



[emcdda.europa.eu](http://emcdda.europa.eu)

## Synthetic drugs

EMCDDA 2001 selected issue

*In EMCDDA 2001 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union*

por ano por consumidor diário (93% dos indivíduos que participaram nesta amostra de troca de agulhas eram consumidores diários de droga injectada) (11). No entanto, esta média pode depender muito das substâncias injectadas (os consumidores de opiáceos que também injectam cocaína podem injectar-se com muito maior frequência) ou do rendimento (os CDI com poucos recursos podem injectar-se muito menos). São necessárias estimativas melhores e para cada país da dimensão da população de CDI e do número de injeções, por forma a avaliar a cobertura dos programas de troca de seringas e, por conseguinte, o potencial desses programas para uma prevenção eficaz das infecções relacionadas com as drogas (27) (28).

### Fontes

- (1) S. Darke, S. Kaye, J. Ross, «Transitions between the injection of heroin and amphetamines», *Addiction*, Vol. 94, 1999, p. 1795-1803.
- (2) M. C. Doherty, R. S. Garfein, E. Montoroso, «Gender differences in the initiation of injection drug use among young adults», *J Urban Health*, Vol. 77, 2000, p. 396-414.
- (3) D. L. Thomas, S. A. Strathdee, D. Vlahov, «Long-term prognosis of hepatitis C virus infection», *JAMA*, Vol. 284, 2000, p. 2592.
- (4) A. J. Freeman, G. J. Dore, M. G. Law, *et al.*, «Estimating progression to cirrhosis in chronic hepatitis C», *Hepatology*, 2001, (no prelo).
- (5) *European network on HIV/AIDS and hepatitis prevention in prisons, second annual report*, 1998.
- (6) T. L. Lamagni, K. L. Davison, V. D. Hope, *et al.*, «Poor hepatitis B vaccine coverage in IDUs, England 1995 and 1996», *Comm Dis Public Health*, Vol. 2, 1999, p. 174-177.
- (7) M. Fitzgerald, J. Barry, P. O'Sullivan, L. Thornton, «Blood-borne infections in Dublin's opiate users», *Ir J Med. Sc.i*, Vol. 170, 2001, p. 32-34.
- (8) Ponto focal nacional italiano (relatório nacional 2000 destinado ao OEDT).
- (9) E. Drucker, P. Lurie, A. Wodak, P. Alcabes, «Measuring harm reduction: the effects of needle and syringe exchange programs and methadone maintenance on the ecology of HIV», *AIDS*, Vol. 12 (Suppl. A), 1998, p. S217-S223.
- (10) A. Taylor, D. Goldberg, S. Hutchinson, *et al.*, «Prevalence of hepatitis C virus infection among injecting drug users in Glasgow 1990-1996: are current harm reduction strategies working?», *J Infect*, Vol. 40, 2000, p. 176-183.
- (11) M. Valenciano, J. Emmanuelli, F. Lert, «Unsafe injecting practices among attendees of syringe exchange programmes in France», *Addiction*, Vol. 4, p. 597-606.

## Drogas sintéticas

A presente secção completa os dados e as análises apresentados noutras secções do relatório anual com um resumo das principais questões, preocupações e desafios relativos às drogas sintéticas.

### Alastramento do consumo

Se o panorama geral em 2000 confirma que o alastramento do consumo de drogas sintéticas na UE de um modo geral estabilizou, continuam-se a observar-se tendências de crescimento em algumas regiões nas quais cidades ou estâncias turísticas são mais atraentes para o turismo juvenil europeu devido à sua localização e a uma oferta maior de eventos dirigidos a jovens. De um modo mais geral, as áreas urbanas em que se estabeleceram culturas de jovens podem continuar a proporcionar um ambiente favorável ao enraizamento e ao desenvolvimento de «drogas recreativas».

A análise cruzada de estudos quantitativos sugere que o consumo de drogas sintéticas alastrou para além dos meios «tecno» às discotecas, bares e contextos privados. São também referidos outros meios. Por exemplo, um estudo revelou que, na Grécia, 35% dos estudantes consumidores de *ecstasy* consumiram a droga em estádios de futebol.

### Comportamentos e padrões de consumo

Um comportamento em expansão é o que consiste não tanto no consumo de uma droga em particular, mas numa tendência para utilizar diferentes drogas em função de necessidades e situações.

Em alguns Estados-Membros, a modificação de padrões de comportamento dos jovens foi destacada como merecendo estudo mais aprofundado.

- A maior parte dos países salientam o fenómeno da mudança rápida de padrões num público vasto, no sentido de experimentar e/ou combinar diferentes substâncias para ficar «alto» e/ou para equilibrar os respectivos efeitos.
- Nos Países Baixos, o fenómeno da «fadiga do *ecstasy*» está presentemente a ser avaliado. As razões de tal tendência podem dever-se a diversos factores, por exemplo o facto de não haver prova dos conteúdos

(27) Quadro 7 OL: Fornecimento, utilização e cobertura pelos programas de troca de seringas para consumidores de droga injectada (CDI) e cobertura pelas farmácias em alguns Estados-Membros, como comunicado pelos pontos focais nacionais, 2000 (versão em linha).

(28) Quadro 8 OL: Fornecimento de orientação e testes sobre o HIV, tratamento do HIV e vacinação do VHB para consumidores de droga injectada (CDI) em alguns países europeus, como comunicado pelos pontos focais nacionais, 2000 (versão em linha).

## O que são drogas sintéticas?

A expressão «*droga sintética*» refere-se estritamente a substâncias psicoactivas fabricadas através de um processo químico no qual os principais constituintes psicoactivos não derivam de substâncias de ocorrência natural. A expressão «droga sintética» começou a ser utilizada como sinónimo de drogas para dança ou drogas recreativas, na sequência da emergência da droga sintética que é o *ecstasy* (MDMA) e outras anfetaminas de anel substituído nos meios do consumo recreativo associado à dança, apesar de também se consumirem drogas não sintéticas nesses ambientes, tais como a *cannabis*, a cocaína e os cogumelos mágicos. Entre as drogas sintéticas com uma longa história de consumo ilícito contam-se as anfetaminas e a dietilamida de ácido lisérgico (LSD), enquanto o *ecstasy* (MDMA) e outras drogas constantes da lista Pihkal de Alexander Shulgin <sup>(1)</sup> têm histórias muito mais curtas de consumo ilícito. Há uma preocupação global cada vez maior com o fabrico potencial de outras drogas sintéticas novas, vendidas como alternativa ao MDMA ou adicionadas aos comprimidos de MDMA. A facilidade com que muitas «drogas sintéticas» podem ser fabricadas constitui um desafio para os esforços de controlo da oferta, uma vez que os laboratórios podem ser instalados e deslocados com relativa facilidade.

Algumas drogas sintéticas, não todas, têm efeitos alucinógenos e podem ser ou estimulantes ou depressoras do sistema nervoso central (SNC), sendo este último o caso

do GHB. Há também opiáceos de síntese, tais como a metadona, a petidina (MPPP, MPTP), o fentanil, o 3-metil-fentanil, etc.

As «drogas de designer» são similares químicos de drogas controladas. Os produtores ilícitos modificam ligeiramente a estrutura molecular de uma substância proibida por forma a obter efeitos farmacológicos análogos ou mais fortes, evitando desse modo a acção da justiça. A acção conjunta da UE em matéria de drogas sintéticas (ver caixa na p. 54) foi lançada em Junho de 1997 com o objectivo de evitar ou limitar a extensão de tais práticas.

As anfetaminas são drogas sintéticas. Podem ser injectadas, como acontece na Finlândia e na Suécia, ou tomadas sob a forma de comprimidos ou de pó. As anfetaminas são frequentemente misturadas em comprimidos semelhantes aos de *ecstasy* com MDMA ou similares do *ecstasy*.

As metanfetaminas são derivados metil das anfetaminas (principalmente, mas não exclusivamente, do tipo de anel substituído). Entre elas, contam-se a «metedrina», bem como o «cristal» e o «gelo», formas que podem ser fumadas.

(1) A. & A. Shulgin (1991), *Pihkal: A Chemical Love Story*, Transform Press.

exactos de uma maior consciência (incrementada pela comunicação social) dos efeitos residuais adversos sobre a disposição e os sentimentos. Também se coloca a questão de saber se a cocaína desempenha um papel alternativo enquanto estimulante básico de efeitos regulares e conhecidos. A combinação de cocaína e álcool é tida entre consumidores experimentados como sendo uma «boa mistura», enquanto a combinação de *ecstasy* e álcool é considerada mais difícil de gerir.

- No que diz respeito aos consumidores problemáticos de *ecstasy*, alguns estudos sobre toxicod dependência apontam para a possibilidade de o potencial de criação de dependência da substância propriamente dita desempenhar um papel menor do que os padrões de dependência não químicos e comportamentais que lhe estão associados.

Quando elaboram estratégias, todos os Estados-Membros atribuem importância à diferenciação entre grupos de consumidores de drogas sintéticas. É possível uma

primeira diferenciação, muito ampla, dos consumidores de *ecstasy*.

- Consumidores excessivos. Ainda que o MDMA tenha um potencial reduzido de criação de dependência, uma minoria de consumidores apresenta um padrão de consumo compulsivo — mais do que uma vez por semana, mais do que um comprimido de cada vez, policonsumo de outras substâncias, participação activa em festas ao longo de todo o fim-de-semana e falta de sono. Frequentemente, fazem parte de uma rede em que o consumo de droga é muito comum.
- Consumidores prudentes, com um padrão de consumo muito menos amplo.
- Consumidores ocasionais, com menos conhecimento e consciência dos riscos possíveis.

O consumo combinado de diversas substâncias, lícitas e ilícitas, é um padrão de comportamento comum nos

## Questões específicas

jovens com um estilo de vida orientado para as saídas (bares, discotecas, festas «rave» e «tecno», festas particulares). O policonsumo — mistura ou alternância de um vasto leque de substâncias, sintéticas ou não — é a principal tendência e a «autogestão» do policonsumo num contexto em transformação é um padrão predominante.

Os padrões de passagem de umas substâncias para outras e de policonsumo estão ligados em certa medida à disponibilidade das diferentes substâncias, e o oportunismo desempenha aqui um papel. Recorre-se frequentemente a estratégias pessoais ou de grupo para obter uma substância específica, e aqui a dinâmica de grupo desempenha um papel importante.

Dever-se-ia distinguir entre substâncias que se crê serem mais adaptadas ao evento musical propriamente dito e outras drogas (tais como as drogas para depois de dançar ou drogas não associadas à dança) ou substâncias experimentadas no âmbito de um círculo de iniciação dirigido pelos consumidores experimentados que dispõem pelo menos de algum conhecimento empírico sobre dosagens e efeitos secundários. Para um número limitado de drogas sintéticas, a ausência desse tipo de ambiente poderá representar maiores riscos.

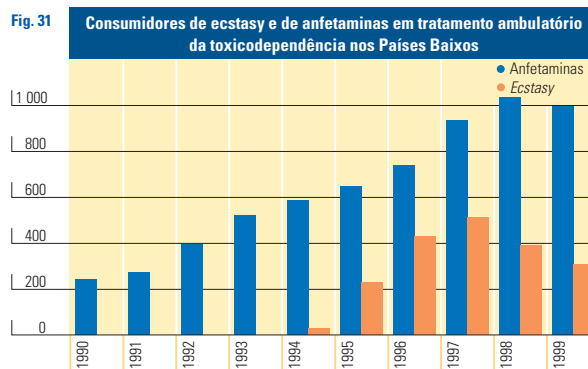
### Disponibilidade das substâncias

O MDMA continua a ser o produto favorito do mercado do *ecstasy* e surge com muitos símbolos gráficos e muitos nomes diferentes. Por exemplo o Laboratório de Polícia Criminal alemão, de Wiesbaden, que procedeu à monitorização dos comprimidos marcados com um símbolo constituído por três losangos (logótipo da Mitsubishi), elaborou uma lista de mais de 200 produtos finais.

Foram detectados comprimidos com sobredosagem de MDMA através de apreensões e análises toxicológicas ou através da análise de comprimidos *in loco*, levada a cabo por equipas de prevenção em eventos musicais, permitindo uma disseminação rápida de informação sobre as características desses comprimidos a todos os países da UE, através do sistema de alerta precoce da UE.

Uma tendência que importa seguir de perto é a que se relaciona com o número cada vez maior de medicamentos psicotrópicos, tais como a cetamina, que são desviados de fontes legítimas.

Relativamente à anfetamina (ou «speed», sulfato de anfetamina) nota-se uma menor pureza e menor disponi-



bilidade. Os países escandinavos continuam a ser o maior mercado para a anfetamina injectada e o Reino Unido o maior mercado para a anfetamina não injectada.

O consumo médio de metanfetaminas continua a ser muito limitado na UE. No entanto, segundo a Europol<sup>(29)</sup>, provou-se a existência de produção (laboratórios desmantelados) na Alemanha e nos Países Baixos. A Estónia e, principalmente, a República Checa também estiveram envolvidas na produção e no tráfico. A metanfetamina, produzida provavelmente na República Checa, substituiu progressivamente a anfetamina junto dos consumidores da Baviera e da Saxónia, dois estados federais alemães fronteiriços. Foi dado conhecimento à Europol, em 1999, de diversas apreensões desta substância por parte das autoridades na Alemanha, na Finlândia, nos Países Baixos e na Suécia.

Apesar de se manter presente no universo das drogas, o mercado do LSD e de outros alucinogénios estabilizou na maior parte dos países da UE.

### Dados relativos ao tratamento

Os dados relativos ao tratamento, enquanto indicação do nível do consumo problemático de drogas, proporcionam muito pouca cobertura das drogas sintéticas, com excepção da anfetamina injectada. O *ecstasy* é muito raramente registado como droga primária na procura de tratamento, sendo os pacientes tipicamente policonsumidores. O elevado nível de procura de tratamento por consumo de anfetaminas como droga principal no que diz respeito à Finlândia e à Suécia pode ser explicado devido ao padrão histórico de consumo nesses países que consiste na injeção de sulfato de anfetamina.

Nos Países Baixos, a introdução de uma entrada específica por consumo de *ecstasy* em 1994 resultou num registo completo em 1995 no sistema de cuidados ambulatorios. Os números mostram uma tendência descendente nos

<sup>(29)</sup> Relatório Europol 2000, Haia, Países Baixos.

pedidos de tratamento por consumo de *ecstasy* desde 1997, tendo em conta o aumento inicial aparente nos dois anos anteriores, que pode ter sido devido, pelo menos em parte, ao melhoramento do registo. Ainda assim, o *ecstasy* não representa mais do que 1% de todos os clientes de tratamentos (3,1% no caso das anfetaminas). Em 1999, o número de clientes que referiram o *ecstasy* como droga secundária era o dobro do número de clientes cuja droga principal era o *ecstasy*, número que é coerente com o facto de que os consumidores de *ecstasy* tipicamente são policonsumidores.

### Riscos para a saúde

Apesar de serem raros e pouco documentados, pode haver efeitos agudos de substâncias do tipo do *ecstasy*, especialmente quando consumidas com outras drogas lícitas ou ilícitas (tais como o GHB e o álcool), quando misturadas com outras drogas com menos efeitos adversos potenciais ou agudos, ou quando os comprimidos se apresentam com fortes sobredosagens e/ou são tomados repetidamente ao longo de um período de tempo reduzido.

Os médicos destacam o papel do comportamento de risco (tal como a procura compulsiva de estados de excitação («high») e a ignorância da composição e/ou dos efeitos), mais do que a toxicidade de uma determinada substância isolada do seu contexto e padrões de consumo. O historial de saúde individual também pode ser determinante.

Na maior parte dos casos, o diagnóstico é a poli-intoxicação, sendo impossível destacar uma substância relativamente às outras.

A fim de compreender a natureza e os possíveis riscos e aspectos neuropsíquicos a longo prazo, que se manifestam frequentemente em casos de intoxicação aguda, a prioridade dos médicos é agora o seguimento dos casos de intoxicações não fatais em jovens que consomem *ecstasy*, na maior parte dos não prereríveis casos misturado com outras drogas.

O consumo a longo prazo pode causar efeitos adversos. Os efeitos reversíveis e/ou não reversíveis sobre o cérebro ainda são objecto de discussão. Nos grandes consumidores de *ecstasy*, há cada vez mais dados que apontam para que haja danos dos neurónios serotoninérgicos. As implicações clínicas indicam défices cognitivos, mas alguns projectos de investigação neste domínio (em curso no Reino Unido e nos EUA) ainda são poucos e estão pouco avançados.

### Óbitos relacionados

Desde que a presença activa no local («outreach») e outras medidas de prevenção passaram a ser levadas a cabo em eventos e festas «techno»/«house» observou-se um decréscimo de ocorrências fatais por comparação com o início da década de 90, pelo menos em países onde foram registadas e documentadas urgências.

A *overdose* aparente por derivados da anfetamina ou da fenilpropanolamina, nos casos em que esses derivados foram considerados como sendo a causa principal da morte, correspondeu a 50% dos casos fatais nos Países Baixos durante o período 1994-1997. Nos restantes casos, os derivados da anfetamina estavam presentes, mas a morte foi atribuída a outras drogas e/ou a álcool ou causas desconhecidas.

Uma droga sintética nova, a 4-metiltioanfetamina (4-MTA, conhecida na rua por «flatliner») esteve implicada em algumas mortes na UE (quatro mortes no Reino Unido, uma nos Países Baixos). Outra droga sintética «nova», o GHB (gama-hidroxi butirato), também esteve ligada a algumas mortes, em geral associada a álcool e/ou outras drogas. Estas duas substâncias têm sido submetidas a monitorização e avaliação de riscos no âmbito da acção comum da UE em matéria de novas drogas sintéticas (ver caixa na p. 54).

### Respostas

As respostas às drogas sintéticas são organizadas a diferentes níveis de intervenção.

A prevenção primária concentra-se na oferta de informação sobre drogas sintéticas e é habitualmente levada a cabo através de campanhas junto do público e de intervenções nas escolas.

As actividades de redução de riscos/«outreach» em locais de recreio consistem em salas de «chill-out», análise de comprimidos, folhetos de informação e balcões *in loco*. Há também iniciativas de «auto-ajuda» no meio «tecno», com vista a incluir informação sobre drogas sintéticas e substâncias associadas em diversas actividades ligadas à música.

A informação entre consumidores sobre os riscos das misturas de substâncias (em especial o risco do álcool) e a detecção precoce de novos grupos de risco entre os jovens é actualmente considerada crucial.

O objectivo das respostas rápidas a nível da saúde é o de fornecer informação preventiva dirigida que permita aos profissionais em salas de urgência e unidades anti-venenamento, médicos generalistas, trabalhadores da

## Questões específicas

saúde que actuam no terreno, etc. detectarem melhor casos de intoxicação aguda e darem melhor resposta aos mesmos. Em França, desde 1998, a organização «Médecins du Monde» tem assegurado assistência médica de piquete em «raves» e outras «festas livres». Entre as dificuldades encontradas contam-se a carência de literatura médica relacionada sobre casos de intoxicação aguda e a impossibilidade de referência ao historial clínico do indivíduo.

Ainda que os «novos» consumidores de drogas (consumidores novos ou experientes não conhecidos dos serviços de tratamento) apresentem um perfil de consumo menos problemático, pode-se-lhes fornecer melhor informação sobre o modo de identificar sinais de consumo problemático de drogas e da necessidade de assistência. A autopercepção do estado de saúde pelo próprio indivíduo, a consciência de que se está a perder o controlo do consumo «autogerido» e o conhecimento sobre o acesso a serviços de aconselhamento são indicadores possíveis, a combinar com acções preventivas de «outreach». No entanto, a falta de diversidade e/ou relevância da oferta existente de tratamento pode limitar o efeito de tais esforços.

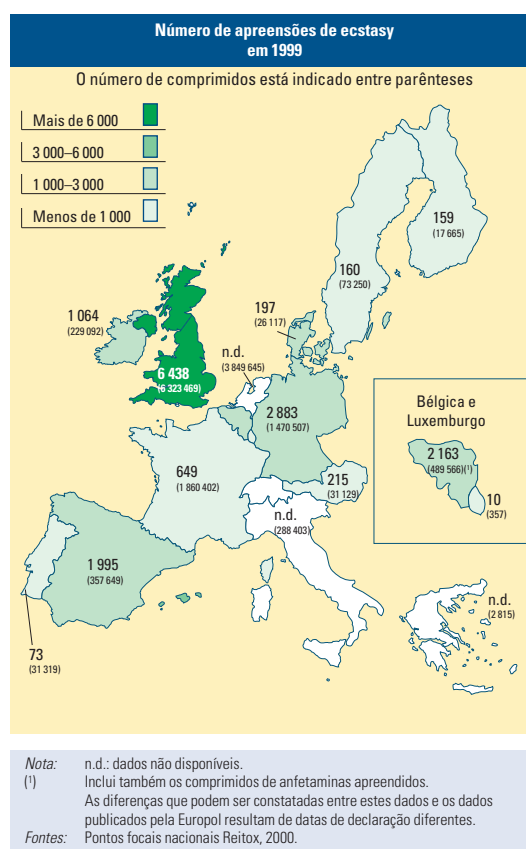
### Redução da oferta

Segundo a Europol (Relatório Anual 2000), os Países Baixos continuam a ser o principal país produtor e exportador de *ecstasy*: em 1999 foram identificados 36 locais de produção. Durante o mesmo ano, foram desmantelados quatro laboratórios na Bélgica, dois em Espanha e um na Alemanha. Um dos maiores laboratórios de anfetaminas jamais encontrado foi desmantelado na Grécia em Fevereiro de 2000. A produção e a exportação também envolve vários Estados da Europa Oriental (Bulgária, Polónia e República Checa) e os Estados bálticos.

A título de exemplo, 10% a 20% das drogas sintéticas destinadas ao mercado britânico são fabricadas no Reino Unido, enquanto o resto, pensa-se, é fabricado na Europa continental (predominantemente na Bélgica e nos Países Baixos) e entra no Reino Unido pelos portos do canal da Mancha ou pelos aeroportos.

O preço médio por grosso (venda ao quilo) de comprimidos comercializados como *ecstasy* situa-se entre os quatro e os cinco euros por comprimido, com um preço mínimo de um euro em Portugal e um preço máximo de 13 euros na Dinamarca<sup>(30)</sup>. O preço médio a retalho varia entre 4 e 28 euros por grama, com um preço mínimo de 4 euros nos Países Baixos e um máximo de 34 euros na Dinamarca.

Fig. 32



### Novas iniciativas e novos desafios para a definição de políticas

As drogas sintéticas estão no centro das atenções políticas, apesar da escassez de dados científicos em termos de riscos para a saúde pública. O nível elevado de consumo dessas drogas em grupos socialmente integrados, o seu papel como modelo de referência na cultura juvenil e o facto de a produção e o tráfico estarem estabelecidos na Europa (tanto para o mercado interno como para o mercado externo) exercem uma forte pressão no sentido de uma actuação responsável por parte da UE.

As drogas sintéticas e a avaliação dos respectivos riscos estão a ser progressivamente incluídas numa visão mais ampla da modificação de padrões e comportamentos, subculturas e evoluções. Resultaram daí as seguintes acções:

- estabelecimento de canais de comunicação eficientes entre todos os intervenientes envolvidos em sistemas de resposta rápida;
- estabelecimento de melhor comunicação entre informação de base científica e respostas no plano da política de drogas;

<sup>(30)</sup> Últimos dados: Julho de 1999. Os preços variam entre os diferentes Estados-Membros de acordo com o grau de pureza, a quantidade adquirida e o local de aquisição (Fonte: Europol, Relatório Anual 2000).

- melhoria da capacidade de obter informação específica sobre drogas sintéticas e, de um modo mais geral, sobre tendências emergentes em matéria de consumo de drogas, através de estimativas de prevalência nacionais e locais, registos de pedidos de tratamento, tendo também em conta que os serviços de tratamento estão principalmente orientados para consumidores de opiáceos.

### A acção comum da UE relativa às novas drogas sintéticas

No período 1998-2000, a acção comum da UE sobre um «sistema de alerta rápido» para a recolha e intercâmbios rápidos de informações sobre novas drogas sintéticas detectou diversas substâncias que surgiam no mercado ilegal na União Europeia. O OEDT e a Europol apresentaram relatórios de acompanhamento conjuntos ao Grupo Horizontal sobre Drogas do Conselho resumindo a informação recolhida nesta fase preliminar. Numa segunda fase, e na sequência de um pedido do Conselho, quatro dessas substâncias — MBDB, 4-MTA, GHB e cetamina — foram submetidas a avaliação de riscos pelo Comité Científico do OEDT.

Com base no relatório sobre avaliação de riscos e num parecer da Comissão Europeia, uma nova droga de síntese, a 4-MTA, está submetida a medidas de controlo em todos os Estados-Membros por decisão do Conselho de 13 de Setembro de 1999.

Outras novas drogas de síntese, tais como a PMMA, a 2-CT-5 e a 2-CT-7, foram recentemente detectada no âmbito do mecanismo do «sistema de alerta rápido» da acção comum e estão presentemente a ser objecto de monitorização conjunta do OEDT e da Europol, em estreita cooperação com a Comissão Europeia e a Agência Europeia de Avaliação dos Medicamentos.

Enquanto instrumento para determinar se uma dada substância deve ou não ser colocada sob controlo a nível da UE, a acção comum proporciona também regularmente aos Estados-Membros e às instituições europeias uma visão do contexto do consumo de drogas em ambientes recreativos e fornece indicações rápidas sobre tendências de tráfico de drogas sintéticas. Os exercícios de avaliação de riscos proporcionam dados sólidos aos responsáveis políticos para as reflexões destes sobre opções possíveis com vista a uma abordagem equilibrada entre aplicação da lei e medidas preventivas.