



COMUNICADO da agência da UE de informação sobre droga, Lisboa

RELATÓRIO ANUAL 2003 SOBRE A SITUAÇÃO DA DROGA NA UE E NA NORUEGA

Algum “optimismo prudente” mas é preciso evitar a complacência, adverte o OEDT

(22.10.2003 LISBOA/**SOB EMBARGO ATÉ ÀS 10H00 CET**) Se bem que haja motivos para um optimismo prudente no que respeita à situação da **UE** em matéria de drogas, é necessário evitar qualquer complacência, adverte a Agência da **UE** de informação sobre droga, o **OEDT**. Novos problemas estão a emergir em algumas áreas, assinala a agência, que refere que os dados não apontam para uma queda significativa do consumo de drogas.

A advertência foi feita pelo **OEDT**, **sedeado em Lisboa**, no dia em que foi tornado público, em Estrasburgo, o seu **Relatório Anual 2003: evolução do fenómeno da droga na União Europeia e na Noruega**.

O **Director da Agência, Georges Estievenart**, afirmou hoje: “Aos motivos que permitem um optimismo prudente quando da análise do problema do consumo de droga na **UE** sobrepõem-se as preocupações por não se estar a ter um impacto suficiente no consumo grave, de longo prazo ou regular de droga num número preocupante de jovens de muitos países da **UE**. Para além do mais, os nossos indicadores sugerem não só que, globalmente, a tendência do consumo de drogas se mantém em alta, mas também a emergência de novos problemas, nomeadamente um consumo crescente de cocaína em algumas grandes cidades”.

O **Presidente do Conselho de Administração do OEDT, Marcel Reimen** acrescentou: “Quanto ao lado positivo, constatamos que a Europa está a desenvolver uma abordagem mais coordenada relativamente ao problema das drogas. De um modo geral, há provas de uma melhor percepção das coisas que funcionam. Está definitivamente reconhecido que a coordenação de esforços em cada país e entre países constitui uma componente vital para uma política eficaz de luta contra o consumo de drogas”.

Retrato da situação da UE em matéria de droga

Uma em cada cinco pessoas já consumiu *cannabis* e procura de tratamento está a aumentar

Segundo inquéritos realizados entre 2000 e 2002, pelo menos um em cada cinco adultos (20%) europeus já consumiu *cannabis* pelo menos uma vez. Os valores referentes aos jovens entre os 15 e os 34 anos são geralmente mais elevados, variando até aos 44%: **Espanha** (35%), **França** (40%), **Reino Unido** (42%) e **Dinamarca** (44%). As estimativas referentes ao uso recente (último ano) nesta faixa etária, varia entre os 5% e os 20% na maioria dos países. No topo da tabela encontram-se a **Espanha** (17%), a **Irlanda** (17%), o **Reino Unido** (19%) e a **França** (20%), encontrando-se no fundo da tabela a **Suécia** (1%), a **Finlândia** (5%), **Portugal** (6%) e a **Noruega** (8%).

Entre os jovens do sexo masculino, os consumos ao longo da vida e durante o ano anterior podem ser muito elevados. Outra preocupação destacada no relatório é a de um grupo pequeno mas significativo estar provavelmente a consumir *cannabis* de forma habitual e intensa. Um estudo realizado em **França** em 2001 revelou que entre os jovens do sexo masculino com 18 anos, mais de metade já consumiu *cannabis*, e 13,8% consomem *cannabis* de forma intensa, ou seja, 20 vezes mais do que durante o mês anterior. (Ver comunicado de imprensa sobre as drogas e os jovens).

A Agência assinala que é necessário aprofundar as investigações sobre o aumento das referências à *cannabis* nos registos dos serviços de tratamento especializados desde 1996. Actualmente, esta substância é a mais notificada depois da heroína, representando os seus consumidores 12% dos pacientes que procuraram tratamento e 25% dos novos pacientes na **UE**.

A Europa continua a ser o maior mercado do mundo de consumo de resina da *cannabis* (haxixe), que totaliza cerca de três quartos do total de droga apreendida. A *cannabis* em folhas (marijuana) proveniente da **UE** é também cada vez mais acessível. Os dados indicam que a potência média da *cannabis* (a percentagem do teor do ingrediente activo da *cannabis*, tetrahidrocanabiol – THC) na **UE** aumentou, variando agora entre os 5% e os 10%, tanto no que respeita à resina da *cannabis* como às folhas da *cannabis*. No entanto, há amostras consideravelmente mais fortes, com um índice de THC até 30%. Tal constitui uma preocupação em matéria de saúde pública.

Anfetaminas e ecstasy – a UE é uma região-chave para a produção e para o consumo

A Europa continua a ser a principal região de produção e consumo de anfetaminas e de ecstasy que, a seguir à *cannabis*, são as drogas ilícitas mais comumente consumidas, com uma prevalência ao longo da vida na população adulta entre os 0,5% e os 5%.

Apesar de o ecstasy continuar a ter uma alta prevalência entre os jovens europeus das zonas urbanas (os estudos apontam para um consumo elevado em alguns grupos, designadamente os frequentadores de festas), não se registou um aumento acentuado do seu consumo na população em geral. As mortes associadas ao consumo de ecstasy, pese embora o forte eco nos meios de comunicação social, foram relativamente raras, embora estejam a aumentar. Esta droga é referida em menos de 2% do total das mortes notificadas relacionadas com o consumo de drogas (estima-se que o número de mortes relacionadas com o consumo de drogas na **UE** em 2001 foi de 8 756).

O consumo de anfetaminas está na origem de cerca de um terço dos tratamentos por toxicod dependência na **Finlândia** e na **Suécia** e de 9% dos tratamentos na **Alemanha**, mas no resto da **UE** a percentagem não chega, regra geral, a 1%.

Quanto ao consumo de metanfetaminas, a **UE** só recentemente registou relatos esporádicos, apesar do aumento global do consumo destas substâncias e dos graves problemas que estão associados, verificados na **Ásia** e nos **EUA**. No entanto, atendendo aos graves problemas noutras áreas e ao impacto destas drogas na saúde pública, é necessário que a **UE** se mantenha vigilante.

Na última década, as apreensões de anfetaminas e de ecstasy na **UE** subiram substancialmente, parecendo estar estabilizadas neste momento. Quase 99% dos comprimidos analisados no último ano de referência na **Alemanha**, em **Espanha**, **Portugal**, no **Reino Unido** e na **Noruega** continham MDMA, ou substâncias análogas como o MDEA e o MDA, embora por vezes contivessem toda uma gama de outras substâncias. O preço médio dos comprimidos de ecstasy em 2001 baixou na maioria dos países.

Cocaína – motivo de preocupação

Quase todos os países da **UE** manifestam uma preocupação crescente pelo aumento do consumo de cocaína. Os inquéritos indicam o aumento do seu consumo no **Reino Unido** e, em menor escala, na **Dinamarca**, **Alemanha**, em **Espanha** e nos **Países Baixos**. Os dados de 2000–2002 revelam que a experiência ao longo da vida varia de 1% a 9% entre as pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 34 anos. O seu consumo está concentrado nas grandes cidades, pelo que o aumento do consumo pode não estar devidamente reflectido nos dados nacionais. Os dados toxicológicos provenientes de *overdoses*, apreensões e estudos de grupos de alto risco também indicam um aumento do consumo desta droga.

O número total de apreensões de cocaína na **UE** registou um aumento contínuo desde a década de 80, com um aumento acentuado em 2001. Os preços da cocaína vendida na rua estabilizaram ou diminuíram nos

últimos anos em todos os países à excepção da **Noruega**. A pureza da cocaína permanece, em geral, estável em **todos os Estados-membros**, embora tenham sido comunicados aumentos em 2001 pela **Dinamarca**, **Alemanha**, por **Portugal** e o pelo **Reino Unido**.

A percentagem da procura de tratamento da dependência da cocaína comunicada é relativamente elevada nos **Países Baixos** (30%) e em **Espanha** (19%), mas mais baixa na **Alemanha**, em **Itália**, no **Luxemburgo** e no **Reino Unido** (6–7%), o que pode ter a ver com diferenças na disponibilidade de tratamento. A prevalência europeia do consumo de cocaína (forma de base) *crack* continua a ser baixa; o consumo desta droga está praticamente limitado a comunidades marginalizadas de determinadas cidades, como no caso da **Alemanha**, dos **Países Baixos** e do **Reino Unido**, e acarreta graves problemas, embora localizados.

Metade dos países registam uma subida das estimativas do consumo problemático de droga

Na maioria dos países, o consumo problemático de droga caracteriza-se por um consumo crónico de opiáceos, excepto na **Suécia** e na **Finlândia** em que as anfetaminas têm maior preponderância. As estimativas nacionais do consumo problemático de droga variam entre os 2 e os 10 casos por cada 1 000 adultos, o que corresponde a cerca de 1–1,5 milhões de europeus. Os índices mais elevados registam-se na **Itália**, no **Luxemburgo**, em **Portugal** e no **Reino Unido** (entre 6 e 10 casos por cada 1 000 adultos). Os índices mais baixos são registados na **Alemanha**, nos **Países Baixos** e na **Áustria** (3 casos por cada 1 000 adultos).

Embora seja difícil fazer estimativas e os resultados devam ser analisados com prudência, os dados disponíveis apontam para um aumento, desde meados da década de 90, em pelo menos metade dos 16 países que forneceram dados. Oito desses países registam um aumento do consumo problemático de droga, designadamente a **Alemanha**, **Espanha**, **Itália**, o **Luxemburgo**, a **Finlândia**, **Suécia**, **Bélgica** e **Noruega** (para estes dois últimos países as estimativas referem-se ao consumo de droga injectada).

Cerca de 60% dos consumidores problemáticos de droga estimados são consumidores de droga injectada (entre 600 000 a 900 000). A percentagem de consumidores de droga injectada entre os consumidores de opiáceos diminuiu em alguns países na década de 90 mas, globalmente, a diminuição foi moderada, tendo mesmo sido registados alguns aumentos.

Prevenção de doenças – uma área que continua a ser de importância crucial

A prevalência da infecção por VIH entre os consumidores de droga injectada (CDI) é consideravelmente diferente de país para país, indo de cerca de 1% no **Reino Unido** a mais de 30% em **Espanha**. Em alguns países, as percentagens ascendem a mais de 25% em determinados contextos. Embora na maior parte dos casos tal seja o reflexo de velhas epidemias e não de novas infecções, foram comunicadas algumas subidas. A prevenção continua a ser de extrema importância para a protecção das pessoas que têm relações sexuais com os CDI ou que com eles partilham o consumo de droga injectada.

Os dados nacionais de prevalência da infecção por VIH, embora se apresentem estáveis, escondem alterações consideráveis a nível local e entre determinados grupos. Nos últimos anos, foram comunicadas subidas de infecção por VIH entre os CDI em algumas regiões ou certas cidades de **Espanha**, da **Irlanda**, **Itália**, dos **Países Baixos**, da **Áustria**, de **Portugal**, da **Finlândia** e do **Reino Unido**.

Segundo o relatório, os custos a longo prazo da infecção da hepatite C, tanto em termos de despesa dos cuidados de saúde como de sofrimento pessoal, serão consideráveis. As taxas de prevalência entre os consumidores de droga injectada actuais e antigos são extremamente elevadas em todos os países, situando-se entre os 40% e os 90%. A alta taxa de infecção entre os jovens CDI sugere que continua a haver muitos jovens que são infectados pelo vírus da hepatite C pouco após começarem a injectar-se, o que salienta a necessidade de intervenções precoces.

A maior parte das vítimas de overdoses são jovens

Na última década, foram comunicadas entre 7 000 e 9 000 mortes por ano relacionadas com o consumo de droga na **UE** e na **Noruega**, continuando a tendência a ser em alta e sendo os jovens entre os 20 e 30 anos os mais afectados. Em quase todos os países, os opiáceos (mais de 80%), estão presentes na maioria dos óbitos, muitas vezes combinados com outras substâncias como o álcool, as benzodiazepinas ou a cocaína. O consumo concomitante de álcool e depressores constitui um risco particular nas *overdoses* de heroína, tal como quando se verifica uma menor tolerância ao seu consumo, como demonstram as taxas elevadas de *overdose* entre as pessoas que acabam de cumprir penas de prisão.

Respostas ao problema do consumo de droga – questões-chave

Respostas estratégicas e legislativas ganham terreno

O relatório refere que as políticas de luta contra a droga na **UE** e na **Noruega** centram-se na obtenção de resultados e produtos. Contudo, se bem que praticamente todos estes 16 países estejam dotados de estratégias de luta contra a droga e respectivos sistemas de coordenação, a avaliação de resultados ainda não é uma constante.

Estes países continuam a adaptar as suas legislações para tornar possível o tratamento e a reabilitação dos jovens consumidores e toxicodependentes (como por exemplo, a **Alemanha**, **Grécia**, o **Luxemburgo** e a **Finlândia**). Os sistemas de monitorização dos traficantes foram reforçados, no contexto geral de uma sensibilização europeia acrescida para a segurança. Por exemplo, foram reforçados os poderes legais de monitorizar e investigar dados e telecomunicações na **Dinamarca**, em **Portugal**, na **Finlândia** e nos **Países Baixos**; neste último país é permitida a utilização de raios-X e de ultrassons em pessoas suspeitas de terem engolido pequenas embalagens contendo droga.

Ao longo do último ano, foram tomadas disposições legislativas em alguns **Estados-membros da UE** (**Dinamarca**, **Irlanda**, **Países Baixos** e **Reino Unido**) com o objectivo de minimizar o impacto social do consumo de droga através do exercício de um controlo mais rigoroso da ordem pública.

Tratamento de substituição sobe um terço em cinco anos

A disponibilidade do tratamento de substituição na **UE** e na **Noruega** aumentou em 34% nos últimos cinco anos. Cerca de 400 000 pessoas recebem tratamento de substituição nos 16 países. Mais de 60% (cerca de 250 000) dos lugares de tratamento são oferecidos em **Espanha**, **França** e **Itália**. O maior aumento do número de pessoas em tratamento registou-se em países em que a oferta deste tratamento era baixa, como é o caso da **Grécia**, de **Portugal**, da **Finlândia** e **Noruega**.

A metadona é, de longe, a substância de substituição mais utilizada, embora a buprenorfina esteja a ser cada vez mais utilizada. A co-prescrição de heroína é praticada no **Reino Unido**; a **Alemanha** e os **Países Baixos** estão a levar a cabo estudos científicos de co-prescrição de heroína e a **Espanha** está a preparar estudos semelhantes.

Redução dos danos: realidade em todos os países

A prevenção e a redução dos danos para a saúde associados à toxicodependência tornaram-se parte integrante das respostas a dar a este problema em toda a Europa.

Os programas de troca de seringas para evitar a disseminação de doenças infecciosas relacionadas com o consumo de droga injectada são uma realidade, estando amplamente acessíveis na **UE** e na **Noruega**, embora a sua cobertura seja limitada na **Grécia** e na **Suécia**. Globalmente, a acessibilidade a material para injeção esterilizado melhorou nos últimos cinco anos. Só a **Espanha** dispõe de um serviço de troca sistemática de seringas em estabelecimentos prisionais.

Desde meados da década de 90 que as provas científicas das medidas médicas e educativas de prevenção das mortes relacionadas com o consumo de droga aumentam consideravelmente, pelo que a redução do número de mortes é cada vez mais considerado um objectivo realizável. Com efeito, a redução das mortes relacionadas com o consumo de droga é uma prioridade nas estratégias nacionais de luta contra a droga da **Alemanha, Grécia, Irlanda, do Luxemburgo, da Finlândia e do Reino Unido.**

Nesta área, algumas abordagens inovadoras incluíram a sensibilização para os riscos e uma primeira ajuda entre os consumidores de droga visando a prevenção de *overdoses* fatais. Na **Alemanha**, em **Espanha** e nos **Países Baixos**, foram criadas salas de consumo vigiado.

Outro progresso importante em toda a Europa foi a disponibilização de cuidados médicos a consumidores de droga através dos serviços de baixo limiar, direccionados aos consumidores sem-abrigo ou com outro tipo de vida instável.

Prevenção nos estabelecimentos escolares: qualidade é prioridade

A prevenção em meio escolar continua a ser o âmago das actividades orientadas para os jovens, normalmente a partir da pré-adolescência. No entanto, apesar das provas da eficácia deste tipo de prevenção, na maioria dos países a sua prática não está generalizada.

Só a **Espanha, Grécia e Irlanda** introduziram programas de prevenção nos *currricula* das escolas de forma sistemática. A **França** e a **Suécia** comunicaram que estão a proceder a uma revisão da prevenção em meio escolar com base em dados científicos, e põem abertamente em dúvida as actividades actuais não as considerando como exemplos de boas práticas.

Serviços deficientes no sistema de justiça penal

O relatório refere que o tratamento e as medidas de redução dos riscos disponíveis para a comunidade em geral estão também largamente disponíveis aos consumidores de droga nas prisões. Algumas inovações no sistema têm preparado caminho para alternativas à pena de prisão para os consumidores de droga, encaminhando-os para tratamento semi-obrigatório ou para a prestação de serviços comunitários, com base no princípio de que, deste modo, se atende mais convenientemente às necessidades dos consumidores.

Tais alternativas evitam que os jovens consumidores de droga entrem em contacto com criminosos nas prisões. Não existem ainda provas científicas da eficácia destas medidas. A sobrepopulação nas prisões é um problema que também está na base da procura de alternativas.

Falta de avaliação

Segundo o relatório, na **UE** as respostas inovadoras e controversas muitas vezes são avaliadas de uma forma mais sistemática do que os tipos mais tradicionais de prevenção e tratamento. Em 2002, a Comissão, na sua avaliação intercalar do Plano de Acção em matéria de Luta contra a Droga (2000–2004) da **UE**, observou que os Estados-membros dão cada vez mais prioridade à redução da procura mas que, infelizmente, na maior parte das vezes, não avaliam as respostas de forma sistemática.

Questões específicas

O relatório hoje publicado contém um capítulo dedicado a questões específicas, nomeadamente consumo de droga e de álcool entre os jovens (vide publicação em separado), a exclusão social e reinserção e a despesa pública na área da redução da procura.

Exclusão social e reintegração – factores de complexidade

O relatório analisa o consumo de droga entre as populações socialmente excluídas (reclusos, imigrantes, sem-abrigo, profissionais do sexo e jovens vulneráveis) e a exclusão social entre os toxicodependentes.

Certos estudos mostram que até 54% dos reclusos dizem consumir droga enquanto estão presos e até 34% dizem injectar-se na prisão. Não existem quaisquer provas científicas que permitam concluir que o consumo de droga seja necessariamente mais elevado entre os imigrantes do que na população em geral, embora alguns estudos demonstrem efectivamente uma maior prevalência de consumo problemático de droga entre determinadas minorias étnicas. Os factores que contribuem para tal são o desemprego, a falta de meios económicos, problemas de habitação e problemas linguísticos. A **Dinamarca, França, os Países Baixos e o Reino Unido** referem que 80% dos sem-abrigo que vivem em centros de abrigo são toxicodependentes e as taxas de prevalência são mais elevadas entre pessoas que vivem na rua. Entre os sem-abrigo, a heroína é a droga habitualmente mais consumida.

Sobre a exclusão social dos toxicodependentes, o relatório refere que mais de 50% dos clientes em tratamento em 2001 na **UE** apenas concluiu o ensino primário e que são também frequentes taxas elevadas de abandono precoce da escola e de abandono dos estudos.

As taxas de desemprego entre os consumidores de droga são muito elevadas em comparação com as da população em geral – 47% entre os consumidores de droga em tratamento para 8% na população em geral. Até 77% dos pacientes em tratamento sobrevivem à custa de subsídios sociais e o endividamento também é comum. As condições em que vivem os consumidores de droga são muito más: 10% dos pacientes vivem em alojamento precário e 8% vive numa instituição social. Estima-se que o número dos sem-abrigo entre os toxicodependentes vá até aos 29%. As intervenções no domínio da integração social incluem medidas destinadas a melhorar a situação educacional, de alojamento e profissional dos consumidores de droga. Não raro, estas intervenções são também direccionadas para outros grupos socialmente excluídos.

Despesa pública calculada em pelo menos 2300 milhões de euros

O relatório analisa a despesa pública directa no domínio da redução da procura incorrida em 1999 nos **15 Estados-membros da UE** e na **Noruega**. Apesar dos poucos dados disponíveis, o **OEDT** estima que a despesa pública neste domínio ascendeu a pelo menos 2300 milhões de euros, mas o montante efectivo pode ser consideravelmente mais elevado. A parte da despesa total com a redução da procura afecta à prevenção é muito menor do que a parte afecta ao tratamento.

O relatório refere que os decisores políticos manifestam um interesse crescente nas análises da despesa pública, seja como uma base para a tomada de decisões, seja como um meio de medir o desempenho. Porém, para obter dados exactos sobre o montante total da despesa na Europa, há que aperfeiçoar os, por enquanto, subdesenvolvidos sistemas de investigação e informação neste domínio.

Nota aos editores

- **Relatório Anual 2003: evolução do fenómeno da droga na União Europeia e na Noruega** (disponível nas 11 línguas oficiais da UE e em norueguês no seguinte endereço: <http://annualreport.emcdda.eu.int>).
- **Annual report 2003: the state of the drugs problem in the acceding and candidate countries to the European Union** (Relatório Anual 2003: evolução do fenómeno da droga nos países em vias de adesão à União Europeia) (disponível em inglês no seguinte endereço: <http://candidates.emcdda.eu.int>).
- Os **Comunicados** podem ser descarregados a partir do endereço: http://www.emcdda.eu.int/infopoint/news_media/newsrelease.cfm