



COMUNICADO da agência da UE de informação sobre droga, Lisboa

RELATÓRIO ANUAL 2004: DESTAQUES

Sinais de progresso: decrescem as mortes relacionadas com as drogas, as infecções por VIH e o consumo de heroína, mas aumenta a preocupação com o crescente consumo de outras drogas

(25.11.2004 LISBOA **SOB EMBARGO ATÉ ÀS 10H00 CET/Hora de Bruxelas**) "Há sinais positivos de progressos na redução de algumas das consequências mais graves do consumo de drogas", afirma **Georges Estievenart, Director da Agência da UE de informação sobre droga**. "Depois de vários anos a aumentar, o número de mortes relacionadas com a droga, está agora a decrescer, o consumo de heroína estabilizou em vários países e a epidemia do VIH entre os consumidores de droga injectada pode estar a abrandar em alguns dos novos Estados-Membros da UE. Ao mesmo tempo, as medidas tendentes a reduzir os danos associados ao consumo de drogas intensificam-se e, em muitos países da Europa, o acesso dos consumidores a tratamento e cuidados complementares é melhor".

"Contudo" acrescenta **Georges Estievenart**, "há o risco de algumas destas tendências positivas serem de curta duração, e há grande preocupação quanto às epidemias relacionadas com o consumo de drogas, em particular em alguns dos novos Estados-Membros da União. Além disso não se pode esquecer que, do ponto de vista histórico e em geral, o consumo de drogas se mantém em níveis elevados – muitos países reportaram um crescente consumo de cocaína e, em algumas regiões da Europa também aumentou o número de consumidores de *cannabis* e de *ecstasy*, embora neste caso o panorama seja mais diversificado."

São comentários feitos no dia em que o **OEDT**, com sede em Lisboa, lança, em **Bruxelas**, o seu **Relatório anual sobre a evolução do fenómeno da droga na União Europeia e na Noruega** ⁽¹⁾.

PANORÂMICA DA SITUAÇÃO DA EUROPA EM MATÉRIA DE DROGAS

Aumento da procura de tratamento por consumo de cocaína

Há mais europeus a procurar tratamento por problemas relacionados com o consumo de cocaína, diz o relatório que hoje é publicado. Nos **Países Baixos** e em **Espanha**, a seguir à heroína, a cocaína é agora a segunda droga mais notificada pelos centros especializados de tratamento representando, respectivamente, mais de um terço (35%) e mais de um quarto (26%) de todos os pedidos de tratamento. Na maioria dos países, ocorrem mais pedidos de tratamento por consumo de cocaína em pó do que de cocaína fumada/*crack* (embora haja excepções, como por exemplo os **Países Baixos**, em que cerca de dois terços dos pedidos por tratamento de cocaína se referem ao *crack*). Aumenta a preocupação quanto ao consumo de *crack* em algumas cidades da **Alemanha, Espanha, França, Países Baixos e Reino Unido**.

Ainda não foi identificado um tratamento farmacológico de substituição para o consumo problemático de cocaína (contrariamente ao que acontece para o consumo problemático de opiáceos), mas os tratamentos visando a modificação dos comportamentos parecem oferecer algumas vantagens.

Segundo inquéritos realizadas nos países da **UE**, entre 1% e 10% dos europeus jovens (15–34 anos) referiram já terem experimentado cocaína, tendo metade deles referido consumos recentes (últimos 12 meses), diz o

OEDT. Os inquéritos mostram que, neste grupo, também este tipo de consumo (recente de cocaína) registou algum aumento na **Dinamarca, Alemanha, Espanha** e no **Reino Unido**, tendo ainda sido registados aumentos localizados na **Grécia, Irlanda, Itália e Áustria**. Globalmente, menos de 1% dos adultos (15–64 anos) na **UE** referiu ter consumido cocaína recentemente, embora **Espanha** e **Reino Unido** registem percentagens superiores a 2%, tal como nos **EUA**. Nas zonas urbanas e em subgrupos específicos, os níveis de consumo podem ser muito mais altos: alguns inquéritos realizados em “dance settings” (discotecas, festas, etc.) referem prevalências de consumo de cocaína, ao longo da vida, da ordem dos 40% a 60%.

As mortes atribuídas apenas à cocaína continuam a ser raras na Europa, mas podem estar a aumentar. Nos **Países Baixos**, o número destas mortes aumentou de 2 em 1994, para 26 em 2001 e, no **Reino Unido**, o número de “referências” a cocaína em certificados de óbito aumentou entre 1993 e 2001 (embora sejam muito menos do que as dos opiáceos). Dados dos exames toxicológicos (dos institutos de medicina legal) revelam, em alguns países, a presença de cocaína juntamente com opiáceos numa percentagem elevada das mortes relacionadas com as drogas, nomeadamente em **Espanha** (46%) e em **Portugal** (22%). Recentemente, as substâncias utilizadas para “cortar” a cocaína têm suscitado preocupações por representarem, potencialmente, riscos sanitários suplementares. Por exemplo, a fenacetina, uma substância adulteradora muito encontrada na cocaína em pó, está associada a cancros e perturbações do fígado, dos rins e do sangue.

Entre 1997 e 2002, o número de apreensões de cocaína aumentou em quase todos os países na **UE**. Em 2002, as quantidades totais de cocaína apreendida aumentaram na **Alemanha, França e Itália**, tendo diminuído em **Espanha, Países Baixos** e em **Portugal**, o que pode ser indício de uma alteração das “portas de entrada” na Europa, da cocaína destinada ao tráfico.

Sinais de consumo "intensivo" de *cannabis* entre os adolescentes

A *cannabis* continua a ser a droga ilícita mais consumida em toda a **UE**, com cerca de um em cada cinco adultos europeus (20%) a reconhecer ter *consumido* pelo menos uma vez, ao longo da vida. As prevalências do consumo de *cannabis* são geralmente mais altas na população jovem (15–34 anos). Quanto às prevalências ao longo da vida, elas variam numa percentagem que vai de menos de 15% na **Estónia, Portugal e Suécia**, até 35% ou mais na **Dinamarca, Espanha, França e Reino Unido**, e entre 5% e 20% destes europeus mais jovens consumiram esta droga, nos últimos 12 meses.

Entre os alunos de 15–16 anos, a percentagem dos que já experimentaram *cannabis* varia entre cerca de 10% na **Grécia, Malta, Finlândia, Suécia e Noruega** e mais de 30% na **República Checa, Espanha, França e Reino Unido**.

A maior parte das pessoas que consomem *cannabis* fazem-no ocasionalmente ou por períodos de tempo limitados. No entanto, o relatório hoje publicado indica que cerca de 15% dos alunos de 15–16 anos da **UE** que consumiram *cannabis* no último ano são consumidores "intensivos" desta substância (consumiram em 40 ou mais ocasiões durante o ano). Os do sexo masculino têm mais do dobro da probabilidade de serem consumidores "intensivos" do que os do sexo feminino. Entre os rapazes, esta percentagem vai de menos de 1% na **Letónia, Lituânia, Malta, Finlândia e Suécia**, até entre 5% a 10% na **Bélgica, Alemanha, Espanha, França, Irlanda, Eslovénia e Reino Unido**. Para as raparigas, esta percentagem varia entre 0% e 4,6%. *(Para mais informações sobre a cannabis, ver comunicado de imprensa "Temas específicos").*

O panorama das tendências do consumo de *cannabis* é diversificado, apontando os dados disponíveis para uma estabilização do número de jovens consumidores nos últimos 2–4 anos nos **Países Baixos, na Finlândia, Suécia e Noruega**.

A *cannabis* é a droga com maior número de apreensões em todos os países da **UE**, à excepção da **Letónia** (onde o da heroína é superior), tendo a maior parte sido registada no **Reino Unido**, seguido da **Espanha e França**. Contudo, nos últimos cinco anos e em termos de quantidades, a Espanha contribuiu com mais de metade da quantidade total apreendida na **UE**. Tanto o número de apreensões, quanto a quantidade de cocaína apreendida na **UE** em 2002, registaram subidas (em 2001 tinham descido).

Ecstasy rivaliza com as anfetaminas no lugar de segunda droga mais consumida na Europa

Os dados hoje publicados indicam que em alguns países, nomeadamente a **República Checa, Alemanha, Irlanda, os Países Baixos, Portugal e o Reino Unido**, o consumo de *ecstasy* pode estar a atingir ou a ultrapassar o consumo de anfetaminas como segunda droga mais consumida depois da *cannabis*. Os dados disponíveis mostram que as tendências europeias no que respeita ao consumo recente de *ecstasy* continuam em alta, sendo as tendências do consumo recente de anfetaminas mais diversificadas na maioria dos países.

Entre 0,5% e 7% da população (15–64 anos) já experimentaram *ecstasy*, em comparação com os 0,5% a 6% para as anfetaminas (o **Reino Unido** é a excepção com a prevalência ao longo da vida, das anfetaminas igual a 12%).

Cerca de dois terços dos **Estados-Membros da UE** referem que entre a população jovem (15–34 anos), o consumo recente de *ecstasy* é mais comum do que o de anfetaminas. Entre 5% e 13% dos indivíduos do sexo masculino, entre os 15 e os 24 anos de idade da **República Checa, Espanha, Irlanda, Letónia, dos Países Baixos e do Reino Unido** referem ter consumido *ecstasy* no último ano. Contudo, no geral, as taxas de consumo de *ecstasy* e anfetaminas resultantes de inquérito escolares (alunos com 15–16 anos) parecem mais estáveis ou mesmo a descer ligeiramente em alguns países.

Em 2002, a Europa continuou a registar a maioria das apreensões de anfetaminas (86% do volume total), tendo sido o **Reino Unido**, nos últimos cinco anos, o país da **UE**, com mais apreensões de anfetaminas. O consumo de estimulantes do tipo das anfetaminas (ATS) só muito raramente está na base da procura de tratamento da toxicod dependência, com duas excepções: 52% dos pacientes na **República Checa**, 35,3% na **Finlândia** e 29% na **Suécia** referem os ATS como principal razão para procurar tratamento.

Ao contrário do que se passa na **Ásia** e nos **Estados Unidos**, em que o consumo de metanfetaminas constitui um problema cada vez maior, na **UE** o consumo significativo de metanfetaminas parece restringir-se à **República Checa**, país onde são produzidas desde os anos oitenta. No entanto, registos esporádicos alimentam o receio de que a droga possa estar a ganhar terreno noutras partes da Europa. Foi comunicada a produção de metanfetaminas, em menor escala, na **Bélgica, Alemanha, Estónia, França, Letónia, Lituânia** e no **Reino Unido** e apreensões na **República Checa, Dinamarca, Estónia, Lituânia, Noruega e Suécia**, em 2002.

A Europa continua a ser o principal centro de produção de *ecstasy*, embora essa produção esteja a alastrar-se à **América do Norte** e à **Ásia**. No interior da Europa, o *ecstasy* é produzido em vários países, mas grande parte da produção situa-se nos **Países Baixos** e na **Bélgica**. Em 2002, as quantidades de *ecstasy* apreendidas aumentaram em quase todos os países da **UE**.

As mortes relacionadas com o consumo de *ecstasy* são raras na maioria dos países da **UE**, sendo ainda mais raras as mortes causadas directamente pelo seu consumo. Em 2002, a **Alemanha** comunicou oito mortes em que o *ecstasy* esteve directamente envolvido, a **França** e a **Áustria** duas e a **Grécia** uma. As actividades de prevenção em ambientes recreativos em que o *ecstasy* é susceptível de ser consumido registaram um ligeiro aumento na UE, em especial nos **novos Estados-Membros**. As intervenções podem ir desde o encorajamento de atitudes de abstinência até à promoção de ambientes mais seguros nesses contextos (por exemplo, prevenção de emergências, primeiros socorros, medidas de segurança).

O carácter mutável do consumo problemático de drogas

Segundo o **OEDT**, os padrões do consumo problemático de drogas continuam a evoluir. Alguns países em que este consumo estava tradicionalmente associado ao consumo crónico de opiáceos referem, actualmente um aumento do número de consumidores com policonsumos ou de consumidores de estimulantes. São disso exemplo a **Alemanha** e os **Países Baixos**, que reportaram uma percentagem crescente de consumidores de *crack* entre os seus consumidores problemáticos e a **Espanha** e a **Itália** que referiram um aumento dos consumidores problemáticos de cocaína.

A percentagem da população adulta (15–64 anos) europeia que pode ser definida como consumidora problemática de droga é de mais de 1%, o que representa um total de entre 1,2 e 2,1 milhões de pessoas na **UE alargada**. As estimativas mais elevadas foram as comunicadas pela **Dinamarca, Itália**, pelo **Luxemburgo**, por **Portugal** e pelo **Reino Unido** (6 a 10 casos por 1 000 habitantes adultos), e os valores mais baixos foram fornecidos pela **Alemanha, Grécia**, pelos **Países Baixos** e pela **Finlândia** (menos de 4 casos por 1 000 habitantes adultos). Situam-se na média deste intervalos de variação a **República Checa** (4,9 casos por 1 000 habitantes adultos) e a **Eslovénia** (5,3 casos por 1 000 habitantes adultos).

Os dados apontam para um aumento do consumo problemático de droga desde os anos noventa na **Bélgica, Dinamarca, Alemanha, Itália**, no **Luxemburgo**, na **Finlândia**, no **Reino Unido** e na **Noruega**, enquanto que os indicadores na **Estónia** sugerem "acentuados aumentos", segundo o relatório.

O consumo de heroína encontra-se relativamente estabilizado em muitos países da **UE**, e o número de novos consumidores tem vindo a diminuir desde os anos noventa. No entanto, esta pode não ser a situação nos **novos Estados-Membros da UE** para os quais os dados são mais limitados. Menos de metade dos que recebem pela primeira vez tratamento por consumo de opiáceos na **UE** referem o consumo desta droga por injeção, e em **Espanha**, nos **Países Baixos** e em **Portugal** uma percentagem relativamente pequena de consumidores de heroína consomem-na por via endovenosa. Na **República Checa, Eslovénia e Finlândia**, o consumo de heroína injectada é mais referido, havendo sinais de que na **Alemanha, Irlanda** e nos **novos Estados-Membros** esse consumo esteja a aumentar. O **OEDT** estima que actualmente cerca de 850 000 a 1,3 milhões de consumidores problemáticos de droga são consumidores activos de droga injectada.

Algumas referências ao tráfico de fentanil, um opiáceo sintético que pode ser cerca de cem vezes mais potente do que a heroína, causaram preocupação na **Europa** após terem sido comunicadas algumas apreensões na **Rússia** e nos países vizinhos do **mar Báltico**. O fentanil e o metilfentanil surgiram nos mercados da droga na **Estónia, Finlândia e Suécia**, tendo sido notificados vários casos de morte por *overdose* nos últimos dois anos. "Atendendo aos elevados riscos potenciais do fentanil, seria altamente preocupante se se verificasse um aumento significativo desta substância no mercado europeu de estupefacientes", diz o relatório.

Decréscimo modesto, mas significativo, das mortes relacionadas com o consumo de drogas

Segundo o relatório que hoje é publicado, o número de mortes relacionadas com o consumo de drogas na **UE** registou um decréscimo modesto nos últimos anos. As mortes relacionadas com o consumo de drogas baixaram de 8 838 em 2000 para 8 306 em 2001, o que representa uma diminuição pequena (6%), mas significativa. **França e Espanha** registam uma tendência decrescente desde meados dos anos noventa, enquanto que **Alemanha, Grécia, Irlanda, Itália, Portugal e Noruega** registam uma diminuição mais acentuada desde 2000.

É possível que esta evolução positiva seja devida à redução do consumo de droga injectada em alguns países e ao aumento da acessibilidade a tratamentos de substituição, serviços de prevenção (por exemplo, intervenção dos pares em situações de emergência relacionadas com o consumo de drogas e material educativo sobre riscos de *overdose*). No entanto, diz o **OEDT** que o número de mortes relacionadas com o consumo de drogas permanece alto, em termos históricos, e esta tendência descendente pode não ser sustentável. Há sinais que deixam antever que este tipo de mortes pode em breve aumentar nos **novos Estados-Membros**.

Infecções por VIH diminuem, mas os riscos de alastramento da epidemia continuam altos

A continuação da propagação da epidemia do VIH em alguns dos **novos Estados-Membros da UE** e países contíguos está a causar grande preocupação. A **Estónia**, a **Letónia**, a **Rússia** e a **Ucrânia** são os países do mundo onde o crescimento desta epidemia, é mais rápido – embora haja indícios de que a incidência de VIH já tenha atingido os valores máximos na **Estónia** e na **Letónia**. Na **Europa Ocidental**, a epidemia parece ter estabilizado ou estar em declínio entre os consumidores de droga injectada (CDI), apesar de vários **antigos Estados-Membros** darem sinais da existência de comportamentos de risco acrescido, tanto a nível local como de subgrupos específicos.

Na **Estónia** e na **Letónia**, aonde a incidência do VIH entre os consumidores de droga injectada atingiu valores máximos em 2001, os valores caíram de 2001 para 2002: de 991 para 525 casos por milhão de habitantes na **Estónia**, e de 281 para 170 casos por milhão de habitantes na **Letónia**, sendo que, de um modo geral, os valores se mantêm bastantes elevados. As estimativas nacionais para a prevalência do VIH entre os CDI, são mais elevadas na **Estónia**, **Letónia** e **Polónia**, apesar de sugerirem um recente decréscimo. Em estudos locais realizados nestes três países, foram obtidas prevalências bem mais elevadas (cerca de 40% na **Estónia**, de 20% na **Letónia** e de 30% na **Polónia**), enquanto que a nível local, em Riga (**Letónia**) a prevalência continua a aumentar. Em alguns dos outros **novos Estados-Membros da UE – República Checa, Eslovénia e Eslováquia** – a prevalência de VIH entre os consumidores de droga injectada é muito baixa, menor que 1%.

A prevalência de anticorpos do vírus da hepatite B (até 85%) e de anticorpos do vírus da hepatite C (até 95%) entre os CDI continua a ser extremamente elevada, revelando uma considerável necessidade de tratamento e prevenção. A prevalência do VHC é menor (25–33%) em alguns dos países onde a prevalência de VIH também é baixa entre os CDI (por exemplo, **Hungria, Eslovénia e Eslováquia**). Na **UE**, a prevalência de tuberculose (TB) entre os CDI continua a ser baixa, – excepto, talvez, em alguns **países Bálticos**, – enquanto que alguns países vizinhos da União registam taxas de infecção altas, apontando para a necessidade de vigilância acrescida.

O número e a cobertura geográfica dos programas de troca de agulhas e seringas (PTS) continuou a registar um aumento em muitos **Estados-Membros da UE**. Em particular na **Estónia** e na **Letónia** verificou-se uma rápida expansão de novos serviços em todo o país, em resposta à epidemia de VIH dos últimos anos.

OUTROS DESTAQUES DO RELATÓRIO HOJE PUBLICADO

- Desde os anos 90 que se regista, em todos os países da **UE**, um aumento continuado da disponibilidade de todos os tipos de tratamento. O tratamento de substituição tornou-se a forma mais comum de tratamento especializado da toxic dependência para consumidores de opiáceos na **UE**. Os números mais recentes indicam que, enquanto em 1999, nos **15 Estados-Membros da UE**, foram tratados 320 000 indivíduos com substitutos de opiáceos, em 2003, o número de indivíduos que recebeu tratamento subiu para 410 000. No entanto, globalmente, a procura continua a ser superior à oferta em alguns países. O tratamento de substituição está menos disponível nos **novos Estados-Membros** (à excepção de **Malta**, onde existe desde 1987, e da **Eslovénia** a funcionar desde 1991).
- A prevenção da toxic dependência está a melhorar em vários **Estados-Membros da UE** graças a um melhor controlo da qualidade e a uma melhor monitorização (**República Checa, Espanha, Irlanda, Lituânia, Portugal, Eslovénia, Suécia e Reino Unido**). Na **Grécia**, em **Portugal** e na **Suécia**, as políticas de prevenção são cada vez mais baseadas em conceitos modernos e estruturas bem definidas, e a prevenção em meio escolar está melhor definida e veiculada do que no passado. Porém, globalmente, a prevenção fundamentada em provas na **UE** continua a ser fraca, e é necessário um maior investimento em programas de prevenção. Isto aplica-se em particular à prevenção selectiva, que visa os grupos mais vulneráveis, uma abordagem que está subdesenvolvida em muitos países. Há cada vez mais provas de que a prevenção selectiva pode obter resultados tangíveis e, recentemente, tem sido alvo de atenção crescente em alguns países (**Hungria, Finlândia e Suécia**).
- As salas de consumo assistido – salas em que os toxic dependentes podem consumir droga em condições de higiene, sob supervisão – existem em trinta e nove cidades de três países da **UE** (**Espanha, Alemanha e Países Baixos**) e na **Suíça**. Há provas que permitem concluir que estas salas podem ser úteis para entrar em contacto com os grupos de toxic dependentes de difícil acesso, ajudando-os a beneficiar de cuidados de saúde primários, serviços sociais ou a tratamento, bem como para reduzir os riscos para a saúde, nomeadamente as *overdoses*. No entanto, a criação destas salas ainda está envolta em controvérsia e a sua legitimidade em termos de obrigações impostas pelos tratados internacionais de controlo dos estupefacientes das NU tem sido questionada.

- O consumo de droga em estabelecimentos prisionais varia consideravelmente entre os países da **UE**. Os estudos disponíveis mostram que entre 8% e 60% dos reclusos referem ter consumido droga na prisão e entre 10% e 36% referem um consumo recente. O mesmo intervalo de variação se aplica aos reclusos consumidores de droga injectada: entre 0,2% e 34% dos reclusos referem este consumo, dependendo do estabelecimento prisional. O tratamento de substituição está cada vez mais disponível nos estabelecimentos prisionais. Na **Bélgica, Dinamarca, Espanha, Áustria e Eslovénia** todas as prisões disponibilizam este tratamento.
- As infracções à legislação em matéria de droga registaram um aumento superior ao dobro, entre 1997 e 2002, na **República Checa, Estónia, Lituânia, Hungria, Polónia e Eslovénia**, enquanto que na **Estónia, Irlanda, Itália, Letónia**, em **Portugal**, na **Finlândia** e **Eslovénia** registaram um decréscimo em 2002. (Os aumentos verificados devem ser interpretados com precaução, já que podem representar apenas flutuações de curto prazo). Na maioria dos **Estados-Membros da UE**, a *cannabis* é a droga mais envolvida nas infracções à legislação em matéria de droga, embora na **Lituânia** e no **Luxemburgo** essa droga é seja a heroína.

Notas:

(¹) **O Relatório Anual 2004** do OEDT baseia-se, entre outros, nos **relatórios nacionais** da rede Reitox dos pontos focais nacionais apresentados em 2003. Por conseguinte, os dados estatísticos contidos nesses relatórios reflectem a situação do ano de 2002. As informações qualitativas e contextuais suplementares reflectem os dados disponíveis no final do prazo fixado para o estabelecimento dos relatórios no segundo semestre de 2003.

Para aceder a comunicados de imprensa nas 20 línguas comunitárias, bem como ao **Relatório Anual**, ao **Boletim Estatístico**, a **sínteses da situação por país**, bem como aos **Relatórios Nacionais** da rede Reitox, consulte <http://annualreport.emcdda.eu.int>

Para aliviar o tráfego do *website* principal, o **OEDT** criou um “*website* espelho” (<http://emcdda.kpnqwest.pt>) para acesso ao relatório e aos comunicados de imprensa.