1998

Sumário e tópicos principais

Relatório Anual sobre a Evolução do Fenómeno da Droga na União Europeia

O . E . D . T .

Observatório Europeu das Drogas e da Toxicodependência

NOTA DE RESPONSABILIDADE

O Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) não tem qualquer responsabilidade real ou implícita, inclusivamente perante qualquer pessoa singular ou colectiva que actue em seu nome, pela utilização que eventualmente se faça da informação contida no presente documento. O conteúdo não implica de modo algum a formulação de uma opinião por parte do OEDT sobre o estatuto legal de qualquer país, território, cidade ou região ou das suas autoridades, incluindo o traçado das suas fronteiras ou limites.

Salvo indicação em contrário, esta publicação, incluindo todas as recomendações ou pareceres, não reflecte necessariamente a política do OEDT, dos seus parceiros, de qualquer Estado-Membro, organismo ou instituição da União Europeia ou Comunidades Europeias.

Encontra-se à disposição na Internet uma grande quantidade de informação adicional sobre a União Europeia. Pode aceder à mesma através do servidor Europa — (http://europa.eu.int). A informação sobre o OEDT encontra-se no seu *site* — (http://www.emcdda.org)

Este sumário encontra-se igualmente disponível em alemão, dinamarquês, espanhol, finlandês, francês, grego, italiano, neerlandês, português 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 Oficiais das Comunidades Europeias, 1998

ISBN 92-9168-072-9

© Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 1998
Reprodução autorizada mediante indicação da fonte

Printed in Italy

O . E . D . T .
Observatório Europeu das
Drogas e da Toxicodependência

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

Prefácio

O *Relatório Anual sobre a Evolução do Fenómeno da Droga na União Europeia* 1998 é essencial para se prosseguir o desenvolvimento de uma base de conhecimento concertada que sirva de alicerce à criação de uma abordagem estratégica para a política antidroga dos Estados-Membros da União Europeia e restantes países. O OEDT promove, para além de reflectir, os progressos realizados a nível da comunicação e da consciencialização partilhada da amplitude dos problemas relacionados com a droga, bem como a adequabilidade de marcadores específicos enquanto indicadores epidemiológicos a nível nacional e internacional.

A Declaração sobre Redução da Procura, adoptada pelas Nações Unidas em Junho de 1998, afirma que *os programas de redução da procura dever-se-ão basear numa avaliação regular da natureza e magnitude do uso e abuso da droga e dos problemas a ela associados na população. Esta avaliação revela-se imperativa para a identificação de novas tendências. As avaliações deverão ser efectuadas pelos Estados de uma maneira compreensiva, sistemática e periódica, baseando-se nos resultados de estudos relevantes, de modo a permitir considerações geográficas e recorrendo a definições, indicadores e procedimentos idênticos na avaliação da situação da droga. As estratégias de redução da procura devem assentar nos conhecimentos resultantes da investigação e nas lições tiradas de programas anteriores. Tais estratégias deverão ter em consideração os progressos científicos alcançados nesta área, de acordo com os actuais acordos internacionais, dependendo da legislação nacional e do Plano Abrangente Multidisciplinar para as Futuras Actividades no Domínio do Controlo do Abuso de Drogas.* O trabalho do OEDT, em geral, e o conteúdo do seu *Relatório Anual,* em particular, reflectem precisamente esta abordagem.

Cada *Relatório Anual* contribui para uma melhor compreensão da necessidade de monitorização e para o reconhecimento de que uma política eficaz depende de uma base de informação satisfatória e acessível. Cada vez mais se reconhece que o OEDT é uma fonte de informação valiosa cuja autonomia e independência política garantem que os seus relatórios anuais sejam encarados como documentos essenciais para a compreensão dos principais aspectos que caracterizam os problemas relacionados com a droga e das respostas legais, políticas e sociais encontradas para os mesmos no seio da União Europeia. Contudo, cada *Relatório* apresenta também uma reconfiguração dos temas centrais relacionados com as políticas e a sua aplicação na prática, o que se encontra manifestamente documentado no capítulo 3 do *Relatório 1998*.

Este capítulo analisa a situação do fenómeno da droga nos dez países da Europa Central e Oriental (PECO) abrangidos pelo projecto PHARE afecto aos países candidatos à adesão à UE. Relativamente aos 15 Estados-Membros, o objectivo do projecto do OEDT apresenta duas vertentes — elaborar relatórios sobre os indicadores existentes que melhor reflectem os problemas associados à droga e as respostas de cada nação e, paralelamente, encorajar os participantes a melhorarem a qualidade, fiabilidade, comparabilidade e exactidão da informação recolhida. Embora o OEDT tenha consciência de que os recursos são limitados, o aperfeiçoamento gradual dos vários métodos de recolha e divulgação continua a fazer parte integral do objectivo de melhorar a comunicação e cooperação.

No capítulo 1 é feita uma distinção entre tendências actuais e orientações, baseada numa combinação de fontes informais e menos sistematizadas e indicadores-chave epidemiológicos, estruturados em torno de definições assentes, se as houver. Deste modo, a secção «Tendências Actuais» permite incorporar medidas qualitativas e opiniões com conhecimento de causa sobre eventos recentes, onde o que conta é mais a tempestividade do que a precisão. Pelo contrário, na secção «Indicadores-chave» as tendências do fenómeno da droga são ligeiramente menos actualizadas, embora preencham mais provavelmente os critérios científicos de fiabilidade e validade. O objectivo geral consiste mais em utilizar uma variedade de metodologias, com vista a estabelecer um leque variado de imagens sobre a actividade na área da droga e os modos de a combater, do que em confiar demasiado em «instantâneos» cuja clareza é comprometida pelo seu tempo de elaboração.

No entanto, o objectivo do OEDT de melhorar a qualidade geral dos dados disponíveis revela-se na estrutura do capítulo sobre redução da procura, no qual é dada ênfase aos projectos que foram objecto de uma avaliação adequada. Particularmente na área da prevenção primária constata-se uma falta de evidência científica, não só à escala europeia mas também internacional, pelo que o objectivo tem consistido em apresentar não só os projectos

que se afiguram importantes e indicativos como também aqueles em que se tentou proceder a uma avaliação satisfatória. Assim, enquanto que se tem devidamente em conta novos projectos que possam lançar luz no sentido, por exemplo, da educação no domínio da droga e dos seus efeitos, a abordagem do OEDT pretende encorajar a inovação associada a métodos sistemáticos e científicos.

Os últimos capítulos centram-se particularmente nas estruturas financeiras adequadas. O capítulo 7 analisa os dados disponíveis sobre as despesas públicas com o problema da droga, dando exemplos a partir das limitadas fontes de dados disponíveis. O capítulo 5 expõe as alterações ocorridas a nível das despesas da UE no ano passado e, em particular, as modificações na repartição das despesas com acções efectuadas no âmbito da União e a nível internacional. O capítulo 6 apresenta um panorama actualizado das actividades globais de carácter geral e do trabalho recentemente efectuado pelas principais organizações internacionais para combater o problema da droga.

Enquanto que continua a haver muito trabalho a ser feito, os sucessos do ano passado dão provas claras das actividades do OEDT. O Observatório tem vindo a assumir crescentemente um papel como centro de excelência para informação sobre toxicodependência, tendo também reforçado as suas actividades no sentido de melhorar a base de conhecimento à qual recorrem os decisores políticos, profissionais e investigadores nesta área. O *Relatório Anual*, como parte integrante da actividade da UE, não só reflecte de um modo cada vez mais claro e preciso a situação da droga nos países da UE como também fornece uma base valiosa para iniciar uma investigação e avaliação sistemáticas levadas a cabo, de modo comparativo, dentro e fora da UE.

Temos, porém, consciência de que a UE não se pode confinar aos Estados-Membros que a constituem, motivo pelo qual o OEDT continuará a promover os esforços de cooperação entre estes Estados-Membros e os órgãos e organizações que actuam a um nível mais internacional. O OEDT encontra-se cada vez mais no centro das relações entre informantes europeus de importância primordial através das redes nacionais e internacionais dos seus pontos focais e da rede Reitox do OEDT.

Se bem que o nosso trabalho seja essencialmente educacional, progressivo e pró-activo, há que promover o papel da recolha, gestão e divulgação de informação como base crítica para todas as tomadas de decisão a nível político, sendo precisamente neste ponto que o *Relatório Anual* reflecte o sucesso dos esforços envidados pelo OEDT e pelos pontos focais. Com a publicação de cada *Relatório Anual* ficamos cientes de que o seu impacto e o número de leitores aumentam e se alcançaram progressos em termos de comparabilidade e qualidade. Este progresso é lento e gradual, mas, através do empenho e da boa vontade dos colaboradores, tanto a qualidade como o impacto deste documento ganharão terreno.

Espero que este *Relatório* seja interessante, lhe possa ser útil no seu trabalho e o encoraje a apoiar o trabalho que nós e o OEDT estamos a tentar fazer. O nosso êxito depende da sua colaboração e sabemos que sem o apoio e *feedback* dos nossos leitores não estaríamos em posição de prosseguir a nossa missão de obter clareza e qualidade. Estamos empenhados em melhorar a sensibilização e informação e espero que o nossos esforços lhe sirvam de estímulo.

Georges Estievenart
Director executivo
OEDT

Tendências, padrões e prevalência de consumo

Esta secção identifica novas tendências de máxima importância no consumo e nos problemas associados ao fenómeno da droga na UE, apresenta um panorama geral da situação da droga e respiga os principais indicadores epidemiológicos que permitem comparar a prevalência, as consequências, as características e os padrões de consumo e oferta. Esta informação baseia-se em duas metodologias de recolha de dados. Os indicadores são mais sistemáticos e científicos embora menos actualizados, enquanto que a informação sobre as novas tendências é mais tempestiva, mas necessariamente mais qualitativa. As duas metodologias devem ser consideradas como aspectos complementares da apresentação de uma imagem geral mais fundamentada.

Actualmente, as fontes de informação em toda a UE ainda não são compatíveis, o que por vezes falseia as comparações directas. Mesmo quando a informação existe, as diferenças culturais e metodológicas entre os Estados-Membros devem ser contempladas. O trabalho do OEDT sobre a implementação de indicadores normalizados na UE melhorará gradualmente esta situação.

Panorama geral do consumo de drogas e problemas associados

Cannabis: É a droga ilícita mais consumida em toda a União Europeia, experimentada por 5 a 20-30% da população e por quase 40% dos jovens adultos. O uso recente é menos frequente: 1 a 9% da população adulta e quase 20% dos jovens adultos consumiram *cannnabis* nos últimos 12 meses. Depois de grandes aumentos entre 1985 e 1994, os níveis das quantidades apreendidas estabilizaram recentemente. Sendo o padrão de consumo quase sempre intermitente, a *cannabis* muitas vezes não constitui a principal droga problemática (responsável por 2 a 16% das admissões para tratamento).

Drogas sintéticas: As anfetaminas são a segunda droga ilícita mais consumida na maioria dos países (experimentada por 1-9% da população adulta e quase 16% dos jovens adultos), enquanto o ecstasy foi consumido por 0,5 a 3% da população adulta, registando-se, através de inquéritos efectuados em meio escolar e à população em geral, aumentos moderados ao longo do tempo relativamente a ambas as substâncias. Os óbitos causados pelo consumo de drogas sintéticas são raros e a procura de tratamento é esporádica. No entanto, o consumo problemático de anfetaminas é mais frequente na Finlândia, na Suécia, na Bélgica e no Reino Unido e mais comum entre os consumidores crónicos e os que se injectam*.

* Ver «Novas Tendências nas Drogas Sintéticas na União Europeia» (série de livros de bolso do OEDT).

Novas tendências no consumo de drogas e problemas associados

Cannabis: Consumo estável, depois de um aumento no princípio dos anos 90, especialmente nos países de maior prevalência, pequena subida noutros. Ligeiro incremento na população em início de tratamento, provavelmente ocasionada em parte por práticas registrais e outros factores.

Anfetaminas: Continuam a aumentar, é provável que venham a ter futuramente uma incidência mais significativa que o *ecstasy*.

Ecstasy: Deixou de aumentar nos Estados-Membros em que surgiu há mais tempo e onde a prevalência é superior, mas a sua escalada verifica-se em outros. Alguma difusão junto de outras populações.

Outras drogas sintéticas: O consumo de novos produtos tem sido registado em alguns Estados-Membros, embora não substituam nem as anfetaminas nem o *ecstasy*.

Cocaína: Aumento modesto mas constante do consumo, embora a prevalência se mantenha baixa; o *crack* permanece localizado, constatando-se alguma propagação em certas áreas.

Heroína: Alguns Estados-Membros têm declarado um aumento entre alguns consumidores de drogas sintéticas e outros segmentos da população jovem.

Padrão de consumo problemático: Difusão em pequenas cidades e zonas rurais registada em alguns países.

Mortalidade: Geralmente estável ou em declínio, havendo porém algumas excepções.

Doenças infecciosas: Diminuição bastante acentuada das taxas de novos casos de sida como consequência de novas terapêuticas que retardam a progressão da doença. A sida está a tornar-se num indicador do início de tratamento mais do que num indicador da infecção por HIV. Prevalência da infecção por HIV estável ou em declínio na maioria dos países, mas transmissão permanente aos jovens e novos consumidores de droga por via intravenosa.

A prevalência da infecção pelo vírus da hepatite C mantém-se extremamente elevada.

Cocaína: As quantidades apreendidas aumentaram em flecha em 1996 embora tal facto não pareça ter afectado o preço ou a acessibilidade. Entre 1 e 3% dos adultos experimentaram cocaína, sendo o consumo inferior entre os jovens em idade escolar. O consumo frequente e problemático não é habitual e os casos em que a cocaína é referida como droga principal não chegam normalmente a 5% das admissões para tratamento, enquanto que a toxicodependência do *crack*, principalmente em grupos de opiómanos, permanece um fenómeno limitado.

Heroína e outros opiáceos: As tendências em matéria de oferta, consumo e dependência mostram-se relativamente constantes, embora surjam indícios de uma nova geração de jovens fumadores de heroína. Entre 0,2 e 0,3% da população da UE são opiómanos, percentagem inferior a muitas outras drogas ilícitas, mas responsável por custos sociais desproporcionados em termos de justiça penal, saúde, assistência social e mortalidade. Há indícios de que a heroína se está a alastrar tanto geográfica (das zonas urbanas para as zonas rurais) como socioculturalmente. Os opiáceos são a principal droga de consumo problemático na maioria dos centros de tratamento, estando associados à maioria dos óbitos por intoxicação grave relacionada com o consumo de drogas.

Outras substâncias: Os solventes são amiúde a segunda substância mais consumida em excesso entre os adolescentes. O abuso de medicamentos entre os adultos, nomeadamente as benzodiazepinas, não raro combinados com álcool, acusa um aumento.

Drogas e saúde: É entre os consumidores de drogas por via intravenosa que é mais estreita a relação entre a utilização ilícita e os problemas de saúde. Este grupo tem muito mais probabilidades de vir a contrair doenças por via sanguínea (sida, hepatite). Se bem que as taxas de sida tenham estabilizado, o número extremamente elevado de casos de hepatite C pode ter graves implicações para a saúde pública.

Em geral, o número de óbitos provocados por consumo excessivo de drogas estabilizou ou diminuiu, com algumas excepções.

Futuras questões essenciais

Uma prioridade para o OEDT e para os pontos focais nacionais consiste em melhorar a prontidão e a relevância da informação e em tornar a informação mais útil para os responsáveis políticos, mediante:

1. Extensão da cobertura para além das fontes institucionais e dos estudos de investigação, incluindo fontes mais informais ou não convencionais.
2. Aperfeiçoamento dos indicadores existentes, dando mais atenção à análise e exploração dos dados por eles fornecidos.
3. Criação de métodos mais inovadores de recolha, análise e previsão de dados que permitam identificar, controlar e compreender melhor os padrões variáveis de consumo de droga.

Várias questões exigem maior atenção futura.

Difusão geográfica

Embora irregular, regista-se uma difusão geográfica no consumo de droga das grandes para as pequenas cidades e para as zonas rurais, que tem implicações na avaliação das necessidades, oferta de serviços e formação. As diferenças nos padrões de difusão podem também melhorar o nosso conhecimento da distribuição dos comportamentos relacionados com a droga a nível europeu, local e regional.

Cultura juvenil e drogas

A emergência do *ecstasy* revela claramente a necessidade de analisar as tendências da droga no contexto mais vasto das tendências sociais e económicas, em especial as relacionadas com a cultura juvenil. Do mesmo modo, há que considerar o papel dos jovens no mercado do consumo de produtos recreativos, incluindo as drogas.

Exclusão social, consumo de droga e problemas associados

A exclusão social, a marginalização, as minorias e a migração estão frequentemente interligadas com o tráfico e consumo de droga e problemas associados, embora a relação não seja simples nem unidireccional. A formulação de estratégias eficazes que possam responder aos problemas relacionados com o consumo de drogas impõe uma análise mais vasta e exaustiva.

Criminalidade associada à droga e segurança pública

A informação sobre este tema é escassa nos relatórios nacionais, apesar de, em 1996, um projecto-piloto do OEDT indicar que existia considerável informação local, embora pudesse ser difícil de encontrar. Para ventilar questões de criminalidade associada à droga ou medidas de segurança pública, há que melhorar a acessibilidade e qualidade da informação.

Mercado, disponibilidade e oferta de droga

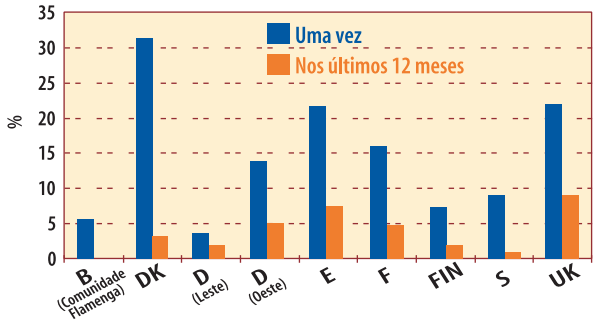
O trabalho do OEDT em epidemiologia tem-se concentrado principalmente no aspecto da procura de droga. Este continuará a ser um tema central, mas será necessário dar mais atenção à oferta e aos mercados da droga, local de encontro da procura e da oferta.

Indicadores de prevalência, consequências e padrões de consumo

Inquéritos à população em geral

- Existem diferenças entre países, as quais deverão ser tratadas cautelosamente como resultado de factores metodológicos, problemas de amostragem e elementos contextuais.
- O consumo de *cannabis* ao longo da vida situa-se entre 5-7% da população [Bélgica (Comunidade Flamenga) e Finlândia] e 20-30% na Dinamarca, na Espanha e no Reino Unido, com níveis ligeiramente mais elevados para os jovens adultos (10--40%). A experiência ao longo da vida é de 1-9% para as anfetaminas (embora na maior parte dos países os valores se situem entre 1-4%), 1-3% para a cocaína e 0,5-3% para o *ecstasy*. Todos estes valores são superiores para os jovens adultos.
- No que diz respeito ao consumo recente (nos últimos 12 meses), a cannabis situa-se entre 1 e 9%, registando-se os valores mais baixos no Leste da Alemanha, na Finlândia e na Suécia e os mais altos na Espanha e no Reino Unido.

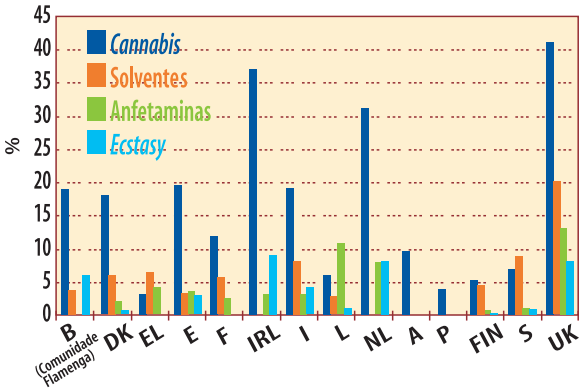
Gráfico 1: Consumo de cannabis na população adulta



Inquéritos em meio escolar

- Neste grupo etário, as variações de idade e o contexto social podem influenciar substancialmente os resultados — por exemplo, na Finlândia, 5% do grupo etário dos 15-16 anos indicaram um consumo de *cannabis* ao longo da vida, ao passo que em Helsínquia, no mesmo ano, 30% do grupo etário dos 17-18 anos responderam tê-la consumido pelo menos uma vez na vida. Convém, pois, interpretar cautelosamente os inquéritos escolares.
- O consumo de *cannabis* ao longo da vida no grupo etário dos 15-16 anos vai de 3-4% (Finlândia e Portugal) a cerca de 40% (Irlanda e Reino Unido). Na maioria dos países, os solventes são a segunda substância mais habitual para cerca de 3% (Bélgica, Luxemburgo e Espanha) a 20% dos inquiridos (Reino Unido).
- As anfetaminas foram consumidas por 2-13% do grupo etário dos 15-16 anos, o *ecstasy* por 1-9% e o LSD por 1-10%. Os valores mais baixos correspondem à cocaína (1-3%) e à heroína (1-2%).
- Os dados correspondentes às tendências apontam para um aumento gradual no consumo de cannabis ao longo da vida, aumentos quanto às anfetaminas e ao ecstasy e uma ligeira subida no que respeita à cocaína.

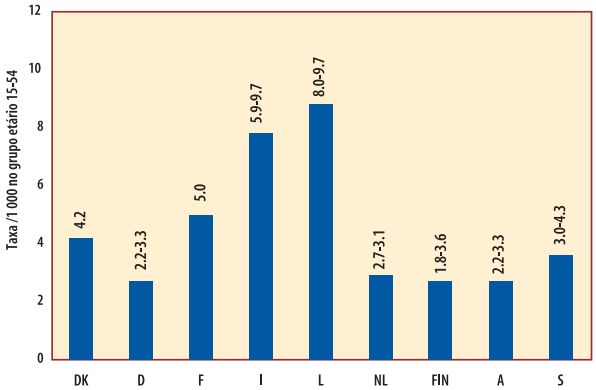
Gráfico 2: Uso de drogas entre alunos do grupo etário 15-16 anos (pelo menos uma vez)



Estimativas do consumo problemático de drogas

- As estimativas são mais fiáveis a nível local do que a nível nacional devido às diferenças por vezes grandes de prevalência no interior de um país e à falta de dados nacionais.
- As estimativas do consumo problemático de drogas relativamente a diferentes cidades na Europa oscilam entre 1,8 e cerca de 30 (22-39)/ /1 000 habitantes no grupo etário dos 15-54 anos nas cidades mais pequenas e entre aproximadamente 3,5 (3,2-3,9) e 14,1/1 000 nas maiores. Embora os métodos e as definições adoptados variem de estudo para estudo, estes valores reflectem importantes diferenças na prevalência do consumo problemático de drogas.
- As estimativas referentes aos países revelam variações menos extremas, oscilando entre aproximadamente 3 (1,8-3,6) e 9 (8-9,7)/1 000 habitantes no grupo etário dos 15-54 anos.

Gráfico 3: Estimativas sobre prevalência nacional de consumo problemático de droga

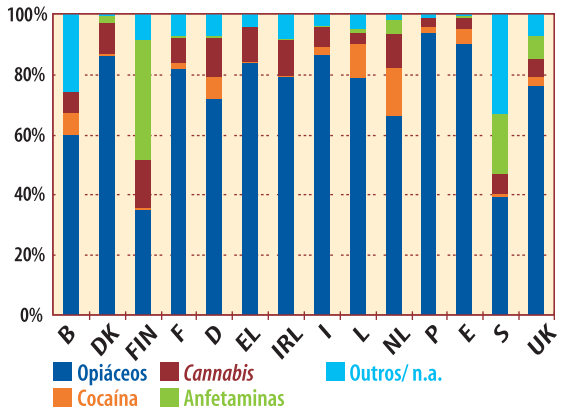


- As características do consumo problemático de drogas diferem de um país para outro, ocorrendo principalmente a dependência de opiáceos na Europa Ocidental e Meridional e a de anfetaminas por via intravenosa nos países da Europa Setentrional.

População tratada

- Os dados sobre a procura de tratamento são um útil indicador indirecto do consumo problemático de drogas — representando os opiáceos 70-95% das admissões para tratamento em todos os países, excepto na Finlândia (35%) e na Suécia (38%), onde são mais correntes os casos de consumo de anfetaminas.
- A cocaína é geralmente indicada por menos de 5% das pessoas que procuram tratamento, embora esse valor suba para 11% no Luxemburgo e 14% nos Países Baixos. A cocaína é também referida como segunda droga problemática por muitos consumidores de opiáceos.
- A *cannabis* é responsável por 2-16% dos casos em tratamento. Na maioria dos países esta proporção varia entre 2% e aproximadamente 10%, aumentando para 13% na Alemanha e 16,5% na Finlândia.
- As anfetaminas são indicadas por 1-2% dos indivíduos admitidos para tratamento na maioria dos países, mas na Finlândia e Bélgica (Comunidade Flamenga) esse valor sobe para 39,5% e 24,4%, respectivamente.
- A maioria das pessoas que procura tratamento pertence ao sexo masculino (70-90%) e está na casa dos 20/30 anos de idade. A idade média dos toxicodependentes em tratamento continua a subir ligeiramente na maioria dos países.
- A prevalência de administração por via intravenosa entre clientes admitidos para tratamento varia substancialmente entre os países, situando-se entre 10-15% e mais de 80%. Na maior parte dos países, verifica-se uma diminuição da percentagem de indivíduos que injectam drogas.

Gráfico 4: Principais drogas para as quais é solicitado tratamento pelos seus consumidores nos diferentes países da UE



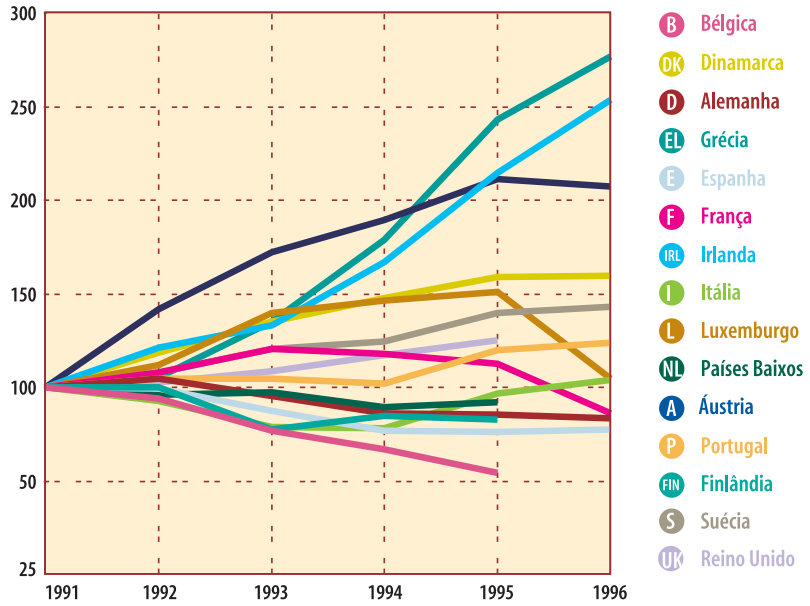
Óbitos relacionados com droga e mortalidade entre os consumidores de drogas

- A comparação revela-se difícil porquanto os países utilizam diferentes tipos de registo e práticas registrais. O OEDT está empenhado em melhorar a comparabilidade destes dados.
- Os consumidores de opiáceos por via intravenosa correm um risco de morte 20 a 30 vezes maior em comparação com a população geral da mesma idade (por *overdose*, doenças infecciosas, suicídio ou acidente).
- Grande parte dos óbitos provocados por intoxicação grave envolve os opiáceos, embora o álcool e as benzodiazepinas surjam frequentemente entre as causas.
- Apesar de os óbitos relacionados com o *ecstasy* serem muito publicitados, as mortes provocadas pelo consumo de drogas sintéticas são em número reduzido.
- Após os aumentos em flecha registados anteriormente, a maioria dos países da UE apresenta níveis estáveis ou diminuições nos óbitos relacionados com o consumo excessivo de drogas, embora certos países continuem a registar um aumento.
- A interpretação das variações das taxas de mortalidade torna-se mais complicada devido à alteração dos padrões de consumo, que pode ou não resultar de intervenções orientadas. Além disso, as variações em termos de definições e práticas registrais podem interferir com as tendências reais.

Doenças infecciosas relacionadas com a droga

- As taxas de infecção por HIV em consumidores de droga por via intravenosa oscilam entre 0% e 30% entre países e sobretudo entre regiões e cidades, o que se poderá explicar não só pelo período de incubação do vírus, impacto e prontidão das intervenções como também pela mudança de comportamento dos consumidores de drogas por via intravenosa.
- A prevalência de HIV entre os consumidores de drogas por via intravenosa é estável ou acusa uma diminuição em todos os países da UE, não obstante os jovens consumidores que se injectam continuarem a ser infectados.
- As taxas de novos casos de sida estão em franca diminuição devido aos novos tratamentos que retardam a eclosão da doença. Este facto torna a sida num indicador do início de tratamento mais do que num indicador da infecção por HIV.

Gráfico 5: Tendências do número de óbitos relacionados com a droga a nível dos países da UE, 1991-1996
Média móvel de três anos indexada (1991 = 100)



Os números absolutos relativos a óbitos causados por consumo excessivo de drogas não podem ser directamente comparados entre países, devido às diferenças nas definições e nos métodos de recolha de dados. Refira-se que este gráfico apresenta tendências e não números.

Gráfico 6: Incidência da sida em utilizadores de drogas injectáveis nos países da UE

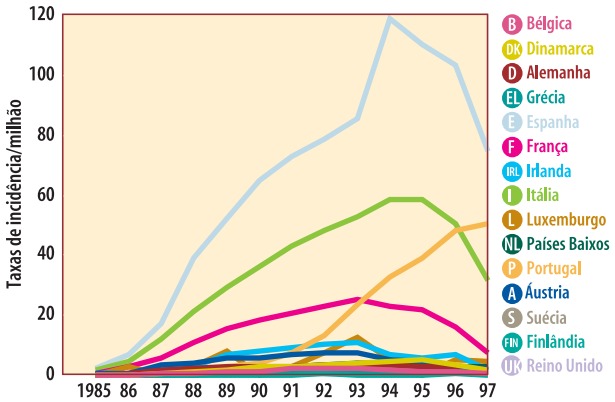
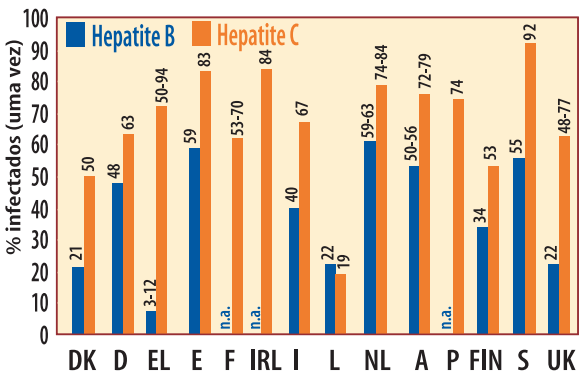


Gráfico 7: Infecção pelo vírus da hepatite B e C entre utilizadores de drogas injectáveis na UE



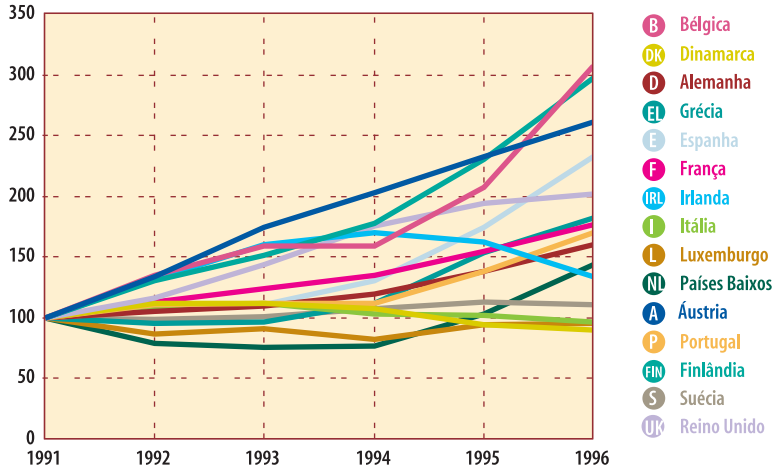
n.a.: dados não disponíveis.

- A prevalência de hepatite B oscila entre 3-75%, ao mesmo tempo que se registam taxas de hepatite C superiores a 90% mesmo em países que apresentam taxas reduzidas de HIV.
- Calculam-se em cerca de 500 000 os consumidores de drogas por via intravenosa positivos para o vírus da hepatite C na UE, facto que poderá ter importantes repercussões nas futuras necessidades de assistência sanitária.

Indicadores relativos ao sistema de justiça penal

- Estes dados referem-se às intervenções policiais, pelo que variam em função das diferenças existentes ao nível da legislação, das práticas registrais e dos recursos e das prioridades das forças policiais nos Estados-Membros.
- As detenções têm vindo a aumentar em todos os países desde 1985, para mais do quádruplo na Bélgica, na Finlândia, na Grécia, em Portugal, em Espanha e no Reino Unido. Nos últimos anos, registou-se uma subida em flecha em muitos países, embora a Dinamarca, a Irlanda, a Itália, a Suécia e o Reino Unido acusem uma estabilização ou diminuição. Nos países que disponibilizaram estes dados predominam as infracções relacionadas com o consumo de droga, perfa-

Gráfico 8: Detenções por infracções à lei da droga nos países da UE, 1990-1996
Médias móveis de três anos indexadas (1991 = 100)



zendo entre 65% e mais de 85% de todas as infracções seguidas de detenções. Em todos eles, à excepção da Itália, dos Países Baixos e da Suécia, a cannabis é a droga predominante.

- São poucos os países que dispõem de informação fiável sobre o consumo de drogas em reclusos e os dados disponíveis apresentam bastantes variações, mas as estimativas sugerem que os consumidores de drogas representam 25-70% da população reclusa ou 20-50%, se considerarmos os consumidores problemáticos de drogas.
- Cannabis: A quantidade total apreendida tem-se mantido estável nos últimos anos, sendo a Espanha o país onde foram apreendidas as maiores quantidades em 1997. Na maior parte dos países, verifica-se um aumento constante do número de apreensões de *cannabis*, ao passo que as quantidades apreendidas diminuem. À *cannabis* corresponde um número muito mais elevado de apreensões do que a qualquer outra droga. O preço da cannabis parece manter-se relativamente estável.
- Heroína: Desde 1991, as quantidades apreendidas andam à roda das 5-6 toneladas, ocorrendo as maiores apreensões na Alemanha e no Reino Unido. Depois de uma subida constante entre 1985 e 1992, o número das apreensões tem-se mantido estável desde então. O preço da heroína acusa significativas variações a nível nacional e entre os países, embora, ao que parece, se mantenha estável. A sua pureza pode ser inferior a 25% ou ultrapassar os 40%.
- Cocaína: Registaram-se aumentos significativos em quantidade e número de apreensões de cocaína efectuadas desde 1994, tendo as maiores apreensões em 1997 ocorrido em Espanha. O preço da cocaína é relativamente estável na maioria dos países e a pureza é geralmente superior a 50%.

Gráfico 9: Quantidades de cannabis, heroína, cocaína e anfetaminas apreeendidas nos países da UE, 1990-1996

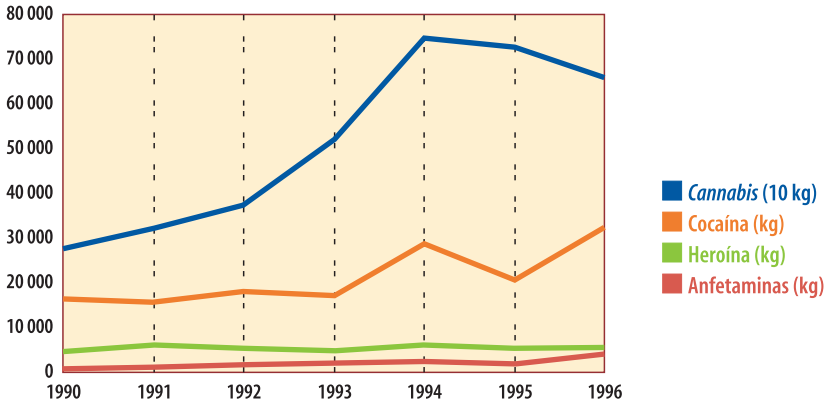
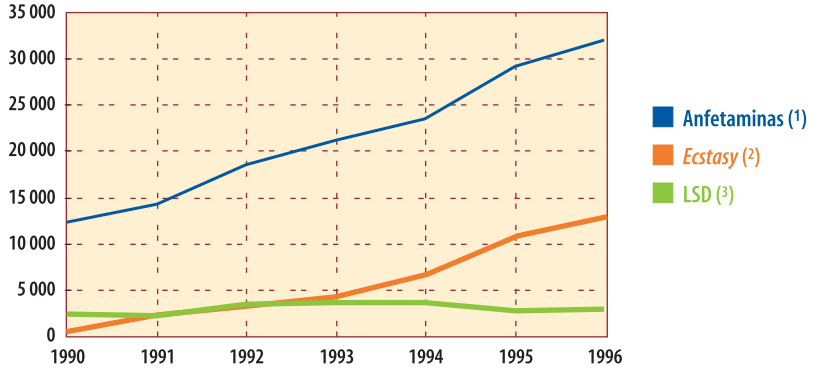


Gráfico 10: Número de apreensões de drogas sintéticas nalguns países da UE, 1990-1996



(1) Áustria, Bélgica, Dinamarca, França, Alemanha, Irlanda, Itália, Luxemburgo, Espanha, Suécia e Reino Unido.
(2) Áustria, Bélgica, Dinamarca, França, Irlanda, Itália, Luxemburgo, Espanha, Suécia e Reino Unido.
(3) Áustria, Bélgica, Dinamarca, França, Alemanha, Irlanda, Itália, Luxemburgo, Espanha, Suécia e Reino Unido.
Nota: devido à inexistência de dados relativos à Bélgica, Irlanda e Reino Unido para 1996 e 1997, procedeu-se a uma extrapolação com base na tendência geral de outros países.

- Drogas sintéticas: As quantidades de anfetaminas e ecstasy apreendidas revelam aumentos rápidos no início dos anos 90, com um incremento pronunciado em 1996 relativamente ao *ecstasy*. O Reino Unido, os Países Baixos e a Alemanha são os países responsáveis pelas maiores quantidades apreendidas. As apreensões de LSD são menos comuns. O preço das anfetaminas e do ecstasy tem recentemente vindo a baixar, enquanto que a pureza de ambos varia consideravelmente.

Conclusões

A tendência para a politoxicodependência, incluindo o álcool e fármacos desviados, bem como a maior relevância das anfetaminas exigem uma avaliação rápida e cuidada, bem como um planeamento dos serviços flexível e actuante. Além do mais, impõe-se alargar o campo de acção por forma a incorporar os substratos interpessoais, culturais e demográficos de experimentação e consumo de substâncias problemáticas. Finalmente, a qualidade dos dados deve ser melhorada, para que as intervenções possam ser orientadas mais eficazmente e avaliadas mais exaustivamente.

Redução da procura

Segundo a definição do OEDT, a redução da procura de drogas implica todas as actividades integradas nos sistemas de saúde, social, educativo e penal destinadas a prevenir o consumo de droga, assistir e tratar os consumidores de drogas, reduzir as consequências nocivas do seu consumo e promover a (re)inserção social de antigos consumidores. A redução da procura dirige-se a indivíduos, famílias, grupos e comunidades como base de uma abordagem social mais vasta do abuso de substâncias, para a qual a cooperação entre órgãos oficiais, indivíduos e grupos da sociedade civil é um pré-requisito fundamental.

As tendências gerais apontam para uma diversificação no campo da prevenção, empregando uma estratégia dupla — educação generalizada e promoção da saúde orientada para a população em geral, completada por acções específicas destinadas aos grupos vulneráveis e de risco. A assistência aos consumidores de drogas assume cada vez mais a forma de serviços diferenciados e orientados para os casos individuais, ao mesmo tempo que procura a coordenação simultânea dos serviços existentes e a melhoria das estruturas de cooperação.

No seu relatório de 1997, o OEDT foca os projectos e as intervenções que foram objecto de uma avaliação adequada, como critério de qualidade para determinar a relevância política. O facto de muitos projectos e programas não serem avaliados prejudica a garantia de qualidade na redução da procura. As áreas de actividade principal em 1997 compreenderam:

Prevenção

Cada vez mais é dada ênfase à iniciação de programas educativos numa idade precoce, como meio de criar factores protectores do subsequente consumo de droga. Baseia-se numa lógica de prevenção da droga no quadro de uma existência saudável, alargando o campo de acção à família, à

escola e à comunidade mais vasta enquanto actores principais. Não obstante, continuam a ser raros os programas de prevenção que abrangem a comunidade. Os resultados da avaliação revelam haver uma melhoria do relacionamento interpessoal, da autonomia e da resistência à pressão dos pares enquanto factores de protecção cruciais. Os projectos com pares revelaram-se úteis como meio de incorporar a prevenção primária nas actividades de lazer dos jovens. Se bem que a avaliação das campanhas de comunicação social tenha sido muito limitada, parece lícito afirmar que essas campanhas poderão ter efeitos positivos na sensibilização. A Internet está a ser cada vez mais usada na difusão da informação.

Apesar de muito ter sido feito neste campo, a solução para o progresso futuro está na coordenação e participação da sociedade civil, alicerçadas em critérios claros de avaliação dos objectivos e do impacte dos projectos (mediante apreciação do processo e análise dos resultados). A audiência-alvo é constituída pelos jovens considerados «em risco» e pela comunidade em geral.

Intervenção na infância e grupos de risco

Em toda a UE, a redução dos danos concentra-se cada vez mais nos grupos que experimentam o *ecstasy* e outras drogas em locais de dança. As medidas específicas incluem orientações para a organização de *raves* em condições mais seguras, incluindo distribuição de água gratuita, zonas de descanso, informação e aconselhamento, bem como possibilidades de realizar análises *in loco*.

As estratégias formuladas com base nas equipas de rua têm atingido os grupos de risco e marginalizados, frequentemente no quadro de redes espontâneas de assistência social. Esta acção obteve resultados animadores no que se refere à alteração não só da conduta a nível da saúde como também dos comportamentos de risco, no contexto de uma estratégia de redução dos danos, e ao acesso aos grupos que experimentam droga numa idade precoce.

Foi aplicada uma série de estratégias de redução da procura e dos danos a fim de reduzir os riscos em que incorrem os jovens ao consumirem substâncias. Estas incluíram medidas de segurança para as *raves*, abordagens com equipas de rua e projectos envolvendo a comunidade que procuram mobilizar os recursos locais na luta contra o flagelo da droga.

Prevenção das doenças infecciosas

As medidas de redução dos danos têm desempenhado um papel relevante no combate à propagação do HIV. Uma série de estratégias — a prescrição, como medida de manutenção, de produtos de substituição tais como a metadona, programas de troca de seringas e agulhas, serviços de fácil acesso («porta aberta») e campanhas de educação e informação — conjugaram-se para surtir um efeito positivo em vários países da UE. No entanto, o mesmo não parece ter ocorrido com a transmissão do vírus da hepatite C. A tuberculose entre aos consumidores de drogas é outra das preocupações manifestadas.

A prevenção da propagação de doenças infecciosas nas populações consumidoras de drogas parece ser possível se for implementada uma série de estratégias de redução dos danos. Muito embora o leque actual de estratégias seja vasto, deverá incluir tratamentos de substituição, programas de troca de agulhas e seringas, apoio à reinserção e recursos ajustados de fácil acesso.

Programas de substituição e tratamento

O aumento da disponibilidade de programas de substituição em muitos países da UE foi acompanhado da necessidade de continuidade na oferta e de marcadores claros da eficácia dos resultados (ver abaixo estimativas da prescrição de drogas de substituição nos Estados-Membros). Embora se reconheça a eficácia da metadona em termos de saúde e reinserção social, a prática cada vez mais frequente do tratamento de substituição parece arrastar consigo problemas de controlo de qualidade.

Para além da metadona, vários países europeus exploram actualmente um número de alternativas — LAAM, buprenorfina e heroína sob prescrição. Todos os países da UE reconhecem a importância de uma série de opções de tratamento de substituição e num quadro de abstinência, em regime ambulatório ou mediante internamento, adequadas às necessidades individuais. Há ainda um reconhecimento consensual da necessidade de um apoio eficaz à reinserção e de cooperação entre as instituições de tratamento e os serviços de saúde e de assistência social. Por último, foi reconhecida a necessidade da oferta de cuidados primários de saúde aos consumidores de drogas e registaram-se progressos nos programas de colaboração entre os médicos de clínica geral e os hospitais.

A eficácia das intervenções exige uma avaliação significativamente superior entre os Estados-Membros e a nível nacional. Embora se reconheça que os tratamentos com prescrição de droga funcionam, importa que estes contemplem as necessidades individuais e assentem na participação da comunidade local e no apoio à reinserção.

Política de justiça penal

Para além do seu tradicional papel na redução da oferta, as forças policiais estão cada vez mais envolvidas na redução da procura e na educação, bem como nas estratégias para apoiar a participação a nível da comunidade local. Todos os Estados-Membros da UE oferecem aos infractores alternativas ao encarceramento, que lhes permitem não cumprir pena de prisão para se tratar ou trabalhar na comu-

Quadro 1: Número estimado de indivíduos em tratamento de substituição (geralmente metadona)

Estado-Membro	Número estimado	Comentário
Bélgica	6 617	
Dinamarca	2 400	
Alemanha	60 000	40 000 metadona/20 000 codeína
Grécia	400	
Espanha	51 000	
França	46 700 - 56 700	41 000-51 000 subutex/5 700 metadona
Irlanda	3 000	
Itália	40 864	
Luxemburgo	158	
Países Baixos	11 676	
Áustria	2 966	
Portugal	2 324	2 007 metadona/317 LAAM
Finlândia	200	
Suécia	600	
Reino Unido	28 776	Toxicodependentes declarados que receberam tratamento de substituição (1996)
Total	**superior a 265 664**	

nidade local. Vários projectos exploraram a formação e reabilitação como alternativas, enquanto alguns países aplicam o tratamento compulsivo a infractores toxicodependentes. As comparações entre a prevalência de consumidores de droga nos estabelecimentos prisionais são dificultadas pela divergência de definições e critérios de toxicodependência, mas situam-se geralmente na faixa dos 15-50%. Os programas de abstinência ou de substituição são cada vez mais frequentes nos estabelecimentos prisionais e têm tido algum êxito.

É geralmente reconhecida a necessidade de uma alternativa à pena de prisão para os consumidores de drogas, especialmente quando se trata da primeira infracção ou de infracções menores, acompanhada de opções de tratamento nos estabelecimentos prisionais. Estes esquemas, além de económicos, têm uma rápida capacidade de resposta, contrariando assim a escalada da droga (e as consequentes preocupações de saúde pública) que ocorre quando os toxicodependentes são simplesmente presos.

Grupos-alvo específicos

Vários países reconheceram a necessidade de abordagens específicas da prevenção em função do sexo, ao mesmo tempo que os serviços vocacionados para aspectos concretos do tratamento das mulheres toxicodependentes — maternidade, violência sexual e prostituição — se tornam cada vez mais correntes em toda a Europa. Alguns países procuraram contemplar as necessidades dos toxicodependentes pertencentes a certos grupos étnicos e culturais. Por último, a assistência aos filhos de consumidores de droga também tem vindo a adquirir crescente relevância nos programas de prevenção e tratamento.

A necessidade de resolver os problemas associados à toxicodependência com sensibilidade levou à criação de instalações especializadas e de opções de tratamento para os que têm necessidades específicas — mulheres, grupos étnicos e familiares de indivíduos com consumos de droga problemáticos.

Em conclusão, os resultados obtidos em 1997 vieram alicerçar o anterior trabalho ao acentuarem a necessidade de cooperação com a comunidade local como plataforma para o tratamento e a prevenção do abuso de substâncias, com a avaliação a sobressair cada vez mais como padrão para medir a eficácia. Muito embora grande parte do trabalho em curso seja não só louvável como também bem sucedido localmente, a coordenação e cooperação entre Estados-Membros e a nível nacional, através do diálogo e da avaliação, são essenciais para atingir um nível uniformemente elevado de prestação de serviços.

Natureza e extensão do consumo de droga na Europa Central e Oriental

Os países abrangidos são os seguintes: Albânia, Bósnia-Herzegovina, Bulgária, República Checa, Estónia, antiga República Jugoslava da Macedónia, Hungria, Letónia, Lituânia, Polónia, Roménia, República Eslovaca e Eslovénia. O inquérito ESPAD — *European School-Survey Project* (Projecto Europeu de Inquéritos Escolares), realizado em 1995 sob os auspícios do Grupo Pompidou do Conselho da Europa, incluiu sete países da Europa Central e Oriental (PECO) (República Checa, Estónia, Hungria, Lituânia, Polónia, República Eslovaca e Eslovénia) e forneceu valiosas informações sobre o consumo de droga nestes países entre os estudantes com idades compreendidas entre os 15 e 16 anos.

Actuais e anteriores padrões de consumo de droga

O consumo de drogas ilícitas nos PECO passou a ser motivo de preocupação apenas depois das transformações políticas ocorridas no início dos anos 90. No entanto, alguns países (Polónia, Hungria, Eslovénia e antiga Checoslováquia) já antes disso tinham considerado o consumo de drogas ilícitas como um problema, desenvolvendo algumas estratégias de investigação e tratamento.

No fim dos anos 70, o consumo de drogas de produção local por via intravenosa foi registado em alguns PECO (Checoslováquia, Polónia, Lituânia, Letónia, Bulgária e Hungria). O abuso de fármacos era comum no mesmo período na Hungria, antiga Checoslováquia e Polónia e, em menor medida, na Bulgária. Mais recentemente, o problema surgiu também na Albânia, Bósnia-Herzegovina e antiga República Jugoslava da Macedónia. As transformações políticas ocorridas na região no início dos anos 90 foram acompanhadas de um aumento não só do tráfico de droga através de muitos PECO, mas também do consumo nesses países de drogas importadas.

Tendências específicas de cada droga

O inquérito ESPAD de 1995 indicou a cannabis como a droga mais frequentemente consumida pelos adoles-

Quadro 2: Consumo de cannabis ao longo da vida por jovens em idade escolar (15-16 anos)

		(%)	(%)
País	Dimensão da amostra	Sexo masculino	Sexo feminino
Rep. Checa	2 962	25	18
Estónia	3 118	10	5
Hungria	2 571	5	4
Lituânia	3 196	2	1
Polónia	8 940	2	5
Rep. Eslovaca	2 376	12	6
Eslovénia	3 306	4	12

centes e jovens adultos nos sete PECO que nele participaram.

No mesmo inquérito, os solventes foram indicados como a segunda substância mais consumida. Desde o início dos anos 90, muitos PECO acusaram um aumento no consumo de heroína (Bulgária, República Checa, antiga República Jugoslava da Macedónia, Hungria, República Eslovaca e Eslovénia). Tendências mais recentes apontam para uma viragem gradual para a injecção de heroína importada (ver gráfico abaixo). O consumo de fármacos combinado com drogas ilícitas tornou-se mais corrente nos últimos anos na Bulgária, Bósnia-Herzegovina, antiga República Jugoslava da Macedónia, Hungria, República Eslovaca e Eslovénia. O nível de consumo de cocaína ainda é baixo, embora o volume de apreensões sugira um incremento do tráfico na Polónia, República Checa, Hungria e Roménia.

Quadro 3: Percentagem de consumidores em cidades dos PECO que utilizam principalmente heroína

			Droga principal Heroína (1994-1996)		Via intravenosa (1994-1996)	
País	Cidade	Procura de tratamento (1996)	%	Tend.	%	Tend.
Bulgária	Sófia	449	95	ascend.	63	descend.
Bulgária	Varna	70	86	ascend.	73	estável
Rep. Checa	Praga	634	38	ascend.	72	estável
Hungria	Szeged	378	52	estável	50	ascend.
Polónia	Gdansk	955	77	estável	77	estável
Polónia	Varsóvia	1 023	57	descend.	59	descend.
Rep. Eslovaca	Bratislava	829	95	estável	86	ascend.
Eslovénia	Ljubljana	139	69	estável	84	descend.

Tratamento solicitado — heroína/opiáceos.
[M. Stauffacher, Novembro de 1997. P-PG/Epid (97) 24/projecto)].

Resposta jurídica

Os PECO estão a desenvolver esforços para adaptar as respectivas legislações por forma a cumprir as normas da UE. Todos os PECO adoptaram nova legislação no campo da droga (sobretudo a partir de 1996). A produção e o tráfico de droga constituem crime punido por lei em todos os países, embora o consumo de drogas ilícitas, em geral, o não seja. Todos os países, excepto a Albânia, são partes signatárias e ratificaram as três convenções das Nações Unidas sobre estupefacientes, substâncias psicotrópicas e tráfico ilícito, à excepção da Estónia, que ainda não ratificou a convenção de 1988.

Órgãos interministeriais

Todos os países, excepto a Bósnia-Herzegovina e a Roménia, criaram um órgão interministerial antidroga para planear e coordenar os esforços de luta contra a droga entre os diferentes ministérios (o órgão interministerial na Albânia não se encontra operacional). Estes órgãos foram incumbidos da elaboração de nova legislação, projectos e relatórios e da preparação de programas nacionais antidroga. Como consequência, vários PECO adoptaram programas nacionais antidroga multidisciplinares e abrangentes.

Redução da procura da droga

A história da redução da procura da droga varia em toda a região. Foi implementada na Polónia há mais de dois decénios e na Roménia apenas há alguns anos. Em geral, a redução da procura da droga é ainda uma prioridade menor na maioria dos PECO, que, em grande parte, mobilizam mais recursos para a execução da lei (redução da oferta).

Predomina o tratamento em meio hospitalar, ministrado por psiquiatras e outros técnicos de saúde. Na maioria dos PECO, os centros terapêuticos só existem nas grandes cidades. O tratamento ambulatório em regime de abstinência e a estadia de longo prazo em comunidades terapêuticas acusam um rápido desenvolvimento na maioria dos PECO.

A prevenção é a primeira prioridade de grande parte das estratégias e dos programas nacionais, incluindo a educação escolar e a promoção da saúde.

Nos últimos anos, as equipas de rua e os serviços vocacionados para a redução dos danos vieram completar as estratégias de redução da procura de droga. Embora estejam disponíveis programas de substituição (manutenção em metadona) e os esquemas de troca de agulhas tenham aumentado em toda a região, estas opções de redução dos danos são praticamente inexistentes, mesmo nas grandes cidades.

As organizações não governamentais são frequentemente subutilizadas e subfinanciadas. As principais necessidades consistem no reforço da capacidade e do desempenho, no aumento dos fundos e na melhoria da comunicação e cooperação com as instituições públicas.

Drogas sintéticas

Quase todos os países registam um aumento nas apreensões, mas a informação sobre o consumo é em grande parte irrisória.

Estratégias nacionais

As reformas legislativas têm de ser consideradas à luz de uma tentativa de equilíbrio entre as actividades de redução da procura e da oferta e o papel desempenhado por sanções alternativas e abordagens de cooperação na luta contra o flagelo da droga na UE.

Esboçam-se progressos legislativos específicos, com particular incidência na distinção entre abordagens médicas e terapêuticas à luta contra a criminalidade relacionada com o tráfico e na resposta concreta ao controlo de cannabis, que ocupou o centro do debate político e público, em 1997, em todos os Estados-Membros. Alguns países da UE toleram o consumo e a posse de cannabis em casos individuais e em certas circunstâncias, ao mesmo tempo que outros, na prática, aplicam penas menos severas às infracções que envolvam a cannabis. Todos os Estados-Membros se empenham resolutamente na luta contra a criminalidade associada ao tráfico de cannabis.

A controvérsia em torno da cannabis surge nas estruturas nacionais, em que a resposta jurídica assume forma específica em função do tipo de droga, ou é genérica, isto é, em que a resposta é uniforme para todas as drogas ilícitas. No entanto, mesmo os países com leis iguais para todas as substâncias tendem a dispor de procedimentos de implementação que variam em função das circunstâncias e do tipo ou da quantidade da substância ilícita em causa. Assim, nalguns países europeus as sanções são, em parte, determinadas pela classificação da apreensão em uma de três categorias quantitativas e a posse de pequenas quantidades para consumo próprio resultará muito provavelmente numa advertência ou em medidas alternativas que não conduzem a uma acção penal.

O gráfico seguinte sintetiza a política dos Estados-Membros em relação ao consumo da cannabis.

Quadro 4: Política dos Estados-Membros no que se refere ao consumo de cannabis

Bélgica	• São menores as probabilidades de que a posse e o cultivo para uso próprio sejam punidas. • Constituem crimes graves o consumo em público, a incitação ao consumo, a venda ou o tráfico.
Dinamarca	• Não faz uma distinção formal entre drogas. • A primeira infracção implica a inscrição no Registo Criminal Central. • As infracções subsequentes resultam em multas ou penas. • Recomendação de advertências pela posse de pequenas quantidades.
Alemanha	• A posse de pequenas quantidades para uso pessoal constitui uma infracção penal, não sendo instaurado processo/aplicada pena desde que não sejam prejudicados terceiros.
Grécia	• Não há distinção entre drogas «leves» e «duras». • Considera-se que o consumo pode acarretar a dependência psicológica e/ou física, actua como «droga de acesso» e constitui um risco para a sociedade.
Espanha	• A posse e o consumo em locais públicos são punidos mediante medidas administrativas. • É feita distinção entre as drogas que causam sérios problemas de saúde e as que não causam, entre as que se destinam ao cultivo e ao tráfico.
França	• Não faz distinção entre drogas, cujo consumo pode resultar numa multa e/ou até um ano de prisão. Tratamento médico e assistência social para consumidores inveterados de cannabis, sendo a sujeição a tratamento uma alternativa às penas. • Advertência em caso de primeira infracção por consumo de cannabis, se se tratar de consumo ocasional e o utilizador se encontrar socialmente integrado.
Irlanda	• Distinção entre posse para uso próprio e posse destinada ao tráfico. • Multas por posse de cannabis para consumo próprio em caso de primeira ou segunda infracção.
Itália	• Advertência para a primeira infracção por posse para uso próprio. • As infracções subsequentes para consumo próprio resultam em sanções administrativas (suspensão da carta de condução, da licença de porte de armas ou do passaporte).
Luxemburgo	• Não há distinção entre drogas «leves» e «duras», mas os tribunais distinguem. • Os consumidores que podem ser advertidos uma vez (em caso de se tratar da primeira vez) ou receber tratamento. Normalmente, o consumo não conduz à instauração de processo. • Os traficantes que são punidos com medidas repressivas.
Países Baixos	• O consumo e a posse até 5 g são autorizados nos cafés. • Os termos e as condições da posse e do consumo são especificados por directivas.
Áustria	• Não é instaurado processo em caso de consumo pela primeira vez de cannabis. • As penas são impostas em função da quantidade de droga: multa para delitos de menor gravidade que envolvam pequenas quantidades e/ou até seis meses de prisão.
Portugal	• Cada droga possui uma dose máxima oficial diária. • A posse constitui um crime. Pequenas quantidades podem ser consideradas um crime de consumo e, por conseguinte, ser punidas menos severamente com uma «suspensão de execução da pena» (a qual é contudo inscrita no Registo Criminal), se se provar que se destinam apenas a consumo próprio e que se trata de um consumidor ocasional. Quando a quantidade atinge o triplo da dose média diária permitida é punida mais severamente, dependendo do facto de a substância se destinar exclusivamente a uso próprio ou ao tráfico.
Finlândia	• O consumo é punido com uma multa ou dois anos de prisão, no máximo. • Na aplicação das penas não há distinção entre drogas. • No entanto, o direito finlandês aplica o conceito de «droga muito perigosa» aos narcóticos susceptíveis de provocar a morte por overdose ou graves danos à saúde.
Suécia	• A posse e o consumo de cannabis são proibidos. • As sanções são definidas de acordo com as quantidades envolvidas. • Ao consumo de cannabis são aplicadas sanções pecuniárias. As coimas poderão ser substituídas por um aconselhamento voluntário.
Reino Unido	• As substâncias controladas dividem-se em três classes, A, B e C. • A posse (até 30 g) de cannabis (droga da classe B) é punida com um máximo de cinco anos de prisão. • Pena máxima de 14 anos por tráfico de cannabis. • Os tribunais podem também recorrer a advertência, liberdade condicional ou serviços prestados à comunidade local.

Acção empreendida pela União Europeia

Não havendo a assinalar grandes alterações políticas ou organizativas na UE, o Terceiro Plano de Acção da UE em Matéria de Luta contra a Droga permanece o quadro geral da acção antidroga no tocante aos novos mecanismos instituídos pelo Tratado de Maastricht para combater a droga numa perspectiva integrada. A acção centra-se em três áreas: redução da procura, redução da oferta e reforço da cooperação internacional, nomeadamente entre as políticas antidroga. A informação fiável e científica é cada vez mais considerada um pré-requisito essencial para uma estratégia antidroga eficaz. A evolução mais significativa ocorrida em 1997 prende-se com as áreas de actividade visadas, a alteração das disposições relativas ao financiamento de acções internas e o aumento do financiamento para acções externas.

Áreas de actividade: A medida mais significativa no âmbito da redução da procura foi a implementação do Programa de Acção Comunitária no Âmbito da Prevenção da Toxicodependência, destinado a promover a cooperação entre os Estados-Membros e apoiar os seus esforços. Serão promovidas acções nos domínios da recolha de dados, da investigação e avaliação, bem como da informação, educação sanitária e formação. Em 1997, foram apoiados 22 projectos no domínio da prevenção. Novas actividades no domínio da redução da procura contemplaram a reinserção dos toxicodependentes (graças à iniciativa Emprego-Integra) e uma proposta tendente a reduzir a incidência da condução sob o efeito de álcool, fármacos ou drogas ilícitas. As principais iniciativas no campo da redução da oferta abrangeram o controlo do comércio das substâncias químicas utilizadas no fabrico de drogas ilícitas («precursores») e puseram em foco as estratégias contra o branqueamento de capitais. No quadro de uma iniciativa geral de promoção da cooperação internacional, o Programa Plurinacional de Luta Antidroga PHARE acompanha os esforços de controlo da droga dos 10 PECO candidatos à adesão à UE. Além disso, foi adoptado e entrou em vigor um Regulamento (CE) n.º 2046/97 do Conselho, de 13 de Outubro de 1997, que define os princípios, objectivos e modalidades da cooperação Norte-Sul em matéria de luta contra a droga. Em Junho de 1997, o Tratado de Amsterdão reforçou as acções comunitárias destinadas a reduzir os efeitos prejudiciais da droga sobre a saúde, incluindo informação e prevenção, e consolidar novos objectivos, bem como as acções comunitárias em matéria de segurança e justiça.

Financiamento das acções internas: Em 1997, com uma dotação de 33 milhões de ecus, a UE financiou oito rubricas orçamentais, três das quais directamente afectadas à luta contra a droga, nomeadamente o «Programa de Acção Comunitária no Âmbito da Prevenção da Toxicodependência» (com um orçamento anual de 4,9 milhões de ecus, dos quais 69% se destinaram a apoiar as redes europeias), «Aspectos globais da luta contra as drogas» (com um orçamento anual de 1,2 milhões de ecus, 67% dos quais se destinaram à redução da oferta) e «OEDT» (com um orçamento anual de 6,3 milhões de ecus destinados a apoiar a investigação, a formação e a recolha, tratamento e difusão de informação). Outras áreas importantes objecto de financiamento são o programa Emprego-Integra no âmbito da reinserção dos toxicodependentes (18,4 milhões de ecus), a cooperação no domínio da Justiça e dos Assuntos Internos (4,5 milhões de ecus) e o programa de investigação no domínio da biomedicina sobre os aspectos neurofisiológicos da toxicodependência (Biomed) (1 milhão de ecus). O total das despesas para as acções internas em 1997 ascendeu a 33,3 milhões de ecus, montante que representa um aumento em comparação com os 15,2 milhões de ecus gastos em 1996.

Financiamento das acções externas: Em 1997 foram financiadas duas rubricas orçamentais directamente relacionadas com a luta contra a droga, nomeadamente:

- «Cooperação Norte/Sul» (8,9 milhões de ecus para cobrir as despesas com a redução da procura, os esforços policiais e o controlo de precursores e substâncias químicas na América Latina, Ásia, Caraíbas e África e na região mediterrânea);

Mecanismo de intercâmbio rápido de informações sobre novas drogas sintéticas

Em Junho, o Conselho da UE adoptou uma acção comum com o objectivo de criar um mecanismo de intercâmbio rápido de informações sobre novas drogas sintéticas e avaliar os respectivos riscos, a fim de permitir que as medidas de controlo das substâncias psicotrópicas, aplicáveis aos Estados-Membros, sejam alargadas também às novas drogas sintéticas. Foram confiadas ao OEDT e à Unidade «Drogas» Europol novas responsabilidades que lhes permitem recolher a informação necessária e participar no comité incumbido de avaliar os possíveis riscos causados pelo consumo e tráfico de novas drogas sintéticas.

- «Programa Plurinacional de Luta Antidroga PHARE» (5 milhões de ecus destinados a implementar sistemas de informação, elaborar legislação contra o branqueamento de capitais e sobre o controlo de substâncias precursoras compatível com a da UE, formular uma estratégia de redução da procura e realizar cursos de formação junto dos trabalhadores).

Os fundos provenientes de rubricas orçamentais não directamente ligados à luta contra a droga totalizaram 6,2 milhões de ecus em 1997, dos quais 92% foram canalizados para África e 8% para as Caraíbas, sendo que 81% do total foram consagrados a projectos de redução da procura.

Globalmente, foram gastos mais de 53 milhões de ecus em acções relacionadas com a droga em 1997 — 62% para acções desenvolvidas no território da UE e 38% para acções promovidas no exterior. A nível da UE, a grande maioria dos fundos foi canalizada para acções de reabilitação, ao passo que, no exterior da UE, 60% do orçamento foi despendido na África e nos PECO. Representa isto um ligeiro decréscimo comparado com o total gasto em 1996 (61 milhões de ecus), ao contrário da percentagem das despesas ocasionadas pelas acções internas, que sofreu um aumento considerável desde 1996.

Gráfico 1: Análise das despesas internas

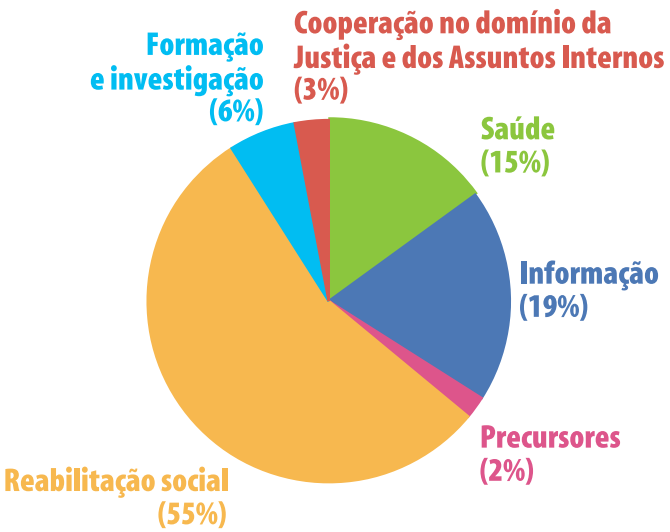
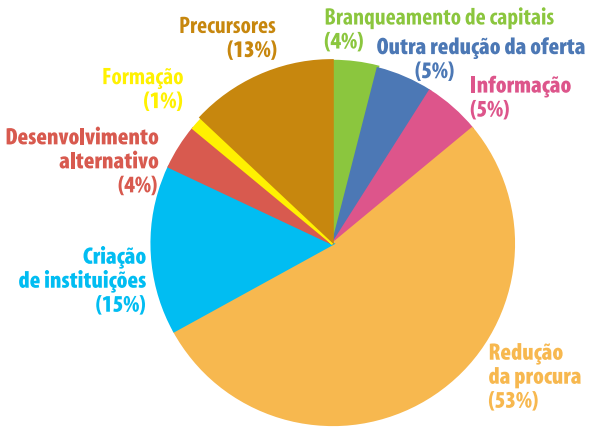


Gráfico 2: Despesas comunitárias externas relacionadas com a droga de acordo com o campo de interesse



Acção internacional

A acção internacional no campo da droga caracteriza-se pelas funções e actividades das principais organizações envolvidas na resolução do problema da droga a nível internacional, bem como pelos seus trabalhos e resultados alcançados em 1997. As informações sobre padrões e tendências das apreensões de estupefacientes e substâncias psicotrópicas também se encontram entre os indicadores relevantes em 1997.

Progressos em 1997

Depois de a Áustria se ter tornado parte signatária em 1997, todos os Estados-Membros da UE assinaram as convenções das Nações Unidas no domínio do controlo internacional da droga. Um facto digno de registo foi a preparação da Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas (Ungass) sobre Drogas (8-10 de Junho), para a qual o Pnucid contribuiu, elaborando documentação destinada a completar a declaração da Ungass sobre redução da procura. A OMS prosseguiu o seu Programa sobre Consumo Ilícito de Substâncias, enquanto a Interpol transmitiu mais de dois milhões de comunicações sobre actividades criminosas no decurso do ano e realizou uma assembleia geral na qual foram adoptadas 18 resoluções, nomeadamente no domínio do branqueamento de capitais. A Organização Mundial de Alfândegas (OMA) anunciou um aumento nas detecções de drogas superior a 10% em comparação com 1996.

Alterações na oferta de droga na UE

Apesar do aumento dos esforços empreendidos a nível da execução da lei, a estabilidade do preço e a disponibilidade indicam que a oferta de droga continua a crescer. Em 1997, registaram-se aumentos significativos nas apreensões de cocaína e anfetaminas, um ligeira subida nas apreensões da resina de *cannabis* (haxixe) e uma pequena baixa nas apreensões de heroína e *cannabis* herbácea (marijuana). Embora as rotas de tráfico quase não tenham sofrido alteração, verificou-se um aumento na produção e no comércio de novas drogas sintéticas na UE e nos países da Europa Oriental, bem como fortes indícios de exportação de drogas sintéticas para outras regiões. Segundo a Interpol, cerca de 800 toneladas métricas de cocaína e 450 toneladas métricas de heroína são produzidas anualmente em todo o mundo. Grande parte desta produção desemboca na UE (segundo dados fornecidos pela Unidade «Drogas» da Europol, 38 toneladas de cocaína e 4,4 toneladas de heroína foram apreendidas na União Europeia em 1997).

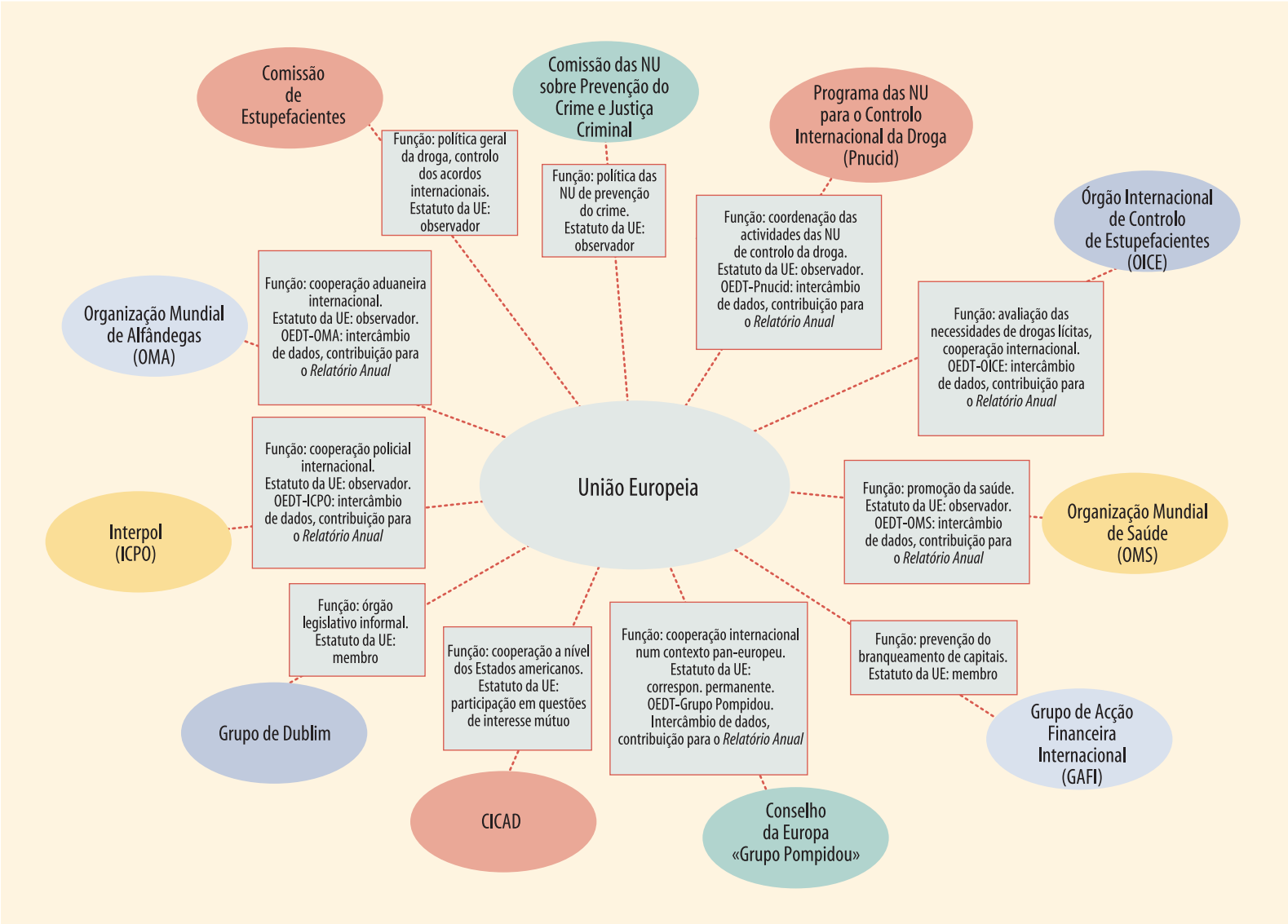
Intervenientes internacionais

Os intervenientes internacionais dividem-se em três categorias:

- *Organização das Nações Unidas:* Tem vários órgãos que se ocupam do problema da droga, sendo responsáveis pela avaliação da implementação de tratados internacionais. Em particular, o Órgão Internacional de Controlo de Estupefacientes (OICE) é o órgão independente e quase jurisdicional que supervisiona a implementação e aplicação das convenções internacionais em matéria de controlo de estupefacientes; a Comissão de Estupefacientes é o organismo principal dirigente, dentro das Nações Unidas, que trata todos os assuntos relacionados com o controlo da droga e o Pnucid (Programa das Nações Unidas para o Controlo Internacional da Droga) assegura o secretariado quer da Comissão de Estupefacientes quer do OICE, colaborando com os Estados-Membros na implementação das decisões tomadas por órgãos dirigentes. Além disso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) promove a saúde pública e a melhoria das condições de vida. A nível das Nações Unidas, existem ainda outros órgãos especializados envolvidos em assuntos relacionados com o controlo de estupefacientes.
- *Outras agências internacionais:* A Interpol promove a cooperação internacional na aplicação da lei com vista a reduzir a produção, o fabrico e o tráfico de drogas ilícitas. As relações entre a OEDT e a Interpol, estabelecidas em 1995, deverão ser reforçadas. A Organização Mundial de Alfândegas (OMA) procura harmonizar as práticas aduaneiras e aumentar a eficácia da detecção de remessas de droga.
- *Organizações regionais:* O Grupo Pompidou do Conselho da Europa promove uma abordagem multidisciplinar para lutar contra o problema da droga numa base pan-europeia, enquanto que o Grupo de Dublim é um organismo internacional vocacionado para a coordenação da política internacional de controlo da droga. A Comissão Interamericana para o Controlo do Abuso de Drogas (CICAD) centra as suas actividades na luta contra o tráfico, a produção e o consumo de droga e o Grupo de Acção Financeira Internacional (GAFI) procura detectar actividades de branqueamento de capitais no sistema financeiro.

Em conclusão, em 1997 prosseguiram a cooperação e a coordenação no plano internacional, que deverão ser reforçadas nos próximos anos a fim de pôr cobro ao constante aumento de estupefacientes e substâncias psicotrópicas.

Quadro 5: A União Europeia e a comunidade internacional no domínio da droga



Análise das despesas públicas com a droga

O OEDT propõe-se estudar o impacte financeiro das políticas antidroga na UE, analisar a distribuição das despesas públicas com o problema da droga e examinar em linhas gerais as abordagens que permitem a análise comparativa da eficácia das despesas públicas. Os três domínios de despesas públicas considerados são a repressão (no âmbito da aplicação das leis antidroga), o tratamento (particularmente os custos de saúde inerentes à sida) e a prevenção.

As despesas subdividem-se entre aquelas directamente ligadas a projectos no domínio da droga e as incorridas pelos ministérios e pelas administrações públicas, que incluem o chamado «esforço antidroga» (embora a percentagem exacta correspondente a uma e a outra seja difícil de calcular).

O quadro 6 baseia-se em projectos franceses e suíços, com dados recolhidos também na Bélgica, Irlanda, Espanha, Portugal e Dinamarca. Os dados

Quadro 6: Despesas públicas e «orçamento da droga» (resumo)

Despesas públicas	Bélgica	Dinamarca	França (2)	Irlanda	Portugal	Espanha	Suíça (3)	Reino Unido (4)
Orçamento de todas as forças policiais nacionais (1)	1 724,71	667,37	3 780,15	620,61	n.d.	3 166,43	865,77	12 516,37
Interpelações por delitos relacionados com a droga	23 762	13 992	79 271	n.d.	9 333	79 445	42 000	998
Orçamento aduaneiro (1)	n.d.	n.d.	585,32	65.05	n.d.	n.d.	n.d.	1 282,28
Orçamento do sistema de justiça penal (1)	463,83	1 062,28	3 094,73	894,44	707,12	n.d.	n.d.	2 024,92
Número de pessoas a cumprirem penas de prisão pela prática de crimes relacionados com a droga	n.d.	1 282	11 816	225	3 653	9 925	n.d.	6 400
Orçamento das instituições especializadas no tratamento da toxicodependência (1)	69,38	n.d.	n.d.	10,09	3,77	94,61	n.d.	273,27
Rubricas orçamentais afectadas à prevenção da droga (1)	n.d.	n.d.	n.d.	0,46	12,14	36,77	n.d.	252,25
Orçamento das instituições especializadas na prevenção da droga (1)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Quantia despendida com a investigação (1)	n.d.	n.d.	6,35	1,30	n.d.	7,35	n.d.	n.d.
Quantia despendida com a acção internacional (1)	n.d.	n.d.	10,58	0,19	0,01	4,26	n.d.	273,27

(1) Milhões de ecus.
(2) Kopp and Palle — MILDT report (1996).
(3) Estermann, J., *Consommation et trafic de drogues: les coûts de la répression* (estimativa para a Suíça, 1991).
(4) *Tackling drugs together — Strategy for England*, 1995-1998, HMSO, Maio de 1995.

traduzem muitos dos problemas relacionados com a inexistência de dados e a falta de comparabilidade entre países. Assim, os dados sobre detenções por «infracções relacionadas com droga» podem incluir quer o número de pessoas presas quer o número de delitos.

Esboça-se um método para o cálculo de um «orçamento da droga» em que as despesas directas da acção antidroga são usadas como base para o cálculo das despesas com a administração pública. O elemento utilizado para o cálculo da dotação relativa às intervenções da polícia pode ser generalizado, por exemplo, às despesas do sistema judiciário, enquanto para o sistema prisional o cálculo é dificultado pelo facto de os crimes não relacionados com a droga serem cometidos para obter dinheiro para a droga ou sob o efeito de drogas.

É necessário um estudo comparativo europeu sobre «orçamentos da droga» como meio de avaliar a amplitude do esforço de despesa pública de cada país. O orçamento da droga em percentagem do PIB é similar em três países europeus, mas significativamente superior nos EUA. Em relação às despesas públicas, os valores correspondentes aos EUA e ao Reino Unido são significativamente mais elevados do que os correspondentes à França e aos Países Baixos.

Na Europa, o orçamento atribuído à repressão (cerca de 80% nos três países) é significativamente inferior ao dos EUA (93%). No entanto, em todos os países, é difícil calcular o montante gasto na prevenção devido ao seu carácter descentralizado. O reforço dos recursos para uma rubrica orçamental tende a fazer-se em detrimento de uma outra, dada a improbabilidade do aumento das despesas gerais numa época de recursos limitados.

Em suma, uma análise mais exaustiva impõe a comparabilidade da informação proveniente dos Estados-Membros como primeiro passo para a criação de um maior conhecimento sobre a eficácia das despesas públicas consagradas ao problema da droga e a avaliação dos custos sociais causados por este fenómeno.

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência

Sumário e tópicos principais — Relatório Anual sobre a Evolução do Fenómeno da Droga na União Europeia

Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias

1998 — 22 p. — 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-072-9

16 17 05 AO-13-98-160-PT-C

SERVIÇO DAS PUBLICAÇÕES OFICIAIS
DAS COMUNIDADES EUROPEIAS

L-2985 Luxembourg