumo de droga e, por vezes, identificada como causa de morte. Apesar disso, os dados actualmente disponíveis são peremptórios quanto aos benefícios de um tratamento de substituição de opiáceos devidamente regulamentado e supervisionado, associado a intervenções de assistência psicossocial, para manter os doentes em tratamento e reduzir o consumo ilícito de opiáceos, bem como a mortalidade.

Os estudos de observação concluem que a taxa de mortalidade dos consumidores de opiáceos em tratamento com metadona corresponde, aproximadamente, a um terço da taxa dos que não estão a fazer tratamento. A duração deste último é um factor importante, uma vez que os estudos recentes mostram que o tratamento de substituição de opiáceos tem uma probabilidade superior a 85% de reduzir a mortalidade global entre os consumidores de opiáceos, se estes permanecerem em tratamento durante 12 meses ou mais (Cornish e outros, 2010). Os benefícios em termos de sobrevivência aumentam com a exposição cumulativa ao tratamento (Kimber e outros, 2010). Além disso, a metadona parece reduzir em cerca de 50% o risco de infecção por VIH, em comparação com a abstinência ou a ausência de tratamento (Mattick e outros, 2009). No que respeita às mortes relacionadas com a metadona na população, um estudo recentemente realizado na Escócia e na Inglaterra concluiu que à introdução do doseamento supervisionado de metadona se seguiu uma diminuição substancial das mortes com envolvimento dessa droga. Entre 1993 e 2008, as mortes causadas por *overdoses* relacionadas com a metadona reduziram-se pelo menos quatro vezes, por quantidade de metadona prescrita, num contexto de expansão do tratamento (Strang e outros, 2010).

no tratamento de substituição na Europa. 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 consumida por via injectável. Este facto foi comprovado por um relatório finlandês recente, que investigou as drogas detectadas em casos de intoxicação acidental e que indicou a presença de benzodiazepinas em quase todos (38/40) os casos em que a buprenorfina foi identificada como principal causa de morte. O álcool também foi identificado como sendo um factor importante em 22 de 40 casos (Salasuo e outros, 2009). Na Estónia, na sua maioria, as mortes induzidas pela droga notificadas em 2009 deveram-se, tal como em anos anteriores, ao consumo de 3-metilfentanil.

Mortes relacionadas com o consumo de outras drogas

As mortes causadas por intoxicação aguda por cocaína afiguram-se relativamente invulgares (OEDT, 2010a) Porém, as mortes induzidas por *overdoses* de cocaína são mais difíceis de definir e de identificar do que as relacionadas com os opiáceos, e podem estar subnotificadas (ver capítulo 5).

Em 2009, foram notificadas cerca de 900 mortes relacionadas com a cocaína em 21 Estados-Membros. Devido à falta de comparabilidade dos dados disponíveis, é difícil traçar uma tendência europeia. Os dados mais recentes relativos à Espanha e ao Reino Unido, os dois países com níveis mais elevados de prevalência do consumo de cocaína, indicam uma diminuição das mortes relacionadas com a droga: em Espanha, de 25,1% dos casos notificados com cocaína (e sem opiáceos) em 2007 para 19,3% em 2008; e no Reino Unido, de 12,7% em 2008 para 9,6% em 2009. A cocaína muito raramente é identificada como sendo a única substância envolvida numa morte induzida pela droga.

Uma análise internacional recente sobre a mortalidade entre os consumidores de cocaína concluiu que há poucos dados sobre a real dimensão da elevada mortalidade registada entre consumidores problemáticos ou dependentes de cocaína (Degenhardt e outros, 2011). A análise debruçou-se sobre as conclusões de três estudos de acompanhamento europeus: um estudo francês com pessoas detidas por infracções relacionadas com a cocaína; um estudo holandês com consumidores de cocaína injectada recrutados através das estruturas de redução de danos; e um estudo italiano com pessoas dependentes da cocaína em tratamento. As taxas de mortalidade brutas indicadas nesses estudos variavam entre 0,54 e 4,6 por 100 pessoas-anos. Um estudo de coorte dinamarquês recente, com pessoas em tratamento

⁽¹³²⁾ Ver caixa «A metadona e a mortalidade», nesta página.

por consumo de cocaína, revelou um risco de mortalidade 6,4 superior ao que enfrentam os seus pares da mesma idade e sexo, na população em geral (Arendt e outros, 2011).

A notificação de mortes em que o *ecstasy* (MDMA) está presente é pouco frequente e, em muitos destes casos, a droga não foi identificada como causa directa da morte⁽¹³³⁾. Em 2009, foram notificadas mortes eventualmente relacionadas com o consumo de catinonas, na Finlândia (MDPV) e em Inglaterra (mefedrona) (ver capítulo 8).

Tendências das mortes induzidas pela droga

As mortes induzidas pela droga aumentaram nitidamente 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⁽¹³⁴⁾. Entre 2000 e 2003, a maioria dos Estados-Membros da União Europeia comunicou uma diminuição, seguida de um aumento subsequente das mortes entre 2003 e 2008. Os dados preliminares disponíveis para 2009 sugerem um valor global igual ou ligeiramente inferior ao do ano anterior. Nos casos em que é possível estabelecer comparações, o número de mortes notificadas diminuiu em alguns dos países de maior dimensão, incluindo a Alemanha, a Itália e o Reino Unido.

É difícil explicar por que razão o número de mortes induzidas pela droga notificadas se mantém constante ou crescente, 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 danos. Explicações possíveis são, nomeadamente, maiores níveis de policonsumo de droga (OEDT, 2009b) 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 mais vulneráveis.

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. As mortes indirectamente relacionadas com o consumo de droga são difíceis de quantificar, mas o seu impacto na saúde pública pode ser considerável. As mortes relacionadas

com o consumo de droga 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 existentes relativas à mortalidade em geral 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⁽¹³⁵⁾.

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% por 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 as populações e os países e ao longo do tempo. De uma maneira geral, porém, a causa de morte principal entre os consumidores problemáticos de droga na Europa 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, entre as causas de morte frequentemente notificadas incluem-se o suicídio, acidentes e o abuso de álcool.

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

⁽¹³³⁾ Para dados sobre as mortes relacionadas com outras drogas que não a heroína, ver quadro DRD-108 no Boletim Estatístico de 2011.

⁽¹³⁴⁾ Ver figuras DRD-8 e DRD-11 no Boletim Estatístico de 2011.

⁽¹³⁵⁾ Para informações relativas aos estudos de coorte sobre a mortalidade, ver os indicadores-chave no sítio do OEDT.

atribuível ao consumo de droga, na União Europeia ⁽¹³⁶⁾, tendo 90% destas mortes ocorrido em Espanha, França, Itália e Portugal.

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. Causas de morte entre os consumidores de droga como o suicídio e traumatismos, assim como o homicídio têm recebido muito menos atenção, apesar dos indícios de que o seu impacto é considerável.

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, 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. Em alguns dos outros países (Áustria, Estónia, França), o recente aumento das mortes relacionadas com a droga (que se fez parcialmente sentir em faixas etárias mais jovens e em consumidores bem integrados) sensibilizou a opinião pública para a necessidade de encontrar melhores respostas.

O tratamento pode reduzir significativamente o risco de mortalidade dos consumidores de droga, 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.

Devido à segurança farmacológica que a caracteriza, a buprenorfina é recomendada para o tratamento de manutenção dos dependentes de opiáceos em alguns países ⁽¹³⁷⁾ e em pelo menos metade deles ⁽¹³⁸⁾ uma combinação de buprenorfina e naloxona obteve autorização de introdução no mercado.

Embora em alguns países europeus tenha havido progressos no preenchimento das lacunas de tratamento existentes entre a comunidade e a prisão ⁽¹³⁹⁾, a interrupção do tratamento da toxicod dependência, seja ela devida à detenção, à prisão ou à saída da prisão, foi identificada como um factor que aumenta o risco de *overdose* (Dolan e outros, 2005). Este facto levou à publicação de recomendações do Gabinete Regional Europeu da OMS sobre a prevenção das *overdoses* nas prisões e a maior continuidade dos cuidados prestados após a saída da prisão (OMS, 2010c).

Paralelamente à melhoria do acesso ao tratamento da toxicod dependência, 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. Na maioria dos países, são distribuídos materiais sobre o risco de *overdose*, muitas vezes em diversas línguas para chegarem aos consumidores de droga migrantes, através de serviços e sítios web especializados e, mais recentemente, também através de mensagens telefónicas e de correio electrónico. Em 27 países existe aconselhamento e formação para um consumo mais seguro, destinados aos consumidores de droga, administrados por assistentes sociais ou por pares instruídos para o efeito, mas a oferta dessas intervenções é, frequentemente, esporádica e limitada ⁽¹⁴⁰⁾.

Um pequeno número de países indicou ainda algumas respostas adicionais, nomeadamente: acompanhamento de pessoas que tenham passado por uma situação de emergência relacionada com a droga (Áustria, Bélgica, Dinamarca, Luxemburgo e Países Baixos); «sistemas de alerta rápido» para avisar os consumidores a respeito de substâncias perigosas (Bélgica, França, Hungria, Portugal, República Checa e Croácia); e melhores controlos para evitar as prescrições de múltiplas drogas

«Tema específico»: Mortalidade relacionada com o consumo de droga — Abordagem global e implicações para a saúde pública

Um «Tema específico» do OEDT publicado este ano apresenta as conclusões a que chegaram alguns estudos longitudinais recentemente realizados entre consumidores problemáticos de droga, na Europa, sobre a mortalidade relacionada com a droga. Esta publicação analisa a mortalidade global e por causas específicas, descrevendo os factores de risco e de protecção identificados através da investigação. As implicações para a saúde pública são igualmente analisadas.

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

⁽¹³⁶⁾ Ver quadro DRD-5 (parte iii) no Boletim Estatístico de 2011.

⁽¹³⁷⁾ Ver orientações de tratamento no portal de boas práticas.

⁽¹³⁸⁾ Ver quadro HSR-1 no Boletim Estatístico de 2011.

⁽¹³⁹⁾ Ver capítulo 2 e quadro HSR-9 no Boletim Estatístico de 2011.

⁽¹⁴⁰⁾ Ver quadro HSR-8 no Boletim Estatístico de 2011.

(Luxemburgo e Reino Unido). As salas de consumo vigiado, como as existentes na Alemanha, Espanha, Luxemburgo, Países Baixos e Noruega, providenciam oportunidades de intervenção imediata dos profissionais em caso de *overdose*, além de reduzirem o impacto das *overdoses* não fatais sobre a saúde. Um estudo recentemente realizado em Vancouver, que indicou uma redução de 35% das mortes causadas por *overdose* na comunidade afectada, após a abertura de uma sala de chuto (Marshall, B. e outros, 2011), comprova os efeitos das salas de consumo vigiado nas mortes induzidas pela droga na comunidade. O resultado deste estudo aponta no mesmo sentido de estudos anteriores, analisados numa monografia sobre a redução dos danos (OEDT, 2010b).

A formação sobre as *overdoses* conjugada com a administração domiciliar de naloxona (que anula os efeitos dos opiáceos e é amplamente utilizada nos hospitais e na emergência médica) é uma intervenção que pode impedir mortes por *overdose* de opiáceos. Alguns países europeus mencionam a existência de programas baseados na comunidade que prescrevem naloxona aos consumidores de droga em risco de *overdose* de opiáceos. Essa prescrição é acompanhada de formação obrigatória sobre o reconhecimento das *overdoses*, que inclui técnicas de suporte básico de vida

(por exemplo, respiração boca-a-boca e posição de recuperação) e ensina a administrar a naloxona. Esta intervenção destina-se aos consumidores de drogas, suas famílias e companheiros de consumo, e visa ajudá-los a adoptarem medidas em situações de *overdose*, enquanto aguardam a chegada dos serviços de emergência.

A distribuição de naloxona a consumidores de droga é mencionada pela Itália (onde 40% das agências de luta contra a droga fornecem essa substância), a Alemanha e o Reino Unido (Inglaterra e País de Gales). A Bulgária, a Dinamarca e Portugal comunicaram o lançamento de novas iniciativas. Em 2010, começou a ser fornecida, na Escócia, uma dose de naloxona para administração domiciliar a todas as pessoas em risco que saíam da prisão e o Governo está a apoiar um programa nacional de administração domiciliar de naloxona destinado a pessoas consideradas em risco de *overdose* de opiáceos e a quem possa entrar em contacto com elas. A eficácia do fornecimento de naloxona à saída da prisão para reduzir as mortes por *overdose* nas semanas subsequentes a essa saída está a ser avaliada na Inglaterra pelo estudo promovido pelo projecto N-Alive, que incluirá um ensaio controlado aleatoriamente entre 5 600 reclusos.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Capítulo 8

Novas drogas e tendências emergentes

Introdução

A prestação oportuna de informações e a disponibilização de informação objectiva sobre novas drogas e tendências emergentes reveste-se de crescente importância, dada a natureza cada vez mais dinâmica e rápida do fenómeno da droga europeu. O mercado das novas drogas é caracterizado pela rapidez com que os fornecedores reagem à imposição de medidas de controlo e disponibilizam novas substâncias alternativas aos produtos proibidos. Uma série de fontes de informação e indicadores de ponta, incluindo a monitorização através da Internet e a análise de águas residuais, poderá ajudar a obter uma perspectiva mais clara das tendências emergentes em matéria de droga na Europa. O presente capítulo descreve em pormenor as novas substâncias psicoactivas detectadas através do mecanismo de alerta rápido e dá novas informações sobre a avaliação dos riscos da mefedrona. O fenómeno das «drogas lícitas» [alternativas lícitas às drogas ilícitas] é igualmente analisado, juntamente com várias respostas nacionais à venda livre de novas substâncias.

Medidas em relação às novas drogas

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. Este sistema está a ser actualmente revisto no âmbito da avaliação da aplicação da Decisão 2005/387/JAI do Conselho ^[141] levada a cabo pela Comissão Europeia.

Novas substâncias psicoactivas

Entre 1997 e 2010, mais de 150 substâncias psicoactivas novas foram formalmente notificadas através do mecanismo de alerta rápido e estão agora a ser vigiadas. Ao longo deste período, aumentou o ritmo a que as novas substâncias surgem no mercado, tendo atingido números recorde nos últimos dois anos: 24 em 2009 e 41

em 2010 ^[142]. Muitas destas novas substâncias foram detectadas através da análise de produtos vendidos na Internet e em lojas especializadas (por exemplo, *smartshops* e *headshops*).

As 41 novas substâncias psicoactivas que foram identificadas em 2010 são, na sua maioria, catinonas sintéticas ou canabinóides sintéticos. Com quinze novos derivados detectados em 2010, as catinonas sintéticas são agora, a seguir às fenetilaminas, a segunda maior família de drogas vigiadas pelo mecanismo de alerta rápido. A lista de substâncias recentemente notificadas também contém um grupo diversificado de substâncias químicas, incluindo um derivado sintético da cocaína, um precursor natural e várias substâncias psicoactivas sintéticas. Em 2010 foram, pela primeira vez, notificados derivados da fenciclidina (PCP) e da cetamina, duas drogas já existentes e utilizadas, actualmente ou no passado, em medicina humana ou veterinária.

O surgimento de novas drogas baseadas em medicamentos reconhecidamente susceptíveis de consumo abusivo é um exemplo de como a inovação levada a cabo no mercado ilícito exige uma resposta conjunta das entidades reguladoras responsáveis pelo controlo dos medicamentos e drogas. Esta questão constitui mais uma ameaça potencial do que um problema imediato, mas atendendo à rapidez da evolução neste domínio, pode ser importante antecipar os desafios futuros.

Avaliação dos riscos

Em 2010, a mefedrona (4-metilmetcatinona) tornou-se o primeiro derivado da catinona a ser formalmente objecto de uma avaliação de risco. Foi também a primeira substância avaliada segundo as novas orientações operacionais ^[143]. A avaliação de risco enfrentou dificuldades relacionadas com a pouca disponibilidade de dados e também com a dissemelhança da mefedrona em relação aos

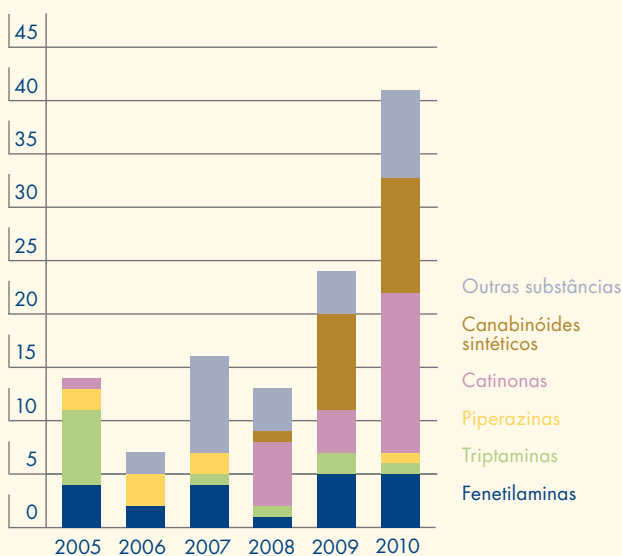
^[141] Decisão 2005/387/JAI do Conselho, de 10 de Maio de 2005, relativa ao intercâmbio de informações, avaliação de riscos e controlo de novas substâncias psicoactivas, JO L 127 de 20.5.2005, p. 31.

^[142] Ver caixa «Principais grupos de novas substâncias psicoactivas vigiadas pelo mecanismo de alerta rápido», página 106.

^[143] Ver caixa «Orientações para as avaliações de risco», página 107.

Principais grupos de novas substâncias psicoactivas vigiadas pelo mecanismo de alerta rápido

As novas substâncias psicoactivas que surgiam no mercado de droga da Europa pertenciam tradicionalmente a um pequeno número de famílias químicas, sendo as fenetilaminas e triptaminas as mais notificadas ao mecanismo de alerta rápido. Nos últimos cinco anos, porém, tem sido notificado um número crescente de novas substâncias pertencentes a uma variedade cada vez maior de famílias químicas (ver figura).



NB: Número de novas substâncias psicoactivas notificadas ao sistema europeu de alerta rápido ao abrigo da Decisão 2005/387/JAI do Conselho.

As fenetilaminas englobam uma grande variedade de substâncias que podem apresentar efeitos estimulantes, entactogénicos ou alucinogénicos. Entre os exemplos dessas drogas figuram as anfetaminas, as metanfetaminas e o MDMA (3,4-metilenodioxifenil-metanfetamina), que são substâncias sintéticas, e a mescalina, que é uma substância natural.

As triptaminas incluem várias substâncias com efeitos predominantemente alucinogénicos. Os seus principais representantes são os compostos naturais dimetiltriptamina (DMT), psilocina e psilocibina (encontradas nos cogumelos alucinogénicos), bem como o ácido lisérgico dietilamida (LSD), semi-sintético.

As piperazinas são representadas pela *mCPP* [1-(3-clorofenil) piperazina] e pela BZP (1-benzilpiperazina), que são ambas drogas estimulantes do sistema nervoso central.

As catinonas possuem efeitos estimulantes. Os principais derivados da catinona são a metcatinona semissintética e os compostos sintéticos mefedrona, metilona e MDPV (3,4-metilenodioxipirovalerona).

Os canabinóides sintéticos funcionam de forma semelhante ao Delta-9-tetrahydrocannabinol (THC), o princípio activo da *cannabis*. Tal como o THC, podem produzir efeitos alucinogénicos, sedativos e depressores. Têm sido detectados em misturas de ervas para fumar como o «*Spice*» (ver OEDT, 2009d).

Entre as outras substâncias notificadas ao mecanismo de alerta rápido figuram várias substâncias psicoactivas derivadas de plantas e sintéticas (por exemplo, indanos, benzodifuranis, estupefacientes, derivados sintéticos da cocaína, derivados da cetamina e da fenciclidina), que não pertencem a nenhuma das famílias anteriores. Neste grupo também se inclui um pequeno número de medicamentos e derivados.

Para mais informações sobre novas substâncias psicoactivas específicas, ver Drug profiles do OEDT.

compostos anteriormente avaliados. Contudo, foram pela primeira vez incorporados dados de rastreio toxicológico provenientes de um estudo exploratório com um grupo de consumidores de mefedrona, que permitiram fundamentar melhor as conclusões do que em avaliações de risco anteriores.

Com base nas conclusões do relatório da avaliação de risco (OEDT, 2010e), em Dezembro de 2010, o Conselho Europeu decidiu submeter a mefedrona a medidas de controlo e a sanções penais em toda a Europa⁽¹⁴⁴⁾. Nessa altura, dezoito países europeus já tinham introduzido medidas de controlo da mefedrona⁽¹⁴⁵⁾. Os restantes Estados-Membros da União Europeia têm um ano para adoptar as medidas necessárias.

Acompanhamento da mefedrona

Há um pequeno número de fontes que permitem ir acompanhando, em alguma medida, o consumo e a disponibilidade de mefedrona na Europa, nomeadamente os inquéritos através da Internet a frequentadores de clubes e os estudos das vendas na Internet. Os inquéritos através da Internet a leitores de uma revista de frequentadores de clubes do Reino Unido apontava para um consumo de mefedrona ao longo da vida na ordem dos 40% em 2010 (2 295 inquiridos, Dick e Torrance, 2010) e de 61% em 2011 (2 560 inquiridos, Winstock, 2011), embora o consumo no último mês tenha diminuído de 33% para 25%, durante o mesmo período. Estes inquéritos não podem ser considerados representativos da população de frequentadores de clubes em geral.

⁽¹⁴⁴⁾ Decisão 2010/759/UE do Conselho sobre a aplicação de medidas de controlo à 4-metilmetcatinona (mefedrona), JO L 322 de 8.12.2010, p. 44.

⁽¹⁴⁵⁾ Alemanha, Áustria, Bélgica, Dinamarca, Estónia, França, Irlanda, Itália, Letónia, Lituânia, Luxemburgo, Malta, Polónia, Roménia, Reino Unido, Suécia, Croácia e Noruega.

Orientações para as avaliações de risco

As actuais orientações operacionais para a avaliação dos riscos das novas substâncias psicoactivas, adoptadas em 2008, foram aplicadas pela primeira vez em 2010 com a mefedrona (OEDT, 2010c). As orientações apresentam um quadro conceptual para a realização de uma avaliação cientificamente sólida, bem fundamentada, oportuna e com fontes de informação limitadas. Os principais domínios em consideração são os seguintes: riscos para a saúde e sociais, fabrico e tráfico, envolvimento da criminalidade organizada e possíveis consequências das medidas de controlo.

As orientações tomam em consideração todos os factores que, segundo as Convenções das Nações Unidas de 1961 e 1971, justificariam a submissão de uma substância a controlo internacional. Introduzem igualmente um novo sistema de classificação semi-quantitativo baseado nos pareceres de peritos. Têm em conta uma dupla definição de risco, nomeadamente a probabilidade de ocorrerem danos (normalmente definida como «risco»), e o grau de gravidade desses danos (normalmente definido como «perigo». Além disso, incluem uma análise da prevalência do consumo, dos potenciais benefícios e dos riscos da substância, independentemente da sua situação jurídica nos Estados-Membros, e uma comparação com drogas mais conhecidas.

Em 2010, a Organização Mundial de Saúde também procedeu à revisão das suas orientações para a análise das substâncias psicoactivas que devem ser controladas a nível internacional (OMS, 2010b).

A disponibilidade de mefedrona na Internet foi avaliada através de seis estudos do OEDT na Internet (estudos selectivos) entre Dezembro de 2009 e Fevereiro de 2011. No primeiro semestre de 2010, a mefedrona podia ser fácil e licitamente comprada a fornecedores presentes na Internet, onde era vendida tanto a retalho como por grosso. Os estudos selectivos das lojas de droga na Internet realizados pelo OEDT em inglês revelaram que a disponibilidade da mefedrona na Internet atingiu um nível máximo no mês de Março de 2010, em que era vendida por 77 retalhistas. Desde então, o número total de lojas na Internet que vendem mefedrona tem vindo a diminuir, uma vez que, desde Abril de 2010, os países europeus começaram a aplicar medidas de controlo dessa substância. Apesar de no início de 2011 a mefedrona já estar sujeita a controlo na maioria dos Estados-Membros, um estudo selectivo multilingue realizado pelo OEDT revelou que a droga ainda estava disponível na Internet nessa altura, tendo sido identificados 23 sítios

web que a vendiam a compradores da União Europeia. Das 77 lojas na Internet inicialmente identificadas em Março de 2010, só 15 continuavam a funcionar um ano depois e apenas duas ainda vendiam mefedrona. As restantes 13 continuavam a vender outros produtos, muitas vezes apresentados como «produtos químicos de investigação» e comercializadas como «alternativas lícitas à mefedrona»^[146]. O referido estudo selectivo de 2011 também identificou uma grande diminuição, desde 2010, do número de lojas na Internet que vendem mefedrona e parecem estar sedeadas no Reino Unido. Em 2011, o país com maior número de lojas na Internet que vendem mefedrona era os Estados Unidos (seis), seguido pela República Checa e o Reino Unido (três cada). No mesmo período, o preço da mefedrona aumentou, de 10 a 12 euros por grama em 2010 para 20 a 25 euros por grama em 2011.

As intoxicações e mortes relacionadas com a mefedrona continuam a estar atentamente vigiadas pelo mecanismo de alerta rápido. Foram notificados efeitos adversos, mas não fatais, para a saúde causados pelo consumo de mefedrona, na Irlanda e no Reino Unido. Em 2010, foram recebidas na Inglaterra 65 notificações de mortes que se suspeitava estarem relacionadas com a mefedrona, tendo as análises demonstrado que a droga estava presente em 46 casos. Contudo, o facto de se identificar uma substância numa amostra toxicológica não significa necessariamente que esta tenha causado ou contribuído para a morte, sendo necessário interpretar com cautela as notificações de mortes relacionadas com a mefedrona.

Acompanhamento de outras substâncias

Na Europa não existe um acompanhamento de rotina das substâncias que tenham sido objecto de avaliações de risco, incluindo das que foram subsequentemente sujeitas a controlo. As informações disponíveis sobre essas substâncias provêm sobretudo das apreensões de drogas e das notificações ao mecanismo de alerta rápido de efeitos adversos para a saúde causados por substâncias controladas. Vários Estados-Membros referem que as piperazinas BZP e mCPP ainda estavam disponíveis em 2009 e 2010. A mCPP era frequentemente detectada em comprimidos vendidos como *ecstasy* pelos programas de análise de comprimidos levados a cabo, por exemplo, nos Países Baixos. Também em 2010, a Finlândia comunicou a presença de MDPV^[147] em 13 amostras toxicológicas *post mortem*, e três países comunicaram o reaparecimento

[146] Entre esses produtos figuravam os seguintes: MDAI (5,6-metilenodioxido-2-aminoindano), 5-IAI (5-iodo-2-aminoindano), MDAT (6,7-metilenodioxido-2-aminotetralina), 5-APB [5-(2-aminopropil)benzofurano, vendido com o nome «Benzo fury»], 6-APB [6-(2-aminopropil)benzofurano], nafrona (naftilpirovalerona, vendida com a designação «NRG-1»), 4-MEC (4-metilecatinona, vendida como NRG-2) e metoxetamina [2-(3-metoxifenil)-2-(etilamino)ciclohexanona].

[147] 3,4-metilenodioxipirovalerona, um derivado da pirovalerona, que é controlada ao abrigo da lista IV da Convenção de 1971 das Nações Unidas.

de duas fenetilaminas, PMA e PMMA⁽¹⁴⁸⁾. Nos Países Baixos, constatou-se que algumas substâncias em pó vendidas como anfetaminas chegavam a conter 10% de PMA e que comprimidos vendidos como *ecstasy* continham um teor elevado de PMMA; na Noruega, foi apreendida uma quantidade considerável de PMMA e na Áustria uma mistura vendida como anfetaminas continha 50% de PMMA. Todos os países mencionaram incidentes de saúde e mortes relacionados com o consumo de PMA e PMMA, duas substâncias cuja elevada toxicidade é conhecida e que já causaram *overdoses* fatais no passado.

Alternativas lícitas às drogas ilícitas

Desde a década de 1980 que as novas substâncias psicoactivas têm sido denominadas «drogas de *design*», embora nos últimos anos o termo «drogas lícitas» ou «alternativas lícitas às drogas ilícitas» (*legal highs*) se tenha popularizado. Este termo refere-se a uma vasta categoria de compostos psicoactivos não regulamentados, ou produtos que os contêm, que são vendidos como alternativas lícitas a drogas controladas bem conhecidas, normalmente através da Internet ou em *smartshops* ou *headshops*. É aplicado a uma grande variedade de substâncias e produtos sintéticos ou derivados de plantas, incluindo «*herbal highs*», «pastilhas de festa», e «produtos químicos de investigação», muitos dos quais podem ser especificamente concebidos para contornar os controlos de droga existentes. O próprio termo, embora de utilização comum, continua a ser problemático⁽¹⁴⁹⁾.

Prevalência e disponibilidade na Internet

Na Europa, há poucos estudos sobre a prevalência do consumo de alternativas lícitas às drogas ilícitas, tanto colectivamente como em relação a substâncias específicas. Um estudo polaco de 2008 entre 1 400 estudantes de 18 anos concluiu que 3,5% desses estudantes tinham consumido «drogas lícitas» pelo menos uma vez na vida, enquanto um estudo de acompanhamento de 1 260 estudantes, em 2010, refere um aumento de 11,4%. O consumo de «drogas lícitas» nos últimos 12 meses foi referido por 2,6% dos estudantes em 2008 e aumentou para 7,2% em 2010. Todavia, o consumo no último mês desceu de 1,5% em 2008 para 1,1% em 2010. Em 2011 deverão ser publicados novos estudos sobre a prevalência do consumo de «drogas lícitas» pela Espanha, Irlanda e República Checa.

Drogas não tão «lícitas» assim

O termo «drogas lícitas» ou «alternativas lícitas às drogas ilícitas» (*legal highs*) é globalmente utilizado para designar substâncias psicoactivas não controladas pela legislação em matéria de droga. Descrever essas substâncias como «lícitas» pode ser incorrecto ou induzir os clientes em erro, uma vez que muitas delas podem estar abrangidas pela legislação relativa aos medicamentos ou à segurança alimentar.

Nos termos da directiva relativa à segurança geral dos produtos, os produtores são obrigados a colocar no mercado unicamente produtos seguros. «Produto seguro» é qualquer produto que, em circunstâncias razoavelmente previsíveis, não apresente quaisquer riscos ou apresente apenas riscos reduzidos compatíveis com a sua utilização e considerados aceitáveis e conciliáveis com um elevado nível de protecção da saúde e segurança das pessoas, tendo especialmente em conta as características, a rotulagem e eventuais indicações e instruções de utilização. Talvez em resposta a esta disposição, as lojas na Internet publicam, cada vez mais, advertências de saúde relativas aos seus produtos. A directiva também obriga os distribuidores a informar as autoridades competentes a respeito dos riscos graves e das medidas tomadas para os prevenir. As infracções podem ser puníveis com penas de prisão.

Na Europa, a venda de uma droga nova não é mais «lícita» do que vender qualquer outro produto não sujeito a ensaios e mal rotulado. Entre os exemplos de medidas tomadas contra a venda de «drogas lícitas» com base na regulamentação relativa à protecção dos consumidores, figura a apreensão de «Spice» e mefedrona a fornecedores da Itália e do Reino Unido por rotulagem inadequada. Além disso, em 2010 foram encerradas 1 200 *headshops* na Polónia pela Inspeção de Saúde.

O OEDT acompanha a disponibilidade de «drogas lícitas» na Internet, através de estudos selectivos na Internet, o mais recente dos quais utilizou 18 das 23 línguas oficiais da União Europeia⁽¹⁵⁰⁾, faladas como língua materna por 97% da população da União, e ainda o russo e o ucraniano. Para além da pesquisa do termo «*legal highs*», foram também incluídas neste estudo algumas substâncias denominadas «*herbal highs*» (drogas à base de ervas) (*Spice*, *kratom* e *salvia*), a GBL (gama-butirolactona) e os cogumelos alucinogénios. O estudo selectivo realizado na Internet em 2011 identificou 314 lojas na Internet que vendiam «drogas lícitas» e enviavam produtos para, pelo menos, um Estado-Membro da União Europeia. É difícil determinar

⁽¹⁴⁸⁾ A PMA (para-metoxianfetamina) figura na lista I da Convenção de 1971 das Nações Unidas desde 1986 e a PMMA (para-metoximetilanfetamina) é controlada a nível da União Europeia desde 2002; ver OEDT (2003).

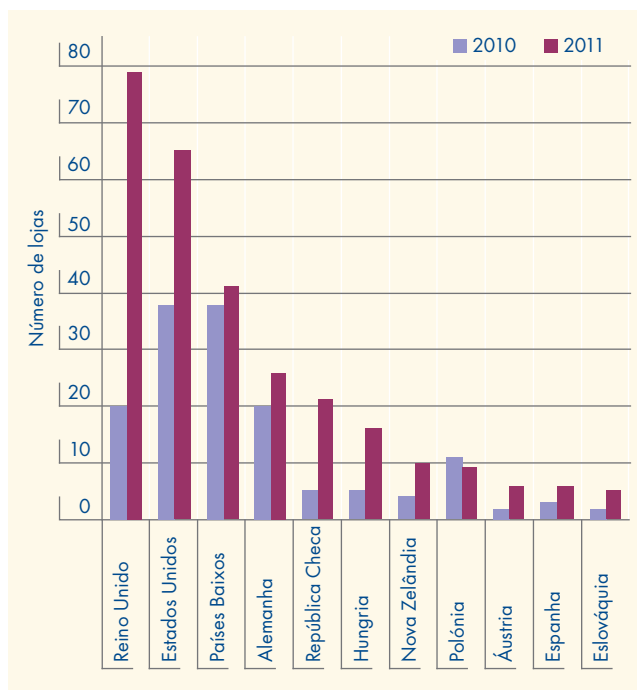
⁽¹⁴⁹⁾ Ver caixa «Drogas não tão «lícitas» assim», nesta página.

⁽¹⁵⁰⁾ Alemão, búlgaro, checo, dinamarquês, eslovaco, espanhol, francês, húngaro, inglês, italiano, letão, maltês, neerlandês, polaco, português, romeno e sueco.

o país de origem das lojas na Internet, mas a partir de atributos como as informações de contacto, o domínio com código de país, a moeda e as informações relativas à expedição, o Reino Unido pareceu ser o mais comum (figura 20). O inglês era a língua de interface mais comum, correspondente a 83% das lojas na Internet estudadas em 2011. O kratom e a salvia eram as duas «alternativas lícitas» mais frequentemente oferecidas, estando disponíveis em 92 e 72 lojas na Internet, respectivamente.

Em 2011, a disponibilidade de produtos semelhantes ao «Spice» na Internet continuou a diminuir, sendo essas substâncias vendidas por 12 dos retalhistas inquiridos na Internet, o que constitui uma redução relativamente às 21 lojas identificadas em 2010 e às 55 em 2009. Em 2011, o preço de um pacote de 3 gramas de um produto tipo «Spice» variava entre 12 e 18 euros, quando em 2009 oscilava entre cerca de 20 e 30 euros. Esta diminuição simultânea da disponibilidade e do preço pode ser indicativa da existência de outras drogas novas.

Figura 20 — País de origem aparente das lojas na Internet que vendem «alternativas lícitas às drogas ilícitas» detectadas nos estudos selectivos na Internet de 2010 e 2011



NB: Só foram incluídos na figura Estados-Membros com pelo menos duas lojas na Internet em 2010 e 2011. Em 2011, uma pesquisa realizada na Roménia, pela primeira vez, identificou 13 lojas na Internet sediadas na Roménia.

Controlo e policiamento da venda livre de novas drogas

A rápida difusão de novas substâncias está a impelir os Estados-Membros a repensarem e reverem algumas das suas respostas habituais ao fenómeno da droga. Em 2010, tanto a Irlanda como a Polónia procederam à rápida aprovação de medidas legislativas destinadas a limitar a venda livre de substâncias psicoactivas não controladas pela legislação em matéria de droga. Para o efeito, os dois países tiveram de elaborar uma definição jurídica cuidadosa dessas substâncias. A legislação irlandesa define-as como substâncias psicoactivas, não especificamente controladas pela legislação existente, que têm a capacidade de estimular ou deprimir o sistema nervoso central, causando alucinações, dependência ou alterações significativas da função motora, do pensamento ou do comportamento. Estão excluídos os medicamentos e produtos alimentares, os medicamentos veterinários, as bebidas alcoólicas destiladas e o tabaco. A legislação polaca refere-se a «drogas substitutas», definidas como uma substância ou planta consumida em vez de uma droga controlada, ou para os mesmos fins que esta, e cujo fabrico ou colocação no mercado não estão regulamentados por disposições autónomas. Não é especificamente referido se a droga deve ou não ser considerada perigosa.

Policiamento das novas substâncias psicoactivas recém-controladas

Em 2010, foram emitidas orientações pormenorizadas sobre o policiamento das substâncias psicoactivas recentemente sujeitas a controlo, nomeadamente os canabinóides sintéticos, as piperazinas e as catinonas, bem como a GBL e o 1,4-butanodiol, dirigidas às forças policiais do Reino Unido, (ACPO, 2010). As orientações fornecem informações sobre a aparência, os padrões de consumo, os efeitos e riscos das drogas e a sua manipulação, recomendando a adopção de uma abordagem nacional coerente de policiamento da posse e da distribuição dessas substâncias. A necessidade de uma análise forense, para assegurar uma identificação correcta e o nível de provas exigido, é também reconhecida. A importância de uma abordagem conjunta entre a polícia e as autoridades locais ao policiamento das *headshops* é realçada, incentivando-se as visitas policiais a essas lojas, para recolher informações e fornecer informações aos proprietários, bem como para lhes dar a oportunidade de entregarem voluntariamente as substâncias controladas. Para o efeito, sugere-se a utilização de uma carta normalizada, instando o proprietário da loja a reexaminar as medidas em vigor e a garantir o cumprimento da lei.

A legislação irlandesa é aplicada pela polícia. Os funcionários policiais de alto nível podem aplicar um «aviso de proibição» a um vendedor; se o infractor não o cumprir, os tribunais podem emitir uma «ordem de proibição». A venda, a publicidade e o incumprimento de uma «ordem de proibição» são puníveis com cinco anos de prisão, no máximo. Em contrapartida, na Polónia, a legislação é aplicada pela inspecção sanitária do Estado. A pena pelo fabrico de drogas de substituição ou pela sua introdução em circulação é uma multa pesada, enquanto a pena pela sua publicidade pode chegar a um

ano de prisão. Os inspectores sanitários podem proibir o comércio de uma «droga substituta» por um período que pode chegar a 18 meses, a fim de avaliar a segurança da mesma, caso exista uma suspeita justificada de que pode constituir uma ameaça para a vida ou a saúde. Caso se conclua que a droga é perigosa, o distribuidor é obrigado a pagar os custos da avaliação. Os inspectores também têm o direito de encerrar os estabelecimentos por um período máximo de três meses. Em ambos os países, não há uma infracção nem uma pena prevista para os consumidores destas substâncias.

Análise de águas residuais

A análise de águas residuais ou epidemiologia das águas dos esgotos é uma disciplina científica que se está desenvolver rapidamente e que poderá servir para monitorizar as tendências do consumo de drogas ilícitas a nível da população.

Os progressos da química analítica tornaram possível identificar a excreção urinária de drogas ilícitas e dos seus principais metabolitos nas águas residuais, em concentrações muito baixas. Trata-se de um processo comparável à recolha de uma amostra de urina muito diluída de uma comunidade inteira (em vez de um consumidor individual). Com base em determinadas premissas, é possível fazer uma estimativa da quantidade de uma droga consumida numa comunidade, a partir da quantidade do metabolito presente nas águas residuais.

Inicialmente, a investigação centrou-se na identificação da cocaína e dos seus metabolitos nas águas residuais, mas os

estudos mais recentes têm produzido estimativas sobre os níveis de *cannabis*, anfetaminas, metanfetaminas, heroína e metadona. A identificação de drogas de consumo menos comum, como a cetamina e as novas substâncias psicoactivas, afigura-se promissora.

Esta área de actividade está a evoluir de forma pluridisciplinar, com contributos importantes de várias disciplinas, nomeadamente: química analítica, fisiologia, bioquímica, engenharia dos esgotos e epidemiologia convencional do consumo de drogas. Uma reunião de peritos do OEDT sobre a análise de águas residuais, realizada em 2011, identificou, pelo menos, 18 equipas de investigação que trabalham nesta área, em 13 países europeus. No topo da actual agenda de investigação está o desenvolvimento de um consenso sobre os métodos e instrumentos de amostragem, bem como o estabelecimento de um código de boas práticas para este domínio.





Referências ⁽¹⁵¹⁾

- Aalto, M., Halme, J., Visapaa, J.-P. e Salaspuro, M. (2007), «Buprenorphine misuse in Finland», *Substance Use & Misuse* 42, p. 1027-1028.
- Aaron, S., McMahon, J.M., Milano, D., Torres, L., Clatts, M., Tortu, S. e outros (2008), «Intranasal transmission of hepatitis C virus: virological and clinical evidence», *Clinical Infectious Diseases* 47(7), p. 931-934.
- ACPO (2010), *Guidance on policing new psychoactive substances (formerly legal highs)*, Association of Chief Police Officers of England, Wales and Northern Ireland, Londres.
- AIHW (2008), *2007 National drug strategy household survey: detailed findings*, Drug statistics series n.º 22, Australian Institute of Health and Welfare, Canberra.
- Akbar, T., Baldacchino, A., Cecil, J., Riglietta, M., Sommer, B. e Humphris, G. (2011), «Poly-substance use and related harms: A systematic review of harm reduction strategies implemented in recreational settings», *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 35, p. 1186-1202.
- Allen, D., Coombes, L. e Foxcroft, D.R. (2007), «Cultural accommodation of the Strengthening Families Programme 10-14: UK Phase I study», *Health Education Research* 22, p. 547-560.
- Anderson, A. L., Reid, M. S., Li, S. H., Holmes, T., Shemanski, L. e outros (2009), «Modafinil for the treatment of cocaine dependence», *Drug and Alcohol Dependence* 104(1-2), p. 133-139.
- Arendt, M., Munk-Jørgensen, P., Sher, L., e Jensen, S.O. (2011), «Mortality among individuals with *cannabis*, cocaine, amphetamine, MDMA, and opioid use disorders: A nationwide follow-up study of Danish substance users in treatment», *Drug and Alcohol Dependence* 114, p. 134-139.
- Arfken, C.L., Johanson, C.E., di Menza, S. e Schuster, C.R. (2010), «Expanding treatment capacity for opioid dependence with office-based treatment with buprenorphine: National surveys of physicians», *Journal of Substance Abuse Treatment* 39(2), p. 96-104.
- 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. 198-202.
- Barry, D., Sullivan, B. e Petry, N. M. (2009), «Comparable efficacy of contingency management for cocaine dependence among African American, Hispanic, and White methadone maintenance clients», *Psychology of Addictive Behaviors* 23(1), p. 168-174.
- Bell, J. (2010), «The global diversion of pharmaceutical drugs: opiate treatment and the diversion of pharmaceutical opiates: a clinician's perspective», *Addiction* 105, p. 1531-1537.
- Bellis, M. A., Hughes, K., Calafat, A., Juan, M. e Schnitzer, S. (2009), «Relative contributions of holiday location and nationality to changes in recreational drug taking behaviour: a natural experiment in the Balearic Islands», *European Addiction Research* 15, p. 78-86.
- Best, D., Rome, A., Hanning, K. A., White, W., Gossop, M., Taylor, A. e Perkins, A. (2010), *Research for recovery: a review of the drugs evidence base*, Scottish Government Social Research (disponível na Internet).
- Bird, S. M. e Robertson, J. R. (2011), «Toxicology of Scotland's drugs-related deaths in 2000-2007: Presence of heroin, methadone, diazepam and alcohol by sex, age-group and era», *Addiction Research and Theory* 19, p. 170-178.
- 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, p. a478.
- Bröring, G. e Schatz, E. (editores) (2008), *Empowerment and self-organisations of drug users: experiences and lessons learnt*, Foundation Regenboog AMOC, Amesterdão (disponível na Internet).
- Brugal, M. T., Pulido, J., Toro, C., de la Fuente, L., Bravo, M. J. e outros (2009), «—Injecting, sexual risk behaviours and HIV infection in young cocaine and heroin users in Spain», *European Addiction Research* 15, p. 171-178.
- CADUMS (2010), *Canadian alcohol and drug use monitoring survey 2009*, Health Canada. Controlled Substances and Tobacco Directorate (disponível na Internet).
- Caiaffa, W. T., Zoccrato, K. F., Osimani, M. L., Martínez, P. L., Radulich, G., Latorre, L. e outros (2011), «Hepatitis C virus among non-injecting cocaine users (NICUs) in South America: can injectors be a bridge?», *Addiction* 106(1) p. 143-151.
- Carpenedo, C. M., Kirby, K. C., Dugosh, K. L., Rosenwasser, B. J. e Thompson, D. L. (2010), «Extended voucher-based reinforcement therapy for long-term drug abstinence», *American Journal of Health Behavior* 34(6), p. 776-187.
- Carpentier, C., Royuela, L., Noor, A. e Hedrich, D. (2011), «Ten years of monitoring illicit drug use in prison populations in Europe: issues and challenges», *The Howard Journal of Criminal Justice* (in press).

⁽¹⁵¹⁾ As hiperligações das fontes na Internet podem ser encontradas na versão PDF do relatório anual, disponível no sítio do OEDT (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2011>).

- Chabrol, H., Roura, C. e Armitage, J. (2003), «Bongs, a method of using *cannabis* linked to dependence», *Canadian Journal of Psychiatry* 48, p. 709.
- Chalmers, J., Ritter, A., Heffernan, M. e McDonnell, G. (2009), *Modelling pharmacotherapy maintenance in Australia: exploring affordability, availability, accessibility and quality using system dynamics*, Australian National Council on Drugs research paper (disponível na Internet).
- Comissão Europeia (2011), «European Economic Forecast: Spring 2011», *European Economy 1/2011*, Direcção-Geral dos Assuntos Económicos e Financeiros, Comissão Europeia.
- 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 na Internet).
- Cornish, R., Macleod, J., Strang, J., Vickerman, P. e Hickman, M. (2010), «Risk of death during and after opiate substitution treatment in primary care: prospective observational study in UK General Practice Research Database», *BMJ* 341, p. c5475.
- Correlation Project and Eurasian Harm Reduction Network (2010), *Hepatitis C transmission and injecting drug use: harm reduction responses*, Eurasian Harm Reduction Network, Vilnius.
- Conselho da União Europeia (2009), *Manual on cross-border operations*, 10505/4/09 Rev. 4 (disponível na Internet).
- CPT (Comité Europeu para a Prevenção da Tortura e das Penas ou Tratamentos Desumanos ou Degradantes) (2006), *The CPT Standards: «Substantive» sections of the CPT's General Reports*, CPT/Inf/E (2002)1-Rev.2006 (disponível na Internet).
- Cunningham, J. A. (2000), «Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite?», *Drug and Alcohol Dependence* 59, p. 211-213.
- 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*, vol. 1, Majid Ezzati e outros (editores), Organização Mundial de Saúde, Genebra (disponível na Internet).
- Degenhardt, L., Mathers, B., Vickerman, P., Rhodes, T., Latkin, C. e Hickman, M. (2010), «Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed», *Lancet* 376, p. 285-301.
- Degenhardt, L., Singleton, J., Calabria, B., McLaren, J., Kerr, T., Mehta, S., Kirk, G. e Hall, W. D. (2011), «Mortality among cocaine users: A systematic review of cohort studies», *Drug and Alcohol Dependence* 113, p. 88-95.
- Dennis, M. e Scott, C. K. (2007), «Managing addiction as a chronic condition», *Addiction Science and Clinical Practice* 4(1), p. 45-55.
- Derzon, J. H. (2007), «Using correlational evidence to select youth for prevention programming», *Journal of Primary Prevention* 28 (5), p. 421-447.
- Des Jarlais, D., McKnight, C., Goldblatt, C. e Purchase, D. (2009), «Doing harm reduction better: syringe exchange in the United States», *Addiction* 104(9), p. 1441-1446.
- Dick, D. e Torrance, C. (2010), «MixMag Drugs Survey», *Mix Mag* 225, p. 44-53.
- Dolan, K. A., Shearer, J., White, B., Zhou, J., Kaldor, J. e Wodak, A. D. (2005), «Four year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection», *Addiction* 100, p. 820-828.
- ECDC (2010), *Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2010*, Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças, Estocolmo.
- ECDC e Gabinete Regional para a Europa da OMS (2010), *HIV/AIDS surveillance in Europe 2009*, Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças, Estocolmo.
- ECDC e OEDT (2011), *Joint ECDC-OEDT guidance on infection prevention and control among injecting drug users*, Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças, Estocolmo.
- Elkashef, A. M., Rawson, R. A., Anderson, A. L., Li, S. H., Holmes, T. e outros (2008), «Bupropion for the treatment of methamphetamine dependence», *Neuropsychopharmacology* 33(5), p. 1162-1170.
- Escot, S. e Suderie, G. (2009), «Usages problematiques de cocaine, quelles interventions pour quelles», *Tendances* 68, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Paris.
- Europol (2007), *Amphetamine-type stimulants in the European Union 1998-2007*, Europol contribution to the Expert Consultations for the UNGASS assessment.
- Europol (2011), *EU organised crime threat assessment: OCTA 2011*, Europol, Haia.
- 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 (3), p. 209-220.
- Galloway, G. P., Buscemi, R., Coyle, J. R., Flower, K., Siegrist, J. D. e outros (2011), «A randomized, placebo-controlled trial of sustained-release dextroamphetamine for treatment of methamphetamine addiction», *Clinical Pharmacology & Therapeutics* 89(2), p. 276-282.
- Garcia-Rodriguez, O., Secades-Villa, R., Higgins, S. T., Fernandez-Hermida, J. R., Carballo, J. L. e outros (2009), «Effects of voucher-based intervention on abstinence and retention in an outpatient treatment for cocaine addiction: a randomized controlled trial», *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 17(3), p. 131-138.
- Gregoire, T. e Snively, C. (2001), «The relationship of social support and economic self-sufficiency to substance abuse outcomes in long-term recovery program for women», *Drug Education* 31(3), p. 221-237.

- Gripenberg, J., Wallin, E. e Andréasson, S. (2007), «Effects of a community-based drug use prevention program targeting licensed premises», *Substance Use and Misuse* 42 (12-13), p. 1883-1898.
- GROS (General Register Office for Scotland) (2010), *Drug-related deaths in Scotland in 2009*, General Register Office for Scotland (disponível na Internet).
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E. e McKendry, R. (2003) «Continuity of care: a multidisciplinary review», *BMJ* 327, p. 1219-1221.
- Hall, W. e Degenhardt, L. (2009), «Adverse health effects of non-medical cannabis use», *Lancet* 374, p. 1383-1391.
- Heinzerling, K. G., Swanson, A. N., Kim, S., Cederblom, L., Moe, A. e outros (2010), «Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of modafinil for the treatment of methamphetamine dependence», *Drug and Alcohol Dependence* 109(1-3), p. 20-29.
- 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.
- Hicks, M., De, B., Rosenberg, J., Davidson, J., Moreno, A. e outros (2011), «Cocaine analog coupled to disrupted adenovirus: a vaccine strategy to evoke high-titer immunity against addictive drugs», *Molecular Therapy* 19, p. 612-619.
- Hoare, J. e Moon, D. (editores) (2010), «Drug misuse declared: findings from the 2009/10 British Crime Survey», *Home Office Statistical Bulletin* 13/10 (disponível na Internet).
- Hope, V., Palmateer, N., Wiessing, L., Marongiu, A., White, J., Ncube, F. e Goldberg, D. (2011), «A decade of spore-forming bacterial infections among European injecting drug users: pronounced regional variation», *American Journal of Public Health* (no prelo).
- Horsley, T., Grimshaw, J. e Campbell, C. (2010), «Maintaining the competence of Europe's workforce», *BMJ* 341, p. c4687.
- Hughes, C. A. e Stevens, A. (2010), «What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs?», *The British Journal of Criminology* 50, p. 999-1022.
- Hulse, G. K., Ngo, H. T. e Tait, R. J. (2010), «Risk factors for craving and relapse in heroin users treated with oral or implant naltrexone», *Biological Psychiatry* 68(3), p. 296-302.
- Hunt, N. e Morris, D. (2011), *Hepatitis C treatment and care for IDUs*, Training module, Eurasian Harm Reduction Network, Vilnius.
- Hunt, N., Albert, E. e Montañés Sánchez, V. (2010), «User involvement and user organising in harm reduction», in: OEDT (2010), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.
- INCB (International Narcotics Control Board) (2009), *Guidelines for a voluntary code of practice for the chemical industry*, Nações Unidas, Nova Iorque.
- INCB (2010), *Report of the International Narcotics Control Board for 2009*, Nações Unidas, Nova Iorque (disponível na Internet).
- INCB (2011a), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, Nações Unidas, Nova Iorque (disponível na Internet).
- INCB (2011b), *Report of the International Narcotics Control Board for 2010*, Nações Unidas, Nova Iorque (disponível na Internet).
- Jegu, J., Gallini, A., Soler, P., Montastruc, J. L. e Lapeyre-Mestre, M. (2011), «Slow-release oral morphine for opioid maintenance treatment: a systematic review», *British Journal of Clinical Pharmacology* 71(6), p. 832-843.
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G. e Schulenberg, J. E. (2010), *Marijuana use is rising; ecstasy use is beginning to rise; and alcohol use is declining among U.S. teens*, University of Michigan News Service, Ann Arbor, MI (disponível na Internet).
- Jones, A., Donmall, M., Millar, T., Moody, A., Weston, S., Anderson, T., Gittins, M., Abeywardana, V. e D'Souza, J. (2009), *The Drug Treatment Outcomes Research Study (DTORS): Final outcomes report*, Home Office, Londres (disponível na Internet).
- Jones, H., Kaltenbach, K., Heil, S., Stine, S., Coyle, M. e outros (2009a), *RCT comparing methadone and buprenorphine in pregnant women*, National Institute on Drug Abuse (disponível na Internet).
- Jones, H., Kaltenbach, K., Heil, S., Stine, S., Coyle, M. e outros (2009b), «Neonatal abstinence syndrome after methadone or buprenorphine exposure», *New England Journal of Medicine* 363, p. 2320-2331.
- Kalechstein, A. D., De La Garza, R. e Newton, T. F. (2010), «Modafinil administration improves working memory in methamphetamine-dependent individuals who demonstrate baseline impairment», *American Journal on Addictions* 19(4), p. 340-344.
- Kaskutas, L., Ammon, L. e Weisner, C. (2004), «A naturalistic analysis comparing outcomes of substance abuse treatment programme with different philosophies: Social and clinical model perspectives», *International Journal of Self Help and Social Care* 2, p. 111-133.
- Kimber, J., Copeland, L., Hickman, M., Macleod, J., McKenzie, J. e outros (2010), «Survival and cessation in injecting drug users: prospective observational study of outcomes and effect of opiate substitution treatment», *BMJ* 341, p. c3172.
- King, K., Meehan, B., Trim, R. e Chassin, L. (2006), «Marker or mediator? The effects of adolescent substance use on young adult educational attainment», *Addiction* 101, p. 1730-1740.
- Koerkel, J. e Verthein, U. (2010), «Kontrollierter Konsum von Opiaten und Kokain», *Suchttherapie* 11 (1), p. 31-34.

- Konstenius, M., Jayaram-Lindstrom, N., Beck, O. e Franck, J. (2010), «Sustained release methylphenidate for the treatment of ADHD in amphetamine abusers: a pilot study», *Drug and Alcohol Dependence* 108(1-2), p. 130-133.
- Kruisbergen, E. W., De Jong, D. e Kleemans, E. R. (2011), «Undercover policing: assumptions and empirical evidence», *The British Journal of Criminology* 51, p. 394-412.
- Kumpfer, K. L., Pinyuchon, M., de Melo, A. T. e Whiteside, H. O. (2008), «Cultural adaptation process for international dissemination of the strengthening families program», *Evaluation and the Health Professions* 31, p. 226-239.
- Laudet, A., Becker, J. e White, W. (2009), «Don't wanna go through that madness no more: Quality of life satisfaction as predictor of sustained substance use remission», *Substance Use and Misuse* 44, p. 227-252.
- Lawless, M. e Cox, G. (2000), *From residential drug treatment to employment: final report*, Merchants Quay Ireland, Dublin.
- Leonard, L., De Rubeis, E., Pelude, L., e outros (2008), «I inject less as I have easier access to pipes: injecting, and sharing of crack-smoking materials, decline as safer crack-smoking resources are distributed», *International Journal of Drug Policy* 19, p. 255-264.
- Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Henderson, C. E. e Greenbaum, P. E. (2009), «Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: twelve-month outcomes of a randomized controlled trial», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 77(1), p. 12-25.
- Ling, W., Casadonte, P., Bigelow, G., Kampman, K. M., Patkar, A. e outros (2010), «Buprenorphine implants for treatment of opioid dependence: a randomized controlled trial», *JAMA* 304(14), p. 1576-1583.
- Lloyd, C. (2010), *Sinning and sinned against: The stigmatisation of problem drug users*, The UK Drug Policy Commission (UKDPC) (disponível na Internet).
- Lobmaier, P. P., Kunoe, N., Gossop, M., Katevöll, T. e Waal, H. (2010), «Naltrexone implants compared to methadone: outcomes six months after prison release», *European Addiction Research* 16(3), p. 139-145.
- Longo, M., Wickes, W., Smout, M., Harrison, S., Cahill, S. e White, J. M. (2010), «Randomized controlled trial of dexamphetamine maintenance for the treatment of methamphetamine dependence», *Addiction* 105(1), p. 146-154.
- Lucena, J., Blanco, M., Jurado, C., Rico, A., Salguero, M., Vazquez, R., Thiene, G. e Basso, C. (2010), «Cocaine-related sudden death: a prospective investigation in south-west Spain», *European Heart Journal* 31(3), p. 318-329.
- Marsden, J. e Stillwell, G. (2010), *Effective community treatment for drug misusers: outcome monitoring at Blenheim CDP*, Blenheim CDP, The London Drug Agency (disponível na Internet).
- Marshall, B. D. L., Milloy, M.-J., Wood, E., Montaner, J. S. G. e Kerr, T. (2011), «Reduction of overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study», *Lancet* 377, p. 1 429-437.
- Marshall, K. S., Gowing, L. e Ali, L. (2011), «Pharmacotherapies for cannabis withdrawal», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n.º 1.
- 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(10), p. 1116-1123.
- 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. 1014-1028.
- 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*, Issue 3, p. CD002209.
- McKay, J. R., Lynch, K. G., Coviello, D., Morrison, R., Cary, M. S. e outros (2010), «Randomized trial of continuing care enhancements for cocaine-dependent patients following initial engagement», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 78(1), p. 111-1120.
- Merrall, E. L. C., Kariminia, A., Binswanger, I., Hobbs, M. S., Farrell, M., Marsden, J. e outros (2010), «Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison», *Addiction* 105, p. 1545-1554.
- Milby, J., Schumacher, J., Wallace, D., Freedman, M. e Vuchinich, R. (2005), «To house or not to house: the effects of providing housing to homeless substance abusers in treatment», *American Journal of Public Health* 95, p. 1259-1265.
- Moore, T. (2008), «The size and mix of government spending on illicit drug policy in Australia», *Drug and Alcohol Review* 27, p. 404-413.
- 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. 319-328.
- O'Connor, P. G. (2010), «Advances in the treatment of opioid dependence: continued progress and ongoing challenges», *JAMA* 304(14), p. 1612-1614.
- OCDE (2006), «The drivers of public expenditure on health and long-term care: an integrated approach», *OECD Economic Studies* 43, p. 115-154.

- OEDT (2003), *Report on the risk assessment of PMMA in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo (disponível na Internet).
- OEDT (2007a), *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*, Selected issue, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.
- OEDT (2007b), *Drugs and crime: a complex relationship*, Drugs in focus, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.
- OEDT (2008a), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, Monograph, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.
- OEDT (2008b), *Drug use, impaired driving and traffic accidents*, Insight, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.
- OEDT (2008c), *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe*, Selected issue, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.
- OEDT (2009a), *Relatório Anual 2010: A evolução do fenómeno da droga na Europa*, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.
- OEDT (2009b), *Polydrug use: patterns and responses*, Selected issue, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.
- OEDT (2009c), *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents*, Thematic paper, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo (disponível na Internet).
- OEDT (2009d), *Understanding the «Spice» phenomenon*, Thematic paper, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo (disponível na Internet).
- OEDT (2010a), *Relatório Anual 2010: A evolução do fenómeno da droga na Europa*, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.
- OEDT (2010b), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Monograph, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.
- OEDT (2010c), *Operating guidelines for risk assessment of new psychoactive substances*, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo (disponível na Internet).
- OEDT (2010d), *Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe*, Selected issue, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.
- OEDT (2010e), *Risk assessment report of a new psychoactive substance: 4-methylmethcathinone (mephedrone)*, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.
- OEDT (2010f), *Treatment and care for older drug users*, Selected issue, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.
- OEDT (2010g), *Trends in injecting drug use in Europe*, Selected issue, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.
- OEDT (2011a), *Cost and financing of drug treatment services in Europe*, Selected issue, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.
- OEDT (2011b), *Drug policy profiles: Portugal*, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.
- OEDT e Europol (2010), *Cocaine. A European Union perspective in the global context*, OEDT-Europol joint publications, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.
- OMS (1986), *Ottawa Charter for health promotion*, Organização Mundial de Saúde, Genebra (disponível na Internet).
- OMS (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, Organização Mundial de Saúde, Genebra.
- OMS (2010a), *Global tuberculosis control: a short update to the 2010 Report*, Organização Mundial de Saúde, Genebra.
- OMS (2010b), *Guidance on the WHO review of psychoactive substances for international control*, Organização Mundial de Saúde, Genebra (disponível na Internet).
- OMS (2010c), *Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period*, Gabinete Regional para a Europa da OMS, Copenhagen.
- 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 de Saúde, Genebra.
- Pani, P. P., Trogu, E., Vacca, R., Amato, L., Vecchi, S. e Davoli, M. (2010a), «Disulfiram for the treatment of cocaine dependence», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n.º 1, p. CD007024.
- Pani, P. P., Vacca, R., Trogu, E., Amato, L. e Davoli, M. (2010b), «Pharmacological treatment for depression during opioid agonist treatment for opioid dependence», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n.º 9, p. CD008373.
- Pennings, E. J., Leccese, A. P. e Wolff, F. A. (2002), «Effects of concurrent use of alcohol and cocaine», *Addiction* 97(7), p. 773-783.
- Popova, S., Rehm, J. e Fischer, B. (2006), «An overview of illegal opioid use and health services utilization in Canada» *Public Health* 120(4), p. 320-328.
- Prieto, L. (2010), «Labelled drug-related public expenditure in relation to GDP in Europe: a luxury good?», *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy* 5, p. 9.
- 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. 147-155.
- 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. 502-506.

- Reuter, P. (2006), «What drug policies cost. Estimating government drug policy expenditures», *Addiction* 101, p. 315-322.
- Reynaud-Maurupt, C. e Hoareau, E. (2010), «Es carrières de consommation de cocaïne chez les usagers «cachés»», *Trends*, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Saint-Denis (disponível na Internet).
- Richter, C., Romanowski, A. e Kienast, T. (2009), «Gamma-Hydroxybutyrat (GHB)-Abhängigkeit und -Entzug bei vorbestehender Alkoholabhängigkeit», *Psychiatrische Praxis* 36(7), p. 345-347.
- Roche, A., McCabe, S. e Smyth, B. (2011), «Illicit methadone use and abuse in young people accessing treatment in opiate dependence», *European Addiction Research* 14, p. 219-225.
- Rome, A., Shaw, A. e Boyle, K. (2008), *Reducing drug users' risk of overdose*, Scottish Government Social Research, Edimburgo.
- Romelsjö, A., Engdahl, B., Stenbacka, M., Fugelstad, A., Davstad, I. e outros (2010), «Were the changes to Sweden's maintenance treatment policy 2000–06 related to changes in opiate-related mortality and morbidity?», *Addiction* 105, p. 1625-1632.
- Salasuo, M., Vuori, E., Piispa, M. e Hakkarainen, P. (2009), *Suomalainen huumekuolema 2007. Poikkitieteellinen tutkimus oikeuslääketieteellisistä kuolinsyysasiakirjoista* [Finnish drug-related deaths in 2007. Cross-discipline study of forensic medical cause-of-death documents.], THL. Raportti 43/2009, Yliopistopaino, Helsinquia.
- SAMHSA (2009), *Trends in non medical use of prescription pain relievers: 2002 to 2007*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD (disponível na Internet).
- SAMHSA (2010), *Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health: Volume I. Summary of National Findings*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD (disponível na Internet).
- Smout, M.F., Longo, M., Harrison, S., Minniti, R., Wickes, W. e White, J. M. (2010), «Psychosocial treatment for methamphetamine use disorders: a preliminary randomized controlled trial of cognitive behavior therapy and Acceptance and Commitment Therapy», *Substance Abuse* 31(2), p. 98-107.
- Stein, M. D., Herman, D. S., Kettavong, M., Cioe, P. A., Friedmann, P. D. e outros (2010), «Antidepressant treatment does not improve buprenorphine retention among opioid-dependent persons», *Journal of Substance Abuse Treatment* 39(2), p. 157-166.
- Strang, J., Hall, W., Hickman, M. e Bird, S. M. (2010), «Impact of supervision of methadone consumption on deaths related to methadone overdose (1993-2008): analyses using OD4 index in England and Scotland», *BMJ* 341, p. c4851.
- Strasser, J., Wiesbeck, G. A., Meier, N., Stohler, R. e Dursteler-Macfarland, K. M. (2010), «Effects of a single 50% extra dose of methadone on heroin craving and mood in lower-versus higher-dose methadone patients», *Journal of Clinical Psychopharmacology* 30(4), p. 450-454.
- Sutton, A. J., Edmunds, W. J. e Gill, O. N. (2006), «Estimating the cost-effectiveness of detecting cases of chronic hepatitis C infection on reception into prison», *BMC Public Health* 6, p. 170 (disponível na Internet).
- 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. 381-395.
- 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. 1149-1160.
- Talu, A., Rajaleid, K., Abel-Ollo, K., Ruutel, M., Rahu, M. e outros (2010), «HIV infection and risk behaviour of primary fentanyl and amphetamine injectors in Tallinn, Estonia: Implications for intervention», *Journal of Drug Policy* 21(1), p. 56-63.
- Tan, J. A., Joseph, T. A. e Saab, S. (2008), «Treating hepatitis C in the prison population is cost-saving», *Hepatology (Baltimore, Md.)*, 48(5), p. 1387-1395.
- TNI (2009), *Withdrawal symptoms in the Golden Triangle: a drugs market in disarray*, Transnational Institute, Amesterdão (disponível na Internet).
- Todts, S., Gilbert, P., Malderen, V. S., Huyck, V. C., Saliez, V. e Hogge, M. (2009), *Usage de drogues dans les prisons belges: monitoring des risques sanitaires*, Service Public Fédéral Justice, Bruxelles.
- Toneatto, T., Sobell, L. C., Sobell, M. B. e Rubel, E. (1999), «Natural recovery from cocaine dependence», *Psychology of Addictive Behaviors* 13, p. 259-268.
- Tribunal Europeu dos Direitos do Homem: Case of Teixeira de Castro v. Portugal, judgment of 9 June 1998, Reports 1998-VI, par. 38 e 39.
- UNODC (2009), *World drug report 2009*, Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime, Viena.
- UNODC (2010), *World drug report 2010*, Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime, Viena.
- UNODC (2011), *World drug report 2011*, Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime, Viena.
- UNODC e MCN (Government of Afghanistan ministry of counter narcotics) (2010), *Afghan opium survey 2010*, Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime, Viena (disponível na Internet).
- 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. 143-151.

- Van Noorden, M. S., van Dongen, L. C., Zitman, F. G. e Vergouwen, T. A. (2009), «Gamma-hydroxybutyrate withdrawal syndrome: dangerous but not well-known», *General Hospital Psychiatry* 31(4), p. 394-396.
- Vandrey, R. e Haney, M. (2009), «Pharmacotherapy for *cannabis* dependence: how close are we?», *CNS Drugs* 23(7), p. 543-553.
- Whitten, L. (2010), «A clinical trial encourages continued development of strategy based on immune system response», *NIDA Notes* 23(3) (disponível na Internet).
- 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 na Internet).
- Wiessing, L., Likatavicius, G., Klemková, 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. 1 049-1052.
- Winstock, A. (2011), «The 2011 Mixmag drugs survey», *Mixmag* March p. 49-59.
- Yin, W., Hao, Y., Sun, X., Gong, X., Li, F., Li, J., Rou, K., Sullivan, S. G., Wang, C., Cao, X., Luo, W. e Wu, Z. (2010), «Scaling up the national methadone maintenance treatment program in China: achievements and challenges», *International Journal of Epidemiology* 39 Suppl 2, p. ii29-37.
- Zurhold, H. (2011), *European standards and guidelines for HCV prevention*. Report on WP 2 of the DPIP-funded project «Identification and optimisation of evidence-based HVC prevention in Europe for young drug users at risk», ZIS, Hamburgo (disponível na Internet).

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência

Relatório anual 2011: A evolução do fenómeno da droga na Europa

Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia

2011 — 119 p. — 21 × 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-482-3

doi:10.2810/47243

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 União Europeia, sendo uma obra de consulta essencial para quem procura os dados mais recentes sobre este fenómeno na Europa.

