ISSN 1609-6185

Observatório Europeu
da Droga e da Toxicodependência

RELATÓRIO ANUAL 2003

A EVOLUÇÃO DO FENÓMENO DA DROGA NA UNIÃO EUROPEIA E NA NORUEGA

RELATÓRIO ANUAL 2003: A EVOLUÇÃO DO FENÓMENO DA DROGA NA UNIÃO EUROPEIA E NA NORUEGA

Observatório Europeu
da Droga e da Toxicodependência

RELATÓRIO ANUAL 2003

A EVOLUÇÃO DO FENÓMENO DA DROGA NA UNIÃO EUROPEIA E NA NORUEGA

Nota

A presente publicação é propriedade do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) e encontra-se protegida por direitos de autor. O OEDT não tem qualquer responsabilidade, real ou implícita, pela utilização que venha eventualmente a ser feita das informações contidas no presente documento. O conteúdo da presente publicação não reflecte necessariamente as opiniões oficiais dos parceiros do OEDT, dos Estados-Membros da UE ou de qualquer instituição ou agência da União Europeia ou das Comunidades Europeias.

Encontra-se à disposição na Internet uma grande quantidade de informações adicionais sobre a União Europeia. Pode aceder à mesma através do servidor Europa **(http://europa.eu.int)**.

Europe Direct é um serviço que o/a ajuda a encontrar respostas às suas perguntas sobre a União Europeia

Novo número verde único:
00 800 6 7 8 9 10 11

Este relatório está disponível em espanhol, dinamarquês, alemão, grego, inglês, francês, italiano, neerlandês, português, finlandês, sueco e norueguês. 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, 2003

ISBN 92-9168-163-6

© Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2003
Reprodução autorizada mediante indicação da fonte

Printed in Belgium

IMPRESSO EM PAPEL BRANQUEADO SEM CLORO

Observatório Europeu
da Droga e da Toxicodependência

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23-25, 1149-045 Lisboa, Portugal
Tel.: (351) 218 11 30 00 • Fax: (351) 218 13 17 11
info@emcdda.eu.int • http://www.emcdda.eu.int

Índice

Prefácio 5

Agradecimentos e Nota introdutória 7

Tendências e evolução globais 9

Tendências na situação em matéria de droga 9

Evolução das respostas ao consumo de droga 11

Capítulo 1: Situação em matéria de droga

Consumo de droga na população em geral 15

Consumo problemático de droga 18

Procura de tratamento 20

Doenças infecto-contagiosas relacionadas com o consumo de droga 24

Óbitos e mortalidade relacionados com o consumo de droga entre os consumidores de droga 28

Criminalidade relacionada com a droga 33

Mercado e disponibilidade da droga 36

Capítulo 2: Respostas ao consumo de droga

Evolução das políticas nacionais em matéria de droga 41

Desenvolvimentos jurídicos 42

Evolução a nível da UE 43

Prevenção 45

Respostas em matéria de redução de danos 46

Tratamento 49

Respostas aos consumidores de droga em contextos de justiça penal 51

Redução da oferta 53

Capítulo 3: Questões específicas

Consumo de droga e de álcool entre os jovens 57

Exclusão social e reinserção 65

Despesa pública na área da redução da procura de droga 69

Referências 75

Pontos focais Reitox 81

Prefácio

Com este relatório anual 2003, o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) apresenta à União Europeia e aos seus Estados-Membros uma panorâmica geral do fenómeno da droga na Europa. A publicação do relatório coincide com o 10.º aniversário do OEDT (o regulamento que instituiu o Observatório é de 1993) e esta é também a última vez que a nossa análise vai incidir apenas sobre os 16 países que neste momento compõem o grupo dos nossos membros (os 15 Estados-Membros e a Noruega). Consideramos, pois, adequado fazer uma breve reflexão sobre as transformações que ocorreram no fenómeno da droga durante este período inicial e sobre os progressos feitos pelo Observatório na sua missão de fornecer aos responsáveis pela definição de políticas um parecer bem fundamentado, actualizado e perspicaz sobre as constantes mudanças que se vão operando no problema da droga na Europa.

Uma das características-chave do fenómeno da droga é a sua natureza dinâmica. É razão suficiente para uma séria reflexão o facto de que, mesmo que limitemos a nossa atenção ao breve período da existência do OEDT, são profundas as diferenças em termos da evolução do problema da droga, tanto na sua natureza como na resposta dada pelos Estados-Membros. Os padrões do consumo de droga variaram sempre, na Europa, de país para país, especialmente em termos de escala. Isto continua a ser verdade, mas os dados contidos neste relatório revelam que, cada vez mais, são observáveis tendências gerais que ilustram o carácter global e europeu do problema. Em tempos, qualquer comparação que se fizesse relativa ao consumo de droga na Europa caracterizar-se-ia mais por diferenças do que por semelhanças. As coisas já não são assim. Muito embora a situação global seja complexa e seja considerável a variação a nível local, também são visíveis padrões mais gerais e comuns de consumo de droga. Podemos concluir, cada vez mais, que sob muitos aspectos partilhamos, enquanto europeus, um problema da droga que é comum e partilhamos também, em nossa convicção, a responsabilidade comum de extrair ensinamentos das nossas experiências partilhadas. Não estamos sós nesta conclusão. O plano de acção da UE contra a droga demonstra o empenhamento político posto nesta questão, e há agora um reconhecimento quase universal de que a política seguida nesta área tem de assentar numa clara compreensão da situação.

Se os problemas relacionados com a droga evoluíram ao longo dos últimos 10 anos, o mesmo aconteceu à nossa capacidade de elaboração de relatórios sobre eles. Aqui o mérito não cabe apenas ao OEDT; cabe também aos muitos profissionais dedicados de toda a União Europeia que trabalharam e trabalham para compreender a natureza do problema, para desenvolver respostas eficazes e para avaliar de forma crítica o impacto do seu trabalho. Estamos, porém, firmemente convencidos de que o OEDT tem desempenhado um papel vital, não só actuando como catalisador do desenvolvimento de uma sólida base de provas como proporcionando o espaço de debate necessário à colaboração e ao progresso a nível europeu. Há dez anos, ninguém teria podido falar com confiança ou com autoridade sobre a natureza da situação da droga na Europa. Hoje, este relatório demonstra que isso é, cada vez mais, possível. Neste momento, estamos mais bem preparados e mais bem informados para lidar não apenas com o problema da droga com que nos confrontamos no presente, mas também com quaisquer ameaças potenciais com que sejamos eventualmente confrontados no futuro. Gostaríamos de reconhecer o investimento considerável que tem sido feito, a nível dos Estados-Membros e a nível europeu, com vista ao desenvolvimento das ferramentas e das infra-estruturas necessárias à constituição dessa base de provas, e de manifestar a nossa gratidão, em particular, aos pontos focais da rede Reitox.

Esperamos que vejam este relatório como uma panorâmica geral abrangente da situação da droga no espaço europeu — na versão alargada em linha deste documento também é possível encontrar dados adicionais e mais pormenorizados. A nosso ver, este relatório assinala também, de forma positiva, para o OEDT o fim da primeira fase de desenvolvimento do trabalho desta organização. Temos de olhar agora para os desafios que o futuro nos reserva. Entre eles estará a necessidade de continuar a melhorar a disponibilidade, a qualidade e a comparabilidade do conjunto de dados europeus, e vai ser igualmente necessário desenvolvermos os nossos sistemas e a nossa capacidade de gerir com eficácia uma base crescente de conhecimentos sobre a situação da droga numa União Europeia alargada. Não temos dúvidas de que o quadro que vamos ter na nossa frente e que servirá de base aos nossos relatórios será cada vez maior, mais diversificado e mais complexo. Para a nossa organização vai continuar a ser um desafio fulcral a necessidade de explorar plenamente a informação de que dispomos, a fim de podermos fornecer uma análise bem informada, atempada e politicamente relevante que reflicta o valor de uma perspectiva da União Europeia e de uma abordagem harmonizada.

Marcel Reimen
Presidente, Conselho de Administração do OEDT

Georges Estievenart
Director Executivo, OEDT

Agradecimentos

O OEDT agradece a colaboração prestada por todos os que a seguir se enumeram, sem a qual este relatório não teria sido possível:

- os directores e pessoal dos pontos focais nacionais da Reitox;
- os serviços que, nos diferentes Estados-Membros, recolheram os dados em bruto destinados ao relatório;
- os membros do Conselho de Administração e do Comité Científico do OEDT;
- o Parlamento Europeu, o Conselho da União Europeia — em especial o Grupo de Trabalho Horizontal «Droga» — e a Comissão Europeia;
- o Grupo Pompidou do Conselho da Europa, o Programa das Nações Unidas para o Controlo Internacional da Droga (United Nations Office on Drugs and Crime), a Organização Mundial da Saúde, a Europol, a Interpol, a Organização Mundial das Alfândegas e o Centro Europeu de Vigilância Epidemiológica da Sida;
- o Centro de Tradução dos Organismos da União Europeia e o Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias;
- Prepress Projects Ltd;
- eLg Language Integration and Kaligram.

Nota introdutória

O relatório anual baseia-se nas informações que os Estados-Membros da União Europeia e a Noruega (que participa no trabalho do OEDT desde 2001) fornecem ao Observatório sob a forma de relatórios nacionais. Os dados estatísticos aqui apresentados respeitam ao ano de 2001 (ou ao último ano disponível) no caso do capítulo 1 («Situação em matéria de droga»), podendo, no entanto, referir-se a 2002 ou depois no caso dos desenvolvimentos na área das «Respostas ao consumo de droga» e das «Questões específicas».

Os relatórios nacionais dos pontos focais Reitox estão disponíveis em:
http://www.emcdda.eu.int/infopoint/publications/national_reports.shtml.

Encontra-se igualmente disponível uma versão integral em linha do relatório anual em 12 línguas, no endereço http://annualreport.emcdda.eu.int. Esta versão em linha inclui um grande número de materiais e estatísticas complementares sob a forma de quadros, gráficos e caixas. Também contém informações mais pormenorizadas sobre a metodologia utilizada e ligações às fontes de dados, aos relatórios e documentos de referência utilizados para a elaboração do relatório.

Todos os elementos incluídos na versão impressa e na versão em linha do relatório estão tematicamente catalogados em linha (http://annualreport.emcdda.eu.int).

Tendências e evolução globais

Tendências na situação em matéria de droga

Cannabis

A *cannabis* continua a ser a droga mais consumida na União Europeia, registando muitos países taxas de prevalência ao longo da vida superiores a 20% da população em geral. Uma estimativa conservadora sugere que, pelo menos, um em cada cinco adultos da UE experimentou a droga.

Os indicadores sugerem que o consumo de *cannabis* tem vindo a aumentar em toda a União, embora este aumento pareça ter estabilizado em alguns países, ainda que a níveis que, de um modo geral, se podem considerar historicamente elevados. Também se encontram alguns indícios de convergência nos padrões de consumo, embora as taxas ainda variem consideravelmente, com a Espanha, a França e o Reino Unido, em especial, a mencionarem níveis relativamente elevados de consumo e a Finlândia, Portugal e a Suécia a referirem valores comparativamente baixos. Em todos os países, as estimativas da prevalência do consumo recente (prevalência no último ano) entre a população adulta mantêm-se abaixo dos 10%. Quando se consideram os jovens adultos, as taxas de consumo sobem significativamente. Em todos os países, o consumo recente (último ano) atinge o seu nível mais alto no grupo etário dos 15 aos 25 anos, tendo a Alemanha, a Espanha, a França, a Irlanda e o Reino Unido informado que mais de 20% deste grupo etário consumiram *cannabis* nos últimos 12 meses. As estimativas do consumo ao longo da vida são mais elevadas, mencionando a maioria dos países estimativas da prevalência ao longo da vida de 20% a 35% entre os jovens. O número de pessoas que consomem *cannabis* regularmente é pequeno em termos da população total (em geral menos de 1%), embora se encontrem taxas mais elevadas de consumo regular entre os jovens e, em especial, entre os jovens do sexo masculino.

Uma tendência preocupante é a frequência crescente com que a *cannabis* é mencionada no contexto do indicador de procura de tratamento (IPT). Em muitos países, a *cannabis* é agora a droga mais frequentemente mencionada, logo a seguir à heroína, e pode observar-se um aumento constante da procura de tratamento relacionada com a *cannabis*. É necessário ter cuidado na interpretação destes dados, pois há vários factores que neles podem ter influência. Esta questão está actualmente a ser investigada por um grupo de trabalho técnico do OEDT e será posta em relevo num documento a publicar em 2004.

Na maior parte dos países da UE, a maioria das infracções à legislação em matéria de droga está relacionada com a *cannabis*. As apreensões de *cannabis* revelaram uma tendência crescente ao longo da última década, embora haja sinais de terem estabilizado. A Europa continua a ser o maior mercado mundial de resina de *cannabis*, verificando-se nada menos que três quartos das apreensões mundiais de resina de *cannabis* no interior das fronteiras da UE. Muitos países também informam agora que a planta de *cannabis* está a ser cultivada na União. O teor de tetrahidrocanabinol (THC), principal substância química activa na *cannabis*, varia muito nas amostras a nível da rua. Em média, a resina de *cannabis* e a *cannabis* herbácea têm um teor de THC semelhante (5% a 14% e 5% a 11%, respectivamente), embora se encontrem amostras de ambas as formas desta droga com um teor de THC muito elevado.

Anfetaminas e *ecstasy* (MDMA)

A Europa continua a ser uma importante zona de produção e consumo de anfetaminas e *ecstasy*, mas não de metanfetaminas. A seguir à *cannabis*, a droga mais consumida nos países da União Europeia é, normalmente, o *ecstasy* ou as anfetaminas, com taxas de experiência ao longo da vida entre a população adulta que variam geralmente entre 0,5% e 5%. No passado, a prevalência do consumo de anfetaminas era, em regra, mais elevada do que a prevalência do consumo de *ecstasy*, mas esta diferença já é menos visível. Entre a população escolar, a «experiência ao longo da vida» de drogas inaladas só é ultrapassada pela da *cannabis* e, em geral, é consideravelmente superior à do *ecstasy* ou das anfetaminas.

Tal como acontece com a *cannabis*, as taxas mais elevadas de consumo ao longo da vida e de consumo recente verificam-se entre os jovens adultos. Vários indicadores sugerem que o consumo de *ecstasy* tem continuado a alastrar entre alguns sectores da juventude urbana na Europa. Alguns estudos encontraram taxas de prevalência extremamente elevadas nesses grupos, embora não se observe um aumento pronunciado do consumo da droga entre a população em geral.

O número de pessoas tratadas devido a problemas com anfetaminas varia muito na Europa: ligeiramente menos de um terço dos consumidores de droga em tratamento na Suécia e na Finlândia consome anfetaminas, enquanto na Alemanha são cerca de 9% e 3% ou menos em todos os outros países. Em quase todos os países, as taxas de procura de tratamento relacionadas com o *ecstasy* são muito baixas. Na Europa, um pequeno número de óbitos pode ser directamente atribuído ao consumo de *ecstasy*, mas os valores mantêm-se globalmente baixos, sobretudo quando comparados com os óbitos relacionados com os opiáceos.

Embora se tenham registado algumas flutuações nos últimos anos, e possíveis sinais de estabilização em alguns domínios, as apreensões de anfetaminas e de *ecstasy* (quer em número quer em quantidade) aumentaram substancialmente na UE, ao longo da última década. Na Finlândia, Suécia e Noruega, as anfetaminas são a segunda droga mais apreendida (a seguir à *cannabis*).

Cocaína e cocaína *crack*

Os dados de inquérito indicam um aumento do consumo de cocaína no Reino Unido e, em menor grau, na Alemanha, Dinamarca, Espanha e Países Baixos. O consumo de cocaína e o crescimento desse consumo parecem ser mais comuns entre os jovens residentes nas zonas urbanas. É, por conseguinte, possível que os valores nacionais reflictam de forma limitada as tendências existentes em algumas grandes cidades europeias.

Vários indicadores sugerem que a preocupação com os níveis de consumo de cocaína e os problemas com este relacionados é justificada. Entre esses indicadores incluem-se a procura de tratamento, os resultados dos exames toxicológicos em vítimas de morte por *overdose*, as apreensões de droga e os estudos das populações em risco. À excepção de uma diminuição registada em 2000, o número de apreensões de cocaína tem vindo a aumentar constantemente desde 1985. De um modo geral, a quantidade de cocaína apreendida tem revelado igualmente uma tendência ascendente ao longo do mesmo período, embora os valores variem de ano para ano. São referidas taxas relativamente elevadas de procura de tratamento devido ao consumo de cocaína pela Espanha e os Países Baixos (19% e 30%, respectivamente), e, em menor grau, pela Alemanha, Itália, Luxemburgo e Reino Unido (entre 6% e 7%). Exceptuando os Países Baixos e o Reino Unido, a procura de tratamento devido à cocaína parece estar maioritariamente relacionada com o consumo de cocaína em pó (hidrocloreto de cocaína) e não à cocaína *crack* (cocaína-base).

A prevalência do consumo de cocaína *crack* na Europa parece ser relativamente baixa, embora alguns relatórios locais esporádicos sugiram que ela constitui um problema entre os grupos marginais de algumas cidades. Como a cocaína *crack* está particularmente associada a consequências negativas em termos de saúde e sociais, mesmo que as taxas de prevalência sejam baixas, é necessário dar maior atenção às tendências que surjam nesta área, pois um aumento, ainda que moderado do seu consumo, poderia ter um impacto considerável na saúde pública.

Heroína e consumo de drogas injectadas

Entende-se por consumo problemático de droga o «consumo de droga injectada ou o consumo prolongado/regular de opiáceos, cocaína e/ou anfetaminas». Embora o seu número seja pequeno em termos globais, os consumidores problemáticos de droga são responsáveis por uma parcela desproporcionada dos problemas de saúde e sociais resultantes do consumo de droga. Na maioria dos Estados-Membros da UE, à excepção da Finlândia e da Suécia, onde o consumo de anfetaminas é mais prevalecente, o consumo problemático de droga continua a ser caracterizado pelo consumo de heroína, muitas vezes combinada com outras drogas. Dado ser difícil fazer estimativas nesta área e a precisão e fiabilidade das estimativas variarem consideravelmente, a interpretação das tendências e as comparações entre países devem ser feitas com prudência.

As estimativas nacionais do consumo problemático de droga variam entre 2 e 10 casos por 1 000 adultos (ou seja, entre 0,2% e 1%). Não são observáveis tendências comuns quanto ao número de consumidores problemáticos na União Europeia, embora alguns estudos sugiram que, em pelo menos metade dos Estados-Membros, se registou um certo aumento desde meados da década de 1990.

Provavelmente cerca de metade dos «consumidores problemáticos de droga» da UE, isto é, 500 000 a 750 000 dos 1 a 1,5 milhões de consumidores problemáticos de droga estimados, consome droga injectada. A percentagem de consumidores de droga injectada varia consideravelmente de país para país e tem vindo a mudar ao longo do tempo, com uma diminuição dos níveis de injecção em quase todos os países na década de 1990, embora haja indícios de terem aumentado em alguns sítios recentemente. As estimativas nacionais do consumo de droga injectada variam entre dois e cinco casos por 1 000 adultos (ou seja, 0,2% a 0,5%).

Não obstante a produção de ópio no Afeganistão ter diminuído fortemente em 2001, não parece haver indícios de que esta diminuição tenha afectado directamente a disponibilidade de heroína no mercado ilícito europeu, facto que provavelmente poderá ser explicado pela existência de reservas dessa droga.

Vírus da imunodeficiência humana (HIV), da hepatite C (VHC) e da hepatite B (VHB)

Na União Europeia é motivo de especial preocupação a disseminação do HIV, do vírus da hepatite C (VHC) e do vírus da hepatite B (VHB) relacionada com a droga, normalmente através de comportamentos associados ao consumo de droga injectada. Os dados disponíveis sugerem que a prevalência da infecção por HIV entre os consumidores de droga injectada (CDI) varia grandemente entre os diversos países europeus e no interior de cada um deles, desde cerca de 1% no Reino Unido até mais de 30% em Espanha. Em alguns países e regiões, a prevalência do HIV entre estes consumidores tem permanecido muito elevada (mais de 25%) desde meados da década de 90. Embora estes

dados possam reflectir epidemias já enraizadas, continua a ser importante realizar esforços de prevenção especiais nestas áreas, a fim de prevenir novos contágios.

Confiar totalmente nos conjuntos de dados nacionais, que geralmente sugerem uma situação bastante estável em toda a União, poderá induzir em erro, pois dentro de cada região ou cidade podem existir tendências muito diferentes. Recentemente, foram referidos aumentos da prevalência do HIV entre alguns subgrupos de CDI em regiões ou cidades da Áustria, Espanha, Finlândia, Irlanda, Itália, Países Baixos, Portugal e Reino Unido. Este panorama continua a ser diversificado, pois em alguns destes países também se registaram diminuições noutros subgrupos, e noutros países a prevalência manteve-se estável ou diminuiu.

Os dados sobre a infecção por HIV entre os jovens e entre os novos CDI podem constituir um indicador melhor dos contágios recentes e indicar também que continuam a verificar-se novos contágios em algumas regiões. A incidência da sida tem diminuído em toda a EU, desde a introdução de tratamentos mais eficazes.

A hepatite C pode causar graves problemas crónicos de saúde e o tratamento dos estados de saúde com ela relacionados poderá vir a acarretar grandes custos aos sistemas de saúde europeus. A prevalência da hepatite C é extremamente elevada entre os consumidores de droga injectada em todos os países, variando as taxas de infecção entre 40% e 90%. Nos dados das notificações em que as categorias de risco são conhecidas, 90% dos casos de hepatite C e 40% a 80% dos casos de hepatite B estão relacionados com o consumo de droga injectada. As tendências verificadas ao longo do tempo revelam um panorama contraditório, observando-se aumentos e diminuições em diferentes regiões. A prevalência da infecção por VHC entre os CDI jovens e os novos CDI é, em geral, elevada (40% ou mais), confirmando uma grande incidência de novos contágios, com os consumidores de droga injectada a contraírem a doença em períodos relativamente curtos. No conjunto da UE, aproximadamente 20% a 60% de CDI têm anticorpos contra o vírus hepatite B, o que mostra o potencial dos programas de vacinação direccionados para esta doença entre estes consumidores.

Overdoses

Todos os anos são notificados na UE 7 000 a 9 000 óbitos por intoxicação aguda relacionados com o consumo de droga. A tendência geral na União tem-se mantido ascendente nos últimos anos, embora de forma menos dramática do que na década de 80 e inícios da década de 1990, e revelando um panorama mais complexo e divergente a nível nacional. A maior parte das vítimas são jovens na faixa etária dos 20 ou 30 anos, o que representa um custo social e uma perda de vidas considerável.

Na maioria dos casos (mais de 80%, normalmente) os testes toxicológicos acusam opiáceos, frequentemente combinados com outras substâncias (como o álcool, as benzodiazepinas ou a cocaína). A cocaína ou o *ecstasy* surgem isoladamente num menor número de casos. Alguns factores que parecem estar associados a um maior risco de mortes relacionadas com os opiáceos são o consumo de droga injectada, o policonsumo de drogas e, em particular, o consumo concomitante de álcool ou sedativos, a perda de tolerância e a falta de contacto com os serviços de tratamento. É sabido que intervenções adequadas e oportunas podem ajudar a prevenir muitas *overdose*s fatais, o que confirma a necessidade de intervenções neste domínio para incentivar as pessoas que presenciem uma *overdose* de droga a tomarem as medidas apropriadas.

Evolução das respostas ao consumo de droga

Política da UE

A avaliação intercalar do plano de acção da União Europeia em matéria de luta contra a droga (2000-2004), efectuada pela Comissão Europeia, observa que os Estados-Membros dão prioridade à redução da procura e seguem as linhas estabelecidas no plano de acção. Constata, todavia, que é necessário que a UE faça um esforço cada vez maior para desenvolver programas de prevenção inovadores. Reconhecendo embora os progressos alcançados, salienta que ainda há muito por fazer, designadamente a criação de sistemas de avaliação das actividades a nível nacional e da UE.

As presidências do Conselho em 2002, da Espanha e da Dinamarca, adoptaram resoluções para que os Estados-Membros se empenhem mais em investir na integração dos programas de prevenção da droga nos currículos escolares, em intensificar os esforços de prevenção do consumo de droga para fins recreativos e em melhorar o tratamento dos consumidores de droga nas prisões. Em Maio de 2002, a Comissão apresentou uma proposta de recomendação do Conselho, elaborada em concertação com o OEDT, sobre a prevenção e a redução dos riscos associados à toxicodependência, atendendo ao objectivo da Estratégia da UE de Luta contra a Droga de reduzir substancialmente a incidência de danos para a saúde relacionados com a droga através de medidas de redução dos riscos comprovadamente bem sucedidas.

Políticas dos Estados-Membros

A tendência da organização de políticas nacionais em matéria de drogas através de planos de acção e sistemas coordenados que se tem vindo a observar nos últimos anos verificou-se também em 2002. A Suécia e a Noruega, bem como certas províncias da Áustria, juntaram-se aos parceiros da UE, tendo adoptado, em matéria de luta contra a toxicodependência, um plano, um programa e uma estratégia coerentes. Ao mesmo tempo, o público está cada vez mais sensibilizado para a problemática da toxicodependência e demonstra cada vez mais interesse pelas políticas nacionais. Vários inquéritos demonstram

que a grande maioria do público é contra a legalização da *cannabis*. O baixo nível de apoio à legalização é provavelmente um reflexo da convicção de que a *cannabis* é uma droga «porta de entrada». Já a ideia de, em determinadas circunstâncias, modificar as penas por consumo de *cannabis* recolhe um apoio variável.

Uma panorâmica geral da evolução do consumo de droga e das respostas que lhe são dadas no âmbito dos sistemas de ensino, de saúde, social e de justiça penal, mostram que nem os problemas nem os grupos problemáticos se encontram, muitas vezes, claramente definidos. As políticas nacionais e locais reflectem uma compreensão crescente do carácter insidioso do fenómeno, estabelecendo limites mais permeáveis e flexíveis entre os sistemas, através de uma cooperação e diversificação cada vez maiores.

As políticas de saúde, de ensino e social estão a adquirir importância na redução dos problemas relacionados com a droga, no seu sentido mais lato, e é cada vez mais reconhecido que o sistema de justiça penal, por si só, nem sempre consegue fazer face ao problema do consumo de droga. A ligação entre a política de luta contra a exclusão social e as questões relativas à droga é mais forte em alguns países, como a Irlanda e o Reino Unido, do que noutros. Em vários países da UE alterações na legislação no sentido de facilitar o tratamento e a reabilitação de toxicodependentes e alterações a nível jurídico possibilitaram a realização de intervenções precoces entre os jovens consumidores experimentais de drogas. A Alemanha, a Dinamarca, o Reino Unido e a Noruega, aumentaram o investimento nos cuidados de saúde, numa tentativa de reduzir o número de mortes relacionadas com a droga. Em consonância com o compromisso do plano de acção da UE de oferecer uma grande variedade de opções de tratamento, facilmente acessíveis, alguns países, por exemplo a Finlândia e a Grécia, alteraram os seus sistemas de financiamento, bem como a regulamentação relativa ao tratamento de substituição.

Com uma maior segurança como pano de fundo, um determinado número de países dá conta da introdução de alterações a nível jurídico com vista à melhoria da monitorização dos traficantes, incluindo televigilância, revistas corporais e teste de drogas. Outras alterações tiveram a ver com a minimização do impacto social do consumo de drogas através de um controlo mais apertado da ordem pública e das perturbações à ordem pública.

Intervenções

A prevenção a nível escolar continua a estar no centro das actividades direccionadas para os jovens, normalmente a partir da pré-adolescência em diante. Apesar de existir um grande número de dados que permitem identificar as abordagens eficazes, como o ensino interactivo centrado nas competências pessoais e de vida em sociedade, só alguns países, como a Espanha, a Grécia e a Irlanda, aplicam sistematicamente esses programas nos currículos escolares. Dos restantes países, a França e a Suécia admitem que as práticas de prevenção da droga nas escolas não estão actualizadas, sendo frequentemente bastante ecléctricas e pouco profissionais.

Porém, uma preocupação crescente de que, nas escolas, não se consiga chegar aos jovens mais vulneráveis levou ao desenvolvimento de medidas de prevenção específicas destinadas aos grupos que experimentam drogas em locais de diversão, como as discotecas, os clubes e os eventos musicais. O aconselhamento pelos pares e *in loco* parecem ser as abordagens mais promissoras. As iniciativas de prevenção e as intervenções precoces dirigidas aos jovens socialmente excluídos e aos jovens delinquentes também parecem ser mais eficazes quando executadas mediante uma metodologia personalizada. Há informação de bons resultados de projectos realizados na Alemanha, na Áustria, em Portugal e no Reino Unido. Embora as famílias vulneráveis, eventualmente com progenitores que consomem droga, sejam consideradas de alto risco, são raros os serviços de apoio a essas famílias.

A troca de seringas já é um método comprovado de prevenção da transmissão de doenças infecciosas através do consumo de droga injectada, embora a disponibilidade e a cobertura desses programas variem e o acesso a equipamentos esterilizados possa continuar a constituir um problema. Só em Espanha os serviços de troca de seringas nas prisões são executados de forma sistemática. As medidas específicas para prevenir a transmissão da hepatite C e a vacinação contra a hepatite B são crescentemente consideradas como complementos importantes à prevenção do HIV. A formação em matéria de primeiros socorros e a educação para os riscos ganharam notoriedade sobretudo como intervenções para prevenir *overdoses* fatais. Outro progresso importante é o facto de haver cada vez mais cuidados médicos disponíveis a nível dos serviços de porta aberta, integrados nos serviços locais no domínio da droga.

O tratamento de problemas de droga ainda é, em grande parte, sinónimo de tratamento do consumo de opiáceos, ou do policonsumo de droga incluindo opiáceos, excepto na Finlândia e na Suécia, onde o consumo de anfetaminas injectadas ainda é importante. A evolução mais recente do consumo problemático de droga, que se desviou parcialmente dos opiáceos e do consumo de droga injectada, levou ao surgimento de novos tipos de intervenções precoces, como as que descrevemos atrás, em vez de uma reforma das estruturas de tratamento da toxicodependência existentes. O tratamento de substituição é relevante e tem vindo a expandir-se e a diversificar-se nos últimos anos. A nível da UE, estima-se que essa expansão atingiu 34%, nos últimos cinco anos, registando-se os principais aumentos em países com um nível inicial baixo, como a Finlândia, a Grécia, a Irlanda, Portugal e

Noruega. O tratamento de consumidores de droga de longa data, idosos e carenciados, que apresentam frequentemente uma co-morbilidade psiquiátrica, constitui um sério desafio para a política em matéria de droga, que ainda não encontrou soluções adequadas. O OEDT examinará mais aprofundadamente esta questão no próximo ano.

Algumas inovações na política penal introduziram alternativas à reclusão, desviando os consumidores de droga para um tratamento quase compulsivo ou para o serviço comunitário, no pressuposto de que as suas necessidades são mais bem atendidas por este tipo de intervenções. As alternativas à reclusão impedem especificamente os consumidores de droga jovens de entrarem em contacto com a subcultura criminal nas prisões. A necessidade de alternativas à reclusão também foi suscitada pela grave sobrelotação existente nas cadeias. O consumo de droga e a presença de consumidores de droga nas prisões são um problema cada vez mais importante, que exige respostas flexíveis. As autoridades sanitárias e de segurança social envolvem-se cada vez mais e assumem maiores responsabilidades na prestação de serviços aos consumidores de droga nas prisões, embora ainda haja muito a fazer para melhorar esta cooperação. Frequentemente, o tratamento que é normal na comunidade não está disponível ou acessível na prisão. Na maior parte dos países, as medidas de redução dos danos em meio prisional são relativamente limitadas.

Garantia de qualidade

Uma série de estudos recentes incidem sobre intervenções inovadoras e controversas, como é o caso das salas de consumo, da prescrição de heroína ou dos testes a pastilhas. Embora este tipo de intervenção se mantenha controverso, os decisores políticos precisam da informação sobre os efeitos dessas estratégias por forma a permitir uma base de debate mais fundamentada.

Faltam estudos europeus sobre as intervenções psicossociais nos domínios da prevenção e do tratamento. No domínio da prevenção, têm sido amplamente utilizados os dados provenientes dos estudos norte-americanos, mas os objectivos e os contextos de prevenção são diferentes da situação europeia. No entanto, tem sido possível reproduzir algumas abordagens bem sucedidas e estes dados são cada vez mais tomados em consideração no processo de tomada de decisões. Embora exista um acervo substancial de conhecimentos provenientes da investigação e baseados na experiência sobre o tratamento medicamente assistido, parcialmente financiado pela indústria farmacêutica, os grandes estudos de avaliação nacionais fornecem pouca orientação sobre as melhores práticas de outras modalidades de tratamento.

A transferência dos dados científicos para a política e a prática pode ser melhorada. Uma cooperação mais estreita e uma maior compreensão mútua entre os investigadores e os responsáveis políticos é urgentemente necessária. São poucos os países que analisam as suas práticas de prevenção no meio escolar com base em dados científicos. Embora estes dados sejam cada vez mais reconhecidos na área da prevenção de doenças infecciosas, a qualidade dos cuidados de saúde não parecer ser, em muitos casos, devidamente tomada em consideração no tratamento e nos serviços prestados aos consumidores de droga nas prisões. Há muita falta de dados científicos na área das alternativas à reclusão. No entanto, a garantia de qualidade está a ganhar terreno nos Estados-Membros, com a definição de orientações, normas de qualidade e sistemas de acreditação.

Capítulo 1

Situação em matéria de droga

Este capítulo oferece uma panorâmica da situação do consumo e da oferta de droga na União Europeia e na Noruega põe em evidência a evolução recente e as novas tendências.

Consumo de droga na população em geral [1] [2]

Ao formular e avaliar políticas em matéria de droga e iniciativas no domínio da prevenção, é importante dispor de informações fiáveis sobre a dimensão e os padrões de consumo de droga e a idade em que se iniciou o consumo, para além das características dos consumidores e das percepções do risco. O consumo de droga entre a população em geral é medido por meio de inquéritos, que fornecem estimativas da percentagem da população que numa determinada altura consumiu droga. As medidas mais comuns são as seguintes:

- qualquer consumo durante a vida da pessoa (prevalência ao longo da vida), frequentemente designado por «experiência ao longo da vida»;
- qualquer consumo durante o ano anterior (prevalência nos últimos 12 meses), frequentemente designado por «consumo recente»; e
- qualquer consumo durante o mês anterior (prevalência nos últimos 30 dias), frequentemente designado por «consumo actual».

Os valores da «experiência ao longo da vida» são sempre mais elevados do que os dos outros dois grupos, uma vez que se incluem neste grupo todas as pessoas que alguma vez consumiram droga, mesmo que tenha sido há muito tempo. Os valores respeitantes ao «consumo recente» são geralmente mais baixos, mas reflectem melhor a situação predominante. O «consumo actual» poderá constituir um indicador do número de pessoas que consomem droga regularmente, mas os valores são geralmente baixos. Uma combinação da experiência ao longo da vida e do consumo recente ou actual pode fornecer indicações acerca de padrões de consumo de droga (por exemplo, taxas de manutenção do consumo).

Muitos inquéritos investigam também a idade em que se iniciou o consumo de droga e a frequência desse consumo, dados que permitem fazer cálculos relativos à incidência e revelam diferenças nos padrões de consumo, como sejam doses mais elevadas ou um consumo mais frequente (o que implica um aumento do risco). Além disso, é possível estabelecer correlações entre consumo de droga e factores sociodemográficos, opiniões e percepções do risco, estilos de vida, problemas de saúde, etc.

É necessário ter em conta determinados factores quando da ponderação das diferenças nos valores nacionais globais. As dimensões relativas das populações urbanas e rurais em cada país poderão explicar, em parte, as diferenças. Outras fontes de variação podem ser os factores que se prendem com a geração (por exemplo, a coorte de nascimentos em que o consumo de droga se generalizou) e a maior ou menor convergência dos estilos de vida dos jovens de ambos os sexos. O contexto social e/ou cultural também pode influenciar a autocomunicação do consumo de droga. Por último, certas questões de ordem metodológica, por exemplo, erros de amostragem ou questões que não recebem resposta, também podem ter uma influência sobre os resultados. Há que ser cauteloso na análise comparativa de diferentes países, em especial se as diferenças forem pequenas, e a política de formulação e avaliação da droga tem de levar em conta, entre outros critérios, os grupos etários específicos, as coortes de nascimento, o género e o local de residência (ou seja, urbano em oposição a rural) da população estudada.

Prevalência e padrões de consumo de droga na população em geral

Apesar das limitações metodológicas da comparação dos resultados de inquéritos em diferentes países, é possível identificar padrões comuns de consumo em toda a UE. Esses padrões de base mantiveram-se relativamente inalterados desde o último Relatório Anual.

A *cannabis* continua a ser a substância ilícita de maior consumo em todos os países da União Europeia. A experiência ao longo da vida apresenta valores muito mais elevados do que o consumo recente ou actual, o que sugere que o consumo da *cannabis* tende a ser esporádico ou interrompido ao fim de algum tempo [3]. O consumo actual é raro em pessoas com mais de 40 anos de idade. Alguns países comunicam que há uma pequena percentagem de adultos (0,5% a 1%) que consomem quase diariamente esta substância, devendo este grupo ser objecto de particular atenção.

Outras substâncias ilícitas que não a *cannabis* são consumidas por percentagens muito menores da população, embora haja diferenças consideráveis de país para país [4]. Também neste caso, o consumo regular ou continuado de drogas é pouco comum — para a maioria das pessoas o consumo é

[1] Para mais explicações, ver caixa 1 OL: Métodos usados para a estimativa do consumo de droga na população em geral (versão em linha).

[2] Ver as orientações do OEDT para o indicador-chave «Prevalência e padrões do consumo de droga entre a população em geral — Inquéritos à população» (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/population_survey_handbook.pdf).

[3] Ver figura 1 OL: Padrões de consumo de *cannabis* entre a população em geral — Experiência ao longo da vida *versus* consumo actual (últimos 30 dias), inquérito nacional neerlandês 2001 (consumo de droga), Inquérito sobre a Prevalência 2001 (Países Baixos) (versão em linha).

[4] Ver figura 2 OL: Consumo recente (últimos 12 meses) de *cannabis*, anfetaminas, *ecstasy* e cocaína entre os jovens adultos (15 aos 34 anos) nos países europeus, aferidos em inquéritos nacionais à população (versão em linha).

relativamente efémero (ou seja, a experiência ao longo da vida é claramente superior ao consumo recente) ([5]).

O consumo de substâncias ilícitas atinge os valores mais elevados entre os jovens adultos (ou seja, entre os 15 e os 34 anos), com taxas de prevalência mais ou menos duas vezes superiores às registadas entre a totalidade dos adultos. Em todos os países e em todos os grupos etários, o número de indivíduos do sexo masculino que consumiram drogas é superior ao do sexo feminino. O consumo de droga é mais prevalecente nas áreas urbanas, embora se esteja, talvez, a verificar um certo alastramento para as cidades de menores dimensões e as zonas rurais.

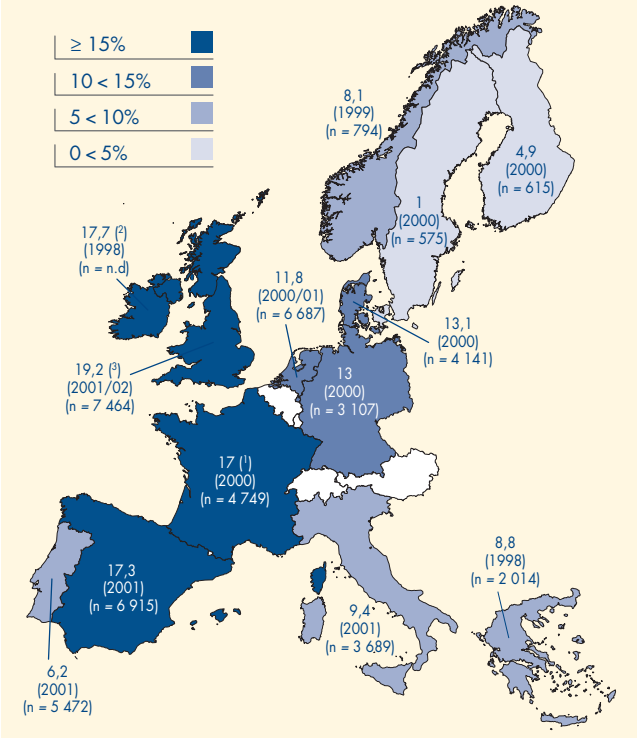
As informações que nos chegam sobre a experiência ao longo da vida no que respeita ao consumo de *cannabis*, dizem que ela varia entre 7% e 10%, aproximadamente (Finlândia e Portugal) e cerca de 30% (Dinamarca e Reino Unido) de toda a população adulta, enquanto na maioria dos outros países os números rondam os 20% a 25%. As informações sobre índices de consumo de drogas que não a *cannabis* falam de 0,5% a 6% para as anfetaminas (excepto no Reino Unido, onde o número é 11%) e de 0,5% a 5% para a cocaína e o *ecstasy* ([6]). A heroína foi experimentada, de uma maneira geral, por menos de 1% da população, embora em alguns países tenha sido experimentada por 2% a 3% de jovens do sexo masculino.

Chegam-nos informações sobre o consumo recente de *cannabis* por 1% a 10% de todos os adultos, embora na maior parte dos países (10) a prevalência varie entre os 5% e os 10%. Segundo as informações de que dispomos, o consumo recente de anfetaminas, cocaína ou *ecstasy* abrange, em geral, menos de 1% dos adultos. Na Espanha, Irlanda e Reino Unido, os índices de consumo de todas estas drogas são um pouco mais elevados, enquanto na Dinamarca e na Noruega é relativamente mais elevado o consumo de anfetaminas e nos Países Baixos é mais comum o consumo de *cannabis* ([7]).

O consumo de droga (tanto em termos de experiência ao longo da vida como de consumo recente) é mais elevado entre os jovens adultos do que entre o total da população. Há informações sobre o consumo recente de *cannabis* por 5% a 20% de jovens adultos (1% a 2% na Suécia), mas num número considerável de países (sete) as taxas comunicadas andam entre os 10% e os 20% (figura 1). O consumo recente de anfetaminas é, geralmente, de 0,6%, o consumo de cocaína varia entre 0,5% e 4,5% e o de *ecstasy* entre 0,5% e 5% (figura 2).

Como elemento de comparação, o Inquérito Nacional às Famílias sobre a Toxicodependência *(National Household Survey on Drug Abuse)* realizado nos Estados Unidos em 2001 registou experiência ao longo da vida, no que respeita à *cannabis*, em 36,9% dos adultos (a partir dos 12 anos de idade), no que respeita à cocaína, em 12,3% e, no que respeita ao *ecstasy*, em 3,6%. As informações sobre o consumo recente de *cannabis* (últimos 12 meses) apontam para 9,3%, sobre o consumo de cocaína, para 1,9% e sobre o consumo de *ecstasy*, para 1,4% ([8]).

Figura 1: Consumo recente (últimos 12 meses) de *cannabis* entre jovens adultos (15 a 34 anos) nos países europeus, segundo os inquéritos nacionais à população



NB: Os dados provêm dos mais recentes inquéritos nacionais à população disponíveis em cada país. O tamanho da amostra (*n*) refere-se ao número de inquiridos do faixa etária 15-34 anos. Para pormenores sobre o número de inquiridos para a totalidade do inquérito, ver quadro estatístico 2: Prevalência nos últimos 12 meses do consumo de droga em inquéritos recentes à população em geral, a nível nacional, nos países da UE e na Noruega (versão em linha). A definição-padrão do OEDT para jovem adulto abrange os indivíduos na faixa etária dos 15-34 anos. Na Dinamarca e no Reino Unido, os jovens adultos pertencem à faixa etária dos 16-34 anos e na Alemanha e Irlanda pertencem à dos 18-34 anos. As variações nas faixas etárias podem, de forma muito pouco significativa, dar origem a algumas diferenças nacionais. Há alguns países onde os valores foram recalculados a nível nacional por forma a adaptarem-se tanto quanto possível as faixas etárias padrão definidas pelo OEDT.

Fontes: Relatórios nacionais 2002 Reitox, com base em relatórios de inquéritos e artigos científicos. Ver também quadro estatístico 1: Prevalência ao longo da vida do consumo de droga em inquéritos recentes à população em geral, a nível nacional, nos países da UE e na Noruega (versão em linha).

([1]) A França realizou um novo inquérito em 2002 mas com uma amostra consideravelmente mais pequena (2 009 inquiridos). Ver quadro estatístico 1: Prevalência ao longo da vida do consumo de droga em inquéritos recentes à população em geral, a nível nacional, nos países da UE e na Noruega (versão em linha).

([2]) Na Irlanda, a amostra para todo o inquérito (18 aos 64 anos) é de 6 539.

([3]) Inglaterra e País de Gales.

([5]) Isto é designado como «taxa de continuidade», ou seja, a percentagem de pessoas que, tendo consumido uma substância ao longo da vida, também a consumiram nos últimos 12 meses ou nos últimos 30 dias.

([6]) Ver quadro estatístico 1: Prevalência ao longo da vida do consumo de droga em inquéritos recentes à população em geral, a nível nacional, nos países da UE e na Noruega (versão em linha).

([7]) Ver quadro estatístico 2: Prevalência nos últimos 12 meses do consumo de droga em inquéritos recentes à população em geral, a nível nacional, nos países da UE e na Noruega (versão em linha).

([8]) *Fonte:* SAMHSA, *Office of Applied Studies*, Inquérito Nacional às Famílias sobre a Toxicodependência, 2001 (http://www.samhsa.gov/oas/nhsda.htm). Registe-se que o intervalo de variação de idades (a partir dos 12 anos) é maior do que o intervalo comunicado pelo OEDT para os inquéritos na UE (15 aos 64 anos). Quer isto dizer que os números constantes do inquérito dos EUA tendem a ser um pouco mais baixos do que seriam se fosse utilizado o intervalo de variação da UE, devido ao baixo nível do consumo de droga entre os indivíduos com idades compreendidas entre os 12 e os 15 anos e, em especial, entre os que têm mais de 65 anos.

A experiência ao longo da vida e o consumo recente da *cannabis* são mais elevados nos EUA do que em qualquer país da UE. No que respeita à cocaína, a experiência ao longo da vida também é mais elevada nos EUA do que em qualquer país da UE, e o consumo recente é mais elevado do que na maior parte dos países, excepção feita à Espanha (2,6%) e ao Reino Unido (2,0%). O consumo de *ecstasy* é mais elevado do que em todos os países da UE, com excepção da Espanha, da Irlanda, dos Países Baixos e do Reino Unido.

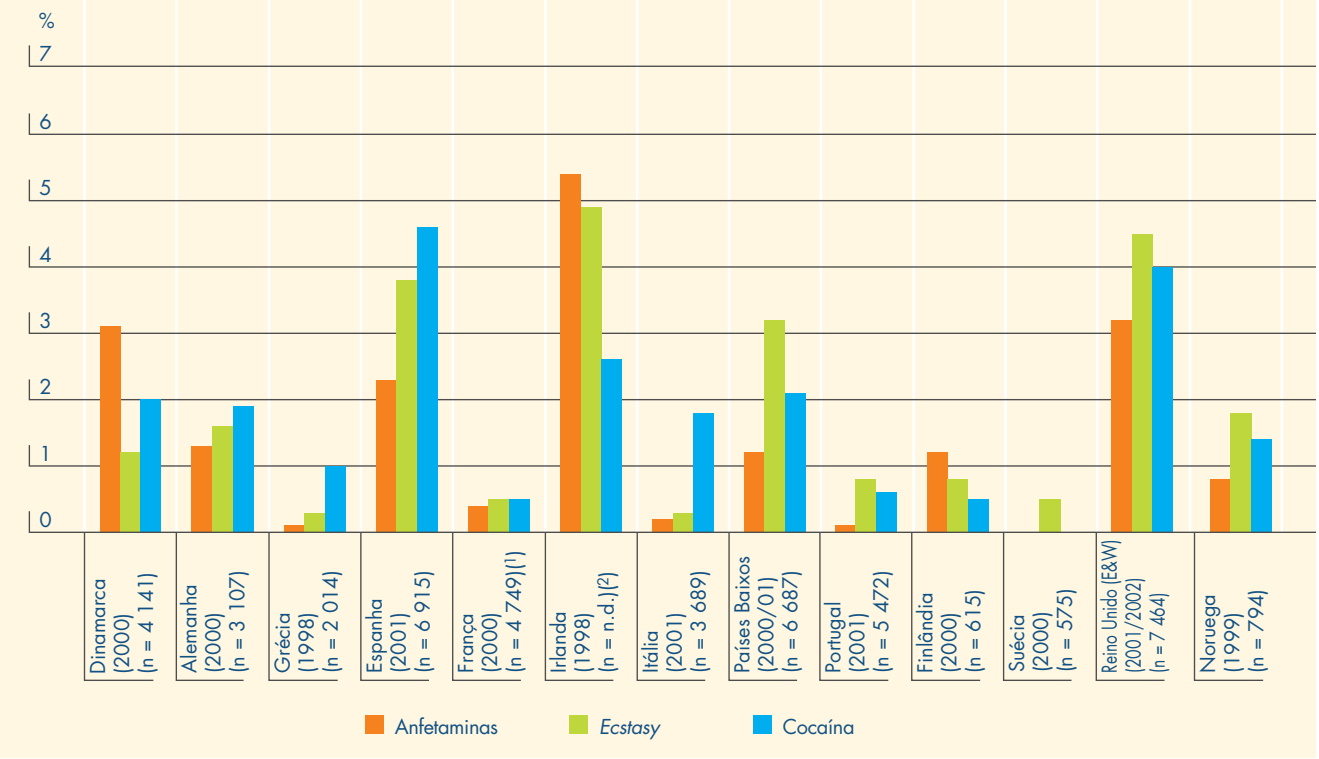
Tendências em matéria de consumo de droga na população em geral

É difícil definir tendências bem distintas e válidas para a totalidade da União Europeia. Foram muito poucos os países onde se realizou uma série coerente de inquéritos e, mesmo nesses casos, de uma maneira geral, só durante poucos anos. Além disso, o contexto sociocultural é muito variado entre os países da UE. A experiência ao longo da vida tem um valor limitado na análise das tendências, visto tratar-se de uma medida cumulativa que poderá aumentar em consequência de um efeito geracional, mesmo que o consumo actual estabilize ou diminua. Por outro lado, no caso de indivíduos muito jovens (entre os 13 e os 15 anos), a experiência ao longo da vida tenderá a reflectir o consumo recente.

Diferentes tipos de inquéritos (inquéritos à população nacional ou local, ou a soldados recrutas, ou ainda à população escolar) demonstram que o consumo de *cannabis* aumentou acentuadamente durante a década de 90 em quase todos os países da UE, em especial entre os jovens. Ao mesmo tempo, é possível sugerir que houve uma certa convergência no consumo de *cannabis* em diferentes países, sendo que um número significativo de países apresenta percentagens de cerca de 20% a 25% para a experiência ao longo da vida e de 5% a 10% para o consumo recente.

Embora as informações de que dispomos indiquem que em muitos países continua a haver uma tendência crescente para o consumo de *cannabis*, é de registar que em determinados países (Finlândia, Irlanda, Itália, Países Baixos, Suécia e Noruega) as informações com base em estudos apontam para uma possível estabilização do consumo entre os estudantes, os soldados recrutas e os adolescentes.

Figura 2: Consumo recente (últimos 12 meses) de anfetaminas, *ecstasy* e cocaína entre jovens adultos (15 a 34 anos) nos países europeus, segundo os inquéritos nacionais à população



NB: E&W, Inglaterra e País de Gales.
Os dados foram obtidos a partir do inquérito nacional mais recente disponível em cada país. O tamanho da amostra (*n*) refere-se ao número de inquiridos do faixa etária 15-34 anos. Para pormenores sobre o número de inquiridos para a totalidade do inquérito, ver quadro estatístico 2: Prevalência nos últimos 12 meses do consumo de droga em inquéritos recentes à população em geral, a nível nacional, nos países da UE e na Noruega (versão em linha). A definição-padrão do OEDT para jovem adulto abrange os indivíduos na faixa etária dos 15-34 anos. Na Dinamarca e no Reino Unido, os jovens adultos pertencem à faixa etária dos 16-34 anos e na Alemanha e Irlanda pertencem à dos 18-34 anos. As variações nas faixas etárias podem, de forma muito pouco significativa, dar origem a algumas diferenças nacionais. Há alguns países onde os valores foram recalculados a nível nacional por forma a adaptarem-se tanto quanto possível as faixas etárias padrão definidas pelo OEDT.

Fontes: Relatórios nacionais 2002 Reitox, com base em relatórios de inquéritos e artigos científicos. Ver também quadro estatístico 2: Prevalência nos últimos 12 meses do consumo de droga em inquéritos recentes à população em geral, a nível nacional, nos países da UE e na Noruega (versão em linha).

(1) A França realizou um novo inquérito em 2002 mas com uma amostra consideravelmente mais pequena (2 009 inquiridos). Ver também quadro estatístico 2: Prevalência nos últimos 12 meses do consumo de droga em inquéritos recentes à população em geral, a nível nacional, nos países da UE e na Noruega (versão em linha).

(2) Na Irlanda, a amostra para todo o inquérito (18-64 anos) é de 6 539.

No que respeita ao consumo de outras substâncias (por exemplo, cocaína, *ecstasy* e anfetaminas), as tendências europeias são mais difíceis de seguir, em parte, porque em muitos casos as amostragens dos inquéritos são pequenas e, em parte, devido à prevalência muito mais baixa do consumo global destas drogas. Além disso, há novas tendências que tendem a concentrar-se em grupos seleccionados, e seria necessária uma análise especificamente orientada (por exemplo, do consumo de droga por jovens do sexo masculino nas áreas urbanas) para determinar essas tendências e avaliar a sua verdadeira dimensão. Idealmente, os inquéritos seriam complementados por estudos antropológicos com um objectivo específico.

O consumo de *ecstasy* aumentou nitidamente durante a década de 90 (e parece estar ainda a aumentar) entre certos grupos de jovens, mas apenas quatro países (Espanha, Irlanda, Países Baixos e Reino Unido) revelam uma taxa de consumo recente (últimos 12 meses) superior a 3% entre jovens adultos.

O que é preocupante é que os indicadores do consumo de droga (procura de tratamento, apreensões, conclusões dos exames toxicológicos *post mortem*) sugerem que o consumo da cocaína está a aumentar em alguns países. Embora o consumo de cocaína entre a população no seu todo continue a ser baixo, o aumento do consumo recente de cocaína (últimos 12 meses) entre os jovens parece ser um dado recorrente (1994-2000) no Reino Unido (9) e possivelmente, em menor grau, na Alemanha, na Dinamarca, na Espanha e nos Países Baixos. Outros países comunicaram aumentos (relatórios nacionais Reitox de 2001 ou 2002) com base em informações locais ou qualitativas (Áustria, Grécia, Irlanda e Itália). Este fenómeno deverá ser acompanhado de perto, em especial entre os jovens das áreas urbanas (figura 3).

Ver em **http://annualreport.emcdda.eu.int** os quadros estatísticos relativos a esta secção:

- Quadro estatístico 1: Prevalência ao longo da vida do consumo de droga em inquéritos recentes à população em geral, a nível nacional, nos países da UE e na Noruega
- Quadro estatístico 2: Prevalência nos últimos 12 meses do consumo de droga em inquéritos recentes à população em geral, a nível nacional, nos países da UE e na Noruega
- Quadro estatístico 3: Inquéritos realizados nas escolas — Prevalência ao longo da vida entre os estudantes com idades compreendidas entre os 15 e os 16 anos

Consumo problemático de droga

O consumo problemático de droga é definido como «consumo de droga injectada ou consumo prolongado/regular de opiáceos, cocaína e/ou anfetaminas» (10).

Tendo em conta a segurança dos actuais métodos de cálculo, da qualidade e da disponibilidade dos dados, nem sempre é possível interpretar as tendências de forma fiável. Acresce que não existe nenhum método de cálculo que possa ser utilizado de forma comparável em todos os países, pelo que as comparações entre países deverão ser efectuadas com prudência.

Figura 3: Evolução do consumo recente (últimos 12 meses) de *cannabis* (A) e de cocaína (B) entre jovens adultos (15 a 34 anos) em alguns países da UE

Figura 3 (A): Evolução do consumo de *cannabis*

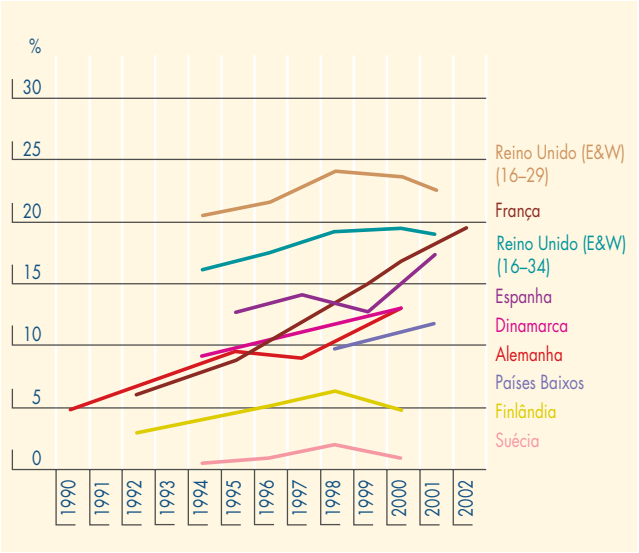
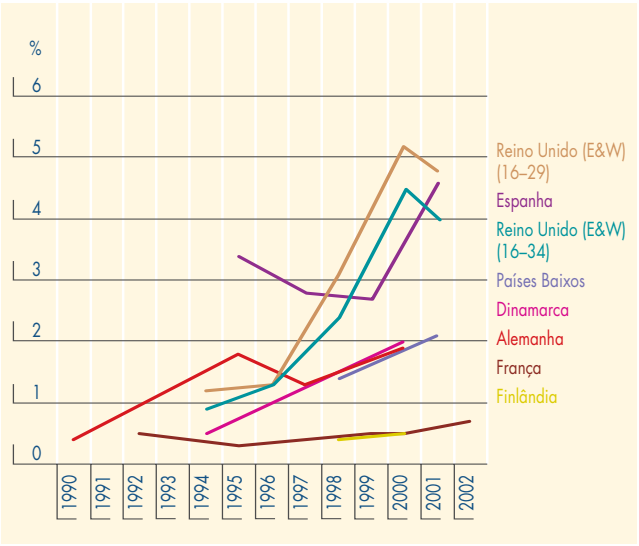


Figura 3 (B): Evolução do consumo de cocaína



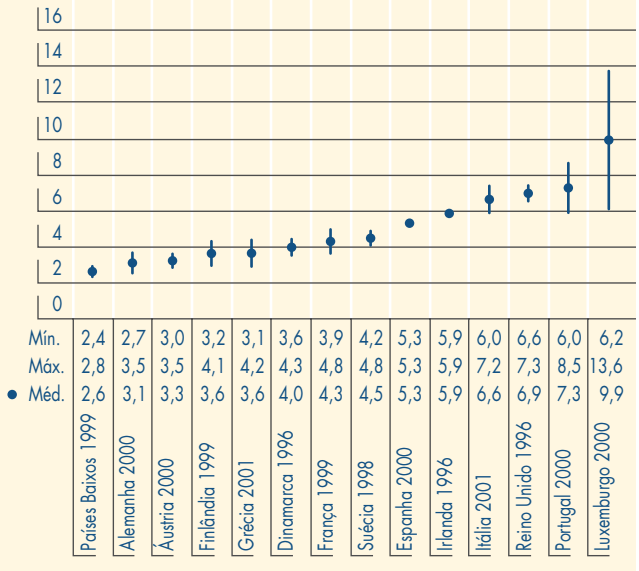
NB: E&W, Inglaterra e País de Gales.
Os dados foram obtidos a partir do inquérito nacional mais recente disponível em cada país. Os valores e a metodologia para cada inquérito podem ser consultados no quadro estatístico 2 (versão em linha).
A definição-padrão do OEDT para jovem adulto abrange os indivíduos na faixa etária dos 15-34 anos. Na Dinamarca e no Reino Unido, os jovens adultos pertencem à faixa etária dos 16-34 anos e na Alemanha e Irlanda pertencem à dos 18-34 anos. Na França, a faixa etária situa-se nos 25-34 anos (1992) ou nos 18-39 anos (1995).
Para conhecer os tamanhos das amostras (número de inquiridos) de cada inquérito, ver quadro estatístico 2 (versão em linha).
Na Dinamarca, os valores referentes a 1994 dizem respeito ao consumo de «drogas duras».

Fontes: Relatórios nacionais 2002 Reitox, com base em relatórios de inquéritos e artigos científicos. Ver fontes individuais no quadro estatístico 2 (versão em linha).

(9) Embora, de acordo com o Ministério da Administração Interna britânico *(Home Office)*, pareça estar a estabilizar (ver figura 3). Estudos realizados a nível nacional entre jovens com idades compreendidas entre os 16 e os 29 anos encontraram alterações importantes (ao nível de 5%) entre 1996 e 1998 e entre 1998 e 2000. No entanto, as diferenças entre 2000 e 2001-2002 não eram significativas.

(10) Para mais pormenores, ver caixa 2 OL: Definição e métodos utilizados para a avaliação do consumo problemático de droga (versão em linha).

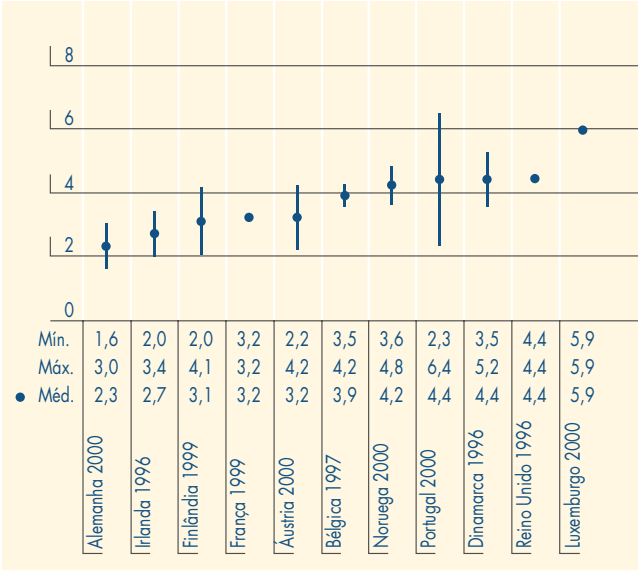
Figura 4: Estimativas do consumo problemático de droga em diferentes Estados-Membros da UE (prevalência mais recente ao longo de 1 ano por 1 000 habitantes de 15 a 64 anos)



NB: Os valores mostram a gama de países combinada de diferentes estimativas. Baseiam-se em diferentes métodos e fontes de informação e devem ser interpretados com prudência (para mais estimativas completas e detalhes, ver quadros estatísticos em linha). O ponto mostra o ponto médio da gama, enquanto que a linha representa o nível de incerteza ou um intervalo de confiança a 95%. Quanto maior é a linha, maior é o leque de estimativas da prevalência (não disponível para a Espanha ou para a Irlanda). Todas as estimativas são compatíveis com a definição de consumo problemático de droga do OEDT. A estimativa sueca foi ajustada de forma a adaptar-se a esta definição.

Fontes: Pontos focais nacionais através do projecto OEDT, «National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995-2000», CT.00.RTX.23, Lisboa, OEDT, 2003. Coordenado pelo Institut für Therapieforschung, Munique.

Figura 5: Estimativas do consumo de droga injectada nos Estados-Membros da UE (prevalência mais recente ao longo de 1 ano por 1 000 habitantes dos 15 aos 64 anos)



NB: Os valores mostram a gama de países combinada de diferentes estimativas. Baseiam-se em diferentes métodos e fontes de informação e devem ser interpretados com prudência (para mais estimativas completas e detalhes, ver quadros estatísticos em linha). O ponto mostra o ponto médio da gama, enquanto que a linha representa o nível de incerteza ou um intervalo de confiança a 95%. Quanto maior é esta linha, maior é o leque de estimativas da prevalência (não disponível para a França, o Luxemburgo e o Reino Unido).

Fontes: Pontos focais nacionais através do projecto OEDT, «National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995-2000», CT.00.RTX.23, Lisboa, OEDT, 2003. Coordenado pelo Institut für Therapieforschung, Munique.

No entanto, vários países dão conta de alterações significativas nos cálculos, sugerindo aumentos do consumo problemático de droga desde meados dos anos 90. Num conjunto de 16 países, chegam-nos dados que comprovam um aumento do consumo problemático de droga em oito (Alemanha, Espanha, Finlândia, Itália, Luxemburgo e Suécia) ou de consumo problemático de droga injectada (Bélgica e Noruega) durante os anos 90, embora o aumento comunicado na Suécia a nível nacional não pareça ter confirmação em dois estudos locais ([11]).

Os cálculos da prevalência do consumo problemático de droga situam-se todos entre dois e 10 casos por cada 1 000 elementos da população com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (utilizando os pontos médios das estimativas). Os valores mais elevados chegam de Itália, Luxemburgo, Portugal e Reino Unido (6 a 10 por cada 1 000 habitantes com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos). Os países com as taxas mais baixas são a Alemanha, a Áustria e os Países Baixos, cada um deles com cerca de três consumidores problemáticos de droga por cada 1 000 habitantes com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos. Não há dados disponíveis para a Bélgica e a Noruega (figura 4).

Na Finlândia e na Suécia, a maioria dos consumidores problemáticos de droga são principalmente consumidores de anfetaminas (cerca de 70% a 80% na Finlândia, em 1999), o que contrasta com a situação que se verifica noutros países, onde os consumidores problemáticos de droga são, na sua maioria, principalmente consumidores de opiáceos (e frequentemente policonsumidores). Em Espanha, a cocaína tornou-se um factor importante nos problemas registados em matéria de droga (dados relativos a tratamento e emergências), o que é confirmado por cálculos de prevalência recentes. Alguns países (Alemanha e Países Baixos) comunicam uma elevada prevalência de consumo de cocaína *crack* entre consumidores problemáticos de droga, embora isso se verifique sobretudo em grandes cidades e principalmente entre os que são, acima de tudo, consumidores de opiáceos.

Recebemos estimativas separadas para o consumo de droga injectada, uma subcategoria do consumo problemático de droga na sua totalidade. Estas estimativas são feitas com base em métodos de multiplicador que utilizam dados relativos à mortalidade e taxas de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou da hepatite C (VHC). Como é difícil distinguir taxas de injecção actual (que provavelmente são mais bem representadas por cálculos baseados na mortalidade) e de injecção ao longo da vida (com base nos cálculos da infecção pelo HIV/VHC), é difícil comparar os cálculos. As estimativas relativas ao consumo de droga injectada são, em geral, de dois a cinco

([11]) Ver caixa 3 OL: Tendências e padrões do consumo problemático de droga por país (versão em linha).

casos por cada 1 000 habitantes com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (para cinco Estados-Membros não há dados disponíveis). A estimativa para o Luxemburgo é a mais elevada: quase 6 casos por 1 000 habitantes. As estimativas relativas ao consumo de droga injectada indicam qual é a população em risco de sofrer consequências graves em matéria de saúde ou de morrer devido ao consumo de droga (figura 5).

A análise das percentagens de consumidores de droga injectada entre os consumidores de heroína em tratamento sugere que há diferenças acentuadas de prevalência do consumo de droga injectada de país para país e tendências variadas ao longo do tempo (figura 6). Em alguns países, o consumo de droga injectada parece ser baixo (Portugal e Países Baixos), enquanto noutros países são elevados os níveis de consumo de droga injectada entre os consumidores de heroína em tratamento (Grécia e Luxemburgo). Em quase todos os países, o consumo de droga injectada entre os consumidores de heroína tratados parece ter diminuído durante os anos 90, embora os dados existentes para alguns países sugiram que se verificaram aumentos desde 1996 e mais recentemente (Finlândia e Irlanda), o que, a confirmar-se, é preocupante e requer a tomada de medidas. No Reino Unido, o consumo de heroína injectada diminuiu até 1996, mas aumentou no ano seguinte, tendo-se mantido estável desde então.

Os mesmos dados relativos à percentagem do consumo actual de droga injectada entre consumidores de opiáceos em tratamento, ponderados pela estimativa do número absoluto de consumidores problemáticos de droga (ver quadro estatístico 4), sugerem que cerca 60% dos consumidores problemáticos de droga da UE consome droga injectada, mas com uma grande variação de país para país (não demonstrado). Se a taxa do consumo problemático de droga na totalidade da UE for de 4 a 6 casos por cada 1 000 elementos da população com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos, isso significa que há entre 1 milhão e 1,5 milhões de consumidores problemáticos de droga, dos quais entre 600 000 e 900 000 são consumidores de droga injectada.

Ver em **http://annualreport.emcdda.eu.int** quadros estatísticos relativos a esta secção:

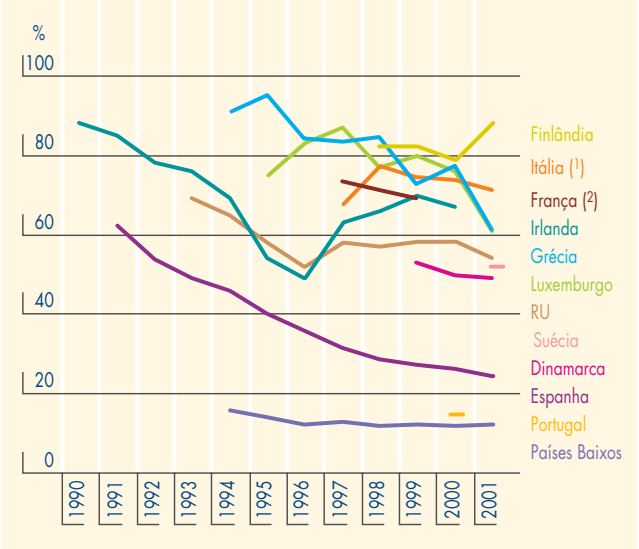
Quadro estatístico 4: Estimativa do número de consumidores problemáticos de droga nos Estados-Membros da UE, 1995-2001

Quadro estatístico 5: Estimativa da taxa de consumidores problemáticos de droga nos Estados-Membros da UE, 1995-2001 (taxa por 1 000 habitantes com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos)

Procura de tratamento

As características dos pacientes admitidos a tratamento (como sejam características sociais) e os seus comportamentos de consumo (como a percentagem de consumidores de droga injectada ou consumidores de opiáceos) são indicadores potenciais das tendências mais gerais do consumo problemático de droga. Os dados relativos à procura de tratamento também permitem que se fique com uma ideia da organização dos centros de tratamento na Europa. Contudo, podem surgir imprecisões devidas a métodos diferentes de recolha de informações e a diferenças na oferta de serviços de tratamento de país para país. A recolha de dados baseou-se pela segunda vez num protocolo europeu comum (indicador da procura de tratamento, IPT) que incluiu informações sobre cerca de 150 000 pacientes ([12]).

Figura 6: Tendências do consumo de droga injectada nos Estados-Membros da UE, 1990-2001 (percentagem dos que se injectam actualmente entre os consumidores de heroína em tratamento)



NB: Os dados representam vários milhares de casos por país e por ano, e na maior parte dos países abrangem quase todos os casos tratados a nível nacional.

Fontes: Pontos focais nacionais através do projecto OEDT «Indicador da procura de tratamento» (http://www.emcdda.eu.int/situation/themes/demand_treatment.shtml).

(1) Itália: dados do quadro 4 (2002).

(2) Não existem dados disponíveis relativos à França; os valores são baseados numa interpolação.

Substâncias

Apesar das diferenças ao nível das políticas de tratamento e das práticas de registo, é possível detectar tanto tendências comuns como tendências divergentes em toda a Europa.

Fontes de informação

Em 2002, tal como em 2001, foram utilizadas duas fontes de informação: o protocolo IPT alargado em centros de tratamento onde havia dados disponíveis e uma forma abreviada do protocolo IPT que está incluída nos quadros recolhidos desde 1993. Tendo por objectivo a compatibilidade com anos anteriores e a observação das grandes tendências ao longo do tempo, foi utilizada em alguns casos a segunda fonte de informação. A versão disponível em linha indica o número de casos abrangidos para cada país por fonte de informação ([1]).

([1]) Ver quadro 1 OL: Número de casos cobertos por fonte de dados (versão em linha).

([12]) Relatório completo sobre o indicador da procura de tratamento disponível em linha no endereço (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/treatment_indicator_report.pdf).

Tal como aconteceu em anos anteriores, todos os países dão conta de um aumento do número total de pessoas tratadas por problemas relacionados com o consumo de droga em 2001. Segundo os relatórios nacionais, há vários motivos para que assim seja: melhoria dos métodos de registo (maior notificação do número de pessoas tratadas), maior disponibilidade de unidades de tratamento (em especial das que fornecem tratamento de substituição e dos serviços de porta aberta), diferenciação de programas (neste momento, há serviços especializados destinados a grupos-alvo específicos e diferentes substâncias utilizadas em programas de substituição, como a buprenorfina e a metadona), aumento da duração do tratamento de antigos pacientes e aumento do número de pessoas em tratamento em zonas rurais/não urbanas (relatórios nacionais, 2002).

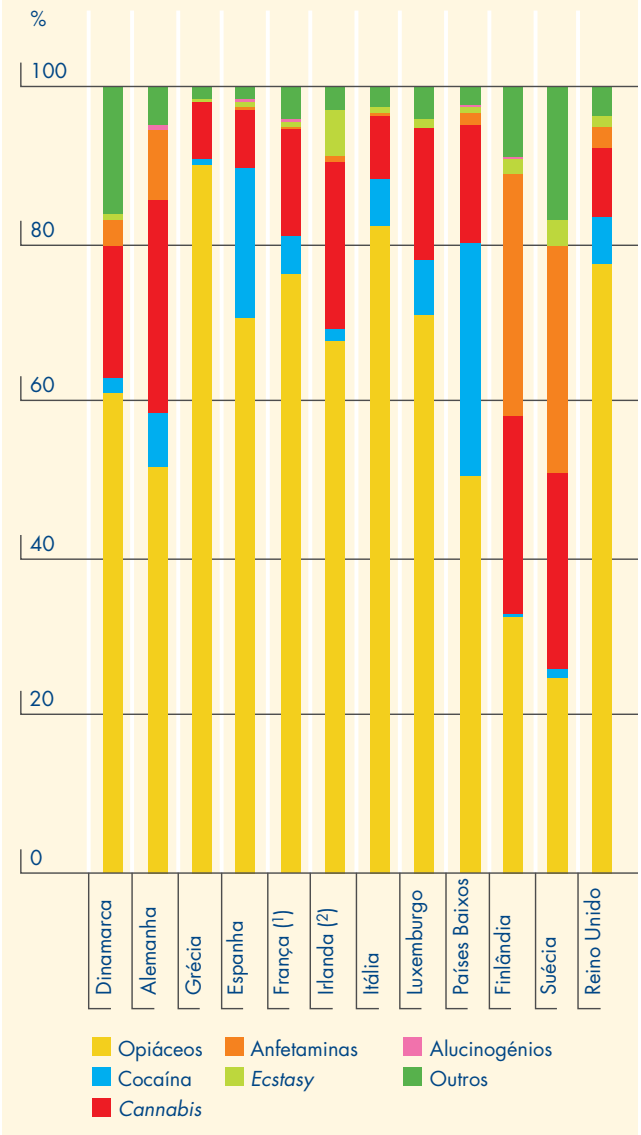
Regra geral, os consumidores de droga procuram tratamento espontaneamente ou porque há familiares que os pressionam nesse sentido; outras fontes dão conta apenas de uma pequena percentagem de pacientes encaminhados ([13]). O encaminhamento para centros de tratamento por consumo de droga varia de país para país por diversos motivos: diferenças na distribuição do consumo de substâncias ilícitas; diferenças na organização nacional dos serviços de saúde, serviços sociais e serviços judiciais; e diferenças sociais ou culturais. Por exemplo, a percentagem de pacientes referenciados pelos tribunais, pela polícia ou outros serviços judiciais, regista o valor mais elevado na Alemanha, provavelmente devido à elevada percentagem de consumidores de *cannabis* naquele país ([14]). Ao contrário, na Suécia, país que tem um sistema de segurança social altamente estruturado, os serviços sociais desempenham um importante papel no encaminhamento dos consumidores de droga para serviços especializados. Na Grécia, a família é uma instituição fulcral na sociedade e desempenha um importante papel como fonte de encaminhamento (relatório nacional, 2002) ([15]).

Os opiáceos (em especial a heroína) continuam a ser as principais drogas ilícitas entre todos os pacientes que procuram tratamento na maior parte dos países (figura 7). Na maior parte dos países da UE, entre 50% e 70% dos pacientes que procuram tratamento são consumidores de heroína, mas os números variam muito. É possível classificar os Estados-Membros da UE em quatro grupos, consoante a medida em que o consumo de opiáceos é responsável pelo encaminhamento de pacientes para centros de tratamento por consumo de droga:

- abaixo dos 50% (Finlândia e Suécia);
- 50% a 70% (Alemanha, Dinamarca, França, Irlanda e Países Baixos);
- 70% a 80% (Espanha, Luxemburgo e Reino Unido);
- acima dos 80% (Grécia, Itália e Portugal) ([16]).

Parece que as pessoas que recorrem a centros de atendimento de pacientes em regime ambulatório tendem a ser mais

Figura 7: Todos os pacientes admitidos a tratamento apresentados segundo a principal droga consumida



NB: n = 300 414.
Fontes: Relatórios nacionais Reitox (2002). Ver também quadro estatístico 6: Características de pessoas tratadas por problemas ligados à toxicodependência na UE (versão em linha).
(1) Dados de 1999.
(2) Dados de 2000.

diferenciadas do que os utilizadores de outros serviços de tratamento ([17]), quer porque estes centros são especializados em problemas específicos relacionados com o consumo de droga quer porque se desenvolveram em resposta à procura de tratamento para diferentes tipos de consumo de droga (como seja o consumo de *cannabis* ou de cocaína) (Molinae *et al.*, 2002).

Em muitos países, à heroína segue-se a *cannabis* em termos do número de consumidores que procuram tratamento, e o número

([13]) Ver figura 3 OL: Novos pacientes admitidos a tratamento, por via de encaminhamento (versão em linha).
([14]) Por várias razões (incluindo, por exemplo, a imposição de sanções administrativas, tais com a suspensão da carta de condução), a percentagem de consumidores referenciados pela justiça criminal não corresponde necessariamente à percentagem de infractores.
([15]) Ver figura 4 OL: Via de encaminhamento entre os novos pacientes em alguns países (versão em linha).
([16]) Ver quadro estatístico 6: Características de pessoas tratadas por problemas ligados à toxicodependência na UE (versão em linha); e quadro estatístico 7: Características de pessoas tratadas pela primeira vez por problemas ligados à toxicodependência na UE (versão em linha).
([17]) Ver figura 5 OL: Droga primária entre todos os pacientes, por tipo de centro (versão em linha).

mais elevado regista-se entre os novos pacientes (24,7% do total dos novos pacientes admitidos a tratamento são consumidores de *cannabis*) ([18]); os pacientes que procuram tratamento para o consumo de *cannabis* recorrem principalmente a centros de tratamento de pacientes em regime ambulatório e em regime de internamento ([19]). A *cannabis* é frequentemente associada a outras substâncias e consumida como droga secundária ([20]). A percentagem de pessoas que procuram tratamento por consumo de *cannabis* varia muito de país para país: de 7,3% na Grécia a 27,2% na Alemanha (figura 7).

A Espanha (19%) e os Países Baixos (29,9%) continuam a ser os países com as mais elevadas percentagens de pacientes que procuram tratamento pelo consumo de cocaína como droga principal. Noutros países, as taxas são inferiores — variam entre 0,8% na Grécia e 7% no Luxemburgo. Um estudo específico de dados relacionados com a procura de tratamento que foi realizado nos Países Baixos concluiu que os dois maiores grupos de pessoas que nos últimos anos procuraram tratamento por consumo de cocaína foram os consumidores de cocaína (forma de base)/*crack* e os que consomem cocaína associada a heroína ou metadona. Os consumidores de cocaína de base ou *crack* representam um enorme desafio para os serviços de tratamento, na medida em que a cocaína de *crack* está associada a um elevado nível de dependência e de problemas, e que aqueles que a consomem, seja isoladamente, seja associada à heroína, não estão, em geral, socialmente integrados (Mol e van Vlaanderen, 2002).

O grupo de drogas em que se regista maior disparidade entre países em termos de procura de tratamento é o das anfetaminas; a percentagem de procura de tratamento correspondente aos consumidores de anfetaminas é de 3% na Dinamarca, 8,7% na Alemanha, 1,5% nos Países Baixos, 31,1% na Finlândia, 29% na Suécia, 2,7% no Reino Unido e menos de 1% nos outros países.

O policonsumo de drogas é cada vez mais visível nos dados relativos ao tratamento. Em todos os países, mais de 50% de todos os pacientes consomem pelo menos uma outra droga para além da primeira que consumiram, sobretudo *cannabis* (18,4%) ou cocaína (19%). As combinações de substâncias mais frequentemente referidas são a heroína com a cocaína ou a *cannabis* e a cocaína com o álcool ou a *cannabis* (relatórios nacionais, 2002).

Tendências

De todos os países da Europa chegam notícias de tendências comuns na procura de tratamento por consumo de heroína e *cannabis*; o consumo de heroína parece ter estabilizado ou estar a diminuir em todos os países, ao passo que o consumo de *cannabis* regista um aumento em quase todos os países, em especial entre os novos pacientes (figura 8).

Alguns dos possíveis motivos para o decréscimo bem visível do número de consumidores de heroína são o fim da epidemia de heroína que se verificou no final da década de 1980 e no início da de 1990 com a consequente diminuição da procura de tratamento; a saturação dos serviços de tratamento para consumidores de heroína e uma diferenciação acrescida dos programas de tratamento, havendo agora mais serviços disponíveis para os consumidores de outras drogas (incluindo a *cannabis*).

A tendência para um aumento da procura de tratamento por consumo de *cannabis* (figura 9) pode ter várias razões de ser: uma

Figura 8: Novos pacientes admitidos a tratamento por (A) consumo de heroína/opiáceos ou por (B) consumo de *cannabis*

Figura 8 (A): Consumo de heroína/opiáceos

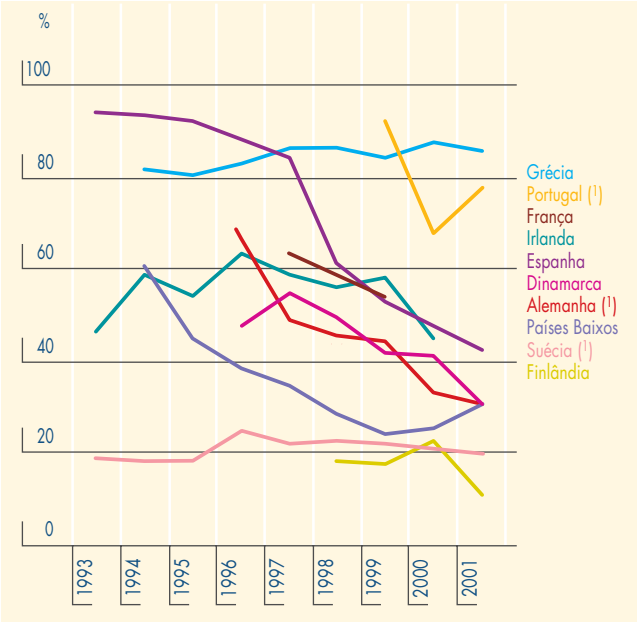
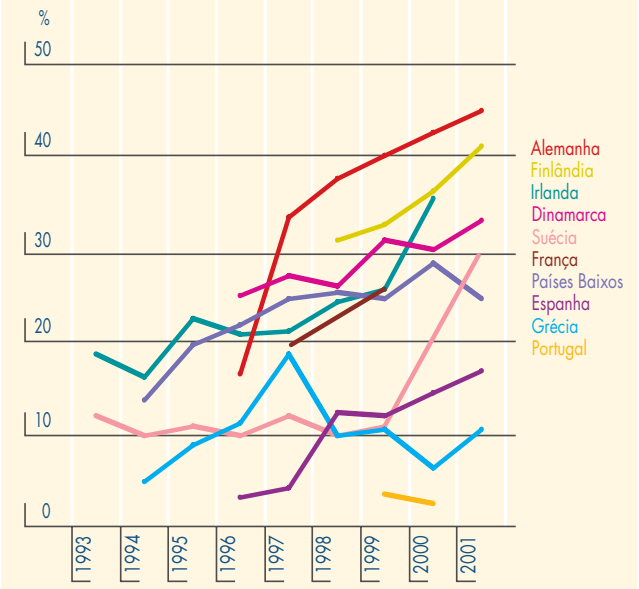


Figura 8 (B): Consumo de *cannabis*



NB: Os dados relativos à Bélgica, Itália, Luxemburgo, Áustria e Reino Unido não se encontravam disponíveis. Para o número de casos, ver quadro estatístico 7 (versão em linha).

Fontes: Relatórios nacionais reitox (2002). Ver também quadro estatístico 7: Características de pessoas tratadas pela primeira vez por problemas ligados à toxicodependência na UE.

(1) A heroína inclui todos os opiáceos.

([18]) Ver figura 6 OL: Discriminação dos novos pacientes e da totalidade dos pacientes por droga primária (versão em linha).

([19]) Ver figura 5 OL: Droga primária entre todos os pacientes, por tipo de centro (versão em linha).

([20]) Ver figura 7 OL: Drogas secundárias mais consumidas entre a totalidade dos pacientes (versão em linha).

prevalência crescente do consumo regular de *cannabis*, um aumento do número de casos comunicados pelo sistema de justiça penal, factores de mercado (como sejam a maior disponibilidade ou o preço mais baixo) e um aumento do número de adolescentes com problemas sociais ou psicológicos que não conseguem encontrar outros serviços adequados. O aumento do número de novos pacientes que solicitam tratamento por consumo de *cannabis* parece ser particularmente acentuado em alguns países onde os dados de prevalência, as apreensões de *cannabis*, os delitos associados ao consumo de *cannabis* e a procura de tratamento por consumo de *cannabis* seguem trajectórias paralelas (relatórios nacionais, 2002). A investigação em curso na Alemanha concentra-se sobre os grupos encaminhados para os serviços de tratamento pelo sistema de justiça e/ou pelos serviços sociais por consumo de *cannabis*; os primeiros resultados parecem indicar que alguns jovens consumidores de *cannabis* satisfazem os critérios de dependência definidos nos códigos do IPT-10 (R. Simon, comunicação pessoal, 2002).

As tendências no consumo de cocaína ([21]) e de outras substâncias são menos homogéneas nos diferentes países: na Espanha e nos Países Baixos, parece ter sido travado o aumento acentuado a que se assistiu em anos anteriores, e neste momento a procura de tratamento estabilizou ou regista apenas um ligeiro aumento, principalmente entre pacientes que procuram tratamento pela primeira vez.

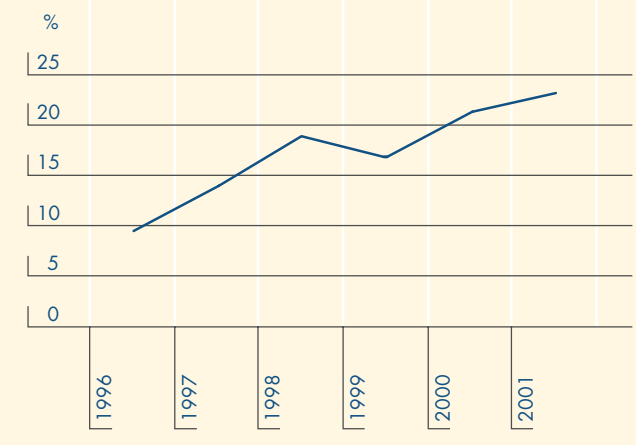
Padrões de consumo e vias de administração

Na maioria dos casos, os consumidores consomem droga pela primeira vez durante a adolescência (entre os 15 e os 29 anos e, em especial, dos 15 aos 19 anos). No entanto, a idade em que ocorre o primeiro consumo difere de substância para substância: 33,6% dos pacientes começam a consumir *cannabis* antes dos 15 de idade, 56,3% entre os 15 e os 19 anos e 63,3% consomem estimulantes pela primeira vez com a mesma idade (entre os 15 e os 19 anos). Em contraste, o primeiro consumo de heroína e cocaína parece ocorrer mais tarde (mais de 40% dos pacientes consomem heroína e cocaína pela primeira vez entre os 20 e os 29 anos de idade, e um determinado grupo mesmo depois desta idade) ([22]).

Os consumidores de heroína, cocaína e *cannabis* que procuram tratamento, se tiverem consumido drogas nos últimos 30 dias, consumiram-nas, em geral, diariamente, ao passo que os estimulantes são tipicamente consumidos entre duas e seis vezes por semana ([23]).

As vias de administração das drogas primárias mais frequentemente comunicadas são a via intravenosa e o fumo para a heroína, a inalação ou a inalação de fumo para a cocaína e a ingestão de produtos sólidos ou líquidos para os estimulantes (figura 10). Tendo em conta as limitações metodológicas (a amostra não foi exactamente a mesma do ano anterior (2001) e havia menos dados desconhecidos em 2001), foi comunicada em 2001 uma alteração dos padrões de consumo: é menor o número de pacientes que consomem heroína injectada e maior o daqueles que se injectam com cocaína ou a inalam ou fumam. Os motivos possíveis para tal poderão estar relacionados com factores de mercado, em especial o preço e a disponibilidade de heroína e *crack*/cocaína para fumar, e com o impacto de programas de prevenção e de redução de danos (OEDT, 2002a; relatórios nacionais, 2002).

Figura 9: Tendências da procura de tratamento para o consumo de *cannabis*, 1996-2001



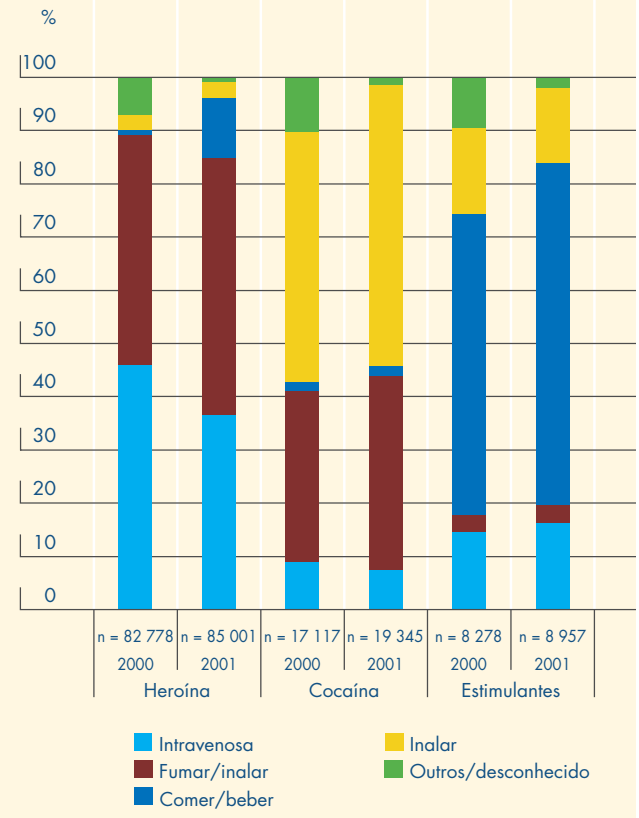
NB: Percentagem válida ponderada a partir do número de pacientes por país. Novos pacientes, apenas. O valor «N» varia por ano entre 31 143 e 56 394. Mais pormenores no quadro 1 OL.
Fonte: Relatórios nacionais Reitox (1996 a 2001).

Características sociais

Os pacientes admitidos a tratamento são tendencialmente do sexo masculino e estão na casa dos 20 ou dos 30 anos. A média das idades é, na generalidade, 29,8 anos e meio e 26,9 anos para os pacientes admitidos a tratamento pela primeira vez. A Alemanha, a Finlândia e a Irlanda são os países onde a população em tratamento é mais jovem, enquanto os pacientes mais velhos que procuram tratamento se encontram em Espanha, na Itália e nos Países Baixos ([24]). A distribuição por idades dos pacientes que procuram tratamento parece estar relacionada com o tipo de substâncias consumidas — de uma maneira geral, os consumidores de *cannabis* são mais jovens, ao passo que os consumidores de heroína e cocaína são mais velhos. A percentagem mais elevada de consumidores de *cannabis* encontra-se na Alemanha, enquanto as maiores percentagens de consumidores de cocaína e heroína se encontram em Espanha e em Itália, respectivamente. A percentagem mais elevada de consumidores jovens na Finlândia pode ser explicada em parte pelo desenvolvimento relativamente tardio da cultura das drogas no país. A distribuição entre os géneros varia entre um rácio homens/mulheres de 2 para 1 e de 6 para 1 ([25]). A percentagem mais elevada de homens pode reflectir, de um modo geral, uma prevalência de consumo geralmente mais elevada entre os homens, mas também pode ficar a dever-se ao facto de ser diferente a

([21]) Ver figura 8 OL: Novos pacientes admitidos a tratamento por dependência de cocaína (versão em linha).
([22]) Ver figura 10 OL: Idade do primeiro consumo da droga primária entre todos os pacientes (versão em linha).
([23]) Ver figura 9 OL: Frequência de consumo da droga primária entre a totalidade dos pacientes (nos 30 dias anteriores ao início do tratamento) (versão em linha).
([24]) Ver quadro 2 OL: Média das idades dos pacientes em tratamento (versão em linha).
([25]) Ver quadro estatístico 8: Características de mulheres tratadas por problemas ligados à toxicodependência na UE; e quadro estatístico 9: Características de homens tratados por problemas ligados à toxicodependência na UE (versão em linha).

Figura 10: Via de administração entre todos os pacientes ao nível da UE



NB: % válida.
Não havia dados disponíveis para a França, Irlanda, Áustria, Portugal e Bélgica relativamente a 2000, nem para a França, Itália e Portugal relativamente a 2001.

Fonte: Relatórios nacionais Reitox (2001, 2002). Dados IPT (2000, 2001) relativos a centros de tratamento em regime ambulatório.

abordagem dos serviços por ambos os sexos (OEDT, 2002a). Os padrões de distribuição entre os géneros tendem a ser semelhantes entre os países do sul ou entre os países do norte (por exemplo, as percentagens de consumidores do sexo masculino são mais elevadas nos países do sul). Este facto pode atribuir-se a uma diferença das substâncias consumidas entre os países do norte e do sul (os países do sul têm uma percentagem mais elevada de consumidores de heroína, geralmente homens) e a diferenças culturais e sociais.

Ver em **http://annualreport.emcdda.eu.int** os quadros estatísticos relativos a esta secção:

- Quadro estatístico 6: Características de pessoas tratadas por problemas ligados à toxicodependência na UE
- Quadro estatístico 7: Características de pessoas tratadas pela primeira vez por problemas ligados à toxicodependência na UE
- Quadro estatístico 8: Características de mulheres tratadas por problemas ligados à toxicodependência na UE
- Quadro estatístico 9: Características de homens tratados por problemas ligados à toxicodependência na UE

De uma maneira geral, as condições sociais dos pacientes que procuram tratamento — por exemplo, educação, nível de vida e categoria profissional — estão a deteriorar-se em comparação com as da população em geral em diferentes regiões ([26]).

Doenças infecto-contagiosas relacionadas com o consumo de droga ([27])

Prevalência e tendências de HIV e sida

As doenças infecto-contagiosas relacionadas com o consumo de droga injectada exercem um impacto considerável sobre os custos económicos e sociais do consumo de droga, mesmo em países com uma baixa prevalência de HIV (Postma *et al.*, 2001; Godfrey *et al.*, 2002). A sua prevenção pode fazer-se fornecendo aos consumidores de droga injectada (CDI) informação sobre a transmissão da doença, agulhas limpas (Hurley *et al.*, 1997; Commonwealth of Australia, 2002) e vacinação contra os vírus da hepatite A e B. Neste momento está disponível tratamento eficaz das infecções por HIV e VHC e como frequentemente é muito elevada a prevalência de infecções entre CDI, as políticas destinadas à prevenção e ao tratamento de infecções fazem parte das que apresentam um elevado custo-eficácia no domínio da droga.

O OEDT faz um acompanhamento sistemático da prevalência de infecções por HIV e de hepatite B e C entre CDI na União Europeia. A informação sobre prevalência agregada (global e por subgrupos) é recolhida a partir de diferentes ambientes de rotina (por exemplo, programas de tratamento da toxicodependência ou de troca de agulhas, prisões) e também a partir de estudos específicos ([28]). Embora seja difícil comparar os dados, porque provêm de uma grande diversidade de fontes, eles proporcionam uma noção global das diferenças por país, regiões e ambientes. O que é mais importante, é que seguir as tendências ao longo do tempo, em especial a prevalência entre consumidores de droga injectada jovens e novos consumidores de droga injectada, fornece informações cruciais sobre a disseminação de infecções entre CDI e sobre o êxito de medidas de política preventivas. O objectivo a mais longo prazo é melhorar a qualidade e a comparabilidade dos dados provenientes de fontes de rotina já existentes e criar estudos europeus de seroprevalência entre CDI a nível local que sejam verdadeiramente comparáveis.

Os dados disponíveis sugerem a existência de grandes diferenças na prevalência de infecções por HIV entre CDI, tanto entre países como no mesmo país. Os níveis de infecção comunicados pelas diferentes fontes variam entre cerca de 1% no Reino Unido (inquéritos e rastreio anónimo independente) e mais de 30% em Espanha (testes de diagnóstico de rotina no tratamento da toxicodependência), mas são, em geral, estáveis ([29]). Este quadro global não mudou nos últimos anos (figura 11).

Em alguns países e regiões, a prevalência de HIV entre CDI mantém-se extremamente elevada desde 1995. Embora na maior

([26]) Ver «Exclusão social e reinserção», capítulo 3, p. 65.

([27]) Uma análise mais pormenorizada desta questão encontra-se no Relatório Anual de 2001, capítulo 3, «Questões específicas — Doenças infecto-contagiosas». Disponível em linha no endereço http://ar2001.emcdda.eu.int.

([28]) Ver no sítio *web* do OEDT (http://www.emcdda.eu.int/situation/themes/infectious_diseases.shtml) mais pormenores sobre métodos e orientações.

([29]) Para mais pormenores sobre estes dados e para fontes originais, ver o quadro estatístico 10: Quadro-síntese da prevalência da infecção por HIV entre consumidores de droga injectada na UE; e o quadro estatístico 12: Prevalência da infecção por HIV (percentagem de indivíduos infectados) entre consumidores de droga injectada na UE e na Noruega (versão em linha).

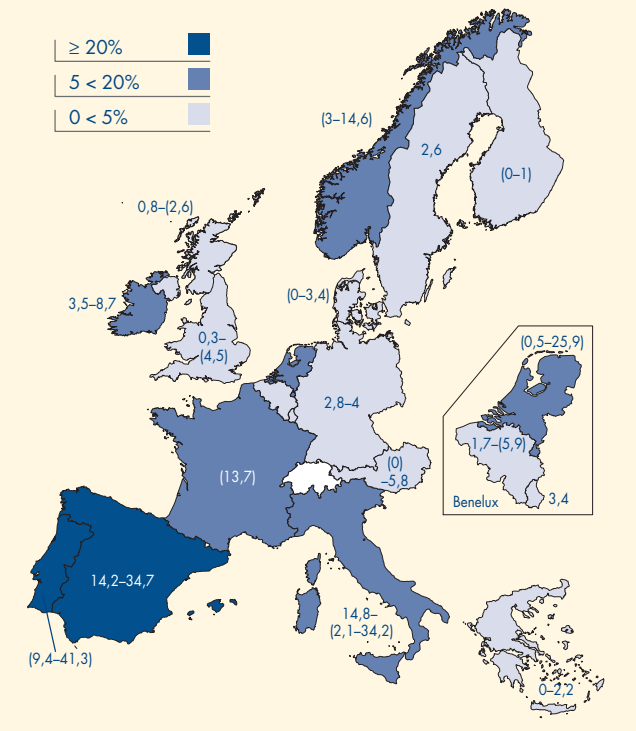
parte dos casos isto seja o reflexo de velhas epidemias, é muito importante o desenvolvimento de esforços de prevenção específicos (por exemplo, esforços para impedir a transmissão a novos CDI, a parceiros sexuais dos CDI e de mãe para filho). A prevalência era superior a 25% em determinadas regiões e cidades ([30]).

As tendências na prevalência de HIV fornecem importantes informações para a definição e avaliação de políticas. Se as tendências sugerirem que os níveis de infecção estão a aumentar, são necessárias mais medidas, mas estas poderão ser desnecessárias se for manifesto que os níveis de infecção estão a diminuir. No entanto, mesmo em regiões onde a prevalência estabilizou ou está a diminuir, poderão surgir ainda novas infecções. Nos últimos anos poderão ter ocorrido aumentos de transmissão do HIV entre (subgrupos de) CDI em regiões ou cidades da Áustria, Espanha, Finlândia, Irlanda, Itália, Países Baixos, Portugal e Reino Unido, embora alguns desses países também registassem reduções consideráveis ([31]). Os dados italianos demonstram que, em países com números significativos de infecções, as médias nacionais são de valor muito limitado e as discriminações por regiões mais pequenas ou por cidades são importantes para avaliar o êxito da prevenção ([32]). No entanto, são poucos os países que já podem fornecer dados nacionais desagregados por região. Para facilitar a detecção de tendências ao longo do tempo, os dados sobre prevalência deveriam ser, idealmente, complementados por notificações de casos recém-diagnosticados. Embora não estejam ainda disponíveis para os países onde as prevalências são mais elevadas, e ainda dependam muito dos padrões de realização de testes, os dados provenientes das notificações na Finlândia contribuíram para revelar novos aumentos nas taxas de transmissão. Recentemente, Portugal começou a fornecer dados provenientes de notificações, revelando taxas muito mais elevadas por milhão de habitantes do que os outros países que comunicaram dados ([33]).

A prevalência do HIV entre jovens CDI poderá fornecer mais indicações sobre a eficácia das medidas de prevenção, uma vez que a infecção entre os jovens será, tipicamente, mais recente do que entre a população de CDI no seu todo. Embora as amostras sejam de pequena dimensão, estes dados sugerem que nos últimos anos ocorreram infecções entre jovens CDI em várias regiões ([34]).

Para alguns países há informações disponíveis sobre prevalência do HIV entre novos CDI. Este é um indicador muito melhor para infecções recentes com HIV e pode reflectir a incidência da infecção com HIV, fornecendo desse modo provas mais fortes da eficácia das medidas de prevenção. Partindo do princípio de que os CDI que se injectam há menos de dois anos se injectam, em média, há 1 ano, a prevalência nesse grupo pode fornecer uma estimativa da incidência. Os dados disponíveis sugerem que a incidência por 100 pessoas/ano de exposição entre novos CDI (intervalos de confiança a 95%) poderá variar entre 0-3,7 em Inglaterra e no País de Gales (0/122 em 1998), passando por 0,8-11,4 na Comunidade Flamenga da Bélgica (3/77 em 1998--1999) e 4,4-14,5 em Coimbra, Portugal (12/127 em 1999--2000), e 4,4-15,5 em França (11/111, comunicação voluntária dos resultados de serologias pelos que frequentavam serviços de

Figura 11: Prevalência da infecção pelo HIV entre CDI nos Estados--Membros da UE e na Noruega



NB: Os valores entre parênteses são dados locais. As diferenças entre países deverão ser interpretadas com prudência em razão dos diferentes tipos de fontes e da utilização, em alguns casos, de dados comunicados por iniciativa própria. A cor para cada país indica o ponto médio do leque de estimativas da prevalência obtidas a partir de diferentes fontes de informação.
O mapa de síntese pretende dar uma perspectiva global da prevalência do HIV entre os CDI na UE. São apresentados os dados dos anos mais recentes para os quais havia dados disponíveis. Foram excluídos os dados de amostras que não apresentavam informações sobre o estatuto dos CDI. Nos casos em que tal tenha levado à exclusão de dados que claramente melhoravam a possibilidade de generalização (por exemplo, dados nacionais, dados de não tratamento) foram combinados dados de vários anos. Os dados referentes à Itália, a Portugal e à Noruega dizem apenas respeito à prevalência do HIV entre os CDI em tratamento e não são representativos da prevalência do HIV entre os restantes CDI. Sofrer de problemas de saúde é um dos critérios de selecção para a admissão a tratamento de desintoxicação em alguns países ou cidades (Grécia, Portugal, Roma); devido à existência de longas listas de espera e de programas especiais para CDI, tal pode aumentar o grau de deturpação da prevalência. Neste mapa, a prevalência não deve ser comparada com versões anteriores para efeitos do acompanhamento das mudanças ao longo do tempo, dado que a inclusão de fontes pode variar de acordo com a disponibilidade dos dados. Para tendências temporais e mais pormenores e fontes, ver quadro estatístico 12: Prevalência da infecção por HIV (percentagem de indivíduos infectados) entre consumidores de droga injectada na UE e na Noruega; e Caixa 6 OL: Fontes de dados — Prevalência (versão em linha).

Fonte: Pontos focais nacionais Reitox. Para pormenores completos e fontes primárias, ver quadro estatístico 10: Quadro-síntese da prevalência da infecção por HIV entre consumidores de droga injectada na UE; e quadro estatístico 12 (versão em linha).

([30]) Ver caixa 4 OL: Áreas com elevada prevalência do HIV, aumento e decréscimo da transmissão do HIV entre os CDI de alguns países da UE, prevalência do HIV entre os jovens CDI (versão em linha).

([31]) Ver caixa 4 OL: Áreas com elevada, prevalência do HIV... (versão em linha).

([32]) Ver figura 11 OL: Prevalência da infecção por HIV nos CDI italianos em tratamento, por região (versão em linha).

([33]) Ver quadro estatístico 15: Infecções por HIV recentemente diagnosticadas entre consumidores de droga injectada na UE e na Noruega (versão em linha).

([34]) Ver caixa 4 OL: Áreas com elevada prevalência do HIV, aumento e decréscimo da transmissão do HIV entre os CDI de alguns países da UE, prevalência do HIV entre os jovens CDI (versão em linha).

trocas de agulhas e seringas, 1998) ([35]). No entanto, os dados referentes à Bélgica, a França e a Portugal provêm de análises de rotina e poderão ser afectados por um enviesamento na selecção (os dados referentes a Portugal podem estar sobrestimados devido aos critérios de selecção das unidades de desintoxicação, já que estas dão prioridade a consumidores problemáticos e/ou seropositivos).

Os dados relativos à sida fornecem pouca informação ou tendências a seguir nas novas infecções por HIV devido ao longo período de incubação do HIV antes da eclosão dos sintomas da sida e aos importantes progressos no tratamento do HIV que atrasam a eclosão da sida. No entanto, a incidência da sida é de facto reflexo de tendências no ónus que a doença proveniente da infecção por HIV representa nos diferentes países. A incidência da sida baixou na maioria dos países desde 1996, aproximadamente, devido à melhor qualidade do tratamento da infecção por HIV e, possivelmente, a taxas de infecção mais baixas na década de 1990. Em Portugal, os dados mais recentes mostram que a incidência da sida entre CDI tem vindo a diminuir desde 1999 ([36]). Tal pode indicar um aumento das admissões a tratamento por HIV, em linha com os relatórios do sistema de tratamento da toxicodependência.

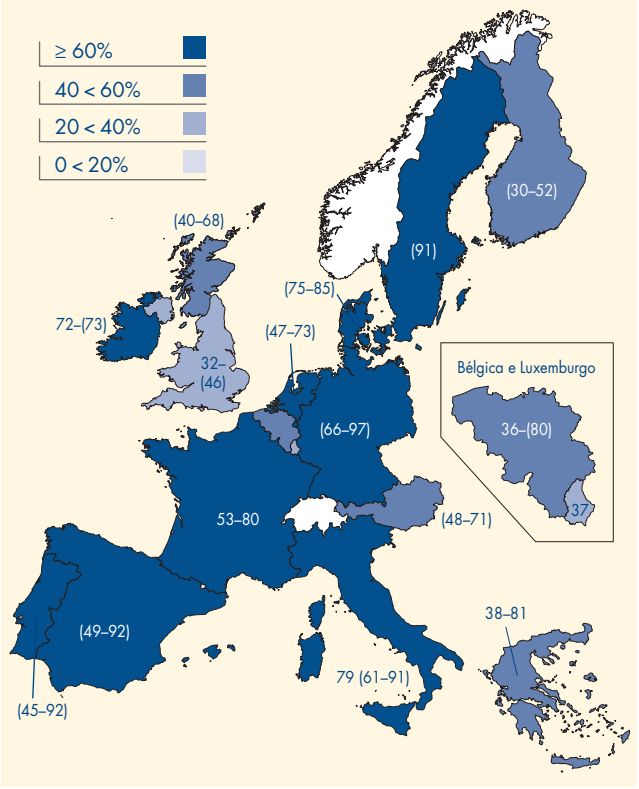
Prevalência e tendências na infecção pelo vírus da hepatite C

Os dados relativos à prevalência da infecção pelo vírus da hepatite C (VHC) são menos acessíveis e, mesmo nos casos em que são acessíveis, estão sujeitos às mesmas limitações que os dados relativos ao HIV. No entanto, o quadro geral é claro — a prevalência do VHC é extremamente elevada em todos os países e ambientes, com níveis de contaminação que vão dos 40% aos 90% entre diferentes países e subgrupos de CDI (ver figura 12).

Embora todos os números relativos à prevalência revelem níveis de contaminação muito elevados, a variação da prevalência ainda é ampla. Tal como acontece com o HIV, isto pode reflectir em parte diferentes mecanismos de selecção nas diferentes fontes de dados, pelo que há que ser prudente nas comparações. Em 2000 e 2001 foram comunicados níveis superiores a 75% para Antuérpia, na Bélgica (80% dos CDI em tratamento da toxicodependência e serviços de porta aberta, 2001), Frankfurt e Berlim, na Alemanha (82% a 90% num serviço de porta aberta e em duas prisões), norte da Grécia e Grécia a nível nacional (83% de CDI em programas de tratamento com metadona), as regiões italianas de Piemonte, Trentino, Friul-Venécia Giulia, Ligúria, Emília-Romanha, Basilicata e Sardenha e as cidades de Trento e Bolzano (tratamento da toxicodependência), e em Lisboa e algumas cidades portuguesas de menor dimensão (pacientes em tratamento da toxicodependência) ([37]).

Como indicador de comportamento de alto risco em relação com as injecções (por exemplo, a partilha de agulhas e outro equipamento) e da eficácia de programas de prevenção, as tendências respeitantes à prevalência do VHC poderão ser muito mais sensíveis do que as tendências respeitantes ao HIV. O VHC

Figura 12: Prevalência da infecção pelo vírus da hepatite C entre os CDI nos Estados-Membros da UE e na Noruega



NB: Os valores entre parênteses são dados locais.
As diferenças entre países deverão ser interpretadas com prudência por causa das diferentes fontes e, em alguns casos, de dados locais ou testes de saliva que subestimam a prevalência. A cor para cada país indica o ponto médio do leque das estimativas de prevalências obtidas a partir de diferentes fontes de informação.
O mapa de síntese pretende dar uma perspectiva global da prevalência do VHC entre os CDI na UE. São apresentados os dados dos anos mais recentes para os quais havia dados disponíveis. Foram excluídos os dados de amostras que não apresentavam informações sobre o estatuto dos CDI. Nos casos em que tal tenha levado à exclusão de dados que claramente melhoravam a possibilidade de generalização (por exemplo, dados nacionais, dados de não tratamento) foram combinados dados de vários anos. Os dados referentes à Irlanda e ao Luxemburgo limitam-se aos CDI na prisão, ao passo que os dados referentes à Itália se limitam à prevalência de VHC entre os CDI em tratamento e não são representativos da prevalência de VHC entre os restantes CDI. Sofrer de problemas de saúde é um dos critérios de selecção para a admissão a tratamento de desintoxicação em alguns países ou cidades (Grécia, Portugal, Roma); devido à existência de longas listas de espera e de programas especiais para CDI, tal pode aumentar o grau de deturpação da prevalência. Neste mapa, a prevalência não deve ser comparada com versões anteriores para efeitos do acompanhamento das mudanças ao longo do tempo, dado que a inclusão de fontes pode variar de acordo com a disponibilidade dos dados. Para tendências temporais e mais pormenores e fontes, ver quadro estatístico 16 e caixa 6 OL.

Fonte: Pontos focais nacionais Reitox. Para fontes primárias, ver quadro estatístico 16: Prevalência da infecção por hepatite C entre consumidores de droga injectada na UE (versão em linha).

é mais contagioso do que o HIV e pode ser transmitido com mais facilidade através de outro equipamento para injecção que não as seringas — como é o caso do algodão, das colheres e da água (mas muito menos por via sexual). Chegam-nos notícias de aumentos e diminuições em diferentes regiões ([38]).

Na medida em que se encontram disponíveis, os dados provenientes de programas de tratamento indicam que a

([35]) Ver quadro estatístico 15: Infecções por HIV recentemente diagnosticadas entre consumidores de droga injectada na UE e na Noruega (versão em linha).
([36]) Ver figura 12 OL: Incidência da sida relacionada com o consumo de droga injectada nos Estados-Membros da UE (versão em linha).
([37]) Ver caixa 5 OL: Tendências na prevalência de hepatite C (versão em linha).
([38]) Ver caixa 5 OL: Tendências na prevalência de hepatite C (versão em linha).

prevalência da contaminação pelo VHC em CDI com menos de 25 anos varia entre os 12% em Tampere, na Finlândia (2001), e os 60%, aproximadamente, em Dublim, na Irlanda (1997) e em Itália (1999). A prevalência em jovens CDI parece estar a diminuir na Bélgica e na Grécia, mas a aumentar em Inglaterra e no País de Gales (1998-2001).

As informações acerca da prevalência da contaminação pelo VHC em novos consumidores de droga injectada (os que se injectam há menos de dois anos) ainda não se encontram disponíveis na maior parte das fontes. Nos casos em que há dados disponíveis, estes sugerem em geral que a prevalência é muito elevada: 40% ou mais. No entanto, há notícias de uma menor prevalência na Bélgica e no Reino Unido (figura 13).

Prevalência e tendências na infecção pelo vírus da hepatite B

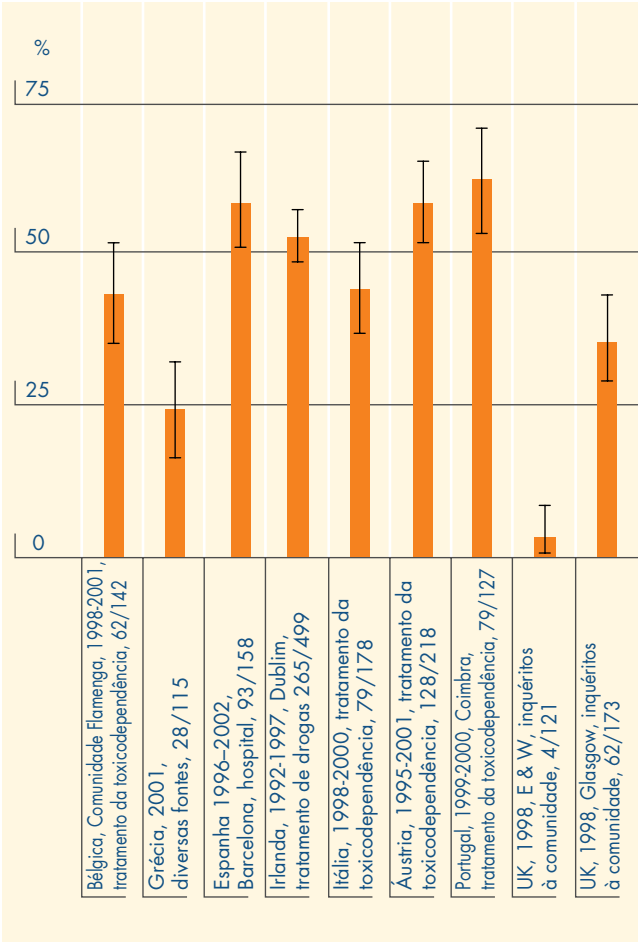
A presença no sangue de anticorpos contra um vírus indica que alguém foi contaminado pelo referido vírus em determinada altura ou que está vacinado contra ele. Ao contrário do que se passa com o HIV e o VHC, existe uma vacina eficaz contra o vírus da hepatite B (VHB). Assim, no caso do VHB, a percentagem de CDI que não têm anticorpos contra estes vírus constitui a população potencial para vacinação e é um indicador importante da necessidade de um programa de vacinação. Na UE, há uma variação maior da percentagem de consumidores de droga que têm (qualquer tipo de) anticorpos contra o VHB do que da percentagem dos que têm anticorpos contra o VHC. Em toda a UE, entre 20% e 60%, aproximadamente, de CDI têm anticorpos contra a hepatite B, o que indica a existência de um grande potencial para programas de vacinação dirigidos a CDI (40% a 80%).

A actual infecção pelo vírus da hepatite B, indicada pela presença no sangue de um marcador serológico designado HbsAg, pode ser recente ou crónica. Os elevados níveis de infecção actualmente existentes sugerem o risco de um elevado nível futuro de graves complicações a longo prazo e de transmissão generalizada a outros, devido a um comportamento de alto risco em relação com as injecções ou à prática de sexo não seguro. A prevalência da contaminação actual com o VHB só está registada num número limitado de países, mas parece divergir muito e em alguns casos é elevada.

Casos comunicados de hepatite B e C

Há dados relativos às notificações para o VHB e o VHC disponíveis para alguns países. Embora as definições variem não permitindo, portanto, comparações directas, as tendências ao longo do tempo podem fornecer informações úteis. Os casos comunicados de hepatite C parecem ter diminuído ao longo do tempo na Dinamarca, na Finlândia e na Suécia, ao passo que nos Países Baixos e no Reino Unido aumentaram. No caso da hepatite B, os casos notificados registaram também uma diminuição na Dinamarca e na Finlândia, enquanto que no Reino Unido e na Noruega aumentaram. O maior número de testes realizados pode, em parte, estar na base destas

Figura 13: Prevalência da infecção pelo vírus da hepatite C entre CDI que se injectam há menos de 2 anos



NB: Os parênteses indicam o intervalo de confiança a 95%.
Fonte: Pontos focais nacionais Reitox. Para fontes primárias, ver quadro estatístico 18: Prevalência da infecção por hepatite C entre novos consumidores de droga injectada na UE (versão em linha).

tendências em alta. Os CDI representam uma percentagem muito elevada do total de casos (cerca de 90% para o VHC e 40% a 70% para o VHB) na maioria dos países, sugerindo que a maioria das infecções com VHB e a quase totalidade das infecções com VHC na UE são devidas ao consumo de droga injectada ([39]).

Ver em **http://annualreport.emcdda.eu.int** mais informações relativas a esta secção:

- Caixa 6 OL: Fontes de dados — Prevalência (para os quadros estatísticos 10 a 14, 16 a 20)
- Caixa 7 OL: Fontes de dados — Notificações (para os quadros estatísticos 21 e 22)
- Quadro estatístico 10: Quadro-síntese da prevalência da infecção por HIV entre consumidores de droga injectada na UE
- Quadro estatístico 11: Quadro-síntese da prevalência da infecção por VHC entre consumidores de droga injectada na UE

([39]) Ver quadro estatístico 21: Casos comunicados de infecção por hepatite C entre consumidores de droga injectada na UE; e quadro estatístico 22: Casos comunicados de infecção por hepatite B entre consumidores de droga injectada na UE e na Noruega (versão em linha).

Quadro estatístico 12: Prevalência da infecção por HIV (percentagem de indivíduos infectados) entre consumidores de droga injectada na UE e na Noruega

Quadro estatístico 13: Prevalência da infecção por HIV entre consumidores de droga injectada com menos de 25 anos na UE

Quadro estatístico 14: Prevalência da infecção por HIV entre novos consumidores de droga injectada na UE

Quadro estatístico 15: Infecções por HIV recentemente diagnosticadas entre consumidores de droga injectada na UE e na Noruega

Quadro estatístico 16: Prevalência da infecção por hepatite C entre consumidores de droga injectada na UE

Quadro estatístico 17: Prevalência da infecção por hepatite C entre consumidores de droga injectada com menos de 25 anos na UE

Quadro estatístico 18: Prevalência da infecção por hepatite C entre novos consumidores de droga injectada na UE

Quadro estatístico 19: Prevalência da infecção por hepatite B (HbsAg) presente entre os consumidores de droga injectada na UE

Quadro estatístico 20: Prevalência de anticorpos contra o vírus da hepatite B entre consumidores de droga injectada na UE

Quadro estatístico 21: Casos comunicados de infecção por hepatite C entre consumidores de droga injectada na UE

Quadro estatístico 22: Casos comunicados de infecção por hepatite B entre consumidores de droga injectada na UE e na Noruega

Quadro estatístico 23: Incidência da infecção por hepatite C entre consumidores de droga injectada na UE

Óbitos e mortalidade relacionados com o consumo de droga entre os consumidores de droga ([40])

As estatísticas nacionais relativas a «óbitos relacionados com o consumo de droga» referem-se habitualmente aos óbitos por intoxicação aguda directamente relacionada com o consumo de droga ou «*overdoses*», embora haja diferenças de país para país ([41]). A definição utilizada no indicador fundamental do OEDT «Mortes relacionadas com o consumo de droga» inclui também estes óbitos ([42]). O desenvolvimento do indicador fundamental estimulou o trabalho em diferentes Estados-Membros tendo em vista melhorar os procedimentos de notificação de óbitos relacionados com o consumo de droga.

Convém, no entanto, ser prudente nas comparações directas de estatísticas nacionais, devido a diferenças em matéria de definições, qualidade das comunicações e cobertura. No entanto, se num mesmo país forem mantidos ao longo do tempo métodos de registo coerentes, o número de óbitos relacionados com o consumo de droga pode constituir um indicador útil das tendências em matéria de formas graves de consumo de droga, especialmente quando analisado conjuntamente com outros indicadores.

A *overdose* é uma importante causa de morte entre jovens, especialmente do sexo masculino, na maior parte dos países da UE. Os óbitos devidos à sida e a outras causas (violência, acidentes, etc.) são responsáveis pela mortalidade adicional relacionada com o consumo de droga, registando-se diferenças consideráveis entre países e cidades. De uma maneira geral, estes óbitos são comunicados por diferentes fontes de dados.

Os óbitos relacionados com o consumo de droga entre consumidores de droga injectada e consumidores de opiáceos são em número muito mais elevado do que os ocorridos na população em geral, e o consumo problemático de droga é uma das principais causas de morte entre jovens adultos na maior parte dos países da UE. Estudos realizados na década de 1990 em algumas cidades da UE (Glasgow, Madrid, Roma) constataram que uma percentagem significativa de óbitos entre jovens adultos pode ser atribuída ao consumo problemático de droga (em especial ao consumo de opiáceos injectados). Embora haja um decréscimo do número de mortes por sida, o número de óbitos por *overdose* mantém-se estável ou continua a aumentar, sendo necessários novos estudos que forneçam informações mais recentes sobre mortalidade relacionada com o consumo de droga noutras cidades.

Impacto dos óbitos relacionados com o consumo de droga

Nos últimos 10 anos, o número total anual de óbitos por intoxicação aguda relacionada com o consumo de droga comunicado por países da UE oscilou entre 7 000 e 9 000 ([43]). Estes números podem ser considerados como estimativas mínimas, pois é provável que na maior parte dos países haja uma certa subcomunicação (que por vezes poderá ser considerável). A maior parte das vítimas são jovens e, para além disso, muitas destas mortes são evitáveis.

Apesar de algumas conclusões encorajadoras que apontam para uma estabilização ou um decréscimo do número de óbitos relacionados com o consumo de droga em alguns países da UE, há muitos outros países da UE (e de outras partes do mundo) onde o número de óbitos por *overdose* continua a aumentar.

Factores de risco

Os opiáceos estão presentes no sangue da maior parte das vítimas de morte por *overdose* devido ao consumo de substâncias ilícitas, embora as concentrações encontradas nos exames toxicológicos variem muito e seja muito frequente a presença de outras substâncias ([44]).

São conhecidos vários factores de risco para as *overdose*s de opiáceos: administração por via intravenosa; consumo concomitante

([40]) Ver caixa 8 OL: Metodologia e definições utilizadas para a estimativa dos óbitos e da mortalidade relacionados com o consumo de droga (versão em linha).
([41]) Ver caixa 9 OL: Definições de «óbito por intoxicação aguda relacionada com o consumo de droga» nos Estados-Membros da UE, tal como utilizadas no relatório anual do OEDT e referidas nos relatórios nacionais (versão em linha).
([42]) Ver caixa 10 OL: Óbitos relacionados com o consumo de droga — Definição do OEDT (versão em linha). Ver também o protocolo do OEDT para os óbitos relacionados com o consumo de droga (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/drd_standard_3.pdf).
([43]) Ver quadro estatístico 24: Número de «óbitos por intoxicação aguda relacionada com o consumo de droga» registados em países da UE (de acordo com definições nacionais utilizadas para a comunicação de casos ao OEDT), 1985-2001 (versão em linha).
([44]) Ver figura 13 OL: Percentagem de óbitos relacionados com o consumo de droga, com ou sem a presença de opiáceos, nos países da UE em 2000-2001; e quadro estatístico 25: Resumo das características de vítimas de morte por intoxicação aguda relacionada com o consumo de droga nos países da UE (versão em linha).

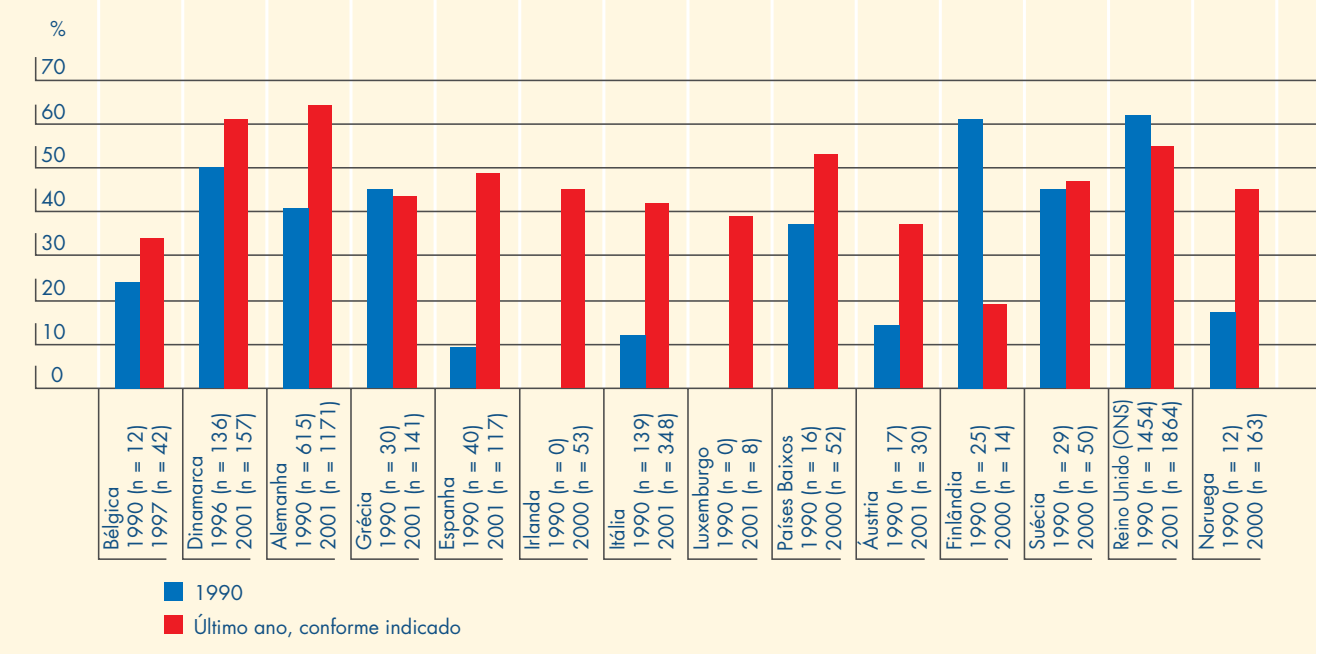
com outros depressores do sistema nervoso central (por exemplo, álcool ou benzodiazepinas); falta de tolerância depois de um período de abstinência (por exemplo, saída da prisão ou alta de um programa de tratamento); injecção em lugares públicos (que pode estar associada ao consumo de droga não testada); uma longa história de dependência de opiáceos; envelhecimento (talvez em consequência da conjugação de doenças do fígado ou doenças respiratórias); e possivelmente alterações inesperadas de pureza (embora os estudos apresentem resultados divergentes). Para além disso, a maior parte das *overdoses* de opiáceos ocorrem na presença de outros consumidores e, como a morte não é geralmente imediata, há tempo para a intervenção de terceiros. Infelizmente, porém, é frequente os circunstantes não poderem ou não quererem ajudar, seja por falta de conhecimentos, seja por medo da intervenção da polícia.

O facto de os factores de risco serem bem conhecidos e de a morte não ser imediata deveria significar que é possível evitar uma percentagem considerável de *overdoses*, ou pelo menos impedir um desfecho fatal em muitos casos, e realça a necessidade de levar a efeito intervenções adequadas, em especial no caso de consumidores de droga injectada mais velhos e daqueles que perderam a tolerância após um período de relativa abstinência.

Características das vítimas

A maioria das vítimas de *overdose* (80% a 90%) na maior parte dos países da UE são homens (entre 69% e 90%) ([45]). Isto pode ser reflexo da elevada percentagem de homens entre os toxicodependentes de opiáceos, dado que alguns estudos sugerem que o risco de *overdose* é semelhante para homens e mulheres. No entanto, em muitos casos, a percentagem de vítimas de *overdose* do sexo masculino é superior à percentagem de homens entre os pacientes admitidos a tratamento. A maior parte das vítimas tem vinte e muitos anos ou está na casa dos trinta e consome opiáceos há vários anos. Entre os países da UE, a média de idades das vítimas de óbitos relacionados com o consumo de droga varia entre os 30,2 e os 40 anos, e na maior parte dos países a idade das vítimas tende a aumentar (figura 14). A mesma tendência foi comunicada por países de fora da Europa. No entanto, na Finlândia e, em menor grau, no Reino Unido, registou-se um aumento na percentagem das vítimas mais jovens, um dado que merece especial atenção, pois poderá indiciar um aumento da incidência do consumo de droga injectada ou de opiáceos nestes últimos anos. Na Grécia e na Suécia a tendência do aumento da idade das vítimas não se registou.

Figura 14: Alterações nas percentagens de vítimas mortais por consumo de droga com mais de 35 anos nos países da UE desde 1990 ([1]) até 2000-2001



Fontes: Relatórios nacionais Reitox 2002, dados obtidos a partir dos registos gerais de óbitos ou nos registos especiais (da medicina legal ou da polícia). Baseados nas definições nacionais apresentadas na caixa 9 OL: Definições de «óbito por intoxicação aguda relacionada com o consumo de droga» nos Estados-Membros da UE, tal como utilizadas no relatório anual do OEDT e referidas nos relatórios nacionais (versão em linha). Ver também quadro estatístico 25: Resumo das características de vítimas de morte por intoxicação aguda relacionada com o consumo de droga nos países da UE (versão em linha).

([1]) Dinamarca 1996. Os anos indicados são aqueles que apresentam a distribuição necessária ou para os quais foi possível fazer uma análise comparativa (mesma distribuição etária).
Para alguns países as faixas etárias são diferentes consoante o ano considerado (Grécia: 1990, ≥ 31; e 2001, ≥ 30; Alemanha: 1990 e 2001, ≥ 30). Na Irlanda e no Luxemburgo, a percentagem de vítimas com mais de 35 anos em 1990 foi de 0%.

([45]) Ver figura 14 OL: Percentagem de homens e mulheres entre as vítimas de morte relacionada com o consumo de droga nos países da UE em 2000-2001.

Óbitos causados por outras substâncias que não os opiáceos

Os óbitos devidos a intoxicação aguda por cocaína, anfetaminas ou *ecstasy* sem a presença de opiáceos são pouco frequentes na Europa. No entanto, vários países (Espanha, França, Itália, Países Baixos e Reino Unido) comunicaram aumentos, a nível local ou nacional, do número de casos mortais em que estava presente a cocaína, geralmente associada a outras substâncias, embora as informações sejam dadas de forma heterogénea. Alguns países (por exemplo, Espanha e Portugal) comunicaram a presença frequente de cocaína nas vítimas de *overdose* de opiáceos. Além disso, a cocaína pode contribuir para óbitos aparentemente causados por doenças cardiovasculares e que poderão passar despercebidos.

Embora os óbitos associados ao consumo de *ecstasy* suscitem bastante preocupação junto da opinião pública, são relativamente raros, quando comparados com os óbitos associados ao consumo de opiáceos, apesar de o consumo de *ecstasy* ser muito mais comum. O número de casos em que os exames toxicológicos de *ecstasy* são positivos aumentou com o aumento da popularidade desta substância, mas é frequente a presença também de outras substâncias e não é claro que a morte possa ser exclusivamente atribuída ao *ecstasy*. É necessária uma avaliação mais rigorosa dos riscos a curto e a médio prazo associados ao consumo de *ecstasy*. Embora as reacções adversas ao *ecstasy* sejam aparentemente imprevisíveis, seria possível evitar algumas mortes com a adopção de medidas relativamente simples (por exemplo, o fornecimento de água) em discotecas e também com uma melhor educação sanitária.

Embora os óbitos associados ao consumo de substâncias voláteis atraiam, em geral, menos atenção, em países onde há informações disponíveis verifica-se que essas mortes não são, de forma alguma, em número despiciendo. Por exemplo, no Reino Unido, entre o período compreendido entre 1992 e 2000, registaram-se entre 64 e 85 óbitos desse tipo por ano e a maior parte das vítimas eram muito jovens (Field-Smith *et al.*, 2002). Deveria haver uma melhor recolha de informações sobre este tipo de óbitos noutros países.

As pesquisas efectuadas demonstram claramente que o tratamento de substituição reduz o risco de mortalidade por *overdose* entre os participantes em programas de substituição. No entanto, em vários países e cidades da UE, foi detectada metadona num número considerável de vítimas de óbitos relacionados com o consumo de droga. Vários estudos chegaram à conclusão de que é mais provável que a morte esteja associada ao consumo de metadona ilícita e não ao consumo de metadona prescrita por receita médica, enquanto outros estudos verificaram a existência de um risco mais elevado durante as fases iniciais do tratamento de substituição com metadona. Estes resultados indicam a necessidade de garantir que os programas de substituição obedeçam a determinadas normas de qualidade.

Tendências em matéria de óbitos por intoxicação aguda relacionada com o consumo de droga

As tendências em matéria de óbitos relacionados com o consumo de droga variam de país para país e mesmo entre regiões ou cidades de um mesmo país. Com estas limitações em mente, é, no entanto, possível traçar algumas tendências gerais para os países da UE. Durante os anos 80 e no princípio dos anos 90, observou-se um acentuado aumento do número de óbitos relacionados com o consumo de droga (figura 15 A). Durante o período de 1990-2000, manteve-se a tendência crescente global, ainda que com uma taxa mais baixa. Em 2000, foram comunicados 8 731 óbitos por intoxicação aguda relacionada com o consumo de droga em toda a UE, em comparação com os 6 394 casos registados em 1990 (um aumento de 36,5%) (figura 15 B) ([46]).

Esta tendência global poderá reflectir a rápida expansão do consumo de heroína injectada em muitos países europeus durante os anos 80 e no princípio dos anos 90. As tendências recentes poderão estar relacionadas com a aparente estabilização da prevalência do consumo problemático de droga em determinados países, com o decréscimo do consumo de droga injectada noutros e, provavelmente, com o aumento da disponibilidade de tratamento — incluindo programas de substituição. Por outro lado, o envelhecimento dos consumidores problemáticos de droga e o aumento do policonsumo poderão contribuir para um aumento do número de óbitos.

É de sublinhar que no seio da UE existem tendências nacionais diferentes e, por vezes, divergentes ([47]). Muitos países da UE continuam a comunicar, até agora ou até há muito pouco tempo, aumentos do número de óbitos relacionados com o consumo de droga, enquanto outros dão conta de estabilizações ou decréscimos. As alterações nos procedimentos e na qualidade da comunicação deverão ser sempre levadas em conta aquando da interpretação de tendências nacionais ou locais.

Foram vários os países que comunicaram uma estabilização ou uma tendência decrescente no número de óbitos por intoxicação aguda durante o segundo semestre da década de 90. A França e a Espanha revelaram uma tendência decrescente que parece ser coerente. Embora estas conclusões possam estar sujeitas às limitações do número reduzido de casos comunicados (é o que se passa em França) ou a uma cobertura limitada (apenas cinco grandes cidades, em Espanha), é importante continuar a investigar os motivos para estas tendências. Alterações verificadas na via de administração da heroína e uma expansão considerável dos programas de tratamento (em especial o tratamento de substituição) poderão estar a influenciar estas tendências ([48]). Noutros países (Alemanha, Áustria e Itália), o número de óbitos por consumo de droga tem oscilado nos últimos anos, pelo que, embora esse número pareça ter estabilizado, ainda que a um nível elevado, não há garantia de que o decréscimo verificado ao longo de dois ou três anos não seja seguido por um aumento.

([46]) É de registar que os números e as tendências em matéria de óbitos relacionados com o consumo de droga para a totalidade da UE só estão disponíveis até 2000. Houve nove países que comunicaram dados referentes a 2001, mas no caso de sete países, à data da recolha dos dados (Outono de 2002), apenas estavam disponíveis os referentes a 2000. Sempre que possível, foi utilizada a informação respeitante a 2001 no caso dos países que a comunicaram.
([47]) Ver figura 15 OL: Tendências relativas aos óbitos causados por intoxicação aguda relacionada com o consumo de droga entre os países da UE, 1985-2001 (versão em linha).
([48]) Ver relatório anual do OEDT (2002a, p. 17), figura 10 (Via de administração da heroína em Espanha), e a secção «Tratamento» (p. 49) e o quadro 3 (Desenvolvimento do tratamento de substituição em 15 Estados-Membros da UE e na Noruega) do presente relatório.

Figura 15: Tendências dos óbitos por intoxicação aguda relacionada com o consumo de droga na UE, 1985-2000 ([1])

Figura 15 (A): Tendência geral a longo prazo dos óbitos por intoxicação aguda relacionada com o consumo de droga na UE, 1985-2000 (indexação: 1985 = 100%)

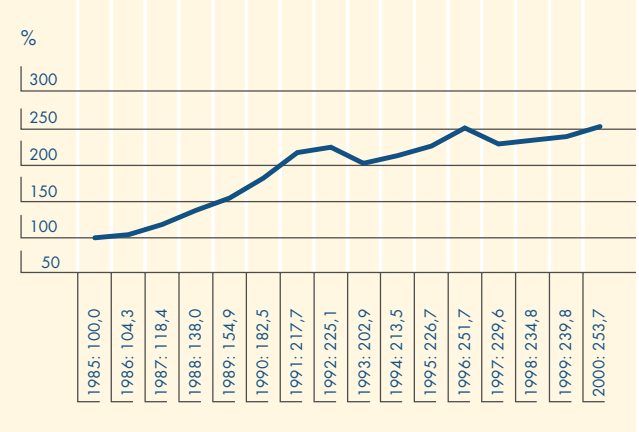
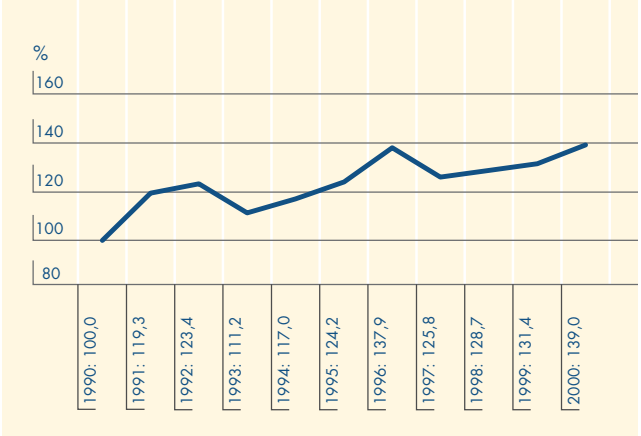


Figura 15 (B): Tendência geral recente dos óbitos por intoxicação aguda relacionada com o consumo de droga na UE, 1990-2000 (indexação: 1990 = 100%)



Fontes: Relatórios nacionais Reitox 2002, dados obtidos a partir dos registos gerais de óbitos ou nos registos especiais (da medicina legal ou da polícia). Baseados nas definições nacionais apresentadas na caixa 9 OL: Definições de «óbito por intoxicação aguda relacionada com o consumo de droga» nos Estados-Membros da UE, tal como utilizadas no relatório anual do OEDT e referidas nos relatórios nacionais (versão em linha).

([1]) Alguns países não forneceram dados relativos a alguns anos (ver quadro estatístico 24: Número de «óbitos por intoxicação aguda relacionada com o consumo de droga» registados em países da UE (de acordo com definições nacionais utilizadas para a comunicação de casos ao OEDT), 1985-2001 (versão em linha)). A fim de corrigir esta situação, foi utilizado o método de cálculo definido no projecto CT99.RTX.04, OEDT (2001) (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/guidelines_deaths_report.pdf).
Relativamente a 2001, dez países forneceram informação e seis não forneceram. O índice para 2001 não foi calculado. Para conhecer as tendências nos países que forneceram informação, ver figura 15 OL: Tendências relativas aos óbitos causados por intoxicação aguda relacionada com o consumo de droga entre os países da UE, 1985-2001 (versão em linha). Os números de casos por país por ano são apresentados no quadro estatístico 24.

Outros países ainda têm comunicado consideráveis tendências crescentes na segunda metade da década de 90 (por exemplo, Finlândia, Grécia, Irlanda, Portugal e Noruega); em alguns casos, esta tendência pode ser parcialmente atribuída à melhoria do sistema de noficação. Em Portugal, verificou-se uma inversão desta tendência em 2000 e o mesmo parece ter ocorrido na Finlândia em 2001. Estes aumentos poderão estar relacionados com a disseminação mais tardia do consumo de heroína nestes países, embora as melhorias registadas nos sistemas de notificação possam, em alguns casos, ter influenciado.

O Reino Unido apresentou uma tendência crescente contínua, embora moderada, do número de óbitos por intoxicação aguda relacionados com o consumo de droga até 2000, de acordo com a definição tradicional (que inclui alguns casos relacionados com o consumo de medicamentos — Serviço Nacional de Estatística); porém, se tivermos isoladamente em conta os casos de consumo de heroína-morfina, torna-se muito mais evidente uma marcada tendência crescente: um aumento para o quíntuplo em 2000, em comparação com 1993 em Inglaterra e no País de Gales (Griffiths, 2003) ([49]).

Por último, em alguns países, as tendências são menos claramente definidas, ou a interpretação das mudanças é mais difícil devido a uma alteração das classificações CID (da 9.ª para a 10.ª edições), mudanças nas definições nacionais ou ao pequeno número de casos envolvidos.

O facto de não haver indicações de um decréscimo global a nível da UE mostra claramente que ainda há muito por fazer para superar os danos para a saúde relacionados com o consumo de droga e que é necessário continuar a investigar a questão dos factores de risco para os óbitos relacionados com o consumo de droga e também a das intervenções devidamente orientadas.

([49]) A recém-desenvolvida «Definição da Estratégia em matéria de Droga» incide sobre drogas (drogas controladas nos termos da lei sobre o consumo ilícito de droga, de 1971, mas não óbitos com elas indirectamente relacionados, como os óbitos devidos à sida) e é relativamente semelhante à definição do OEDT. Fazendo uso da definição da estratégia em matéria de droga, o número de casos notificados quase duplicou em Inglaterra e no País de Gales entre 1993 (864) e 2001 (1 623). A aplicação da definição do OEDT traduz-se em 1 606 casos em Inglaterra e no País de Gales em 2000 e 1 443 de casos em 2001.

Mortalidade global entre os consumidores problemáticos de droga

Os consumidores problemáticos de droga representam menos de 1% da população adulta da UE, mas concentra-se neste grupo limitado da população um número significativo de problemas sanitários e sociais.

Estudos de mortalidade com base em coortes mostram que a mortalidade entre os consumidores problemáticos de droga chega a ser 20 vezes superior à da população em geral do mesmo nível etário. Esta taxa de mortalidade elevada é, em grande parte, devida a *overdoses* acidentais, mas também à sida e outras doenças infecto-contagiosas, acidentes e suicídios. As *overdoses* e mortes acidentais são responsáveis por uma parte considerável desta mortalidade em regiões com uma baixa prevalência de HIV entre os consumidores de droga, enquanto a sida desempenha um papel importante em países com uma elevada prevalência de HIV relacionada com o consumo de droga injectada.

A mortalidade entre os consumidores de droga injectada é duas a quatro vezes superior à dos consumidores de droga não injectada e (até há pouco tempo) a mortalidade entre os consumidores de droga infectados pelo HIV era duas a seis vezes superior à dos consumidores não infectados. Devido às melhorias recentes verificadas no tratamento do HIV, esta diferença parece estar a diminuir.

Tendências da mortalidade entre os consumidores problemáticos de droga

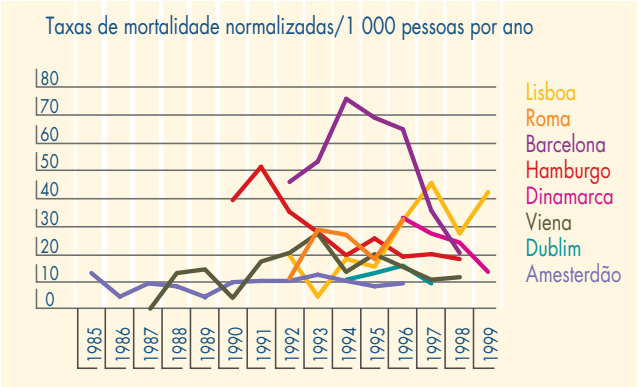
O estudo realizado em diversos locais e coordenado pelo OEDT ([50]) mostra que existem diferenças entre as taxas de mortalidade globais e a discriminação das causas de morte nos diversos locais que participaram no estudo. O estudo revela também alterações ao longo do tempo na mortalidade geral e na mortalidade com causas específicas ([51]).

Barcelona apresentou as taxas de mortalidade mais elevadas e Viena e Dublim as mais baixas. Em diversos locais, as taxas de mortalidade diminuíram desde o início ou meados da década de 90. Em Barcelona, as taxas foram particularmente elevadas entre 1992 e 1996, seguindo-se uma marcada diminuição nos últimos anos, fundamentalmente devido a um decréscimo da mortalidade por sida. Em Lisboa, verificou-se, até há pouco tempo, um aumento das taxas de mortalidade (figura 16).

As comparações directas entre locais deverão ser feitas com prudência, devido às diferenças na tipologia dos centros de tratamento em que são recrutadas coortes, embora, em geral, tendam a representar os tipos comuns de tratamento disponíveis. No entanto, as taxas de mortalidade normalizadas em termos de idade e de género entre consumidores de droga podem fornecer uma medida útil do impacto que o problema do consumo de droga exerce sobre a mortalidade em diferentes países.

A análise das taxas de mortalidade padrão (SMR) ([52]) com base nas coortes que fazem parte do estudo realizado em diversos locais demonstrou que em Barcelona o risco de morte entre consumidores problemáticos de droga do sexo masculino e feminino era, respectivamente, 24 e 64 vezes superior ao verificado em indivíduos da mesma idade e do mesmo sexo na população geral de Espanha. Em Lisboa, Hamburgo e Roma o risco de morte entre os consumidores problemáticos de droga do sexo feminino era 30 a 40 vezes superior ao da população em geral. O alto índice de SMR entre os consumidores problemáticos do sexo feminino pode ser explicado, até certo ponto, pela baixa taxa de mortalidade das mulheres jovens na população em geral.

Figura 16: Mortalidade global entre consumidores problemáticos de droga em diversas cidades ou países da UE



NB: Taxas de mortalidade normalizadas, homens e mulheres. Mortalidade por todas as causas em coortes de consumidores de opiáceos recrutados em centros de tratamento.
Existem algumas diferenças na tipologia dos centros de recrutamento (centros de tratamento) e das modalidades de tratamento de local para local, embora os centros e as modalidades de tratamento tendam a apresentar os tipos comuns de tratamento disponibilizado em cada local e, consequentemente, as coortes tenderão a ser representativas da população que recorre ao tratamento em cada local. Para informação mais detalhada, ver quadro estatístico 26: Coortes que participam no projecto do OEDT para o estudo da mortalidade realizado em diversos locais - características dos participantes e resultados (versão em linha).
O estudo realizado em diversos locais e coordenado pelo OEDT incluiu também uma coorte sueca (ver características dos participantes no quadro estatístico 26 e Bargagli *et al.*, 2002). A apresentação de novos resultados desta coorte foi adiada para permitir a revisão sueca da coorte e a análise de dados adicionais.
Fontes: Projectos OEDT CT.99.EP.07 e CT.00.EP.13, «Mortalidade entre os consumidores de droga na UE», coordenados pelo departamento de Epidemiologia, Rome E Health Authority.

Ver em **http://annualreport.emcdda.eu.int** mais informações relacionadas com esta secção:

Caixa 9 OL: Definições de «óbito por intoxicação aguda relacionada com o consumo de droga» nos Estados-Membros da UE, tal como utilizadas no relatório anual do OEDT e referidas nos relatórios nacionais

Caixa 10 OL: Óbitos relacionados com o consumo de droga — Definição do OEDT

Quadro estatístico 24: Número de «óbitos por intoxicação aguda relacionada com o consumo de droga» registados em países da UE (de acordo com definições nacionais utilizadas para a comunicação de casos ao OEDT), 1985-2001

([50]) Projectos OEDT CT.99.EP e CT.00.EP.13, Mortalidade dos consumidores de droga na UE, coordenados pelo Departamento de Epidemiologia, Autoridade Sanitária de Roma E (http://www.emcdda.eu.int/situation/themes/death_mortality.shtml).
([51]) Ver quadro estatístico 26: Coortes que participam no projecto do OEDT para o estudo da mortalidade realizado em diversos locais — Características dos participantes e resultados (versão em linha).
([52]) O SMR faz o cálculo da sobremortalidade (número de vezes) entre consumidores problemáticos de droga em comparação com pessoas da mesma idade e do mesmo género na população em geral.

Quadro estatístico 25: Resumo das características de vítimas de morte por intoxicação aguda relacionada com o consumo de droga nos países da UE

Quadro estatístico 26: Coortes que participam no projecto do OEDT para o estudo da mortalidade realizado em diversos locais:

— Características dos participantes e resultados

— Características dos consumidores de opiáceos integrados nas coortes por local

— Taxas de mortalidade padrão (SMR) por género e por local de estudo

— Distribuição das causas de morte dos participantes das coortes

Consumo de droga e criminalidade: alguns dados ([1])

Diversas fontes demonstram que uma maioria de consumidores de droga em tratamento esteve em contacto com o sistema de justiça penal. Estudos realizados na Grécia (Universidade Aristotélica de Salonica, 2000) e na Inglaterra e no País de Gales (Bennett, 2000) demonstram que, entre os indivíduos acusados da prática de crimes e os presos condenados, há maior probabilidade de os consumidores de droga terem cometido vários tipos de crime do que os não consumidores. Os atentados à propriedade são geralmente identificados como o principal tipo de crime cometido pelos consumidores de droga (Universidade Aristotélica de Salonica, 2000; Bennett, 2000; Meijer *et al.*, 2002).

No que respeita à ligação entre o consumo de droga e a criminalidade, um estudo da população prisional irlandesa (Hannon *et al.*, 2000) concluiu que 51% dos homens e 69% das mulheres afirmaram estar sob a influência de drogas quando cometeram o crime pelo qual se encontravam detidos. Segundo os cálculos apresentados num outro estudo (Millar *et al.*, 1998) realizado na Irlanda com jovens suspeitos da prática de crimes, 42% dos casos estavam relacionados com o consumo de álcool, 17% com o consumo de droga e 4% com ambos, sendo que o álcool era mais susceptível de estar a associado a perturbações da ordem pública enquanto a droga estava sobretudo associada a roubos.

Embora sejam interessantes, estes resultados devem ser vistos mais como um exemplo do que como representativos da ligação existente entre consumo de droga e criminalidade: em primeiro lugar, porque provêm de estudos efectuados com populações específicas; em segundo lugar, porque poderão variar consideravelmente consoante a droga consumida; e, em terceiro lugar, porque é especialmente difícil determinar uma ligação — em especial uma ligação de causa e efeito — entre consumo de droga e criminalidade.

([1]) Os resultados apresentados na caixa foram fornecidos pela Grécia, pela Irlanda, pelos Países Baixos e pelo Reino Unido nos respectivos relatórios nacionais de 2002 enviados ao OEDT.

Criminalidade relacionada com a droga

Pode considerar-se que a criminalidade relacionada com a droga abrange delitos penais por infracção à legislação em matéria de droga, delitos cometidos sob a influência de drogas ilícitas, delitos cometidos por consumidores para alimentarem o vício (sobretudo delitos relacionados com compra e venda), e delitos sistémicos cometidos no âmbito do funcionamento dos mercados ilícitos (luta por territórios, suborno de entidades, etc.). À excepção dos casos de violação da lei, estas categorias não estão directamente reflectidas nos dados disponibilizados de forma rotineira e, quando existem dados disponíveis, estes provêm de estudos locais *ad hoc* e não são adequados para extrapolação.

Infracções à legislação em matéria de droga

Os «relatórios» ([53]) de infracções à legislação nacional sobre droga (consumo, posse, tráfico, etc.) reflectem as diferenças existentes em termos de legislação, assim como as diferentes maneiras como a lei é executada e aplicada e as prioridades e recursos atribuídos a problemas específicos por órgãos da justiça penal. Para além disso, os sistemas de informação sobre infracções/infractores da legislação em matéria de droga variam consideravelmente de país para país, em especial no que respeita a processos de registo, definições e unidades estatísticas. Estas diferenças provocam grandes dificuldades quando se comparam dados de vários países da UE. Por este motivo, sempre que possível, o que se compara são as tendências e não os números absolutos.

A maioria dos delitos comunicados relacionados com droga prende-se com o consumo ou a posse de droga ([54]) — entre 39% de todas as infracções à legislação em matéria de droga em Portugal ([55]) e 89% na Áustria. Em Espanha, Itália e Países Baixos, onde o consumo de droga não é considerado delito penal, todos os delitos relacionados com a droga têm a ver com o tráfico de droga. O Luxemburgo e a Noruega ([56]) comunicam uma maioria de delitos relacionados tanto com o consumo/tráfico como com o tráfico de droga.

Em 2001, a *cannabis* continuou a ser a droga mais frequentemente ligada a infracções da legislação em matéria de droga — responsável por 34% dos relatórios relacionados com droga em Portugal e na Suécia e chegando aos 86% em França. No Luxemburgo, a heroína é droga predominante neste contexto, enquanto nos Países Baixos a maioria dos delitos relacionados com a droga está ligada a «drogas duras» (drogas que não a *cannabis* e seus derivados) ([57]).

Tendências

No total da UE, os «relatórios» de infracções à legislação em matéria de droga têm vindo a aumentar continuamente nos últimos 15 anos, desde 1985 até 2001 ([58]), tendo sido multiplicados por

([53]) O termo «relatórios» aplicado às infracções à legislação em matéria de droga abrange diferentes conceitos, variando de país para país (relatórios policiais sobre indivíduos suspeitos de infracção à legislação em matéria de droga, acusações por infracção à legislação em matéria de droga, etc.). Para uma definição exacta por país deve consultar-se a caixa 11 OL: Definições de «relatórios das infracções à legislação em matéria de droga» nos países da UE e na Noruega (versão em linha) (o termo «detenções» foi utilizado em relatórios anuais anteriores.)

([54]) Ver quadro estatístico 27: Tipo de infracções mais frequentemente mencionadas nos «relatórios» de infracções relacionadas com o consumo de droga nos países da UE e na Noruega (versão em linha).

([55]) Em Portugal, o consumo de droga está despenalizado desde Julho de 2001. Consequentemente, a percentagem de infracções à legislação em matéria de droga relacionadas com o consumo de droga foi menor em 2001 do que em 2000, ano em que se elevou a 55%.

([56]) A Noruega não se faz distinção entre «venda/tráfico de droga» apenas e «consumo/venda e tráfico de droga». As infracções remanescentes à legislação em matéria de droga dizem respeito apenas a «consumo de droga».

([57]) Ver quadro estatístico 28: Droga mais frequentemente mencionada nos «relatórios» de infracções relacionadas com o consumo de droga nos países da UE e na Noruega (versão em linha).

([58]) Ver quadro estatístico 29: Número de «relatórios» de infracções à legislação em matéria de droga nos países da UE e na Noruega, 1985-2001 (versão em linha).

quatro no conjunto da UE; na Dinamarca, no Luxemburgo e nos Países Baixos os aumentos foram menores (menos do dobro) e na Irlanda e Finlândia, foram multiplicados por seis.

Ao longo dos últimos três anos para que dispomos de dados, o número de «relatórios» relacionados com a droga aumentou na maioria dos países da UE. Os aumentos mais significativos foram comunicados pela Irlanda, a Finlândia e a Noruega. Em 2001, porém, a Dinamarca, a França, a Itália, o Luxemburgo e Portugal ([59]) comunicaram um decréscimo do número de «relatórios» relacionados com a droga ([60]) (figura 17).

Em todos os países relativamente aos quais existia informação disponível, a percentagem de todas as infracções à legislação em matéria de droga representada pelas infracções associadas ao consumo de droga/à posse de droga para consumo aumentou em termos gerais entre 1996 e 1999-2000 ([61]). De então para cá, as tendências têm divergido, com uma tendência ascendente ininterrupta na Alemanha, em França e na Noruega, um decréscimo na Áustria, no Luxemburgo, em Portugal e na Suécia, e uma estabilização no Reino Unido ([62]).

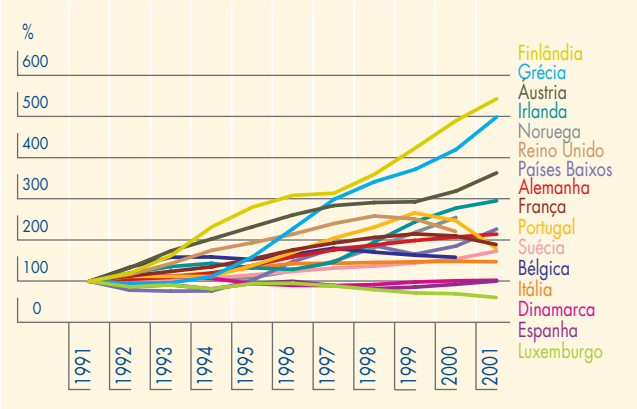
Em 10 Estados-Membros da UE, os dados disponíveis permitem determinar tendências nas drogas incluídas em relatórios sobre infracções à legislação em matéria de droga para o período entre 1996 e 2001. Ao longo deste período, a percentagem de todas as infracções em matéria de droga relacionadas com a *cannabis* aumentou, de uma maneira geral, na Alemanha, em Espanha, na França, na Itália, no Luxemburgo e em Portugal, manteve-se estável na Suécia e diminuiu na Áustria, na Irlanda e no Reino Unido ([63]). Em 2001, foram comunicados aumentos acentuados em Espanha, no Luxemburgo e em Portugal ([64]).

Ao longo do mesmo período de cinco anos, a percentagem de relatórios de infracções associadas à heroína diminuiu em todos os Estados-Membros para que havia dados disponíveis, com excepção do Reino Unido, onde as infracções associadas à heroína vêm aumentando anualmente desde 1996 ([65]). A tendência oposta é visível para as infracções associadas à cocaína, cuja percentagem sobe em todos os países excepto na Alemanha e em Portugal ([66]).

Consumidores de droga no sistema de justiça penal: reclusos

São raras as informações de rotina a nível nacional acerca do tipo e dos padrões de consumo de droga, bem como das suas consequências, entre os reclusos. A maior parte dos dados disponíveis na UE provêm de estudos *ad hoc* efectuados a nível local, utilizando amostras de reclusos que têm dimensões muito diferentes, embora sejam geralmente pequenas. Além disso, as prisões que são objecto de estudo não são, as mais das vezes, representativas do sistema prisional no seu todo, e a falta de inquéritos repetidos impede uma análise das tendências na maioria dos países. Estes factores dificultam muito a extrapolação de resultados.

Figura 17: «Relatórios» por infracção à legislação em matéria de droga nos países da UE e na Noruega, 1991-2001 — Médias móveis indexadas numa base trienal (1991 = 100)



NB: Para as definições de «relatórios» por infracção à legislação em matéria de droga, ver o quadro estatístico 29: Número de «relatórios» de infracções à legislação em matéria de droga nos países da UE e na Noruega, 1985-2001 (versão em linha). Foram introduzidos valores reais de 2001 relativamente a todos os países, de 1995 e 1997 no que se refere à Bélgica, de 1996 no caso da Espanha e de 2000 em relação ao Reino Unido e à Noruega, já que, nestes casos, os dados disponíveis não permitem calcular as médias móveis. No caso da Bélgica, a série é descontínua em 1996 (dados não disponíveis).

Fontes: Pontos focais nacionais Reitox.

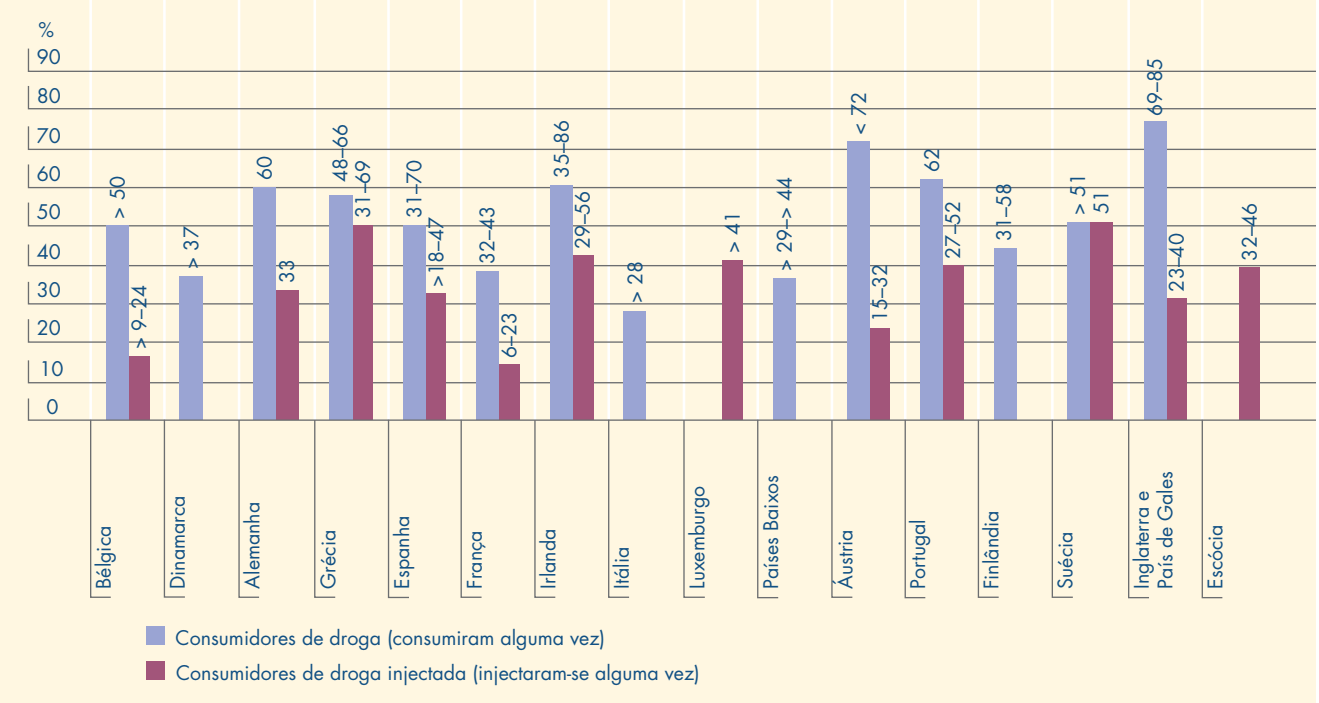
No entanto, os estudos demonstram que, em comparação com a comunidade em sentido mais alargado, os consumidores de droga estão sobre-representados entre a população prisional ([67]). A percentagem de reclusos na UE que declaram ter algumas vez consumido qualquer droga ilícita varia entre 29% e 86%, consoante os estabelecimentos prisionais e os países (mais de 50% na maioria dos estudos) (figura 18). Tal como acontece na sociedade em sentido mais alargado, a *cannabis* é a droga de consumo mais frequente, mas vários estudos revelam também elevados níveis de um historial de consumo de heroína (50% dos reclusos ou mais em alguns casos).

De acordo com vários estudos, os presos que comunicam um consumo mais regular e/ou de efeitos mais prejudiciais, como seja o consumo de droga injectada, o consumo regular ou a dependência, representam entre 6% e 69% da população prisional. Vários estudos realizados na UE demonstram, especificamente, que cerca de um terço dos reclusos adultos do sexo masculino são consumidores de droga injectada (Bird e Rotily, 2002).

A maior parte dos consumidores de droga deixa de consumir ou reduz o consumo depois de ser preso. No entanto, há alguns que continuam a consumir drogas e outros só começam depois de serem encarcerados. Entre 12% e 60% dos reclusos declaram que consomem droga dentro da prisão e 10% a 42% declaram que a consomem regularmente. Entre 3% e 34% da população prisional já consumiu drogas injectadas durante o período de reclusão ([68]).

([59]) O decréscimo em Portugal é sobretudo devido à despenalização do consumo de droga desde Julho de 2001.
([60]) À data da redacção deste documento, não estavam disponíveis dados relativos a 2001 para a Bélgica, a Noruega e o Reino Unido.
([61]) Ver figura 16 OL: Percentagem da totalidade de «comunicações» de infracções relacionadas com consumo/posse de droga, 1996-2001 (versão em linha).
([62]) Até 2000 e até à data da redacção deste documento, não estavam disponíveis dados relativos a 2001 para o Reino Unido.
([63]) Até 2000 e até à data da redacção deste documento, não estavam disponíveis dados relativos a 2001 para o Reino Unido.
([64]) Ver figura 17 OL: Percentagem de infracções comunicadas relacionadas com a *cannabis* no total das infracções à legislação em matéria de droga, 1996-2001 (versão em linha).
([65]) Ver figura 18 OL: Percentagem de infracções comunicadas relacionadas com heroína no total das infracções à legislação em matéria de droga, 1996-2001 (versão em linha).
([66]) Ver figura 19 OL: Percentagem de infracções comunicadas relacionadas com cocaína no total das infracções à legislação em matéria de droga, 1996-2001 (versão em linha).
([67]) Ver quadro estatístico 30: Percentagem de consumidores de droga entre os reclusos nos países da UE e na Noruega (versão em linha).
([68]) Ver figura 20 OL: Estimativa dos níveis de consumo de droga nas prisões nos países da UE e na Noruega (versão em linha).

Figura 18: Estimativas da prevalência ao longo da vida dos consumidores de droga na prisão na UE



NB: Sempre que possível, os dados referem-se a reclusos adultos, embora alguns dados possam também incluir jovens delinquentes. Os valores apresentados na figura foram retirados das fontes a seguir indicadas. Recomenda-se prudência nas comparações, uma vez que as definições, os períodos de referência e as metodologias variam muito de inquérito para inquérito e de país para país. A maioria dos dados foi obtida através de estudos locais *ad hoc* (não comparáveis). Para mais informação sobre cada inquérito, ver quadro estatístico 30: Percentagem de consumidores de droga entre os reclusos nos países da UE e na Noruega.

Fontes: Pontos focais nacionais Reitox. Ver também quadro estatístico 30: Percentagem de consumidores de droga entre os reclusos nos países da UE e na Noruega (versão em linha).

Bélgica
- 50% consumiram droga no último mês antes da detenção, 1999 (n = 246)
- 9% consumo regular de droga injectada antes da reclusão, 1999 (n = 246); 24% consumo de droga injectada antes da reclusão, 1997 (n = 115).

Dinamarca
- 37% durante os últimos 6 meses, consumo repetido de droga antes da reclusão, 2001 (n = 3 445).

Alemanha
- 60% consumidores de droga, 1996 (n = 16)
- 33% consumiram droga injectada antes da detenção, 1997 (n = 437)

Grécia
- 48% consumo de droga ao longo da vida antes da reclusão (n = 136), 2000; 66% consumo de heroína ao longo da vida antes da reclusão, 1995 (n = 544).
- 34% consumo de droga ao longo da vida, 1996 (n = 861); 31% consumo de droga injectada, 1995 (n = 1 183); 69% consumo de droga injectada antes da reclusão, 1995 (n = 544).

Espanha
- 43% consumo de *cannabis* no último mês antes da reclusão, 2000 (n = 5.028); 31% consumo de cocaína no último mês antes da reclusão, 1998 (n = 2.223); 70% (mulheres) consumo de droga ao longo da vida (incluindo álcool), 1998 (n = 356); 35% (mulheres) consumo regular de droga (incluindo álcool), 1998 (n = 356); 56% consumidores de droga, 1998 (n = 1 011).
- 18% consumo de heroína injectada no último mês antes da reclusão, 1998 (n = 2 223); 47% consumo de droga injectada antes da reclusão, 1997 (n = 101).

França
- 43% consumo de droga no último ano antes da reclusão, 1998 (n = 1 212); 32% consumo regular de droga no último ano antes da reclusão, 1997 (n = 8 728); 35% consumo de *cannabis* no último ano antes da reclusão, 1997 (n = 960).
- 12% consumo de droga injectada ao longo da vida antes da reclusão, 1998 (n = 1 212); 9% consumo de droga injectada no último ano antes da reclusão, 1998 (n = 1 212); 6% consumo de droga injectada no último ano antes da reclusão, 1997 (n = 8 728); 14% consumo de droga injectada antes da reclusão, 1997 (n = 960); 23% consumo de droga injectada ao longo da vida antes da reclusão, 1996 (n = 574).

Irlanda
- 35% consumo de heroína ao longo da vida, 1999 (n = 607); 52% consumo de heroína ao longo da vida, 1998 (n = 1 205); 70% consumo de heroína ao longo da vida, 1997 (n = n.d.); 86% (homens) consumo de droga ao longo da vida, 1996 (n = 108).
- 29% consumo de droga injectada ao longo da vida, 1999 (n = 607); 43% consumo de droga injectada ao longo da vida, 1998 (n = 1 205); 56% (homens) consumo de droga injectada ao longo da vida, 1996 (n = 108).

Itália
- 1% tiveram experiência de toxicodependência pelo menos uma vez na vida antes da detenção, 2001 (n = 55 275)

Luxemburgo
- 41% consumiam regularmente droga injectada, 1998 (n = 362); 32% consumiram regularmente droga injectada antes da detenção, 1998 (n = 362)

Países Baixos
- 29% com problemas de toxicodependência, 1997 (n = 528); 44% toxicodependentes, 1997 (n = 319).

Áustria
- 72% consumiram droga pelo menos uma vez na vida (num estabelecimento prisional especializado em infracções relacionadas com a droga), 1994 (n = 307)
- 26% (homens) e 32% (mulheres) consumo de droga injectada antes da reclusão, 1999 (n = 143 e 69, respectivamente); 15% consumidores de droga injectada, 1996 (estimado por peritos).

Portugal
- 62% consumiram droga pelo menos uma vez na vida, 2001 (n = 2 057)
- 27% consumo de droga injectada ao longo da vida antes da reclusão, 2001 (n = 2 057); 52% consumo de droga injectada antes da reclusão, 1997 (n = 535).

Finlândia
- 58% consumiram droga pelo menos uma vez na vida, 2001 (n = 825); 31% consumiram droga pelo menos uma vez na vida, 1995 (n = n.d.)

Suécia
- 51% consumiram droga injectada ou consumiram droga diariamente no último ano antes da detenção, 2000 (n = 3 352)
- 51% consumiram droga injectada ou consumiram droga diariamente no último ano antes da detenção, 2000 (n = 3 352)

Inglaterra e País de Gales
- 84% (mulheres) consumo de droga ao longo da vida antes da reclusão, 2001 (n = 301); 69-85% consumo de droga ao longo da vida antes da reclusão, 1997 (n = 3 140).
- 38% (mulheres) consumo de droga injectada ao longo da vida antes da reclusão, 2001 (n = 301); 24% (homens) e 29% (mulheres) consumo de droga injectada ao longo da vida, 1997-98 (n = 2 769 e 407, respectivamente); 23% a 40% consumo de droga injectada ao longo da vida, 1997 (n = 3 139).

Escócia
- 32% (homens) e 46% (mulheres) consumo de droga injectada ao longo da vida, 1991-96 (n = 2 286 e 132 respectivamente).

Ver em **http://annualreport.emcdda.eu.int** quadros estatísticos relativos a esta secção:

Quadro estatístico 27: Tipo de infracções mais frequentemente mencionadas nos «relatórios» de infracções relacionadas com o consumo de droga nos países da UE e na Noruega

Quadro estatístico 28: Droga mais frequentemente mencionada nos «relatórios» de infracções relacionadas com o consumo de droga nos países da UE e na Noruega

Quadro estatístico 29: Número de «relatórios» de infracções à legislação em matéria de droga nos países da UE e na Noruega, 1985-2001

Quadro estatístico 30: Percentagem de consumidores de droga entre os reclusos nos países da UE e na Noruega

Mercado e disponibilidade da droga

O número de apreensões de droga num país é geralmente considerado como indicador indirecto da oferta e da disponibilidade das drogas, embora reflicta também os recursos, as prioridades e as estratégias em matéria de execução da lei, bem como a vulnerabilidade dos traficantes a essa execução. As quantidades apreendidas ([69]) podem variar com maior amplitude de um ano para o outro, por exemplo, se num ano houver algumas apreensões de grande envergadura. Por este motivo, o número de apreensões ([70]) é considerado em vários países como melhor indicador das tendências gerais ([71]). Em todos os países, o número de apreensões inclui uma importante percentagem de pequenas apreensões a nível do mercado de retalho ([72]). Quando são conhecidos, a origem e o destino das drogas apreendidas poderão constituir uma indicação das rotas de tráfico e das zonas de produção. A maioria dos Estados-Membros comunica os preços e a pureza da droga ao nível do retalhista, mas os dados provêm de uma grande diversidade de fontes nem sempre comparáveis ou fiáveis, o que torna difícil estabelecer comparações exactas entre países.

Por falta de dados fornecidos pela Bélgica, pela Itália, pelos Países Baixos e pelo Reino Unido, à data da redacção do presente documento, referentes a apreensões em 2001 ([73]), estão incompletas as análises da situação em 2001 e das tendência verificadas até 2001. No quadro 1 são apresentados em pormenor dados relativos a apreensões de droga na UE e na Noruega em 2001. No texto que se segue, as tendências entre 2000 e 2001 foram inferidas da evolução dos totais da UE calculados com base nos números que nos chegaram dos únicos países para que havia dados disponíveis respeitantes a ambos os anos.

De acordo com a Europol, as estatísticas globais demonstram uma concentração de apreensões de droga, sendo que cerca de 75% das apreensões a nível mundial de todos os tipos de drogas ilícitas ocorrem apenas num pequeno número de países. Deles fazem parte a Espanha, os Países Baixos e o Reino Unido no tráfico de resina da *cannabis*, para além de Marrocos e do Paquistão; a Espanha no tráfico da cocaína, a juntar aos Estados Unidos, à Colômbia, ao México e ao Panamá; e os Países Baixos e o Reino Unido no tráfico de drogas sintéticas, juntamente com os Estados Unidos, a Tailândia e a China ([74]).

Disponibilidade de droga entre os indivíduos com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos

O inquérito do *Eurobarómetro* (EORG, 2002) realizado em 2002 sobre as atitudes relativamente à droga e as opiniões dos jovens nos Estados-Membros da UE fornece dados relativos à exposição à *cannabis*, bem como à disponibilidade conhecida de drogas ilícitas. Em todo o território da UE, 65% dos inquiridos afirmam conhecer consumidores de *cannabis* e a 46% já foi oferecida *cannabis*. Consoante o país, 34% a 69% (55%) ( ) consideram fácil obter droga perto do estabelecimento de ensino que frequentam, 39% a 71% (62%) perto do local de residência, 46% a 90% (72%) em *pubs*/clubes e 49% a 90% (76%) em festas.

([1]) Os números entre parêntesis indicam a média na UE.

Cannabis

A *cannabis* é a droga apreendida com maior frequência em todos os Estados-Membros, excepto Portugal, onde as apreensões de heroína predominam. Desde 1996, a Espanha tem vindo a apreender as maiores quantidades de *cannabis*, mais de metade do volume total apreendido na UE. Até 2000, o Reino Unido comunicou um número mais elevado de apreensões de *cannabis* do que a Espanha, mas que, em média, envolviam quantidades mais reduzidas ([75]).

Em 2001, Marrocos continuava a ser o principal país produtor da resina da *cannabis* apreendida na UE. A *cannabis* pode vir directamente de Marrocos, trazida de forma clandestina, mas em muitos casos chega através da Península Ibérica. A resina da *cannabis* também é trazida clandestinamente dos países nórdicos e dos países bálticos para a Finlândia e da Albânia para a Itália e a Grécia. A maior parte da planta da *cannabis* apreendida na Alemanha, na Bélgica, na França, no Luxemburgo e nos Países Baixos é oriunda dos Países Baixos ([76]). Para além disso, a

([69]) Ver figura 21 OL: Quantidades de droga apreendidas nos países da UE e na Noruega (indexação, 1996 = 100), 1996-2000; e figura 22 OL: Quantidades de *cannabis*, cocaína, heroína e anfetaminas apreendidas nos países da UE e na Noruega, 1985-2000 (versão em linha).

([70]) Ver figura 23 OL: Número de apreensões de droga nos países da UE e na Noruega (indexação, 1996 = 100), 1996-2000; e figura 24 OL: Número de apreensões de *cannabis*, heroína, cocaína, anfetaminas, *ecstasy* e LSD nos países da UE e na Noruega, 1985-2000 (versão em linha).

([71]) É necessária prudência na análise das tendências a nível da UE, pois as séries têm início em anos diferentes em países diferentes. Para mais informações, ver quadros estatísticos 31 a 43 (versão em linha).

([72]) Ver figura 25 OL: Número e quantidades das apreensões de droga nos países da UE (indexação 1996 = 100), 1996-2000 (versão em linha).

([73]) No caso da Itália e dos Países Baixos, faltam dados de 2001 sobre os números de apreensões. No caso da Bélgica e do Reino Unido, faltam dados de 2001 sobre os números de apreensões e as quantidades apreendidas.

([74]) Na caixa 12 OL: Tráfico de droga na UE pode encontrar mais informações da Europol.

([75]) Esta informação deverá ser verificada quando estiverem disponíveis os dados referentes ao Reino Unido.

([76]) Segundo os relatórios nacionais destes países.

Quadro 1 — Apreensões de droga nos países da UE e na Noruega, 2001

País	Anfetaminas		Cocaína		*Cannabis*		Heroína		LSD		*Ecstasy*	
	Número	Quantidade (kg)	Número	Quantidade (kg)	Número	Quantidade (kg)	Número	Quantidade (kg)	Número	Quantidade) (doses)	Número	Quantidade (pastilhas)
Bélgica	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Dinamarca	954	161	815	26	5 788	1 763	1 304	25	29	159	331	150 080
Alemanha (1)	3 459	263	4 044	1 288	29 824	8 942	7 538	836	289	11 441	4 290	4 576 504
Grécia (2)(3)	n.d.	0,078	n.d.	297	n.d.	11 926	n.d.	330	n.d.	577	n.d.	58 845
Espanha (4)	4 574	18	26 127	33 681	74 391	518 620	11 800	631	n.d.	26 535	11 947	860 164
França	111	57	1 583	2 094	45 789	62 121	2 652	351	115	6 718	1 589	1 503 773
Irlanda (5)(6)	162	18	300	5	6 233	10 157	802	30	6	323	1 485	469 862
Itália	n.d.	0,6	n.d.	1 808	n.d.	53 078	n.d.	2 005	n.d.	1 139	n.d.	n.d.
Luxemburgo	7	0	58	8	490	16	211	1	1	1	17	8 359
Países Baixos (7)(8)(9)	n.d.	579	n.d.	8 389	n.d.	33 419	n.d.	739	n.d.	28 731	n.d.	3 684 505
Áustria	161	3	768	108	5 249	456	895	288	32	572	352	256 299
Portugal (10)(11)(12)	4	0	1 100	5 575	2 411	6 707	2 430	316	6	3 588	160	126 451
Finlândia (13)	3 778	137	55	7	5 846	622	557	8	14	1 026	465	81 228
Suécia	5 513	231	328	39	6 935	739	1 271	32	28	629	595	86 336
Reino Unido	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Noruega	4 214	93	477	21	10 254	861	2 501	68	52	417	829	61 575
Total	**n.d.**	**n.d.**	**n.d.**	**n.d.**	**n.d.**	**n.d.**	**n.d.**	**n.d.**	**n.d.**	**n.d.**	**n.d.**	**n.d.**

NB: n.d., dados não disponíveis.
Fonte: Pontos focais nacionais Reitox.
(1) Os dados relativos a anfetaminas incluem também metanfetaminas.
(2) Em 2001 foi também apreendido um pequeno número de comprimidos de anfetaminas.
(3) Em 2001 foi também apreendido um comprimido de LSD.
(4) Em 2001 foram também apreendidos 11 026 comprimidos de anfetaminas.
(5) Em 2001 houve também 23 apreensões (0,975 kg) de metilanfetaminas.
(6) Em 2001 foram também apreendidos 10 comprimidos de LSD.
(7) Em 2001 foram também apreendidos 20.592 comprimidos de anfetaminas.
(8) Em 2001 foram também apreendidas 884 609 plantas da «nederwiet» *(cannabis)*.
(9) Em 2001 foram também apreendidas 113 gramas de *ecstasy*.
(10) Em 2001 foram também apreendidos 25 comprimidos de anfetaminas.
(11) O número de apreensões de heroína inclui também apreensões de heroína líquida.
(12) Em 2001 foram também apreendidas 100 gramas de *ecstasy*.
(13) O número de apreensões de cannabis inclui apenas haxixe.

França refere o próprio território nacional, a Bélgica e a Itália como outras fontes de abastecimento de planta de *cannabis*. A planta da *cannabis* também entra na Grécia e na Itália vinda da Albânia e em Portugal vinda de Angola. Existe produção local de *cannabis* na maioria dos Estados-Membros.

Em 2001, o preço da resina da *cannabis* vendida a retalho variava, em media, segundo as informações, entre 2,3 euros (Reino Unido) e 26,6 euros (Noruega) por grama e o das folhas da *cannabis* entre 1,9 euros (Espanha) e 8 euros (Bélgica, Suécia) por grama. A percentagem do teor do ingrediente activo da *cannabis*, tetrahidrocanabiol (THC), na resina da *cannabis* varia entre 5% e 14%, embora haja registos, na UE, em 2001, de amostras que apresentam uma variação de 0,15% a 39% de THC. O teor médio de THC nas folhas da *cannabis* é semelhante, cerca de 5% a 11%, embora na Noruega seja, tipicamente, mais baixo (1% a 3%), podendo atingir 34% em algumas amostras na Alemanha.

Tendências

O número de apreensões de *cannabis* (77) tem vindo a registar um aumento contínuo na UE desde 1985, mas parece terem estabilizado desde 1999. Em 2001, as apreensões de *cannabis* aumentaram na Áustria, na Dinamarca, na Espanha, na Finlândia, na Irlanda, no Luxemburgo, na Suécia e na Noruega. As quantidades apreendidas (78) também aumentaram a partir de 1985, mas estabilizaram desde 1995.

(77) Ver figura 26 OL: Número de apreensões de *cannabis*, 1996-2001 (indexação) (versão em linha).
(78) Ver figura 27 OL: Quantidades de *cannabis* apreendidas, 1996-2001 (indexação) (versão em linha).

O preço da *cannabis* é geralmente estável na UE, com excepção do Reino Unido, que comunicou uma tendência decrescente nos últimos 4 anos. Em 2001, o preço aumentou na Bélgica, na França, no Luxemburgo, nos Países Baixos (folhas) e na Noruega (resina). Em 2001, Portugal e o Reino Unido comunicaram um aumento da pureza da resina e das folhas da *cannabis* vendidas nas ruas. A pureza da resina da *cannabis* também aumentou na Bélgica e na Itália.

Heroína

Em 2000, foram apreendidas cerca de nove toneladas de heroína na UE, mais de um terço das quais no Reino Unido. A heroína apreendida na UE provém sobretudo do Afeganistão (e do Paquistão), seguido dos países do Sudeste Asiático, através do Irão, da Turquia e da rota dos Balcãs. No entanto, há notícias de um aumento do tráfico através da Europa Oriental (Bielorrússia, Bósnia, Estónia, Rússia) e dos países da Ásia Central a partir da antiga URSS.

Na rua, os preços da heroína na UE variaram, em média, entre 31 e 194 euros por grama em 2001. Os preços mais elevados foram comunicados pelos países nórdicos e pela Irlanda. A pureza da heroína (branca ou castanha) varia em média entre 14% e 48%, embora a Noruega tenha comunicado em 2001 um grau de pureza média superior no que respeita à heroína branca.

Tendências

A nível da UE, as apreensões de heroína ([79]) aumentaram até 1991-1992, estabilizando em seguida. Em 2001, diminuíram na Alemanha, na Dinamarca, na França, no Luxemburgo e em Portugal. Em comparação com a situação registada em 1985, as quantidades apreendidas ([80]) a nível da UE têm vindo a aumentar. Estabilizaram durante o período de 1991-1998, mas voltaram a aumentar desde então. Em 2001, uma maioria de países comunicou aumentos das quantidades de heroína apreendida. De acordo com informações da Europol, a diminuição espectacular da produção de ópio no Afeganistão em 2001 não se reflectiu em igual medida nas quantidades de heroína disponível nos mercados de droga da UE, provavelmente devido às enormes existências de ópio e heroína acumuladas depois das colheitas recorde de 1999 e 2000.

Os preços da heroína vendida na rua mantêm-se geralmente estáveis ou registam um decréscimo, embora em 2001 tenha sido comunicado um aumento na Bélgica (heroína castanha) e na Dinamarca. De acordo com os dados geralmente recebidos, a pureza da heroína ou é estável ou está a decrescer em todos os países, muito embora recentemente se tenha registado um aumento da pureza da heroína castanha na Bélgica, na Dinamarca, na Irlanda e no Reino Unido.

Cocaína

A Espanha continua a ser o país da UE com o nível mais elevado de apreensões de cocaína. Em 2001, essas apreensões representaram mais de metade ([81]) do total registado na UE, tanto em termos do número de apreensões como das quantidades apreendidas. A cocaína apreendida na Europa vem da América Latina (especialmente dos países andinos como a Colômbia e o Peru, mas também do Equador), directamente ou passando pela América Central, Espanha e/ou Países Baixos. Embora alguns países da UE tenham comunicado que a Espanha é um dos países de trânsito para a entrada da cocaína na UE, as autoridades espanholas notificam que não existem provas de grandes remessas de cocaína em Espanha, correspondentes ao tráfico internacional. De acordo com a Europol, entram anualmente na UE cerca de 200 toneladas de cocaína despachadas por via marítima ou transportadas por correio aéreo, o que é facilitado pela existência de portos e aeroportos de grande dimensão ([82]).

Em 2001, a variação do preço da cocaína vendida a retalho foi de 47 a 187 euros por grama. Os preços mais baixos foram encontrados em Espanha e os mais elevados na Finlândia e na Noruega. A pureza da cocaína é geralmente elevada, entre 45% e 80% na maioria dos países, excepto na Irlanda, onde, em 2001, foi, em média, mais baixa (23%).

Tendências

O número total de apreensões de cocaína ([83]) registou um aumento contínuo na UE desde meados da década de 80 — excepção feita a uma descida em 2000 — e parece ter continuado a aumentar em 2001 ([84]). As quantidades de cocaína apreendida ([85]) também apresentaram variações dentro de uma tendência global crescente entre 1985 e 2001. Em 2001, foi comunicado um aumento acentuado, que ficou a dever-se sobretudo a um grande aumento da quantidade total de cocaína apreendida pela Espanha.

Os preços da cocaína vendida na rua apresentam-se estáveis ou em diminuição em todos os países nestes últimos anos, mas em 2001 aumentaram na Noruega. A pureza da cocaína permanece, em geral, estável ou apresenta uma diminuição em todos os Estados-Membros, embora tivessem sido comunicados aumentos em 2001 por parte da Alemanha, da Dinamarca, de Portugal e do Reino Unido.

Drogas sintéticas: anfetaminas, *ecstasy* e LSD

Na Finlândia, Suécia e Noruega, as anfetaminas são a segunda droga mais apreendida (a seguir à *cannabis*). O *ecstasy* é a segunda droga mais apreendida na Irlanda. Nos últimos cinco anos, o maior número de apreensões de anfetaminas e *ecstasy* ocorreram no Reino Unido ([86]).

([79]) Ver figura 28 OL: Número de apreensões de heroína, 1996-2001 (indexação) (versão em linha).
([80]) Ver figura 29 OL: Quantidades de heroína apreendidas, 1996-2001 (indexação) (versão em linha).
([81]) Embora esta informação deva ser verificada quando estiverem disponíveis os dados em falta referentes a 2001.
([82]) Ver caixa 13 OL: Tráfico de Cocaína (versão em linha) contém mais informações da Europol.
([83]) Ver figura 30 OL: Número de apreensões de cocaína, 1996-2001 (indexação) (versão em linha).
([84]) Esta informação deverá ser verificada quando estiverem disponíveis os dados em falta referentes a 2001.
([85]) Ver figura 31 OL: Quantidades de cocaína apreendidas, 1996-2001 (indexação) (versão em linha).
([86]) Esta situação deverá ser verificada quando estiverem disponíveis os dados em falta do Reino Unido referentes a 2001.

De acordo com a Europol ([87]), o número de locais de produção de drogas sintéticas anualmente descobertos na UE mantém-se estável, na ordem dos 50 a 70. No entanto, embora o número de instalações de produção mantenha uma relativa estabilidade, os progressos da metodologia, a maior sofisticação do equipamento de fabrico e a crescente participação de especialistas traduzem-se numa eficiência e capacidade de produção cada vez mais elevadas. De momento, os Países Baixos e, em menor proporção, a Bélgica são os principais locais de produção de *ecstasy*, anfetaminas e drogas afins, mas também nos chegam notícias de produção noutros Estados-Membros (Espanha, França e Reino Unido) e em países da Europa Central e Oriental (Estónia, República Checa, Lituânia, Polónia), e ainda na Tailândia. Também segundo a Europol, embora a União Europeia continue a ser a principal fonte de produção de *ecstasy*, esta produção está a espalhar-se por todo o mundo, tendo sido descobertas instalações no Sudeste Asiático, na China, na América do Norte, na África do Sul e na América do Sul.

De acordo com os dados recebidos, as anfetaminas são vendidas, em média, ao preço de 12 a 40 euros por grama, enquanto o preço dos comprimidos de *ecstasy* varia entre 6 e 20 euros, em média. Dados respeitantes a 2001 mostram que os países onde as drogas sintéticas são mais baratas são a Bélgica e o Reino Unido. A pureza das anfetaminas é muito variável, oscilando entre 2% na Irlanda e 52% na Noruega. A maioria dos comprimidos vendidos como *ecstasy* contém, de facto, *ecstasy* ou substâncias semelhantes ao *ecstasy* (MDMA, MDEA, MDA), variando entre 58% dos comprimidos analisados na Finlândia e 99% dos analisados na Alemanha, Espanha, Reino Unido e Noruega e 100% em Portugal. As anfetaminas (ou metanfetaminas) encontram-se em 2% a 20% dos comprimidos, mas também é possível encontrar várias outras substâncias psicoactivas (2-CB, 2-CT7, 4-MTA, MDE, PMA e PMMA).

Tendências

As apreensões de anfetaminas — quer em número ([88]) quer em quantidade ([89]) — aumentaram em todo o território da UE entre 1985 e 1998 ou 1999. O número de apreensões de anfetaminas decresceu em 1999 e 2000, especialmente devido ao decréscimo registado no Reino Unido, mas voltou a aumentar manifestamente em 2001 a nível da UE ([90]). Após terem diminuído entre 1998 e 2000, as quantidades apreendidas voltaram a aumentar em 2001 numa maioria de países ([91]).

As apreensões de *ecstasy* ([92]) têm registado, desde 1985, um aumento em quase toda a UE — excepto em 1997 e 1998 —, com aumentos acentuados em 2001, sobretudo em Espanha, que comunicou 11 947 apreensões em 2001 (em comparação com as 3 750 de 2000). As quantidades de *ecstasy* apreendidas ([93]) seguiram a mesma tendência crescente de 1985 a 1993, data em que estabilizaram. A isto seguiu-se, porém, um pico em 1996 e desde 1999 que as quantidades apreendidas estão de novo a aumentar. A nível da UE, o número de comprimidos de *ecstasy* apreendidos parece ter estabilizado em 2001, mas esta tendência terá de ser reconfirmada pelos dados fornecidos pelo Reino Unido, uma vez que este é o país da UE onde se registam mais apreensões de *ecstasy*. As apreensões de LSD são menos comuns. A nível da UE, registou-se um aumento, quer em número ([94]) quer em quantidades ([95]), até 1993 e, desde então, um decréscimo ([96]), excepção feita a uma ligeira subida em 2000.

Após decréscimos significativos na década de 90, os preços das anfetaminas e do *ecstasy* estabilizaram na UE. No entanto, em 2001, a Noruega comunicou um importante decréscimo do aumento dos preços das anfetaminas vendidas na rua. O preço médio dos comprimidos de *ecstasy* diminuiu em 2001 na maior parte dos países. Em 2001, a percentagem de comprimidos contendo *ecstasy* ou substâncias semelhantes ao *ecstasy* aumentou na Bélgica, na Dinamarca, em Espanha e em Portugal, enquanto a dos que contêm anfetaminas (e metanfetaminas) diminuiu. A Finlândia comunicou o contrário, bem como uma elevada percentagem de comprimidos contendo buprenorfina (23%).

Ver em **http://annualreport.emcdda.eu.int** quadros estatísticos relativos a esta secção:

- Quadro estatístico 31: Número de apreensões e quantidades apreendidas (todas as drogas), 2001
- Quadro estatístico 32: Número de apreensões de anfetaminas, 1985-2001
- Quadro estatístico 33: Número de apreensões de *cannabis*, 1985-2001
- Quadro estatístico 34: Número de apreensões de cocaína, 1985-2001
- Quadro estatístico 35: Número de apreensões de *ecstasy*, 1985-2001
- Quadro estatístico 36: Número de apreensões de heroína, 1985-2001
- Quadro estatístico 37: Número de apreensões de LSD, 1985-2001
- Quadro estatístico 38: Quantidades de anfetaminas apreendidas, 1985-2001 (kg)
- Quadro estatístico 39: Quantidades de *cannabis* apreendidas, 1985-2001 (kg)
- Quadro estatístico 40: Quantidades de cocaína apreendidas, 1985-2001 (kg)
- Quadro estatístico 41: Quantidades de *ecstasy* apreendidas, 1985-2001 (comprimidos)
- Quadro estatístico 42: Quantidades de heroína apreendidas, 1985-2001 (kg)
- Quadro estatístico 43: Quantidades de LSD apreendidas, 1985-2001 (doses)

([87]) Ver caixa 14 OL: Tráfico de drogas sintéticas (versão em linha) contém mais informações da Europol.
([88]) Ver figura 32 OL: Número de apreensões de anfetaminas, 1996-2001 (indexação) (versão em linha).
([89]) Ver figura 33 OL: Quantidades de anfetaminas apreendidas, 1996-2001 (indexação) (versão em linha).
([90]) Esta tendência deverá ser verificada quando estiverem disponíveis os dados em falta (em especial do Reino Unido) referentes a 2001.
([91]) Esta tendência deverá ser verificada quando estiverem disponíveis os dados em falta (em especial do Reino Unido) referentes a 2001.
([92]) Ver figura 34 OL: Número de apreensões de *ecstasy*, 1996-2001 (indexação) (versão em linha).
([93]) Ver figura 35 OL: Quantidades de *ecstasy* apreendidas, 1996-2001 (indexação) (versão em linha).
([94]) Ver figura 36 OL: Número de apreensões de LSD, 1996-2001 (indexação) (versão em linha).
([95]) Ver figura 37 OL: Quantidades de LSD apreendidas, 1996-2001 (indexação) (versão em linha)
([96]) Esta tendência deverá ser verificada quando estiverem disponíveis os dados em falta referentes a 2001.

Capítulo 2

Respostas ao consumo de droga

O presente capítulo faz uma apresentação geral da evolução das políticas e estratégias em matéria de droga, quer nacionais, quer comunitárias. Também são analisadas as respostas ao problema da droga nos sectores educativo, da saúde, da assistência social, da justiça penal e da redução da oferta.

Evolução das políticas nacionais em matéria de droga

Reorganização dos sistemas de coordenação da luta contra a droga

A tendência observada nos últimos anos de organização das políticas nacionais em matéria de droga através de planos de acção e sistemas de coordenação nacionais prosseguiu em 2002 ([97]). A Alemanha, a Itália, algumas províncias austríacas, a Suécia e a Noruega associaram-se a outros parceiros da UE na adopção de um plano, um programa ou uma estratégia coerente de luta contra a droga. É interessante registar, porém, como este domínio está sujeito a alterações frequentes. Muitas vezes, as modificações ocorridas a nível governamental traduzem-se numa modificação da estratégia de luta contra a droga ou da organização dos serviços de luta contra a droga.

Em Portugal, o novo governo que tomou posse em 2002 fundiu o Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (IPDT) e o Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT) dando lugar ao IDT (Instituto da Droga e da Toxicodependência) e transferiu a responsabilidade pelo novo organismo da Presidência do Conselho de Ministros para o Ministério da Saúde. No Reino Unido, a seguir à sua reeleição em 2001, o Governo apresentou, em Dezembro de 2002, uma actualização da sua estratégia de luta contra a droga e procedeu também a algumas reestruturações no âmbito dos seus sistemas das parcerias de redução do crime a nível local («Local Crime Reduction Partnership»). As equipas de acção na luta contra a droga («Drug Action Teams») foram igualmente reestruturadas, em 2002, para cumprimento do âmbito de acção das autoridades locais. Na Noruega, a Administração Central de Saúde e Social foi reorganizada de modo a dar mais ênfase ao conhecimento e à experiência como base para o planeamento e o desenvolvimento estratégico da política em matéria de droga, enquanto na Irlanda o novo governo (2002) encarregou o recém-criado departamento para ps assuntos das comunidades, rurais e gaélicos da implementação da estratégia nacional de luta contra as drogas 2001-2008, tendo nomeado um ministro de Estado que será o responsável pela estratégia de luta contra a droga e pelos assuntos relativos às comunidades, em especial a habitação e a renovação urbana, que na Irlanda se consideram interligadas. Para além disso, o Governo deu relevo a iniciativas de luta contra a toxicodependência e a criminalidade e de regeneração de comunidades desfavorecidas com vista a «construir uma sociedade solidária». Na Áustria, foi criada no âmbito do Ministério do Interior a Agência Criminal Federal para garantir uma maior coordenação no combate à criminalidade. Além do mais, e pela primeira vez na Áustria, foram afectados recursos em termos de pessoal à «Federal Drug Coordination», responsável pela coordenação das políticas em matéria de droga a nível federal.

O OEDT acompanha constantemente estas tendências, estes padrões e estas modificações, e em Dezembro de 2002 publicou um estudo comparativo de estratégias e coordenação da luta contra a droga no domínio da toxicodependência. Este estudo está disponível em linha ([98]).

Percepção por parte da opinião pública do problema da droga e da política de luta contra a droga

A opinião pública está cada vez mais consciente do problema da toxicodependência e das suas consequências e interessa-se pela política nacional de luta contra a droga. No entanto, os resultados de vários inquéritos e sondagens de opinião demonstram que as atitudes relativamente à droga não são uniformes em toda a UE.

Um inquérito realizado em Voralberg, na Áustria, apurou que 63% dos estudantes e 40% a 45% dos adultos se opõem a que indivíduos maiores de 18 anos sejam penalizados pelo consumo de *cannabis*. Em Viena, 78% dos inquiridos expressaram a opinião de que a *cannabis* devia ser proibida mas manifestaram-se a favor da despenalização para os toxicodependentes, constituindo assim uma grande proporção dos 86% que concordaram que os toxicodependentes devem receber tratamento e não castigo. Um outro inquérito, realizado em Espanha em 2002 pelo Centro de Investigação Sociológica, concluiu que tanto as drogas como o álcool são vistos como um importante problema social, a seguir ao desemprego e ao terrorismo, mas à frente da delinquência e da insegurança cívica. Em França, a percentagem de pessoas que é favorável a que a *cannabis* tenha venda livre subiu de 17% em 1999 para 24% em 2002 e quase três quartos dos franceses (Beck *et al.*, 2002) pensam que não é possível conseguir que haja um mundo sem drogas. No entanto, metade dos inquiridos acreditam no efeito de «porta de entrada» («gateway effect») ([99]) e 65% opôs-se à descriminalização da *cannabis* mesmo em determinadas

([97]) Relatório sobre novos desenvolvimentos. Panorâmica completa das estratégias nacionais e da coordenação na áreas das drogas disponível em http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/strategies.shtml.

([98]) Disponível em http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/strategies.shtml.

([99]) Este «efeito ou teoria de porta de entrada» implica a existência de um estádio sequencial de progressão no consumo de drogas. Para mais informações, ver Gabinete das Nações Unidas para o Controlo das Drogas e Prevenção da Criminalidade (2000).

circunstâncias (enquanto 88% se opôs à descriminalização do consumo de heroína). Na Irlanda, um inquérito sobre as atitudes relativamente ao consumo de *cannabis* realizado pela «Lansdowne Market Research» (com entrevistas presenciais de uma amostra representativa de 1 159 adultos a partir dos 15 anos) indicou que as opiniões são muito variáveis. Embora quase dois terços dos entrevistados em idade de votar (18 anos e mais) considerassem que a *cannabis* deveria ser autorizada por razões clínicas (desde que os benefícios clínicos tivessem sido provados), apenas uma pequena minoria (1 pessoa em 17) era a favor da legalização total. O baixo nível de apoio à legalização reflecte provavelmente o facto de se considerar que a *cannabis* é uma droga «porta de entrada». No Reino Unido, a reclassificação da *cannabis* de droga da classe B para droga da classe C suscitou um debate generalizado, com pessoas a favor e outras contra essa reclassificação.

Desenvolvimentos jurídicos

Ao longo do período abrangido pelo relatório, ocorreram desenvolvimentos jurídicos nos domínios da melhoria do tratamento e das condições de reabilitação para toxicodependentes, do controlo de traficantes e consumidores por parte do Estado e da aplicação de medidas mais fortes contra os crimes contra a ordem pública e perturbações da ordem pública na rua, devido ao consumo de droga.

Tratamento e reabilitação

O ano passado, vários países da UE procederam a alterações legislativas com o objectivo de facilitar o tratamento e a reabilitação dos toxicodependentes. No Luxemburgo, um decreto governamental estabeleceu o enquadramento jurídico para o tratamento de substituição a nível nacional, que prevê um sistema de licenças para médicos e os critérios de admissão dos pacientes e cria um comité de vigilância do programa. Na Grécia, foi implementado no hospital geral público de Rodes um projecto-piloto que autorizava a utilização da buprenorfina como tratamento de substituição. Na Finlândia, os toxicodependentes de opiáceos têm direito a receber tratamento de desintoxicação e de substituição, complementado por tratamento de manutenção, e o resultado foi um aumento do número de unidades que procedem à avaliação da necessidade de tratamento farmacêutico por parte de toxicodependentes e prestam esse tratamento. E na Alemanha, desde a entrada em vigor, em Julho do ano passado, do nono volume do Código de Segurança Social Alemão, os toxicodependentes beneficiam de mais direitos e de legislação que define com mais clareza como e quando é que os regimes de seguro de saúde deverão pagar as desintoxicações e os regimes de seguro de pensão deverão pagar a reabilitação.

Em Abril de 2002, o Parlamento dinamarquês decidiu abolir as disposições legais que, embora nunca tivessem sido implementadas, tinham permitido que as autoridades provinciais retivessem toxicodependentes em tratamento. E em Junho do ano passado, um decreto ministerial na Itália, em consonância com o Plano Nacional de Luta contra a Droga e com o objectivo de melhorar o tratamento orientado para a abstinência, autorizou os serviços de tratamento privados a certificarem a toxicodependência. Em consequência, os centros de tratamento da toxicodependência puderam admitir internados vindos directamente de qualquer ponto do país e, com a autoridade conferida por um certificado de dependência, solicitar que o SerT local (serviço de toxicodependência) de um consumidor de droga pagasse o tratamento prestado. Porém, na sequência de uma alteração à Constituição italiana pela qual as competências em matéria de saúde e assistência social foram transferidas para a administração regionais, o Tribunal Constitucional declarou o referido decreto inconstitucional com base em que se trata de matéria da responsabilidade das regiões. Na Noruega, o Estado assumiu a propriedade e a responsabilidade pelo funcionamento dos hospitais em 2002, e a responsabilidade pelos serviços de saúde de porta aberta e pela reabilitação de toxicodependentes com assistência médica pertence ao Ministério da Saúde. A responsabilidade dos condados em matéria de serviços de saúde especializadas no tratamento da toxicodependência deverá ser transferida para o Estado em 2004, tendo o Ministério dos Assuntos Sociais proposto a transferência das responsabilidades dos condados em matéria de serviços sociais especializados e de tratamento de toxicodependentes para os municípios, a partir de 2004. Essas alterações visam proporcionar aos toxicodependentes um sistema e medidas de tratamento mais abrangentes e coerentes.

Na Áustria, a concretização das medidas relativas à saúde exigidas pelo artigo 11.° da Lei dos Estupefacientes levanta um problema. Oficialmente, os esforços deviam incidir sobre a eliminação do tráfico (organizado) de droga, mas apesar disso uma grande percentagem dos delitos têm a ver com o consumo de *cannabis*, para o qual as autoridades de saúde a nível distrital prescrevem habitualmente medidas relacionadas com a saúde, ao abrigo do artigo 11.° Resultado: os centros de tratamento da toxicodependência não têm recursos suficientes para responder à procura e não conseguem cumprir as suas responsabilidades.

Monitorização de traficantes

Num cenário de aumento da segurança, diversos países dão conta de alterações jurídicas tendentes a melhorar a monitorização de traficantes e consumidores. Na Dinamarca, uma lei que entrou em vigor em Junho de 2002 exige que os fornecedores de serviços de telecomunicações gravem e guardem por um período de um ano quaisquer telecomunicações e comunicações via Internet que possam ser relevantes para investigações policiais. Desde que possua um mandado emitido por um tribunal, a polícia pode, neste momento, utilizando programas de computador ou outro equipamento informático, ler dados que não são do domínio público contidos em computadores. De forma semelhante, em Portugal, uma lei introduzida em Janeiro de 2002 estabeleceu medidas especiais (no domínio da recolha de provas, confidencialidade das informações e confisco de activos) que contribuam para combater o crime financeiro organizado e outros crimes graves, incluindo o tráfico de droga. Na Finlândia, uma alteração à lei da Polícia alargou os direitos da polícia, permitindo-lhe obter informações provenientes de

telecomunicações (por exemplo, em casos de suspeita de crimes relacionados com droga) e proceder à vigilância técnica. Em 2002, o Governo apresentou a lei sobre medidas coercivas. Esta lei, cuja aplicação ainda não está especificada, alargará as possibilidade de televigilância e de monitorização de comunicações.

Em Janeiro de 2002, o Código do Processo Penal dos Países Baixos foi alterado de forma a permitir, para além da revista das cavidades do corpo, a utilização de raios X e ultra-sons em qualquer pessoa suspeita de ter engolido pequenas embalagens contendo droga, desde que esses exames sejam efectuados por um médico. As técnicas de detecção dos consumidores também aumentaram e, no Verão passado, foi alargado o programa piloto de realização de testes para detecção de droga em Inglaterra e no País de Gales. Este programa permite a recolha de amostras em adultos que se encontram detidos pela polícia, acusados dos chamados «delitos despoletadores» («trigger offence») (sobretudo crimes de aquisição de droga e prática de delitos relacionados com droga), para a realização de análises que permitam detectar a presença de heroína ou cocaína. Àqueles indivíduos cujas análises forem positivas é dada a oportunidade de falarem com um funcionário dos serviços de encaminhamento para detenção a fim de serem submetidos a uma avaliação para tratamento, e os resultados das análises são postos à disposição dos tribunais para ajudarem na tomada de decisões relativas a caução e sentença. As conclusões preliminares do projecto-piloto foram publicadas em Março de 2003. Estes testes de droga serão alargados, durante o ano de 2003, a 30 unidades de comando da polícia de alta criminalidade (divisões de polícia no interior de uma área policial) no Reino Unido.

Medidas para reduzir os crimes contra a ordem pública

Ao longo do último ano, foram tomadas disposições legislativas em alguns Estados-Membros com o objectivo de minimizar o impacto social do consumo de droga através do exercício de um controlo mais rigoroso da ordem pública.

Na Irlanda, a Lei da Justiça Penal (Ordem Pública) 2002 veio reforçar a lei de 1994 sobre a ordem pública. As pessoas condenadas, ao abrigo da lei de 1994, por atentarem contra a ordem pública, incluindo intoxicação (por consumo de droga) em público, e que possam colocar-se a si próprias ou a terceiros em perigo, poderão receber uma ordem de exclusão que as proíbe de entrarem ou permanecerem em determinados locais, incluindo locais de venda de bebidas alcoólicas, salões de baile ou locais que sirvam alimentos.

No Reino Unido, a secção 8 da Lei da Toxicodependência, que se aplica aos ocupantes individuais e responsáveis por determinados tipos de instalações, foi alterada de modo a abranger o consumo ilegal de qualquer droga sujeita a controlo (que anteriormente se aplicava apenas ao consumo de *cannabis* ou ópio fumados) e de abarcar as casas de *crack*. Todavia, o âmbito destes poderes é vasto, tendo o Governo subsequentemente decido que as propostas da secção 8 podem não ser suficientemente eficazes para tratar este problema. Por conseguinte, está a procurar promulgar nova legislação sob a forma de uma lei sobre comportamento anti-social visando as instalações e não os indivíduos e que permita à polícia, em consulta com autoridades locais, fechar as casas de *crack* em 48 horas. Assim, o Reino Unido não tenciona, para já, implementar a alínea d) da secção 8, embora o possa vir a fazer caso as sanções previstas na lei sobre comportamento anti-social não forem consideradas completamente eficazes ao longo dos próximos dois anos.

Nos Países Baixos, a Lei Victoria *(Victoria Act)* de 1997 conferiu aos presidentes de câmaras municipais poderes para encerrarem locais onde o consumo e o tráfico de droga atentassem contra a ordem pública. No entanto, atendendo a que o encerramento de edifícios pode afectar negativamente o aspecto e a estrutura social de uma zona, a nova Lei Victor *(Victor Act)* de Maio de 2002 autorizou os municípios a voltarem a adjudicar as instalações encerradas, por exemplo, permitindo que fossem ocupadas por novos locatários. Na cidade de Venlo, um projecto-piloto com a duração de quatro anos, em que participam a polícia, magistrados e o governo, tem por objectivo a redução dos atentados à ordem pública causados pelos muitos turistas de droga que compram *cannabis* em cafés de venda clandestina. E em Julho de 2002, o presidente da Câmara de Roterdão, no exercício dos poderes que lhe foram conferidos nos termos da Lei dos Municípios *(Municipality Act)* proibiu pessoalmente, durante um período de seis meses, o acesso a cerca de 50 toxicodependentes que incomodavam os moradores de um bairro local. Contudo, o tribunal regional decidiu que, embora o presidente da Câmara tivesse poderes para combater os atentados à ordem pública, uma proibição de 6 meses era demasiado longa e injustificada; mesmo assim, a cidade de Roterdão tenciona prosseguir a sua política de interdições.

Em Junho de 2001, na Dinamarca, entrou em vigor uma lei que proíbe a entrada em determinadas instalações. O objectivo dessa lei é proporcionar uma intervenção mais eficaz em clubes de consumo de *cannabis* e em relação a outros tipos de crime organizado cometidos em determinados locais e que suscitam preocupação entre a vizinhança. A lei permite que a polícia, após aviso prévio, emita uma sentença judicial de três meses contra o proprietário das instalações, proibindo a chegada ou a permanência de visitantes. A violação de uma sentença judicial é punível com multa, e a repetição das violações conduz a uma sentença de prisão que pode chegar a quatro meses.

Evolução a nível da UE

Em Novembro de 2002, a Comissão Europeia publicou uma comunicação sobre a avaliação intercalar do Plano de Acção da UE de Luta contra a Droga (2000-2004) ([100]) que teve como objectivo avaliar o grau de concretização das iniciativas identificadas na referida estratégia. Como essa estratégia compreende acções a desenvolver tanto a nível dos Estados-Membros, como da União Europeia, do OEDT e da Europol, a avaliação intercalar baseou-se em instrumentos complementares, incluindo as respostas dos Estados-Membros a um questionário e

([100]) COM(2002) 599 final.

um quadro de acompanhamento da Comissão, do OEDT e da Europol. Estes instrumentos foram complementados pelos resultados de uma avaliação de pares sobre os sistemas de aplicação da lei nos Estados-Membros, bem como por informações sobre iniciativas relacionadas com o combate às drogas a nível da UE. A comunicação apresentou uma sinopse da consecução dos objectivos previstos nas várias áreas, tendo destacado as áreas e os níveis relativamente aos quais é ainda necessário fazer progressos

Reconhecendo embora os êxitos alcançados, a Comissão frisou que há ainda muito para fazer, incluindo a criação de sistemas de avaliação de actividades nacionais e da UE. Sublinhou também a necessidade de uma estreita colaboração com os países candidatos à adesão com vista a garantir a sua contribuição futura para a Estratégia da União Europeia de Luta contra a Droga. O documento define bases metodológicas para a avaliação final. A Comissão propôs, especificamente, levar por diante o processo de avaliação com o apoio de um grupo de direcção composto por representantes da Comissão, do Parlamento Europeu, da Presidência do Conselho, da Europol e do OEDT. Este grupo contribuirá para a criação do cenário para a avaliação final. Como parte dessa avaliação final, o OEDT fará uma comparação entre os dados disponíveis em 2004 no domínio da droga e a base de referência que apresentou em 1999 em conjunto com a Europol. O OEDT prestará também assistência à Comissão na implementação de um segundo estudo Eurobarómetro sobre a atitude dos jovens e as drogas e na actualização do quadro de acompanhamento das actividades do OEDT. É de registar que, de acordo com um inquérito especial do *Eurobarómetro* intitulado «Atitudes e opiniões dos jovens da União Europeia sobre a droga» (2002) ([101]), as duas maneiras mais eficazes de tratar dos problemas relacionados com a droga na Europa são a tomada de medidas mais duras contra os traficantes de droga (apoiada por 59,1% dos componentes da amostra, UE15) e a melhoria dos serviços de tratamento e reabilitação dos consumidores de droga (apoiada por 53,2%, UE15) ([102]).

O Conselho da União Europeia também aprovou um plano de implementação de medidas a tomar na área das drogas sintéticas, plano esse que estabelecesse uma série de questões referentes à oferta de drogas sintéticas sobre as quais a União Europeia deverá debruçar-se nos próximos anos. O referido plano propõe acções para tratar os problemas identificados, definindo as instâncias adequadas ao nível das quais o trabalho pode se desenvolvido dentro dos prazos predeterminados.

A 28 de Fevereiro de 2002, o Conselho Europeu adoptou uma decisão relativa a medidas de controlo e sanções penais respeitantes a uma nova droga sintética, PMMA. Esta droga não se encontra actualmente incluída em nenhuma das listas constantes da Convenção das Nações Unidas sobre Substâncias Psicotrópicas, mas, em consequência da decisão referida, está neste momento sujeita a medidas de controlo e disposições penais no território dos Estados-Membros ([103]).

Outro importante desenvolvimento é a Decisão n.º 1786/2002/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 23 de Setembro de 2002, que aprova um programa de acção comunitária no domínio da saúde pública (2003-2008) ([104]). Esse programa tem por objectivos:

- a melhoria da informação e do conhecimento para promover o desenvolvimento da saúde pública;
- o aumento da capacidade de responder rapidamente e de forma coordenada às ameaças para a saúde;
- a promoção da saúde e a prevenção da doença, abordando as determinantes da saúde em todas as políticas e actividades.

Entre outras coisas, este programa irá apoiar a implementação de sistemas de monitorização e de reacção rápida e acções no domínio das determinantes da saúde. Ambas as áreas permitirão o acompanhamento de iniciativas lançadas pelos parceiros nos Estados-Membros, no contexto do programa de acção comunitária sobre a prevenção da toxicodependência no quadro da acção no domínio da saúde pública (1996-2000 e alargada a 2002).

Em 2002, a Comissão Europeia também apresentou algumas propostas, discutidas pelo Conselho durante o período de apresentação do relatório (Março de 2003), que se prendem com o domínio da droga: uma diz respeito à redução dos riscos associados à toxicodependência e a outra aos precursores das drogas ([105]). Em Dezembro, a Comunidade Europeia celebrou um acordo com a República da Turquia relativo a precursores e substâncias químicas frequentemente utilizados no fabrico ilícito de estupefacientes e substâncias psicotrópicas ([106]).

([101]) Ver http://europa.eu.int/comm/public_opinion/archives/eb/ebs_172_en.pdf.

([102]) Atitudes e opiniões de jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos numa amostragem representativa da UE.

([103]) Decisão 2002/188/JAI: Decisão do Conselho, de 28 de Fevereiro de 2002, relativa a medidas de controlo e sanções penais respeitantes à nova droga sintética PMMA. n/a.

([104]) Decisão n.º 1786/2002/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 23 de Setembro de 2002, que aprova um programa de acção comunitária no domínio da saúde pública (2003-2008) (JO L 271 de 9.10.2002, p. 1 a 12).

([105]) Proposta de recomendação do Conselho relativa à prevenção e redução dos riscos associados à toxicodependência [COM(2002) 0201 final]. Proposta de regulamento do Parlamento Europeu e do Conselho relativo aos precursores de drogas [COM(2002) 0494 final — JO C 20 E de 28.1.2003, p. 160 a 170).

([106]) Acordo entre a Comunidade Europeia e a República Turca sobre precursores e substâncias químicas frequentemente utilizados no fabrico ilícito de estupefacientes e substâncias psicotrópicas (JO L 64 de 7.3.2003, p. 30 a 35).

Prevenção

A prevenção é frequentemente dividida em prevenção «universal» (orientada para as crianças e jovens em geral, com o objectivo de impedir o consumo) e prevenção «orientada» ou «adequada» (destinada especificamente a grupos de alto risco). Esta última matéria é tratada no capítulo 3 (p. 63). As escolas são o contexto preferencial para levar a cabo intervenções na área da prevenção universal, uma vez que este ambiente garante um acesso contínuo e a longo prazo a uma população juvenil alargada. Um recente projecto de investigação sobre boas práticas no âmbito da prevenção nas escolas, financiado pela Comissão Europeia ([107]), elaborou um conjunto de recomendações tendo em vista programas de prevenção nas escolas, bem como os necessários enquadramentos: política escolar e ambiente escolar. Existe documentação internacional devidamente fundamentada em provas que permite identificar abordagens potencialmente promissoras ou confirmadas como sendo eficazes ([108]).

Em todos os Estados-Membros, a prevenção faz parte dos currículos escolares, no sentido em que o tópico «drogas» deverá ser tratado de uma forma ou de outra, o que pode significar, simplesmente, que professores ou agentes policiais divulguem informação acerca das drogas e respectivos riscos. As abordagens puramente informativas e não estruturadas vieram a revelar-se ineficazes (Hansen, 1992; Tobler, 2001). Apenas alguns Estados-Membros têm planos a nível nacional no domínio da prevenção nas escolas, os quais especificam não só o âmbito das acções a realizar (e a evitar) como os executores das mesmas ([109]). Sucede, porém, que noutros países se prefere desenvolver planos municipais ou regionais nos quais se integra a prevenção nas escolas ([110]). São menos ainda os Estados-Membros que dispõem de normas claras no domínio da prevenção nas escolas (obrigatória apenas na Irlanda e no Reino Unido) ([111]). Todavia, os países da UE começam agora a reconhecer a necessidade de prever medidas de qualidade na área da prevenção em vez de se limitarem a reiterar a importância da mesma nas suas estratégias nacionais. A Suécia é um dos poucos países a admitir que as acções de prevenção nas escolas eram muito frequentemente organizadas com base em métodos que a investigação mostrara serem pouco ou nada válidos, enquanto métodos eficazes raramente eram postos em prática (Skolverket, 2000) e que a ausência de um controlo de qualidade conduzia a uma situação em que qualquer director escolar estava em posição de decidir como processar a educação em matéria de droga. Presentemente, toda a estratégia está a ser reorientada para programas regulares baseados em métodos avaliados e eficazes. Da mesma maneira, em França o relativo silêncio nos textos legislativos e estatutários e o envolvimento inicial de associações resultou numa multiplicidade de participantes activos no domínio da prevenção, sem que qualquer modelo ou teoria sobre as medidas a tomar fossem impostos ou especialmente promovidos (relatório nacional francês). Na realidade, esta descrição poderia aplicar-se a muitos outros Estados-Membros. Em contraste, Espanha, Irlanda e Reino Unido desenvolveram políticas de prevenção que prevêem um controlo de qualidade preciso e uma orientação fundamentada em provas, tencionando reforçar ainda mais este objectivo ([112]). Além disto, estão actualmente a ser introduzidos em Portugal requisitos de qualidade mais rigorosos.

A definição e documentação sistemática de programas como sendo pedras angulares da melhoria da qualidade ([113]) estão a adquirir importância: recentemente, a Alemanha, a Dinamarca e Portugal elaboraram projectos-piloto com vista ao desenvolvimento de sistemas de monitorização semelhantes aos já existentes na Bélgica, Espanha, França, Grécia, Países Baixos e Reino Unido.

Intervenções curriculares (isto é, programas formais de prevenção com conteúdos detalhados e planeamento das sessões) são, de acordo com os actuais conhecimentos (Tobler, 2001), o modo mais válido de executar uma prevenção eficaz, de uma forma controlada, e permitir igualmente uma avaliação de ambos os processos (boa execução) e resultados (resultados positivos). A percentagem de escolas abrangidas por estes programas é relativamente baixa em alguns Estados-Membros, ou porque se verifica uma ausência de sistemas de informação necessários (Alemanha, Itália) ou porque se prefere uma abordagem da prevenção não programada no dia-a-dia escolar (Áustria e Finlândia) ([114]) ([115]).

Uma vez que se trata de um conceito relativamente bem definido, a prevenção nas escolas é a área mais acessível para se proceder a um planeamento e quantificação da cobertura de prevenção; a este respeito, os sistemas de informação no interior da UE começam agora a produzir resultados, ao passo que a informação noutros domínios importantes precisa ainda de ser estruturada e melhorada ([116]).

A prevenção na comunidade, por outro lado, é um conceito extremamente heterogéneo, em parte porque é, por definição, descentralizada. O único traço comum em toda a Europa é o próprio contexto: «comunidade». As intervenções incluem actividades gerais (tais como formação de pessoal e de técnicos), medidas estruturais (desenvolvimento de políticas locais e redes, bem como o envolvimento dos decisores) e acções específicas

([107]) Ver http://www.school-and-drugs.org.
([108]) Ver Drogas em destaque n.° 5 em http://www.emcdda.eu.int/multimedia/publications/Policy_briefings/pb4_6/pb_05_PT.pdf.
([109]) Ver figura 38 OL: Planos nacionais de prevenção nas escolas (versão em linha).
([110]) Ver figura 39 OL: Organização da prevenção (versão em linha).
([111]) Ver quadro 3 OL: Panorâmica das políticas e quadros de prevenção (versão em linha).
([112]) Ver Drogas em destaque n.° 5 em http://www.emcdda.eu.int/multimedia/publications/Policy_briefings/pb4_6/pb_05_PT.pdf.
([113]) Ver Drogas em destaque n.° 5 em http://www.emcdda.eu.int/multimedia/publications/Policy_briefings/pb4_6/pb_05_PT.pdf.
([114]) Ver Drogas em destaque n.° 5 em http://www.emcdda.eu.int/multimedia/publications/Policy_briefings/pb4_6/pb_05_PT.pdf.
([115]) Ver quadro 4 OL: Principais parâmetros quantitativos para os programas de prevenção (versão em linha).
([116]) Ver quadro 5 OL: Programas de prevenção em escolas e jardins de infância (versão em linha).

como a oferta de centros locais para a prevenção da toxicodependência e da marginalização (França) ou ainda milícias de pais/«night ravens» (Dinamarca, Suécia e Noruega) ([117]). As intervenções não são necessariamente organizadas por grupos da comunidade, mas — por exemplo, no Luxemburgo — podem ser geridas das cúpulas para as bases, ou seja, por uma agência nacional responsável pela elaboração de projectos, incluindo programas de sensibilização para o problema da droga. Frequentemente, verifica-se a ausência de uma base sólida e de uma meta claramente definida; a Grécia é o único país em que os objectivos e a estrutura dos projectos desenvolvidos na comunidade são sujeitos a um processo de monitorização. À excepção do Luxemburgo e da Irlanda, não há registo de avaliações significativas.

A prevenção na família, apesar de frequentemente mencionada como um elemento-chave nas estratégias nacionais, parece desenvolver-se numa base dispersa, intuitiva e improvisada, sem qualquer experiência reconhecida ou fundamento em provas. Uma característica frequente é a formação de pais em técnicas educacionais e/ou divulgação de informação (Alemanha, Bélgica, Dinamarca, França, Itália, Portugal e Noruega). Apenas a Irlanda, os Países Baixos e o Reino Unido direccionaram os projectos em curso para as famílias em risco e concentraram-se em áreas socialmente desfavorecidas. No entanto, a Espanha avançou com uma panorâmica sobre as práticas na área da prevenção na família exaustiva e sistemática, enquanto que a Grécia desenvolveu também projectos de família, bem organizados e documentados, em todo o país ([118]).

Até à data, não tem sido possível comparar os montantes afectados à prevenção nos diferentes Estados-Membros, ainda que considerando apenas os recursos disponibilizados para os planos de prevenção nas escolas.

As campanhas dos meios de comunicação, apesar da fraca evidência do seu impacto nos comportamentos de consumo quando desenvolvidas isoladamente (Paglia e Room, 1999), e dos seus consideráveis custos, continuam a ser, frequentemente, pilares importantes das estratégias de prevenção.

Respostas em matéria de redução de danos

Medidas destinadas a minimizar os problemas de saúde relacionados com o consumo de droga, a reduzir a mortalidade e a diminuir a perturbação da ordem pública ([119]) tornaram-se uma parte fundamental de muitas estratégias nacionais em matéria de droga e uma clara prioridade política na maioria dos países ([120]). A implementação das actividades de redução de danos é descrita pelos pontos focais nacionais como «muito importante», «de importância chave», «fundamental», «uma prioridade» ou «um aspecto primordial da nossa estratégia nacional em matéria de drogas».

Os programas de troca de seringas, iniciativas de proximidade e os serviços de porta aberta continuaram a expandir-se, sendo que em vários países se diversificaram de modo a incluir cuidados médicos básicos, vacinação, «consumo mais seguro» educação, serviços de emergência em caso de *overdose*, primeiros socorros para consumidores de droga ou salas de consumo vigiado. O quadro 2 fornece uma panorâmica das iniciativas seleccionadas na área da redução de danos nos Estados-Membros da UE e Noruega. Um aumento na cobertura geográfica de programas de troca de seringas é uma das medidas mais importantes que visam reduzir as infecções relacionadas com a utilização de seringas. Outras intervenções são geralmente menos difundidas e são aqui apresentadas como «indicadores» da orientação das respostas dos serviços de luta contra a droga no que diz respeito aos cuidados básicos de saúde dos consumidores de droga marginalizados. Em todos os países, as iniciativas ligadas ao tratamento da toxicodependência, especialmente programas de substituição, constituem também um importante contributo para a redução dos danos para a saúde relacionados com o consumo de droga.

([117]) Informações suplementares sobre os «night ravens» disponíveis na página 63.

([118]) Ver http://www.mir.es/pnd/publica/pdf/intervencion_familiar.pdf.

([119]) Ver OEDT, relatório anual 2002; OEDT Drogas em destaque, n.° 4. Recomendação do Conselho sobre a prevenção a redução dos danos para a saúde associados à toxicodependência (Cordrogue 32).

([120]) Ver quadro 6 OL: Importância da Redução de Danos (RD) (versão em linha).

Quadro 2 — Cobertura geográfica dos programas de troca de seringas e disponibilidade de outros serviços de saúde seleccionados para consumidores de droga nos Estados-Membros da UE e na Noruega

País	Cobertura geográfica dos programas de troca de seringas [1]	Cuidados médicos de porta aberta [2]	Educação sobre o consumo seguro [3]	Cursos de primeiros socorros para consumidores de droga [4]	Salas de consumo vigiado de droga	Prescrição de heroína
Bélgica	> 40 locais, cidades principais		Sim	Sim		Experiências em discussão
Dinamarca	10 de 14 condados		Sim	Sim		
Alemanha	Quase todas as cidades	Sim	Sim	Sim	20 instalações em 11 cidades	Estudo médico com duração de três anos iniciado em 2002
Grécia	Atenas	Sim	Sim	Sim		
Espanha	18 de 19 regiões, prisões	Sim	Sim	Sim	2 instalações	Experiência na Andaluzia e na Catalunha;
França	87 de 100 Départements	Sim	Sim	Sim		
Irlanda	20 locais e serviços de proximidade, principalmente na área de Dublim		Sim			
Itália	SerT e organizações não governamentais em «muitas cidades»; distribuidores automáticos em «zonas rurais» mais pequenas	Sim		Sim		
Luxemburgo	Serviços especializados nas três principais cidades; distribuidores automáticos em cinco cidades	Sim	Sim	Sim	1 (planeado)	Quadro jurídico criado
Países Baixos	> 95% das maiores cidades	Sim	Sim	Sim	21 salas em 11 cidades	Experiência clínica aleatória completada; 300 pacientes continuam tratamento
Áustria	13 cidades em quase todas as províncias	Sim	Sim	Sim		
Portugal	Cobertura nacional através de programa com base nas farmácias; PTS/rede de equipas de rua em preparação	Sim	Sim	Sim	Possível do ponto de vista legal, não previsto	
Finlândia	Mais de 70% das cidades com mais de 50 000 habitantes, mais cinco cidades menos povoadas	Sim	Sim	Sim		
Suécia	Malmö e Lund			Sim (nos PTS)		
Reino Unido	Principais programas na maioria das cidades inglesas e escocesas; PTS introduzidos na Irlanda do Norte em 2001		Sim	Sim	Recomendação da Comissão Especial dos Assuntos Internos não apoiada pelo Ministro do Interior	Prescrição contínua de heroína, limitada. Expansão recomendada pela Comissão Especial (e apoiada em princípio pelo Governo)
Noruega	Oslo, desde 1988 e os municípios mais importantes	Sim		Sim		

([1]) Ver quadro 7 OL: Disponibilização e tipos de programas de troca de seringas (PTS), participação das farmácias e número de seringas distribuídas/vendidas (versão em linha).

([2]) Pelo menos um serviço de cuidados médicos de porta aberta.

([3]) Pelo menos um serviço que providencia regularmente cursos de formação para um consumo mais seguro.

([4]) Cursos de primeiros socorros regulares para consumidores de droga em pelo menos uma cidade.
Ver quadro 11 OL: Estratégias e Medidas específicas para a redução dos óbitos relacionados com o consumo de droga nos Estados-Membros da UE e na Noruega.

Prevenção de doenças infecto-contagiosas

Os programas de troca de seringas estão disponíveis em todos os países, todavia a cobertura é muito limitada na Grécia e na Suécia. Recentemente, na Suécia, foi apresentada uma proposta no sentido de prosseguir com os dois programas existentes e de estender os programas de troca de seringas a todo o país. Em muitos outros países, a acessibilidade ao material para injecção esterilizado registou claras melhorias e conseguiu-se uma melhor cobertura das zonas rurais através da instalação de distribuidores automáticos e do envolvimento das farmácias ([121]).

HIV

O aconselhamento e testes voluntários (ATV) para HIV estão normalmente disponíveis em todos os países da UE e são geralmente gratuitos ([122]). Os esforços para chegar aos consumidores de droga «de difícil acesso» e encorajá-los a fazer uso do ATV através de novos serviços de porta aberta e do trabalho dos serviços de proximidade aumentaram, muito embora em vários países a disponibilidade do teste gratuito e totalmente anónimo seja limitada.

A terapia antiretroviral combinada (HAART) ([123]) é providenciada através dos sistemas de saúde em todos os países da UE, mas verificam-se problemas graves, quer em termos de acesso quer de cumprimento do tratamento por parte dos consumidores de droga infectados com o HIV. Os consumidores de droga no activo não são devidamente abrangidos pelo tratamento contra o HIV, especialmente os sem-abrigo ou os que têm vidas instáveis. Outros obstáculos incluem as atitudes das entidades que providenciam tratamento e uma falta de informação entre os consumidores de droga sobre as tremendas reduções na taxa de morbillidade e mortalidade que o tratamento viabiliza. Alguns países (por exemplo, Alemanha, Áustria, Bélgica, Finlândia e Portugal) implementaram abordagens inovadoras, como a administração do tratamento do HIV em serviços de luta contra a droga e em centros de porta aberta ou mudando as modalidades de distribuição dos medicamentos de acordo com os estilos de vida dos pacientes, mas a melhoria do acesso ao tratamento e o respectivo sucesso continuam a constituir um desafio.

Hepatite B

As campanhas de vacinação gratuita contra a hepatite B estão actualmente implementadas em alguns países ([124]). Registam-se mais ofertas pró-activas de vacinação por parte dos serviços de luta contra a droga, bem como esforços envidados por estes mesmos serviços com vista a disponibilizar a vacina aos consumidores de droga através de pontos de contacto para as populações de alto risco. Programas-piloto na Alemanha, Áustria e Países Baixos estão a revelar-se bem sucedidos no que se refere ao aumento das taxas de imunidade. A vacinação combinada contra os vírus das hepatites A e B é recomendada aos consumidores de droga (BAG, 1997).

Muito embora a vacinação esteja disponível e seja abrangida pelos sistemas de saúde na maioria dos países, as taxas de imunidade registadas são baixas.

Sucede que os consumidores de droga podem não permanecer em contacto com um serviço de tratamento o tempo suficiente para completarem o programa de vacinação e atingirem a plena imunidade. As soluções actualmente encontradas incluem a administração da vacina em diferentes serviços, posologia de doses de efeito rápido e programas especializados de fácil acesso.

Hepatite C

O tratamento para a hepatite C é oferecido em todos os países, embora na prática o acesso seja difícil para os consumidores de droga (Wiessing, 2001). As actuais linhas de orientação sugerem que os consumidores de droga não devem ser submetidos a tratamento enquanto não abandonarem o consumo de droga ou enquanto não tiverem aderido a um tratamento de substituição por via oral durante pelo menos um ano, em virtude do risco de reinfecção entre os consumidores no activo. São muitos os países que nos dão conta de um acesso limitado a tratamento ou de um cumprimento insuficiente do mesmo ([125]). As novas possibilidades para melhorar o acesso ou o cumprimento por parte dos consumidores de droga incluem o interferon pegilado, que envolve um regime menos exigente, e o desenvolvimento de novas linhas de orientação para tratamento fundamentadas em provas.

Existem poucos planos de acção nacional com vista à redução do número de infectados pelo vírus da hepatite C. A formação para um consumo mais seguro, bem como a informação e as campanhas de sensibilização dirigidas aos consumidores de droga foram implementadas em vários países. Os programas desenvolvidos nas prisões com vista a uma maior sensibilização para as doenças infecto-contagiosas são referidos em alguns países, assim como o são os esforços para melhorar o conhecimento sobre a prevenção da hepatite C entre os profissionais que trabalham com consumidores de droga.

Redução do número de óbitos relacionados com o consumo de droga

São cerca de 8 000/ano o número de óbitos por intoxicação aguda relacionada com o consumo de droga em toda a UE e Noruega, atingindo principalmente as camadas jovens. O ónus que os óbitos relacionados com o consumo de droga representam para a sociedade torna-se ainda mais visível se avaliado em termos de «anos de vida perdidos» ([126]). Assim, o ónus resultante dos óbitos relacionados com o consumo de

([121]) Ver quadro 7 OL: Disponibilização e tipos de programas de troca de seringas (PTS), participação das farmácias e número de seringas distribuídas/vendidas (dados de 2001 apresentados no quadro 8 OL do relatório anual 2002 em: http://ar2002.emcdda.eu.int/pt/popups/oltab08-pt.html.)
([122]) Ver quadro 8 OL: Disponibilização de aconselhamento e testes voluntários (ATV) de HIV e tratamento (versão em linha).
([123]) Tratamento antiretroviral altamente activo.
([124]) Ver quadro 9 OL: Disponibilização de vacinação contra o vírus da hepatite B (VHB) para os consumidores de droga injectada (CDI) nalguns países europeus (versão em linha).
([125]) Ver quadro 10 OL: Tratamento para os consumidores de droga injectada (CDI) infectados com o vírus da hepatite C (versão em linha).
([126]) Anos de vida perdidos: baseados no tempo médio de vida de um indivíduo se não tivesse falecido em virtude do consumo de droga (ACMD, 2000, p. 56).

droga em Inglaterra e no País de Gales em 1995 equivaleu a 70% das mortes ocorridas em acidentes rodoviários (ACMD, 2000).

O resultado dos estudos aponta para um potencial considerável de redução do número de óbitos através de abordagens médicas e educacionais ([127]). Verificou-se que uma maior disponibilidade de tratamento de substituição, que tem um efeito protector substancial sobre a mortalidade (OMS, 1998), está correlacionada com a redução do número de óbitos por *overdose* em Espanha e França, muito embora a descida das taxas de consumo de droga injectada em Espanha possa também ter contribuído significativamente para esse resultado (OEDT, 2002a). Os programas educacionais para consumidores de droga com vista à identificação de riscos, ao reconhecimento de sinais de *overdose* e a uma resposta correcta face às referidas situações produziram efeitos positivos ao aumentar a capacidade de ajuda dos consumidores de droga, quando presenciam uma *overdose*.

As estratégias locais para reduzir o número de óbitos por *overdose* em Oslo, Copenhaga, Amesterdão e Frankfurt constituíram o tópico de um estudo que apurou que, embora os actuais níveis e padrões de consumo de droga estabeleçam limites ao que é possível realizar, as políticas locais em matéria de resposta podem ajudar a reduzir o número de óbitos (Reinås *et al.*, 2002).

A redução do número de óbitos relacionados com o consumo de droga, que constitui uma finalidade essencial no âmbito do objectivo n.° 2 da Estratégia da União Europeia de Luta contra a Droga (2000-2004), tem sido considerada, cada vez mais seriamente, como um objectivo viável. É identificada como uma prioridade nas novas estratégias nacionais em matéria de luta contra a droga da Alemanha, Grécia, Finlândia, Irlanda, Luxemburgo, Portugal e Reino Unido. As estratégias locais para a redução dos óbitos por *overdose* são igualmente referidas ([128]).

A maioria dos países disponibiliza informação sobre a prevenção de *overdose*s. Os serviços de saúde e de luta contra a droga oferecem formação sobre técnicas básicas de reanimação aos consumidores de droga, embora a cobertura geográfica destes cursos de primeiros socorros seja frequentemente limitada aos principais centros urbanos ([129]).

A distribuição de um antagonista opiáceo, naloxona, é uma medida tomada em alguns países com o objectivo de reduzir o número de *overdose*s por heroína (Sporer, 2003). Em Itália, um número significativo da Unità de Strada (equipas de rua dos serviços de luta contra a droga) fornecem naloxona aos consumidores de droga, como medida de emergência intercalar enquanto estes aguardam ajuda médica. Um estudo-piloto levado a cabo em Berlim sobre a combinação da formação em primeiros socorros com a distribuição de naloxona concluiu que se verificava uma maior competência para reagir adequadamente em situações de emergência relacionadas com o consumo de droga e que, do ponto de vista médico, se justificava o uso de antagonistas na maioria dos casos (93%) (Dettmer, 2002). O mesmo estudo também referiu a importância da administração de naloxona em casos de emergência ocorridos em contextos domésticos.

Os óbitos por *overdose* em lugares públicos têm suscitado especial preocupação nas cidades europeias em que há zonas públicas de grande consumo. Em algumas cidades alemãs e espanholas, foram introduzidas instalações de consumo vigiado que visam as populações frequentemente marginalizadas das zonas públicas de consumo. Podemos também encontrar salas de consumo vigiado nos Países Baixos. Entre outros serviços, estas providenciam serviços imediatos de emergência em casos de *overdose*. Um estudo sobre as salas de consumo na Alemanha (Poschadel *et al.*, 2003) concluiu que estas contribuíram significativamente para a redução do número de óbitos relacionados com o consumo de droga na cidade e melhoraram o acesso a serviços suplementares de saúde e tratamento a consumidores problemáticos que não são abrangidos por outros serviços.

Tratamento

O tratamento medicamente assistido e o tratamento sem drogas são duas modalidades principais do tratamento relacionado com o consumo de drogas ilícitas. O tratamento medicamente assistido é quase exclusivamente providenciado em regime ambulatório, ao passo que o tratamento sem drogas pode ser oferecido em regime residencial ou de ambulatório. Na UE, na prática, apenas os agonistas (por exemplo, metadona) ou a combinação de antagonistas/agonistas (por exemplo, buprenorfina) são utilizados no tratamento a longo prazo, enquanto os antagonistas (por exemplo, naloxona) podem ser utilizados no tratamento de desabituação física.

Tratamento medicamente assistido

A metadona é de longe a substância de substituição mais utilizada. A buprenorfina, a substância de substituição mais utilizada em França há anos, é também prescrita por médicos de clínica privada em Portugal e Luxemburgo. Na Suécia, preparam-se actualmente restrições à prescrição de buprenorfina, e na Finlândia, o uso de ilícito de buprenorfina esteve na base de pedidos de tratamento, tendo neste país sido registadas várias mortes relacionadas com o consumo de buprenorfina e depressores. Presentemente, a buprenorfina é muito menos utilizada do que a metadona na Alemanha, na Áustria, na Bélgica, na Dinamarca, em Espanha, na Grécia e no Reino Unido.

Há alguns anos que são disponibilizados dados sobre o número de pessoas que recebem tratamento de substituição (Farrell *et al.*, 1996, 2000), pelo que hoje em dia é possível acompanhar os desenvolvimentos nesta área. O quadro 3 compara os dados sobre o tratamento de substituição referentes a 1997/1998 com os dados mais recentes dos Estados-Membros. O quadro 3 mostra um aumento global substancial do tratamento medicamente assistido. O aumento agregado a nível da UE é de cerca de 34% em aproximadamente cinco anos.

([127]) Realizaram-se investigações sobre os aspectos toxicológicos, as correlações sociais e pessoais e riscos, as circunstâncias em que as mortes e as *overdoses* não fatais ocorreram, bem como as estratégias de prevenção, por exemplo, Varescon-Pousson *et al.* (1997), Hariga *et al.* (1998), Seaman *et al.* (1998), Villalbi e Brugal (1999), ACMD (2000), Ferrari *et al.* (2001), Lepère *et al.* (2001), Brugal *et al.* (2002), Buster (2002), Kraus e Püschel (2002), Origer e Delucci (2002) e Pant e Dettmer (2002).
([128]) Ver quadro 11 OL: Estratégias e medidas específicas para a redução dos óbitos relacionados com o consumo de droga nos Estados-Membros da UE e na Noruega (versão em linha).
([129]) Ver quadro 11 OL: Estratégias e Medidas específicas para a redução dos óbitos relacionados com o consumo de droga nos Estados-Membros da UE e na Noruega (versão em linha).

Quadro 3 — Desenvolvimento do tratamento de substituição em 15 Estados-Membros da UE e na Noruega

	Número estimado de pessoas em tratamento de substituição notificado (1)		Mudança (%)
	1997/1998	2001/2002	
Bélgica	6 617	7 000	5,8
Dinamarca	4 298	4 937	14,9
Alemanha (2)	45 300	49 300	8,8
Grécia	400	1 060	165,0
Espanha	51 000	78 806	54,5
França	53 281	85 757	61,0
Irlanda	2 859	5 865	105,1
Itália	77 537	86 778	11,9
Luxemburgo (3)	931	1 007	8,2
Países Baixos	13 500	13 500	0
Áustria	2 966	5 364	80,8
Portugal	2 324	12 863	453,5
Finlândia	200	400	100,0
Suécia	600	621	3,5
Reino Unido (4)	28 776	35 500	23,4
Noruega	204	1 853	808,3
Total	**290 793**	**390 611**	**34,3**

Fontes: Relatório Anual do OEDT 1998 (com informação de 1997 ou de relatórios nacionais anteriores) e Relatórios Nacionais de 2001 e 2002.
(1) Relativamente a alguns países, os números são referentes a pacientes, relativamente a outros, os números são referentes a faixas estimadas.
(2) No caso da Alemanha, os dados incluem também pacientes a quem é administrada dihidrocodeína, cuja estimativa aponta para cerca de 8 800 pacientes em 1998 e 3 700 pacientes em 2000.
(3) Foram registados 186 e 156 pacientes no projecto metadona estatal e 745 e 849 em tratamento de substituição em, respectivamente, 1998 e 2001, através de médicos de clínica geral.
(4) Inglaterra e País de Gales, apenas.

Co-prescrição de heroína

Os Países Baixos já levaram a cabo uma experiência com a co-prescrição médica de heroína e apresentaram as suas conclusões em Fevereiro de 2002 (http://www.ccbh.nl; Central Committee on the Treatment of Heroin Addicts, 2002). Administrou-se aos pacientes admitidos nesta experiência tanto metadona como heroína. A avaliação mostrou que os pacientes do grupo experimental apresentaram consideráveis benefícios ao nível da saúde, em comparação com os do grupo de controlo, que receberam tratamento apenas com metadona.

Entre Março de 2002 e Fevereiro de 2003, as cidades alemãs de Bona, Colónia, Frankfurt, Hamburgo, Hanôver, Karlsruhe e Munique lançaram um programa de tratamento através do consumo de heroína assistido no quadro de uma experiência científica aleatória controlada. Foram admitidos um total de 1 120 pacientes nesta experiência com heroína, que será monitorizada e avaliada de perto pelo Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (Centro Interdisciplinar de Investigação sobre a Toxicodependência, Hamburgo), durante dois períodos de estudo de 12 meses cada (http://www.heroinstudie.de/).

Em Espanha, as regiões autónomas da Catalunha e Andaluzia preparam actualmente experiências de co-prescrição de heroína. Em Barcelona (Catalunha) a coorte total em estudo será de 180 pacientes do sexo masculino com idades compreendidas entre os 18 e os 45 anos. A heroína prescrita será de administração oral.

No Luxemburgo, um decreto de 30 de Janeiro de 2002 permite uma experiência de prescrição de heroína que deverá ser conduzida no quadro de um projecto-piloto gerido pelo Ministério da Saúde.

No Reino Unido, a heroína é prescrita por clínicos gerais a um número estimado de 500 pacientes.

Tratamento sem drogas

O tratamento sem drogas envolve a aplicação de técnicas psicossociais e educacionais com vista a uma abstinência de drogas a longo prazo.

Os dados disponíveis sobre o tratamento sem drogas não permitem uma comparação quantitativa, em parte porque são provenientes tanto de centros que visam exclusivamente consumidores de drogas ilícitas como de centros orientados para o tratamento da toxicodependência em geral, i.e., tratamento do alcoolismo e outros tipos de abuso de substâncias, e em parte porque «tratamento» não está claramente definido (por exemplo, a definição do número mínimo de sessões) e não pode ser avaliado em unidades quantificáveis, tal como prescrições registadas no caso do tratamento medicamente assistido.

Há uma tendência de divisão entre o Norte e o Sul no que se refere à oferta de tratamento, sendo que na zona sul da Europa o tratamento é predominantemente oferecido por via de serviços especializados no consumo de drogas ilícitas e na zona norte por via de serviços gerais na área da toxicodependência (à excepção da Dinamarca). Uma das explicações possíveis poderá ser a de que os países nórdicos (à excepção da Dinamarca) têm um historial maior em termos de tratamento sem drogas para alcoólicos do que os países do sul. Provavelmente, uma vez que o consumo de drogas ilícitas começou a aumentar, as instalações já existentes foram adaptadas de forma a dar resposta a este grupo específico dentro das próprias instalações. Ao invés, os outros países não dispunham da mesma rede de instalações de tratamento, pelo que foram criados serviços especializados adicionais para os consumidores de drogas ilícitas ([130]).

Padrões e qualidade de tratamento

A criação de sistemas de acreditação, a definição de padrões de qualidade, a formulação de linhas de orientação, a

([130]) Ver figura 40 OL: Consumidores problemáticos de droga em tratamentos sem droga (versão em linha).

formação de pessoal, bem como o acompanhamento e avaliação, são todos eles exemplos de medidas que visam assegurar um determinado padrão e nível de qualidade do tratamento relacionado com as drogas ilícitas.

Há registo da existência de sistemas de certificação ou acreditação na Alemanha, Áustria, França, Luxemburgo e Portugal, o que implica que um órgão externo independente e reconhecido monitorize os serviços de molde a assegurar que estes satisfazem os requisitos específicos preestabelecidos. Em alguns países como, por exemplo, a França e no Luxemburgo, os serviços que proporcionam tratamento têm de estar certificados ou acreditados para poderem ter acesso ao financiamento do mesmo. Noutros países, a certificação nacional é possível, mas opcional, muito embora a oportunidade de vir a ser certificado em conformidade com as normas internacionais, como a OIN (Organização Internacional de Normalização), exista em toda a Europa.

Muitos Estados-Membros, nomeadamente a Áustria, a Finlândia, a Grécia, a Itália e os Países Baixos, dão-nos a conhecer linhas de orientação sobre a implementação de tratamento destinadas a assegurar a qualidade do mesmo. Contudo, o nível da sua utilização e implementação, bem como a sua natureza, variam. As linhas de orientação podem ser formuladas como recomendações não vinculativas, largamente difundidas, ou como princípios semi-vinculativos que devem ser observados para que o financiamento seja possível. Ao nível da UE, adoptaram-se linhas de orientação não vinculativas para a oferta de tratamento com metadona que estão disponíveis na Alemanha, Espanha, França e Inglaterra ([131]).

A formação de pessoal encontra-se disponível em todos os Estados-Membros, ainda que nenhum Estado-Membro nos dê conta de uma formação sistemática, a nível nacional, do pessoal envolvido no processo de tratamento. A disponibilidade, a diversidade e o nível de formação variam largamente em toda a UE, o mesmo sucedendo com o nível de envolvimento das autoridades relacionadas com o tratamento na promoção de tais acções.

Investigação e avaliação do tratamento

A investigação e a avaliação do tratamento da toxicodependência, que assumem várias formas, são referidas por todos os países. Todavia, a grande maioria dos estudos processam-se em pequena escala e são conduzidos a nível institucional e local. No Reino Unido, foi levado a cabo, pela Inglaterra e o País de Gales, um estudo de nível nacional sobre os resultados do tratamento observados num período de cinco anos ([132]). O estudo VEdeTTE de Itália, que envolve quase 12 000 pacientes em 118 centros de tratamento em regime ambulatório (SerT), está ainda em curso, estando disponíveis apenas os resultados iniciais. Os resultados preliminares mostram que a dose média diária de metadona era de 40 mg e que apenas 10% de pacientes receberam 60 mg ou mais, a dose necessária de acordo com documentação científica. Os índices anuais relativos à desistência de tratamento sem drogas e de tratamento com metadona foram de 52% e 35% respectivamente. Parece também que doses maiores de metadona reduzem o risco de desistência. O estudo confirmou ainda que a intervenção psicossocial é eficaz ([133]). O estudo dinamarquês DANRIS ([134]), que teve início em Maio de 2000, foi concebido para monitorizar o tratamento e a sua eficácia em cerca de 40 centros de tratamento em regime de internamento. A nível europeu, o projecto Tratar 2000, parcialmente financiado pelo quinto programa-quadro de Investigação, visa analisar e comparar os sistemas de cuidados de saúde e a sua eficácia para lidar com o problema dos dependentes de opiáceos em seis regiões europeias.

Respostas aos consumidores de droga em contextos de justiça penal

Enquadramento político

A toxicodependência desempenha um papel central na violação da legislação em matéria de droga, bem como na apetência para o pequeno crime. Há uma elevada percentagem de consumidores de droga que são detidos e muitos deles tornam-se reclusos. Além disso, alguns reclusos começam a consumir drogas na prisão. Estas observações são tomadas em consideração nos sistemas de justiça penal de todos os Estados-Membros da UE e na Noruega. A maioria dos países da UE incluiu nas suas estratégias em matéria de droga um ponto dedicado à melhoria dos serviços de saúde e psicossociais dirigidos para os toxicodependentes em regime prisional.

Surgiu a necessidade de sistemas de justiça penal mais flexíveis em virtude do crescente número de consumidores de droga detidos e da consequente superlotação dos estabelecimentos prisionais. A noção de que os consumidores de droga poderão não estar a receber a assistência adequada no contexto prisional resultou no aumento de medidas alternativas aos procedimentos legais e à reclusão. A cooperação entre as estruturas de justiça penal, nomeadamente prisão e liberdade condicional, e entre estas e as estruturas sanitárias é geralmente vista como necessitada de melhoramentos, pelo que está em curso a adopção de medidas adequadas ([135]).

Intervenções na área da saúde e psicossocial em meio prisional

Nos estabelecimentos prisionais, os serviços orientados para os reclusos que consomem drogas estão a expandir-se. A maioria dos países em que o tratamento da toxicodependência está, na generalidade, à disposição nas prisões prevê também medidas de redução de danos (quadro 4). Contudo, uma análise dos programas em meio prisional contida no EDDRA ([136]) concluiu que o objectivo dominante das intervenções não está relacionado com a saúde mas sim com a redução da criminalidade relacionada com a droga ([137]).

([131]) Ver linhas de orientação Euromethwork website em http://www.q4q.nl/methwork/home2.htm.
([132]) Ver http://www.ntors.org.uk.
([133]) Ver http://www.studio-vedette.it/pubblicazioni.htm.
([134]) Ver http://www.crf-au.dk/danrisenglish/default2.asp.
([135]) Ver quadro 12 OL: Estratégias recentes de combate à droga nas prisões, directivas ministeriais e normas de serviço na UE e na Noruega (versão em linha).
([136]) Ver http://eddra.emcdda.eu.int.
([137]) OEDT — Intervenções baseadas na justiça penal nas áreas da redução da procura de droga e da redução de danos na UE — Uma análise sobre programas em meios prisionais, esquadras e tribunais (http://eddrapdf.emcdda.eu.int/eddra_cjs.pdf).

Quadro 4 — Disponibilidade de serviços de saúde pública orientados para os consumidores de droga nas prisões da UE [1] [2]

Percentagem de prisões que oferecem serviços	Orientados para a abstinência			Tratamento de substituição	Orientados para a redução de danos				
	Desintoxicação	Unidades sem drogas	Comunidades terapêuticas na prisão		Rastreio sanguíneo	Programas de vacinação	Fornecimento de desinfectantes	Troca de Agulhas	Distribuição de preservativos
Todas	Bélgica, Dinamarca, Espanha, França, Luxemburgo, Países Baixos, Áustria, Portugal, Suécia			Bélgica, Dinamarca, Espanha, França, Áustria, Portugal	Bélgica, Grécia, Espanha, França, Irlanda, Luxemburgo, Países Baixos, Áustria, Portugal, Suécia	Dinamarca, Grécia, Espanha, França, Irlanda, Luxemburgo, Áustria, Portugal	Bélgica, Dinamarca, Espanha, França, Áustria, Portugal, Noruega		Bélgica, Dinamarca, Espanha, França, Áustria, Portugal, Suécia, Noruega
Mais de metade	Finlândia, Irlanda,, Reino Unido	Finlândia, Reino Unido		Luxemburgo	Finlândia	Finlândia, Reino Unido	Finlândia		Luxemburgo, Finlândia, Reino Unido
Menos de metade	Grécia, Itália, Noruega	Dinamarca, Países Baixos, Bélgica, Grécia, Espanha, Irlanda, Áustria, Portugal, Suécia, Noruega	Bélgica, Dinamarca, Espanha, Grécia, Áustria, Portugal, Finlândia, Noruega	Irlanda, Itália, Finlândia			Reino Unido	Alemanha, Espanha	
Nada		Itália, França, Luxemburgo	França, Irlanda, Itália, Luxemburgo, Países Baixos, Suécia, Reino Unido	Grécia, Países Baixos, Suécia	Dinamarca, Reino Unido, Noruega	Bélgica, Países Baixos, Suécia	Grécia, Irlanda, Itália, Luxemburgo, Países Baixos, Suécia	Bélgica, Dinamarca, Grécia, França, Irlanda, Itália, Luxemburgo, Países Baixos, Áustria, Portugal, Finlândia, Suécia, Reino Unido, Noruega	Grécia, Irlanda, Itália, Países Baixos

Fonte: Relatórios nacionais Reitox (2002).
(1) Ausência de dados provenientes da Alemanha devido à estrutura federal do sistema judicial.
(2) Uma versão alargada deste quadro está disponível no quadro 13 OL: Intervenção em meio prisional para os toxicodependentes (versão em linha).

Na generalidade, em qualquer país, existem serviços específicos, ou em quase todos os estabelecimentos prisionais ou em quase nenhuns. Isto aplica-se especialmente às medidas relativas à redução de danos, como mostra o quadro 4. O rastreio sanguíneo, os programas de vacinação e o fornecimento de desinfectantes e preservativos estão disponíveis em quase todos os estabelecimentos prisionais de aproximadamente dois terços de todos os países, mas são inexistentes em cerca de um terço dos Estados-Membros. Isto reflecte o papel crucial das políticas nacionais no que se refere à criação de serviços em meios prisionais. Contudo, regra geral, são experimentados projectos-piloto num estabelecimento prisional antes de qualquer política ser adoptada a nível nacional.

A desintoxicação é a medida mais universalmente adoptada. Aplica-se em quase todas as prisões de nove países e é menos utilizada em apenas três países, Grécia (dados de 2001), Itália e Noruega. A troca de agulhas é a mais invulgar das intervenções investigadas: programas de troca de agulhas estão disponíveis apenas em Espanha (11 de 68 prisões) e na Alemanha (4 de um total de 222 prisões). A acessibilidade ao

tratamento de substituição segue o padrão de disponibilidade existente em contextos comunitários (excepto nos Países Baixos) e o referido tratamento está disponível em quase todas as prisões de seis Estados-Membros. Outros países oferecem-no em apenas alguns dos seus estabelecimentos prisionais, ou não o oferecem de todo ([138]).

Alternativas à reclusão

As alternativas, na comunidade, à reclusão ([139]) que visam os infractores consumidores de droga expandiram-se nos Estados-Membros da UE desde os finais dos anos 90 ([140]). Estas desenvolveram-se no âmbito de um quadro alargado de inovações em política penal, sendo que os seus outros principais componentes são a mediação e a reparação (isto é, uma tendência para o serviço comunitário). Basicamente, a alternativa consiste na oferta de tratamento da toxicodependência. Há indícios de que o tratamento é eficaz na redução do consumo de droga e da criminalidade (Stevens *et al.*, 2003). O tratamento poderá ser especialmente eficaz na redução da criminalidade, se for orientado para os consumidores de droga com um longo historial de consumo, os quais são responsáveis pela maioria dos pequenos delitos. Além disso, conclui-se que as sentenças de prisão são ineficazes como entraves ao pequeno delito (Brochu, 1999).

Não há uma prova evidente de que as abordagens de tratamento praticamente obrigatório sejam bem sucedidas. A investigação europeia tende a ser mais céptica a este respeito do que a investigação americana, que desde os anos setenta nos tem dado conta de resultados positivos. A investigação terá de ser aprofundada, tanto em relação ao processo como aos resultados, e deverá incluir estudos qualitativos e quantitativos. Contudo, a avaliação de um sistema dinamarquês que permite aos infractores cumprirem as suas penas num departamento especial de tratamento na prisão concluiu que o índice de criminalidade desceu, especialmente quando a alternativa à prisão foi oferecida aos criminosos reincidentes (relatório nacional dinamarquês, 2002). O projecto Triple Ex em Haia, um tipo de tratamento coercivo, chegou à conclusão de que um tratamento mais prolongado estava associado a uma taxa de recaídas mais baixa (Vermeulen *et al.*, 1999).

Muitos dos factores identificados que conduzem ao insucesso das alternativas às sanções estão ligados à ausência de coordenação entre os diferentes sectores envolvidos, especificamente, justiça, saúde e segurança social. No essencial, as avaliações revelam falhas no financiamento do tratamento ([141]), falta de uma demarcação clara entre os papéis dos juízes e dos técnicos de tratamento no que se refere à decisão sobre qual o melhor modelo de tratamento a adoptar, e inadequação dos serviços de tratamento comunitários ([142]) (OEDT, 2003a). Uma avaliação do *Community Service Order* (disposição legal sobre serviços comunitários), um dos instrumentos disponíveis no sistema jurídico irlandês com vista a reencaminhar os consumidores de droga das prisões para formas alternativas de sanções, mostra que a colaboração formal e/ou informal entre os serviços de justiça, sociais e de saúde é crucial para o sucesso desta medida (grupo de especialistas em liberdade condicional e Serviços Sociais, 1999).

Os sistemas judiciários nos Estados-Membros adoptaram medidas especiais que visam jovens consumidores, incluindo intervenções precoces e alternativas ao processo judicial. O objectivo das intervenções precoces é prevenir a criminalidade através de uma intervenção na fase precoce da carreira criminal. Uma das medidas mais comummente aplicadas nos Estados-Membros é evitar ou atrasar a primeira sentença de prisão encaminhando os jovens para programas sócio-sanitários alternativos. As comissões para a dissuasão da toxicodependência instituídas em Portugal são um exemplo de estruturas criadas como alternativa ao processo judicial. Estas comissões foram estabelecidas em 2001 na sequência da despenalização da posse de drogas para consumo pessoal. A avaliação após um ano de actividades destas comissões mostra um resultado positivo na prevenção do desenvolvimento de problemas relacionados com a droga e na diminuição do período de tempo entre o início do consumo problemático de drogas e o contacto com instituições de tratamento (relatório anual 2002 — Portugal).

Redução da oferta

Medidas de proibição

De acordo com o relatório da Europol sobre o crime organizado, a produção e tráfico de drogas continuam a ser das principais actividades entre os grupos de criminosos na UE. Nenhuma outra área do crime organizado oferece lucros tão elevados ([143]).

A «*Interpol at work 2001*» (Interpol em trabalho 2001) comunica-nos que o aumento da cooperação internacional deu origem a uma série de operações importantes no domínio da execução da lei. Por exemplo, o projecto Exit, baseado na partilha de informação confidencial, levou a apreensões de *ecstasy* em larga escala na Europa. Além disso, foram detectados grandes carregamentos de contrabando dos aeroportos europeus para a América do Norte. *O Drug Data Sharing Program* (Programa de Partilha de Informação sobre Droga), no qual a Interpol, o Programa das Nações Unidas para o Controlo Internacional da Droga (agora United Nations Office on Drugs and Crime — UNODC) e a Organização Mundial das Alfândegas (OMA) participam, procedendo a um intercâmbio de informação confidencial, continuou a ter um papel fundamental na luta contra o contrabando de drogas sintéticas.

([138]) Ver quadro 13 OL: Intervenção em meio prisional para os toxicodependentes (versão em linha).
([139]) Ver figura 41 OL: Alternativas à prisão — Quadro conceptual (versão em linha).
([140]) Ver quadro 14 OL: Alternativas à prisão incidindo nos toxicodependentes infractores — Uma descrição comparativa na UE (versão em linha).
([141]) A avaliação de um projecto sueco de alternativa à prisão revelou uma falta de fontes financiamento para pagar o tratamento no final do período da sentença (relatório nacional sueco, 2003).
([142]) http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/responses/alternatives_prison_expert.pdf.
([143]) São dados mais pormenores na caixa 15 OL: Medidas de proibição (versão em linha).

Medidas de combate ao branqueamento de capitais

A Europol estima que o tráfico de cocaína gera milhares de milhões de euros na UE. Os métodos de branqueamento envolvem a circulação de capitais, quer física quer electrónica. Continua a ser difícil associar a circulação de capitais a negócios relacionados com a droga. A Interpol desenvolveu instrumentos importantes para combater sistemas específicos de branqueamento de capitais. Em 2001, foram disponibilizados estudos especializados de modo a permitir que os investigadores se familiarizassem com os referidos sistemas ([144]) ([145]).

De acordo com o relatório anual do Grupo de Acção Financeira sobre o Branqueamento de Capitais (GAFI) 2001-2002 ([146]), sete Estados-Membros da UE cumprem na íntegra 28 das 40 recomendações que requerem uma acção nacional específica, mas os outros países não cumprem ([147]).

Medidas de combate ao desvio de produtos químicos regulamentados

O relatório 2002 da Organização Internacional de Controlo de Estupefacientes (OICE) sobre «produtos químicos regulamentados» refere que a maioria dos países exportadores fornecem actualmente informação sobre as exportações, mas que, infelizmente, a França, que anteriormente fornecia dados abrangentes sobre as suas exportações de substâncias regulamentadas, não disponibilizou essa informação relativamente a 2001. A maioria dos países exportadores forneceu informação sobre precursores utilizados na produção de estimulantes/anfetaminas. Foram também fornecidos dados sobre a exportação da norefedrina, que, em 2000, foi pela primeira vez incluída no quadro I do relatório da OICE (impondo notificações antes da exportação), pela Alemanha, Dinamarca, Espanha e Reino Unido. Além disso, a maioria dos países da UE produtores de safrolo e de P-2-P (Fenil-2-Propanona) forneceram informação ([148]). Os governos continuam a ser bem sucedidos nas suas acções contra o desvio de permanganato de potássio ([149]) utilizado na produção ilegal de cocaína, em especial através da operação «Púrpura». Em 2001, o número de carregamentos e o volume do comércio fiscalizado registou uma descida ([150]).

No âmbito da operação «Púrpura» que decorreu de Abril a Setembro de 2002, foram desmantelados na Colômbia sete laboratórios ilícitos de produção de permanganato de potássio. Como é cada vez mais difícil desviar permanganato de potássio para o mercado ilícito, os produtores de cocaína procuram fabricar eles mesmos este produto químico.

A Operação «Topázio», de âmbito internacional, controla o tráfico de anidrido acético ([151]) e continua a ser eficaz no que se refere ao rastreio internacional dos carregamentos legais e às investigações ligadas à execução da lei para determinar a origem dos carregamentos dos produtos químicos apreendidos ou interceptados. Entre Janeiro e Novembro de 2002, foram comunicados 2 800 carregamentos para exportação, que envolviam quase 300 000 toneladas de anidrido acético. A Bélgica e os Países Baixos, de onde são originárias a maioria das remessas, foram particularmente úteis na garantia de que o programa internacional de rastreio funcionasse sem problemas. A maioria das transacções tem lugar entre os Estados-Membros da UE, os quais comunicaram um total de 92% dos carregamentos controlados. A concentração do comércio legal no seio da UE e o sucesso dos procedimentos de controlo da Operação «Topázio» levaram a uma reflexão com o objectivo de encontrar uma alternativa viável ao rastreio de carregamento a carregamento no interior da UE.

A Europol considera que até 90% da heroína apreendida nos mercados da UE é proveniente do Sudoeste Asiático (Afeganistão). Apesar dos esforços para erradicar as culturas de ópio, estima-se que a produção em 2002 ascendeu a 3 400 toneladas métricas. Tendo em conta que algum do anidrido acético desviado dos canais legais de abastecimento entrou no Afeganistão por contrabando, foi criada uma força de intervenção internacional formada pela Alemanha, Reino Unido e Estados Unidos para providenciar assistência técnica no combate ao tráfico nesta região.

Durante o ano de 2001, foram apreendidas mais de 200 toneladas de anidrido acético. Esta é a maior quantidade alguma vez registada num só ano. A maior apreensão realizada num só país registou-se no Reino Unido, quando foi descoberta uma tentativa de desvio de 70 toneladas para a Jugoslávia. Outros países europeus que deram a conhecer apreensões de anidrido acético foram a Alemanha, a Bélgica, a Itália e Eslovénia.

Para ajudar a impedir o desvio de precursores químicos utilizados na produção de anfetaminas/estimulantes, tais como a efedrina, norefedrina e 3,4-MDP-2-P, a OICE, em cooperação com a Comissão Europeia e os Estados Unidos, concordou em dar início a um projecto internacional voluntário, o projecto Prisma, a fim de auxiliar os governos na consecução deste objectivo ([152]) ([153]).

([144]) Ver http://www.interpol.int/Public/FinancialCrime/MoneyLaundering/EthnicMoney/default.asp.
([145]) Outros pormenores na caixa 16 OL: Medidas de combate ao branqueamento de capitais (versão em linha).
([146]) Ver http://www.fatf-gafi.org/pdf/AR2002_en.pdf.
([147]) Ver caixa 17 OL: Cumprimento das recomendações (GAFI) (versão em linha).
([148]) Ver caixa 18 OL: Medidas de combate ao desvio de químicos regulamentados (OICE) (versão em linha).
([149]) O permanganato de potássio é um composto lícito e um importante reagente na química orgânica sintética e analítica; é utilizado em aplicações de mistura, desinfectantes e agentes antibacterianos e antifúngicos. É igualmente utilizado nos processos de purificação da água.
([150]) Ver caixa 19 OL: Operação «Púrpura» (versão em linha).
([151]) O anidrido acético é um agente de acetilação e desidratação utilizado nas indústrias químicas e farmacêuticas para a produção de acetato de celulose, em agentes de colagem para tecidos e activadores de descoloração a frio, no polimento de metais e na produção de óleos de travões, explosivos e tintas.
([152]) Ver http://www.incb.org/e/ind_ar.htm.
([153]) Ver caixa 20 OL: OICE (versão em linha).

Capítulo 3

Questões específicas

Este capítulo foca três questões específicas relacionadas com o problema da droga na Europa: o consumo de drogas e de álcool entre os jovens, a exclusão social e a reinserção e as despesas públicas na área da redução da procura.

Consumo de droga e de álcool entre os jovens

Os jovens encontram-se muitas vezes na linha da frente da mudança social, e as tendências para o aumento do consumo de álcool e de drogas ilícitas pelos jovens constituem uma importante evolução social na UE. A inclusão do álcool nesta secção do relatório é nova e resultou das preocupações com os padrões complexos do consumo desta substância bem como com a dependência, os danos para a saúde e o comportamento criminoso que lhe estão associados. Estes padrões de consumo de substâncias psicotrópicas apresentam um desafio particular para os decisores políticos desenvolverem uma gama de respostas suficientemente ampla e atempada para uma intervenção eficaz.

A UE fixou para si própria o objectivo de reduzir consideravelmente, num prazo de cinco anos, a prevalência do consumo de drogas ilícitas, bem como o recrutamento para o mesmo, nomeadamente entre os jovens com menos de 18 anos de idade, e de desenvolver métodos de prevenção inovadores (COR 32).

O material consultado quando da redacção do presente capítulo inclui os relatórios nacionais Reitox e dados dos inquéritos à população. Os dados comparáveis relacionados com os jovens baseiam-se em grande parte nos relatórios de 1995 e 1999 do European School Survey Project (ESPAD), um projecto à base de inquéritos à escala europeia sobre o consumo de álcool e outras drogas em meio escolar que abrangeu alunos de 15 e 16 anos e que contou com a participação de nove Estados-Membros (ESPAD, 1999). Os dados dos Países Baixos incluídos nos inquéritos ESPAD não são totalmente comparáveis com os dos outros Estados--Membros participantes. Foram também utilizadas como referência publicações sobre investigação, literatura não convencional ([154]) e publicações dos governos sobre o consumo de droga e de álcool pelos jovens (nomeadamente de França e do Reino Unido).

Prevalência, atitudes e tendências

Prevalência

Com excepção do tabaco e da cafeína, o álcool é a substância psicotrópica mais consumida pelos jovens em toda a UE. A percentagem de alunos com 15 e 16 anos de idade que se embriagaram em algum momento das suas vidas situa-se entre os 36% em Portugal e os 89% na Dinamarca ([155]) (figura 19) ([156]). A maior parte dos jovens na UE nunca consumiu drogas ilícitas mas, de entre aqueles que já consumiram, a *cannabis* é a droga habitualmente mais consumida, seguida pelos inalantes/solventes ([157]). Segundo dados do inquérito ESPAD de 1999, na Grécia e na Suécia, a experiência ao longo da vida do consumo de inalantes/solventes é igual ou superior à experiência ao longo da vida do consumo de *cannabis* entre os estudantes de 15 e 16 anos ([158]).

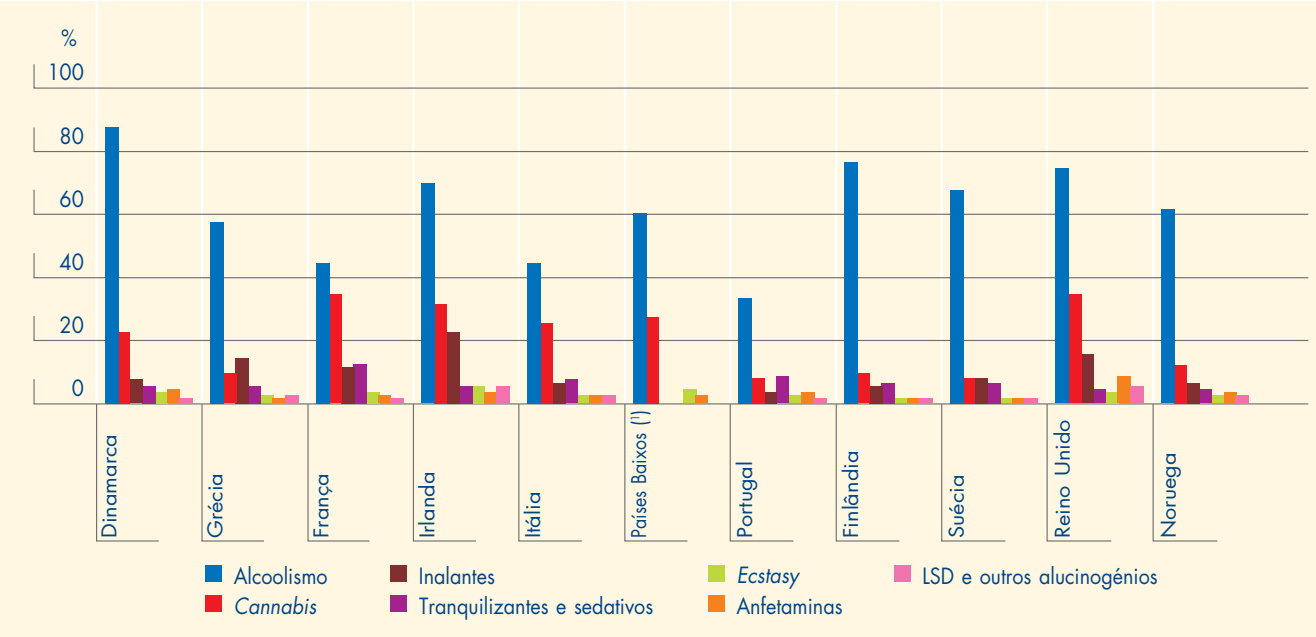
Os inquéritos nacionais às escolas não medem o consumo problemático de substâncias entre os jovens, mas constituem uma fonte muito útil para fazer uma avaliação do consumo de droga experimental e das atitudes entre os jovens. De acordo com os relatórios Reitox e os dados do ESPAD 1999, a prevalência ao longo da vida do consumo de *cannabis* era mais baixa em Portugal (8%), Suécia (8%), Grécia (9%) e Finlândia (10%). A prevalência ao longo da vida era mais elevada em França (35%), Reino Unido (35%) e Irlanda (32%), seguidos pela Espanha (30%). No quadro estatístico 3 podemos ver os tamanhos das amostras dos inquéritos realizados nas escolas ([159]). A comparabilidade estrita dos dados contidos neste quadro é limitada, já que nem todos os Estados-Membros utilizaram os mesmos métodos para realizar esses inquéritos.

De um modo geral, a prevalência ao longo da vida do consumo de *cannabis*, inalantes, tranquilizantes e sedativos (sem receita médica) entre os estudantes com 15 e 16 anos é superior ao consumo de drogas estimulantes e alucinogénias. Os estudantes que experimentam a cocaína e a heroína são relativamente raros em toda a UE, e o consumo ao longo da vida destas drogas situa-se entre 0% e 4% (quadro estatístico 3).

A maioria dos jovens que experimentou a *cannabis* terá alguma experiência de consumo de álcool e tabaco. Os jovens que consomem *ecstasy*, anfetaminas, cocaína e alucinogénios tendem a formar um grupo separado e pertencem a grupos sociais específicos. As relações no consumo de diferentes drogas são apresentadas no quadro 15 OL (versão em linha), que tem por base os dados do inquérito espanhol realizado nas escolas (Observatorio Español sobre Drogas, 2002) ([160]).

([154]) Definida como um documento que não foi publicado num jornal revisto por pares. Para mais informação, ver QED network journal (http://qed.emcdda.eu.int/journal/bulletin27.shtml).
([155]) Baseado nas respostas à questão «ficou embriagado devido ao consumo de bebidas alcoólicas».
([156]) Ver figura 42 OL: Comparação entre o consumo de álcool «em farras» e o consumo de *cannabis* nos últimos 30 dias.
([157]) Baseado nas respostas à questão «inalou uma substância (cola, aerossóis, etc.) para 'viajar'».
([158]) Quadro estatístico 3: inquéritos realizados nas escolas — Prevalência ao longo da vida entre os estudantes com idades compreendidas entre os 15 e os 16 anos (versão em linha).
([159]) Ver quadro estatístico 3: inquéritos realizados nas escolas — Prevalência ao longo da vida entre os estudantes com idades compreendidas entre os 15 e os 16 anos (versão em linha).
([160]) Ver quadro 15 OL: Relação entre o consumo de diferentes substâncias entre os alunos das escolas espanholas (14 a 18 anos) (versão em linha).

Figura 19: Prevalência ao longo da vida do alcoolismo e do consumo de substâncias ilícitas (estudantes de 15 e 16 anos)



Fonte: ESPAD — Projecto Europeu de Inquéritos Escolares (1999).
(1) Comparabilidade reduzida.

Um importante desafio consiste em dar resposta às complexidades e idiossincrasias dos diferentes padrões de consumo de droga (Calafat *et al.*, 1999; Parker e Eggington, 2002; Smit *et al.*, 2002).

As diferenças entre os dois sexos em termos de nível de consumo de droga, que é mais elevado nos homens do que nas mulheres, são mais acentuadas na população adulta do que na estudantil. Todavia, entre os estudantes, essas diferenças são maiores na França, Grécia, Itália e Portugal. A única excepção é o consumo de tranquilizantes e sedativos sem receita médica e de álcool juntamente com «pastilhas», que geralmente é mais elevado entre as raparigas.

As variações na prevalência também ocorrem entre regiões num mesmo Estado-Membro. Na Alemanha, a diferença entre Este e Oeste está a diminuir mais rapidamente entre os estudantes do que entre os adultos. Outros aspectos da prevalência do consumo de droga, tais como a propagação da *cannabis* às áreas rurais, são iguais aos observados na população mais velha.

Atitudes

As atitudes face às diferentes drogas podem ajudar a prever a futura prevalência do consumo de droga. Em 1999, a desaprovação da embriaguez uma vez por semana variava grandemente, desde relativamente baixa na Dinamarca (32%) a elevada na Itália (80%). A desaprovação da experimentação de *cannabis* era menos variável, sendo mais baixa em França (42%) e mais alta em Portugal (79%) e na Suécia (78%) ([161]). As atitudes ajudam a prever as tendências, mas há outros factores que intervêm. Em todos os Estados-Membros, a desaprovação e as percepções relativamente aos «grandes riscos» associados à experimentação de drogas como o *ecstasy*, a cocaína e a heroína eram, de um modo geral, muito elevadas entre os estudantes com idades compreendidas entre 15 e 16 anos. A desaprovação da experimentação de *ecstasy* situava-se entre os 71% na Grécia e os 90% na Dinamarca.

Tendências

É cada vez maior a preocupação com o aumento dos níveis de embriaguez e de consumo de álcool em «farras» para fins recreativos ([162]). Entre 1995 e 1999, registaram-se aumentos acentuados na experiência de embriaguez ao longo da vida na Grécia e na Noruega (figura 20). Não existem dados disponíveis estritamente comparáveis no que se refere ao consumo de álcool nos Estados-Membros que não participam nos inquéritos ESPAD, mas os dados relativos às tendências tanto na Alemanha (1973--2001) como em Espanha (1994-2000) indicam que nos últimos tempos houve uma diminuição no consumo de álcool entre os jovens (Bunderszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, 2002). No entanto, é possível que o consumo global de álcool diminua, ao passo que os padrões da consumo de álcool em «farras» aumente.

Durante a década de 90, a prevalência ao longo da vida do consumo de *cannabis* aumentou de tal forma que poderia ser descrita como uma propagação numa série de Estados--Membros. Em 1999, porém, o consumo de *cannabis* entre os jovens na Irlanda, nos Países Baixos e no Reino Unido tinha baixado. Esta diminuição pode indicar que a prevalência nestes países atingiu a saturação e tende para estabilizar em níveis próximos dos 30%.

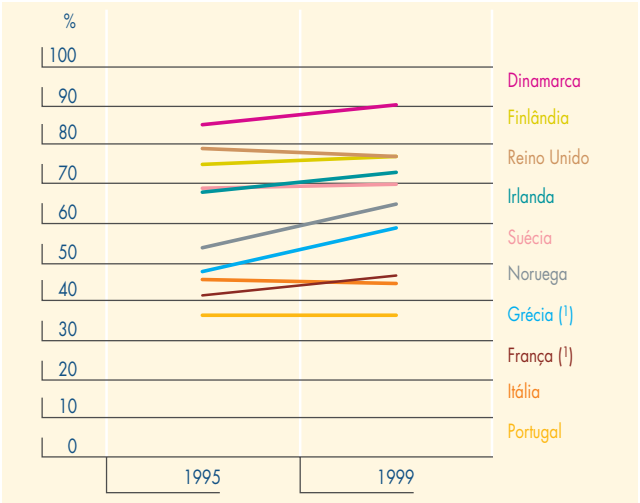
([161]) Ver figura 43 OL: Percentagem de estudantes com 15 e 16 anos que condenam mais a embriaguez por álcool do que o consumo experimental de *cannabis* e *ecstasy* (versão em linha).
([162]) Ver figura 44 OL: Alterações no consumo de álcool durante cinco ou mais dias seguidos nos últimos 30 dias.

Estes dados indiciam também uma estabilização do consumo de *ecstasy* ao longo da vida em níveis muito mais baixos do que o consumo de *cannabis*. No caso do Reino Unido, a diminuição da prevalência ao longo da vida tanto do consumo de *cannabis* como do de *ecstasy* foi acompanhada por uma redução na disponibilidade percebida ([163]) ([164]) e por um aumento da desaprovação ([165]). Em 1999, a percentagem de estudantes que percebiam como grande o risco associado ao facto de se experimentar *ecstasy* uma ou duas vezes era superior nos dois Estados-Membros (Irlanda e Reino Unido) onde a prevalência ao longo da vida do consumo de *ecstasy* era também superior ([166]) e onde os meios de comunicação social davam uma grande cobertura a um número relativamente pequeno de mortes relacionadas com o consumo de *ecstasy*. A cobertura dos meios de comunicação social, juntamente com uma imagem cada vez mais negativa, parece ter influenciado a descida da prevalência do consumo de *ecstasy* nestes dois Estados-Membros.

Os jovens julgam-se uns aos outros com base na imagem, no estilo e na posse de símbolos de estatuto. Esses símbolos, que podem incluir a droga, mudam constantemente. A imagem negativa de que gozam actualmente os consumidores de heroína e a rápida acessibilidade de outras drogas são factores importantes nas escolhas actuais em matéria de droga (FitzGerald *et al.*, 2003). Uma análise recente das letras das canções sobre drogas da música popular de expressão inglesa, a partir da década de 60, revelou que hoje em dia a tendência dos músicos para minimizar os danos causados pela *cannabis* é maior do que no passado ([167]) (Markert, 2001).

Figura 20: Prevalência ao longo da vida (A) do alcoolismo, (B) do consumo de *cannabis* e (C) do consumo de *ecstasy*, estudantes de 15 e 16 anos

Figura 20 (A): Alcoolismo



Os resultados de um inquérito recentemente realizado a 878 de jovens com idades até aos 19 anos, em 10 cidades da UE, indicam uma possível tendência da cultura urbana dominante para diminuir o consumo de anfetaminas e *ecstasy* e aumentar o consumo de cocaína. A amostragem não foi suficientemente representativa nem alargada para permitir chegar a conclusões definitivas. Este estudo constatou também que os inquiridos gastam mais dinheiro em álcool do que em droga ou em qualquer outra categoria única de consumo para fins recreativos, tais como entradas em discotecas, clubes ou cinemas, telemóveis e tabaco (Calafat *et al.*, 2003) ([168]).

Figura 20 (B): Consumo de *cannabis*

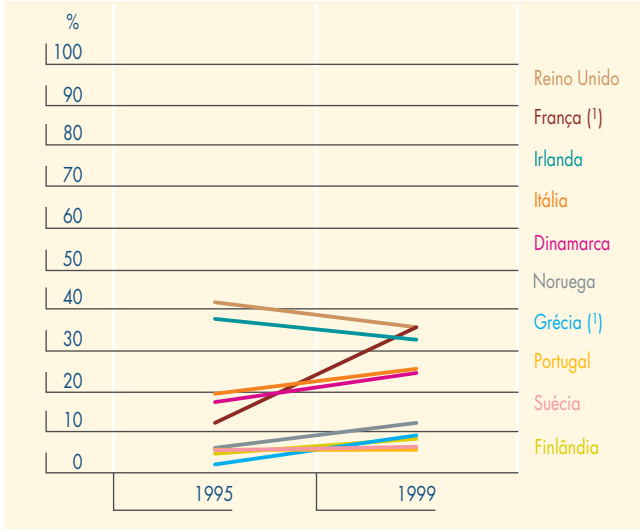
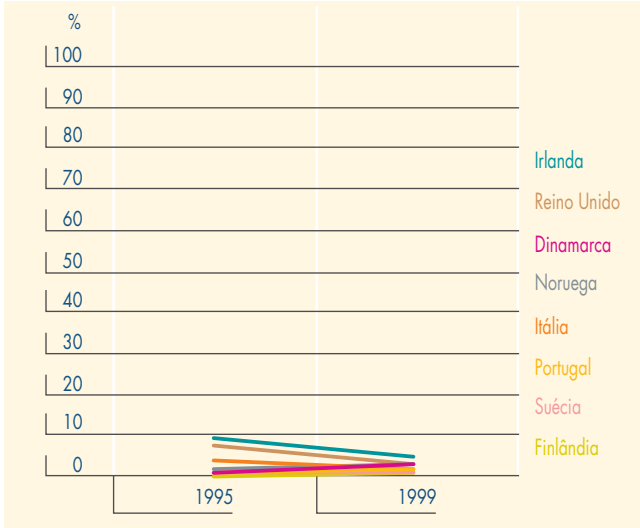


Figura 20 (C): Consumo de *ecstasy*



Fonte: Projecto Inquéritos em Meio Escolar ESPAD (1995 e 1999).
(1) Os dados relativos à França e à Grécia para 1995 baseiam-se em inquéritos realizados em 1993.

([163]) Baseado nas respostas relativas ao grau de facilidade na obtenção de droga, se desejada.
([164]) Ver figura 45 OL: Alterações na percepção da disponibilidade de (A) *cannabis* e (B) *ecstasy* (versão em linha).
([165]) Ver figura 46 OL: Alteração na percentagem de jovens de 15 e 16 anos que condenam (A) a embriaguez uma vez por semana ou (B) o consumo experimental de *cannabis* uma ou duas vezes ou (C) o consumo experimental de *ecstasy* uma ou duas vezes (versão em linha).
([166]) Ver figura 47 OL: Percentagem de estudantes de 15 e 16 anos que têm a percepção de um 'grande risco' associado ao consumo de *ecstasy* uma ou duas vezes e à prevalência ao longo da vida do consumo de *ecstasy* (versão em linha).
([167]) Ver figura 48 OL: Percentagem de imagens positivas na música popular contemporânea, da década de 60 à de 90 (versão em linha).
([168]) Ver figura 49 OL: Euros despendidos por fim-de-semana pelos jovens dos 13 aos 19 anos em 10 cidades da UE em 2001-2002 (versão em linha).

Quase todos os Estados-Membros da UE (Alemanha, Áustria, Bélgica, Dinamarca, Espanha, França, Luxemburgo, Itália, Países Baixos, Portugal e Reino Unido) dão conta de preocupações crescentes quanto a uma possível expansão do mercado de cocaína e *crack* para jovens consumidores problemáticos de droga. Para mais informação sobre as tendências ao nível da disponibilidade, ver página 00.

Iniciação, padrões e factores de risco

De um modo geral, a probabilidade de um jovem na faixa etária dos 12 aos 18 anos de idade se embriagar ou ser aliciado com *cannabis* ou qualquer outra droga ilícita, bem como a sua disposição para experimentar drogas aumenta brutalmente com a idade, como demonstram os resultados do inquérito ESCAPAD francês (Beck, 2001). A figura 21 A mostra que, entre os rapazes com 13 e 14 anos, a percentagem daqueles que tinham experiência ao longo da vida no que se refere à embriaguez era de 15,9% e a percentagem dos que tinham experimentado *cannabis* era de 13,8%. Entre os rapazes de 17 e 18 anos, esses valores aumentavam para 64,5% e 55,7% respectivamente.

Num inquérito recente à população jovem da UE, a «curiosidade» era apontada como a principal razão para experimentar drogas (EORG, 2002). A maioria dos jovens que experimentam drogas não continua a consumi-las de forma regular. Numa pequena mas significativa maioria o consumo aumenta em flecha, atingindo níveis muito elevados. Este facto é ilustrado na figura 21 B, que mostra a distribuição do consumo de *cannabis* entre a população de 18 anos em França. Os inquéritos à população em geral mostram que a experiência ao longo da vida do consumo de drogas ilícitas é consideravelmente mais elevada do que o consumo recente ou actual ([169]). A informação comparável relativa aos padrões de consumo entre consumidores regulares de drogas está menos desenvolvida do que no domínio da investigação sobre o álcool. Isto limita a compreensão dos padrões do consumo de droga e, consequentemente, o desenvolvimento de respostas eficazes. Em alguns Estados-Membros, estão a ser exploradas definições de «consumo problemático de *cannabis*» e tem sido sugerido que as pessoas que durante o último mês consumiram *cannabis* em 20 ocasiões ou mais correm um maior risco de desenvolver um padrão de consumo problemático (Beck, 2001; relatório nacional neerlandês). De acordo com esta definição, uma em cada cinco pessoas nos Países Baixos que consumiram *cannabis* durante o último mês pode ser classificada como estando «em risco». A figura 21 B mostra-nos que, em França, 13,3% de rapazes com 18 anos, comparados com apenas 3,6% de raparigas da mesma idade, são abrangidos pela categoria «em risco».

Uma importante preocupação relativamente ao consumo de *cannabis* tem a ver com o «efeito de porta de entrada» ([170]). No entanto, a associação entre consumo de *cannabis* e outras substâncias ilícitas é complexa e não pode ser reduzida a um simples modelo causal. Um modelo alternativo de «factor comum» demonstra de que modo as correlações entre o

Figura 21: Consumo de *cannabis* entre os jovens de 17 e 18 anos em 2001. (A) Idade de iniciação ao consumo. (B) Nível de consumo

Figura 21 (A): Idade de iniciação ao abuso de álcool e ao consumo de *cannabis* entre os rapazes de 17 e 18 anos em França, em 2001

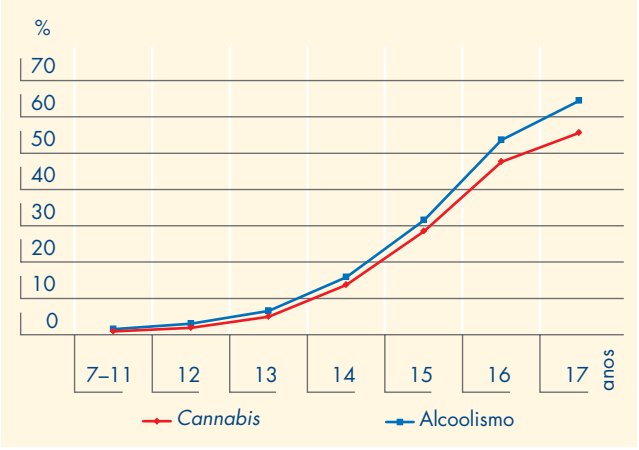
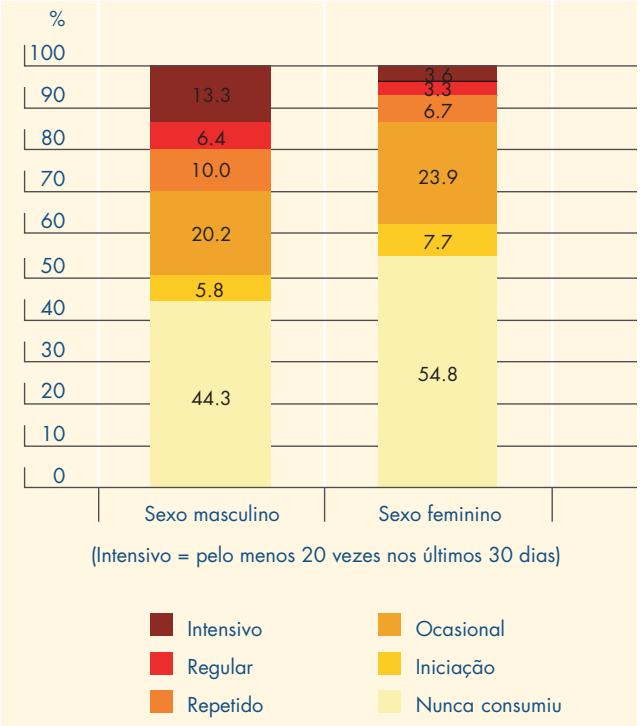


Figura 21 (B): Nível de consumo de *cannabis* aos 17 e 18 anos em França, em 2001



Fontes: ESCAPAD (2001), OFDT. Amostras representativas nacionais.

consumo de *cannabis* e de drogas duras são devidas a factores de risco comuns, incluindo a vulnerabilidade e o acesso às drogas, bem como a propensão para o seu consumo. As conclusões de estudos sobre coortes revelam que o consumo de drogas ilícitas raramente é o primeiro sinal de perturbação no adolescente. Muitas das vezes, o consumo de

([169]) Ver figura 1 OL: Padrões de consumo de *cannabis* entre a população em geral — Experiência ao longo da vida versus consumo actual (últimos 30 dias), inquérito nacional neerlandês 2001 (consumo de droga), inquérito sobre a prevalência 2001 (Países Baixos).

([170]) Baseado na hipótese de que o consumo de *cannabis* só por si aumenta o risco de começar a consumir drogas duras.

álcool, o comportamento anti-social, o absentismo e a criminalidade ocorrem numa idade anterior à do consumo de *cannabis* ([171]). É raro os adolescentes consumirem substâncias ilícitas, quando não existe uma exposição concomitante a outros consumidores ilícitos, e acreditarem que os benefícios potenciais do consumo superam os seus custos potenciais (Engineer et al, 2003). A evidência do «efeito de porta de entrada» pode ser explicada pelo facto de a *cannabis* colocar os consumidores em contacto com um mercado ilícito, aumentando o acesso a outras drogas ilícitas e proporcionando uma plataforma de aceitabilidade para o consumo de outras drogas ilícitas (Grant e Dawson, 1997; Petraitis *et al.*, 1998; Adalbjarnardottir e Rafnsson, 2002; Brook *et al.*, 2002; Morral *et al.*, 2002; Parker e Eggington, 2002; Pudney, 2002; Shillington e Clapp, 2002).

Nos Países Baixos, um inquérito a jovens consumidores de *cannabis* realizado em 1999 apurou que a maioria dos jovens comprava *cannabis* a amigos (46%) e em cafés (37%) (De Zwart *et al.*, 2000).

A identificação de uma variedade de factores de risco que influenciam tanto a iniciação como a escalada do consumo de droga numa população de adolescentes extremamente heterogénea é uma abordagem que começou a expandir-se. Estes factores atravessam um contínuo que vai desde o indivíduo até à comunidade, incluindo factores macroambientais, e provavelmente são diferentes consoante se trate de consumo recreativo ou problemático.

Factores de risco

Inquéritos direccionados revelaram que determinados grupos de jovens apresentam níveis de consumo de droga muito mais elevados do que os registados na população nacional em geral. Muitas das vezes, trata-se de jovens que foram expulsos da escola ou faltam às aulas, que cometeram um crime, que não têm onde morar ou fugiram de casa, ou que têm irmãos consumidores de droga (Lloyd, 1998; Swadi, 1999; Goulden e Sondhi, 2001; Hammersley *et al.*, 2003). O inquérito aos estilos de vida juvenis realizado no Reino Unido em 1998/1999 permitiu concluir que neste país a prevalência do consumo de droga era consideravelmente mais elevada entre estes grupos vulneráveis ([172]). A dimensão destes grupos vulneráveis a nível nacional sugere que os inquéritos actualmente realizados nas escolas estão a subavaliar a prevalência do consumo de droga pelo facto de não identificarem as populações de adolescentes de alto risco que não se encontram no meio escolar. Presentemente, são escassos os dados comparáveis a nível da UE relativos aos «grupos vulneráveis» de jovens. Os jovens que saem à noite para frequentarem determinados recintos de dance music formam um outro grupo vulnerável. As ligações entre certas culturas juvenis e as drogas estão bem documentadas, mais recentemente no que respeita à difusão do consumo de *ecstasy* (MDMA) (Griffiths *et al.*, 1997; Springer *et al.*, 1999). Nos estabelecimentos de dança techno, a prevalência ao longo da vida do consumo de *ecstasy* varia entre os 12,5% (Atenas) e os 85% (Londres), comparada com uma prevalência ao longo da vida de 1% (Grécia) e 8% (Reino Unido) entre a população de jovens adultos em geral (OEDT, 2002a).

Comunidade

Nos últimos anos, tem-se vindo a dedicar cada vez mais atenção às determinantes sociais, económicas e culturais, incluindo o ambiente físico (Spooner *et al.* 2001; Lupton *et al.*, 2002). Os problemas relacionados com a droga estão muitas vezes concentrados em determinadas áreas geográficas e zonas habitacionais. O relatório nacional irlandês, por exemplo, refere que crianças pertencentes a grupos-alvo narravam encontros de rotina com consumidores de droga e faziam referências ocasionais à presença de parafernália de droga em escadas e varandas. Os pais que ali viviam manifestavam uma enorme inquietação por causa do elevado nível de exposição dos filhos às drogas (O'Higgins, 1999).

Mortes e emergências hospitalares

As mortes relacionadas com o consumo de droga e de álcool entre jovens com menos de 20 anos de idade são relativamente raras. No entanto, durante a década de 90, o número de mortes relacionadas com o consumo de droga entre jovens em toda a UE aumentou ininterruptamente. Entre 1990 e 2000, registou-se na UE um total de 3 103 mortes entre a população jovem ([173]). Em termos comparativos, a perda de anos pela morte de um jovem é mais elevada do que pela de um adulto, quando se calcula o número de anos de esperança de vida perdidos ([174]). Para informações mais pormenorizadas sobre as mortes relacionadas com o consumo de droga, ver páginas 28 a 33. O Reino Unido é o único Estado-Membro que refere mortes especificamente relacionadas com a inalação de substâncias voláteis. Num período de 18 anos, registaram-se 1 707 mortes especificamente relacionadas com este fenómeno. A maioria dessas mortes ocorreu em pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos (Field-Smith *et al.*, 2002). Apesar da atenção que os meios de comunicação social dedicam às mortes relacionadas com o *ecstasy*, as drogas por inalação representam talvez um maior risco de morte para os adolescentes do que o uso de outras drogas.

Não existem a nível da UE dados coligidos numa base regular sobre as emergências hospitalares relacionadas com o consumo de droga, devido à natureza escondida do consumo de drogas ilícitas, ao consumo combinado de álcool e de outras drogas e à inexistência de análises toxicológicas (Tait *et al.*, 2002). Os poucos dados disponíveis sugerem que o consumo de álcool representa um encargo maior para os serviços de saúde de alguns Estados-Membros do que o consumo de drogas ilícitas. A OMS estima que nos países desenvolvidos o álcool é responsável por 10% a 11% do total de doenças e mortes que ocorrem anualmente (Rehn *et al.*, 2001). Por exemplo, um inquérito dinamarquês realizado junto da população jovem em 2001 revelou que havia menos jovens com 17 anos que diziam ter tido atendimento hospitalar por problemas relacionados com drogas, que os que referiam

([171]) Figura 50 OL: Percentagem de estudantes de 15 e 16 anos que já se embriagaram ou experimentaram *cannabis* até à idade de 13 anos (versão em linha).
([172]) Ver figura 51 OL: Comparação do consumo de droga por grupos vulneráveis (versão em linha).
([173]) Ver figura 52 OL: Óbitos por intoxicação aguda relacionada com o consumo de droga, comunicados na UE, entre os jovens até aos 19 anos (versão em linha).
([174]) Actualmente, a média da esperança de vida na UE é de 75 anos para os homens e 80 para as mulheres.

problemas relacionados com álcool (relatório nacional dinamarquês). Na Irlanda, um estudo regional de registos de casos hospitalares durante um período de três meses permitiu concluir que das 55 admissões hospitalares de jovens com idades compreendidas entre os 10 e os 18 anos quase todas estavam relacionadas exclusivamente com o consumo de álcool ou com auto-envenenamentos (Mid-Western Health Board, 2002; mencionado no relatório nacional irlandês).

Respostas ao nível da legislação e recomendações

Em quase todos os Estados-Membros, a disponibilidade do álcool é controlada através do monopólio estatal ou de um sistema de licenciamento. Na maior parte dos Estados-Membros da UE, as tentativas para controlar a disponibilidade de álcool aos jovens passam pela imposição de limites de idade (normalmente 16 ou 18 anos) à venda de álcool para consumo dentro ou fora do estabelecimento. Portugal introduziu o seu limite de idade há relativamente pouco tempo, em Janeiro de 2002. As restrições à publicidade do álcool variam entre a proibição total e a adopção de códigos voluntários em matéria de publicidade ou a inexistência de limitações (Rehn *et al.*, 2001; Bye, 2002). No Reino Unido, a venda de recargas de isqueiros a menores de 18 anos foi limitada pela regulamentação de 1999 (Segurança) relativa às recargas de isqueiros (Field-Smith *et al.*, 2002). Pensa-se que a diminuição do número de mortes é o resultado desta legislação e das campanhas de informação dirigidas aos pais. Existem algumas variações ao nível da legislação e pouco se sabe sobre a sua aplicação na prática. Um exemplo de uma nova iniciativa para lidar com questões de prática pode ser encontrado na Alemanha, que recentemente introduziu a lei do «Sumo de Maçã» (relatórios nacionais alemão e neerlandês), nos termos da qual os bares devem oferecer pelo menos uma bebida não alcoólica que seja mais barata do que a bebida alcoólica mais barata. No Reino Unido, os retalhistas estão a lançar um novo esquema, com o apoio do Governo, que consiste em fornecer um «passe» especial aos clientes jovens a fim de ajudar a respeitar os limites de idade na compra de bebidas alcoólicas e substâncias voláteis (BBC News).

Nos últimos anos, os Países Baixos reforçaram os controlos sobre os cafés. Desde então, foram encerrados os cafés que vendiam *cannabis* perto de escolas. Os menores de 18 anos não têm permissão para comprar *cannabis*. A publicidade aos produtos da *cannabis* é proibida e, nos últimos anos, o controlo mais apertado dos cafés reduziu consideravelmente o número de clientes com menos de 18 anos (relatório nacional neerlandês). Em Copenhaga, na Dinamarca, a polícia encerrou cerca de 50 clubes de *cannabis* desde que entrou em vigor uma lei que proíbe a entrada de pessoas em determinadas instalações (relatório nacional dinamarquês).

Na Irlanda e no Reino Unido, foram recentemente tomadas iniciativas tendentes a reduzir os problemas ligados ao consumo de droga e de álcool entre os jovens. Por exemplo, na Irlanda, o projecto de lei relativo às crianças (1999) atribui aos pais a responsabilidade pelo controlo dos filhos. Os pais podem incorrer em sanções que incluem o seu próprio tratamento pelo abuso de alguma substância e formação para aprenderem a cuidar dos filhos. Crianças que não estejam debaixo de um controlo adequado podem ser sujeitas a recolher nocturno. Na Irlanda são dirigidas pela polícia duas iniciativas de manutenção da ordem pública. A «Operation Oíche» visa o consumo de bebidas alcoólicas antes da maioridade, o consumo ilícito de drogas e a venda de álcool a menores. A «Operation Encounter» está concentrada no comportamento anti-social não só nas ruas mas também em estabelecimentos com alvará, clubes nocturnos e pontos de venda de comida rápida. Para mais pormenores sobre as respostas legais, ver página 42.

Um amplo contínuo de necessidades e respostas

Um dos principais objectivos da UE na luta contra a toxicodependência e o alcoolismo é fazer intervenções apropriadas que permitam produzir um impacto mais efectivo. Devem concentrar-se principalmente em cinco grandes grupos-alvo que por vezes se sobrepõem:

1) jovens em idade escolar;

2) jovens consumidores de droga a título experimental e recreativo;

3) jovens de áreas socialmente desfavorecidas;

4) jovens delinquentes;

5) e jovens que necessitam de tratamento da toxicodependência ([175]).

Jovens em idade escolar

A prevenção na escola é uma resposta amplamente utilizada pare este grupo-alvo. Para mais pormenores sobre o assunto, ver página 45.

Ao nível da política escolar, diversos Estados-Membros emitiram recomendações sobre o modo de reagir perante incidentes relacionados com droga e perante os alunos que consomem droga. Em França, é dada grande ênfase aos «pontos de referência para a prevenção de comportamentos de risco nas escolas» e à resolução dos problemas através de aconselhamento direccionado. É dado grande destaque à formação profissional do pessoal escolar para lidar com o comportamento juvenil desviante. Na Áustria e na Alemanha, os programas STEP-by--STEP ([176]) ajudam os professores a identificar os alunos consumidores de droga e a intervir junto deles. Na Noruega, foi lançado um manual com essa finalidade.

O Serviço Consultivo para a Prevenção da Toxicodependência do Reino Unido procedeu à avaliação de um programa de prevenção da toxicodependência destinado a jovens expulsos da escola e chegou à conclusão de que os programas de drogas são manifestamente necessários, mas que os períodos curtos de educação sobre a droga são inadequados. Muitos dos jovens visados pelo programa já consumiam droga, o que significa que estes programas deveriam ser implementados numa idade mais precoce e deveriam identificar claramente os problemas e procurar resolvê-los. Em Portugal, o novo enquadramento nacional de prevenção prevê uma dotação de 400 000 euros para currículos escolares alternativos e formação profissional antecipada para os alunos que abandonam os estudos. Quase todas as comunidades autónomas espanholas desenvolvem programas semelhantes. Na Grécia, as intervenções precoces visam os consumidores jovens e as suas famílias (terapia de família), bem como os adolescentes que têm problemas com a justiça.

([175]) Ver figura 53 OL: Prevenção selectiva — Metas de intervenção (versão em linha).

([176]) Ver EDDRA http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=36.

Jovens consumidores de droga a título experimental e recreativo na comunidade

Os danos potenciais causados pelo consumo de álcool e de drogas ilícitas nas vidas de uma percentagem pequena mas significativa da população juvenil são cada vez mais reconhecidos. Um importante alvo para uma acção mais eficaz são os grupos vulneráveis de jovens que consomem álcool e experimentam drogas para fins recreativos mas não têm consciência, ou capacidade de controlo, dos riscos associados aos seus padrões de consumo de uma dada substância (*overdoses*, acidentes, comportamentos criminosos, violência, perda de capacidade para estudar ou trabalhar, infecções transmitidas por via sexual e, a mais longo prazo, lesões no fígado/cérebro, etc.) (Boys *et al.*, 1999; Parker e Egginton, 2002). A preocupação em alterar os padrões de consumo de álcool e de droga para fins recreativos está a aumentar na UE, e especialmente no que se refere aos riscos de saúde para as mulheres. Os estabelecimentos recreativos como os bares, as discotecas, os clubes desportivos e os clubes juvenis parecem ser locais adequados para fazer a prevenção do consumo de droga, uma vez que garantem um contacto com um grande número de jovens, muitos dos quais consomem droga ou correm o risco de vir a consumir ([177]). É urgentemente necessário elaborar documentação metodológica e proceder a uma avaliação aprofundada das intervenções neste contexto.

Em França, até 2001, pelo menos 30% dos departamentos estavam a desenvolver medidas preventivas ou a prestar primeiros socorros em eventos de dança. Na Irlanda, numa área de um serviços de saúde regional, o pessoal e os frequentadores dos locais de diversão são os destinatários do projecto «Decisões sãs» ([178]). Todavia, no Luxemburgo não existe um enquadramento legal para a intervenção das agências de luta contra a droga nos clubes nocturnos.

Nos Países Baixos, são organizados cursos de formação para formadores em primeiros socorros para fazer face a incidentes com drogas em contextos recreativos.

A iniciativa neerlandesa «Saídas e drogas» inclui intervenções para diferentes contextos exteriores à escola e onde os mais jovens consomem drogas, nomeadamente cafés, discotecas, festas, clubes e outros locais onde se realizam grandes eventos musicais.

Vários projectos abordam os consumidores de droga dentro do ambiente musical a fim de minimizar os riscos de consumo de drogas lícitas e ilícitas. Por vezes, o pessoal dos projectos desloca-se a diferentes eventos numa caravana que proporciona uma atmosfera tranquila para um aconselhamento informal. Como meios adicionais, podem ainda ser utilizadas linhas de emergência ou sítios *web* ([179]) especiais.

No âmbito dos projectos EDDRA ([180]), foi realizada uma análise global dos exemplos de prevenção em locais de diversão, e existe uma série de quadros em linha que oferecem uma visão global dos projectos e políticas em curso ([181]).

De acordo com um estudo recente financiado pela Comissão, os serviços específicos de aconselhamento e de testes às pastilhas no local onde se realizam eventos de tipo «rave» são eficazes para atingir aqueles jovens que, embora consumam drogas com regularidade, não se consideram toxicodependentes e não contactariam os estabelecimentos de ajuda a toxicodependentes. O mesmo estudo apurou também que o teste às pastilhas não anula as intervenções de carácter preventivo orientadas para a abstinência ([182]). Na Áustria e em Espanha, estes serviços estão generalizados, ao passo que nos Países Baixos estão limitados a serviços com elevados níveis de precisão metodológica.

Um outro conjunto de intervenções envolve pares, grupos de auto-ajuda e alternativas ao consumo de droga, tais como informação e apoio psicossociológico bem como participação em actividades culturais ou desportivas (por exemplo, em campos de férias na Grécia). Durante alguns anos, em Espanha, foram oferecidos programas de lazer alternativos por todo o país.

Na Dinamarca, Suécia e Noruega, «Os night ravens» são adultos voluntários que patrulham as ruas do centro da cidade durante as tardes e noites dos fins-de-semana. A sua missão consiste em permanecer visíveis e disponíveis para atender os jovens. A ideia é que a sua presença irá reduzir a probabilidade de ocorrência de actos de violência e de danos.

Jovens de bairros socialmente desfavorecidos

Na Suécia, a Comissão de Luta contra a Droga efectuou uma análise da literatura de investigação sobre respostas preventivas (Narkotikakommissionen, 2000), e concluiu que são necessários três tipos de iniciativas: iniciativas específicas direccionadas para a população mais pobre; iniciativas gerais tendentes a melhorarem a saúde pública; e iniciativas destinadas a ajudar as famílias vulneráveis.

A Irlanda, Portugal e o Reino Unido são os únicos Estados-Membros que identificam áreas particulares com vista a proporcionar programas especiais nessas áreas. O Young People's Facilities and Services Fund (YPFSF) (Fundo de Facilidades e Serviços para Jovens) da Irlanda visa atrair jovens «em risco» de áreas desfavorecidas para serviços e actividades que os desviem dos perigos do abuso de substâncias. No Reino Unido, a organização «Futuros Positivos» está a funcionar em 57 áreas desfavorecidas a fim de desviar os jovens vulneráveis do consumo de droga e da criminalidade, através da participação em actividades desportivas. Os primeiros resultados são animadores, revelam uma diminuição da actividade criminosa e do absentismo e uma maior sensibilização da comunidade para o problema. As «Health Action Zones» (HAZ) (zonas de acção para a saúde) são parcerias que reúnem diversas agências situadas em algumas das áreas mais desfavorecidas de Inglaterra e que têm por objectivo

([177]) Ver figura 54 OL: Prevenção junto de grupos-alvo em contextos recreativos (versão em linha).
([178]) Ver http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=356.
([179]) Ver http://www.emcdda.eu.int/responses/infosites.shtml.
([180]) Ver http://eddra.emcdda.eu.int:8008/FurtherReading/eddra_party_settings.pdf.
([181]) Ver quadro 16 OL: Principais parâmetros quantitativos da prevenção em contextos recreativos; quadro 17 OL: Trabalho de proximidade/prevenção em contextos recreativos; e quadro 18 OL: Panorâmica das políticas e enquadramentos do trabalho de proximidade/prevenção nos contextos recreativos (versão em linha).
([182]) Ver http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2828.

resolver o problema das desigualdades no domínio da saúde, através de programas de modernização dos serviços de saúde e de assistência social, a fim de abranger um amplo espectro de jovens vulneráveis que se considera estarem em risco de se tornarem toxicodependentes (130 projectos e iniciativas nos 26 HAZ). «Connexions» (ligações) é um serviço de apoio e aconselhamento do Reino Unido destinado a jovens dos 13 aos 19 anos que procede à identificação de jovens em risco e que os encaminha para serviços especializados em droga. Em 2002, estiveram em funcionamento 27 parcerias e espera-se que em 2003 sejam criadas mais 20.

No Reino Unido, as equipas de acção no âmbito da droga *(Drug Action Teams)* conduziram, em 2001, uma avaliação das necessidades dos jovens, e compete-lhes, através dos «Young People Substance Misuses Plans» (YPSMPS), a planificação, baseada em necessidades locais, dos serviços direccionados para jovens para tratamento do consumo de substâncias, a partir dos serviços prevenção geral.

Na Áustria, centros móveis direccionados para jovens nas ruas estão a trabalhar em estreita cooperação com outras organizações de ajuda relevantes a fim de prestar assistência a adolescentes e jovens toxicodependentes numa fase precoce. Prevê-se que a cobertura geográfica destes centros venha a aumentar ([183]) no futuro.

Na Finlândia, os *Walkers youth cafés* ([184]) oferecem uma intervenção precoce e operam actualmente em 24 localidades. Voluntários adultos com formação, apoiados por profissionais que trabalham com jovens, desempenham aqui um importante papel. Foi feito um esforço para transformar os cafés para jovens em locais de encontro seguros. De igual modo, na Irlanda, na área de um serviço de saúde regional, um *Health Advice Café* tem por objectivo oferecer aos jovens, no local, um serviço combinado de prevenção e de saúde em regime de acesso directo.

Na Noruega, os municípios maiores dispõem de serviços de proximidade. Os seus objectivos incluem diversas intervenções preventivas destinadas às crianças mais velhas e aos jovens, bem como aconselhamento e encaminhamento para os serviços de apoio e tratamento.

Jovens delinquentes

Alguns Estados-Membros oferecem programas direccionados de apoio, formação e proximidade para jovens em risco como é o caso dos jovens delinquentes. Um resultado importante de algumas destas iniciativas foi a redução do número de jovens condenados por crimes.

As intervenções oferecem alternativas às estratégias baseadas na execução da lei e na punição, com o objectivo de reduzir o número de jovens que enveredam por uma vida de crime, ou impedir que isso aconteça, com consequências irreversíveis. No Reino Unido, as *Youth Offending Teams* (YOT) incluem trabalhadores do domínio da toxicodependência que fazem uma avaliação de jovens que cometem delitos por causa do consumo de droga e, sempre que adequado, oferecem intervenções para impedir a continuação desse consumo. O projecto «Solidariedade Jovem» dos Médicos Sem Fronteiras do Luxemburgo funciona numa base semelhante em colaboração directa com magistrados especializados nas questões da juventude e agentes competentes em matéria de execução da lei.

O projecto FRED na Alemanha tem por objectivo a realização de intervenções precoces junto dos consumidores de droga que são notificados pela primeira ([185]). Os projectos finlandeses em matéria de execução da lei funcionam de acordo com os mesmos princípios.

Jovens que necessitam de serviços de tratamento

A procura de tratamento da toxicodependência é um importante indicador de dependência da droga e de uma extrema necessidade. Em 2001, na UE, os jovens até aos 19 representavam menos de 10% do total registado da procura de tratamento especializado da toxicodependência. Mais de metade desses jovens estava a receber tratamento por consumir *cannabis* como principal droga. Cerca de um quarto estava a ser tratado por problemas com opiáceos, e os restantes estavam igualmente repartidos entre o tratamento por consumo de cocaína e o de outras drogas estimulantes. Registam-se, porém, variações a nível nacional; a Irlanda, por exemplo, trata uma percentagem de jovens maior do que qualquer outro país da UE. O tratamento de jovens com menos de 18 anos é complicado por causa da autorização dos pais e de preocupações relacionadas com a prescrição de drogas de substituição quando não existe investigação adequada sobre os efeitos de tais drogas no grupo etário em questão. A maior parte dos jovens em tratamento com graves problemas de toxicodependência frequentam centros de tratamento vulgares.

Têm sido desenvolvidos serviços de tratamento especializados em alguns países. Por exemplo, nos Países Baixos, existe uma pequena clínica dedicada a jovens com 13 a 18 anos. Na Finlândia, é dada uma ênfase especial a uma sequência de tratamento psicossocial sustentado e intensivo, com o necessário tratamento institucional. Segundo informações que datam de 1999, havia seis unidades de tratamento para jovens toxicodependentes, com um total de 40 camas. Além disso, as escolas de recuperação tinham três unidades a especializar-se no tratamento da toxicodependência, com um total de 23 camas. No Luxemburgo, existe um centro especializado e 43% dos seus pacientes têm menos de 16 anos de idade. Na Grécia, as intervenções precoces destinam-se aos toxicodependentes adolescentes e às respectivas famílias (terapia familiar) bem como a adolescentes com problemas com a justiça.

Na Suécia, os jovens dos 12 aos 21 anos com problemas psicossociais graves, muitas vezes com elementos comportamentais criminosos e métodos de consumo de substâncias psicoactivas, podem ser internados em instituições de cuidados sem o seu consentimento. Os métodos de tratamento incluem terapia ambiental, terapia familiar funcional, terapia comportamental cognitiva e, havendo abuso de substâncias, o método dos

([183]) Ver Auftrieb em http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2086.
([184]) Ver http://www.asemanlapset.fi/walkers-nuorisokahvilat/walkers-kahvilat_suomessa/.
([185]) Ver EDDRA http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2091.

12 passos. Em alternativa à prisão, os jovens delinquentes serão tomados a cargo de acordo com a lei relativa ao tratamento de jovens (disposições especiais) em regime de tratamento de jovens em instituição fechada ([186]). Para mais informações sobre as respostas em matéria de tratamento, ver página 49.

Exclusão social e reinserção

Definições e conceitos

De acordo com o último estudo sobre «precariedade social e integração» ([187]), a percentagem da população europeia em risco de pobreza e de exclusão social na Europa varia entre 9% e 22% (Conselho Europeu, 2001). Uma pessoa é considerada socialmente excluída quando está impedida de participar plenamente na vida económica, social e civil e/ou quando o seu acesso ao rendimento e a outros recursos (pessoais, familiares e culturais) é de tal modo insuficiente que não lhe permite usufruir de um nível de vida considerado aceitável pela sociedade em que vive (Gallie e Paugam, 2002).

A exclusão social pode, portanto, ser definida como uma combinação de falta de meios económicos, de isolamento social e de acesso limitado aos direitos sociais e civis; trata-se de um conceito relativo dentro de qualquer sociedade particular (CEIES, 1999) e representa uma acumulação progressiva de factores sociais e económicos ao longo do tempo. Os factores que podem contribuir para a exclusão social são os problemas laborais, os padrões de educação e de vida, a saúde, a nacionalidade, a toxicodependência, a desigualdade sexual e a violência (Conselho Europeu, 2001; relatórios nacionais, 2002).

O consumo de droga pode ser encarado seja como uma consequência seja como uma causa de exclusão social (Carpentier, 2002): o consumo de droga pode deteriorar as condições de vida, mas, por outro lado, os processos de marginalização social podem ser um motivo para se começar a consumir droga. No entanto, a relação entre toxicodependência e exclusão social não é de natureza causal, porque a exclusão social não se aplica necessariamente a todos os toxicodependentes (Tomas, 2001).

Tendo em conta esta complexidade, é possível não só analisar o consumo de droga entre populações socialmente excluídas mas também estudar a exclusão social entre os toxicodependentes (figura 22).

Padrões e consequências do consumo de droga observados em populações socialmente excluídas

Na literatura e na investigação são geralmente consideradas em risco de exclusão social as seguintes populações: presos, imigrantes ([188]), sem-abrigo, profissionais do sexo e jovens vulneráveis. Há que ter em consideração os desvios e as limitações metodológicas na informação apresentada sobre o consumo de droga e os padrões de consumo entre grupos socialmente excluídos, devido à falta de fontes de informação e de dados comparáveis em toda a Europa.

Verificou-se que existe uma relação bastante estreita entre a reclusão e o consumo de droga (ver também página 34). Uma grande percentagem dos reclusos consumiam droga antes de serem detidos, e a razão da sua detenção está muitas vezes associada ao consumo de droga. Todavia, algumas pessoas seguem o caminho inverso, tornando-se consumidores de droga só depois de terem sido encarcerados pela prática de crimes. Há estudos que sugerem que entre 3% e 26% dos consumidores de droga nos estabelecimentos prisionais europeus começam a consumir droga na cadeia e entre 0,4% e 21% dos CDI injectam-se pela primeira vez na cadeia. O consumo de droga em meio prisional é muito comum: até 54% dos reclusos dizem consumir drogas enquanto estão presos e até 34% dizem injectar-se na prisão (Stoever, 2001; OEDT, 2002a).

A relação entre «negros e grupos étnicos minoritários» e consumo de droga é menos clara, visto existir pouca informação disponível. Não existem quaisquer provas científicas que sugiram que o consumo de droga seja mais elevado entre os imigrantes do que entre a população em geral. No entanto, alguns estudos sobre grupos de minorias étnicas específicos permitiram concluir que existe uma percentagem mais elevada de consumidores problemáticos de droga nesses grupos do que na população em geral, como é o caso dos ingrian na Finlândia (dos quais 1% a 2% se estima que consomem drogas, em especial heroína), dos curdos na Alemanha, dos ciganos em Espanha e de vários grupos étnicos nos Países Baixos (Vrieling *et al.*, 2000) ([189]). A razão para isso acontecer poderia ser uma combinação de factores socialmente desfavoráveis, tais como a falta de domínio da língua local, o desemprego e problemas de habitação, más condições de vida e falta de recursos económicos (relatórios nacionais, 2002).

Figura 22: Relação entre exclusão social e consumo de droga

([186]) Ver http://www.stat-inst.se/article.asp?articleID=87.

([187]) Inquérito do Eurobarómetro 56.1: http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/soc-incl/eurobarometer_en.pdf.

([188]) De acordo com o OEDT (2002b) os imigrantes são definidos como «negros e grupos étnicos minoritários» e incluem populações de imigrantes de diversas comunidades a viver nos países da UE.

([189]) Ver quadro 19 OL: Discriminação dos problemas de toxicodependência primária (álcool, heroína, cocaína, *cannabis* e jogo) nos Países Baixos entre os imigrantes e os cidadãos neerlandeses (versão em linha).

No que respeita ao padrão do consumo de droga, encontram-se diferenças entre os grupos étnicos. O consumo de *qat* só é registado em populações somalis e negros africanos ao passo que a heroína é fumada por imigrantes do Suriname e do Bangladeche. Por outro lado, o consumo de droga entre os ciganos em Espanha parece ter início numa idade mais precoce (2 e 3 anos) do que entre a população nativa (Eland e Rigter, 2001; Reinking *et al.*, 2001; Fundación Secretariado General Gitano, 2002).

Os sem-abrigo são também considerados como um grupo em risco no que se refere ao consumo de droga. Embora não existam a nível europeu dados disponíveis comparáveis sobre a relação entre a situação de sem-abrigo e o consumo de droga, foram realizados estudos específicos em muitos países e o consumo de droga é apontado como um problema frequente entre os sem-abrigo (relatórios nacionais, 2002). A Dinamarca, a França, os Países Baixos e o Reino Unido referem que 80% dos sem-abrigo que vivem em centros de abrigo são toxicodependentes; e as taxas de prevalência são até mais elevadas entre pessoas que vivem na rua ou pessoas sem-abrigo com outros problemas sociais. Por exemplo, segundo um pequeno estudo realizado na Irlanda, 67% dos ex-reclusos sem-abrigo são toxicodependentes (Hickey, 2002). Entre os sem-abrigo, a heroína é a droga habitualmente mais consumida, seguindo-se o consumo de cocaína e o policonsumo. Outros comportamentos de alto risco, tais como o consumo de droga injectada e a partilha de seringas, são também apontados como sendo elevados entre os sem-abrigo ([190]).

Entre os jovens vulneráveis, o consumo de droga é referido como sendo frequente; encontra-se um elevado nível de prevalência entre crianças que passaram por problemas familiares e sociais ou tiveram problemas na escola. Encontrou-se uma prevalência elevada entre os filhos de toxicodependentes: as taxas de consumo de droga ao longo da vida em crianças cujos pais consumiram droga no último ano são consideravelmente mais elevadas do que as do grupo «não vulnerável» (prevalência ao longo da vida de 37% a 49% comparada com 29% a 39% em crianças cujos pais não são consumidores) ([191]). Existem vários estudos que referem que as crianças que foram alvo de abuso sexual ou físico no seio da família apresentam um risco mais elevado de consumir droga na idade adulta (Liebschutz *et al.*, 2002). Em Portugal, há indicações de que os jovens que foram vítimas de abuso e violência familiar têm sete vezes mais probabilidades de virem a consumir heroína do que a população de jovens em geral (Lourenço e Carvalho, 2002). No Reino Unido, os «jovens fugitivos» ([192]) parecem ter maiores probabilidades de abusar da droga. Neste grupo, as taxas de consumo de droga ao longo da vida são 2 a 8 vezes mais elevadas do que entre os jovens que nunca fugiram de casa. As drogas mais consumidas são o *crack*, a heroína e os solventes. Os problemas na escola constituem um outro factor de risco de consumo de droga: regista-se uma elevada prevalência de consumo de droga nas crianças que não frequentam a escola (Amossé *et al.*, 2001), nas que frequentam escolas de recuperação (40% dos estudantes que frequentam estas escolas na Finlândia declarou ter tido já um problema de dependência que, em 16% dos casos, esteve relacionado com drogas) (Lehto-Salo *et al.*, 2002) e nas que possuem baixos níveis de escolaridade (13,5% na Noruega) (Vestel *et al.*, 1997).

Entre os profissionais do sexo, o consumo de droga é muitas vezes um motivo para a prostituição, mas pode ser também uma consequência (como acontece com outros factores associados ao consumo de droga). Os padrões do consumo de droga variam consoante a prostituição surge antes ou depois da toxicodependência. Um estudo qualitativo italiano entre prostitutas de rua concluiu que os profissionais do sexo que começam a consumir drogas a fim de lidar com problemas relacionados com a prostituição, costumam consumir álcool, tranquilizantes ou outras substâncias psicoactivas; pelo contrário, quando a toxicodependência é a principal causa da prostituição, a heroína é a principal droga consumida (Calderone *et al.*, 2001).

As conclusões ou dados resultantes de investigações sobre outros grupos socialmente excluídos estão menos disponíveis; a Dinamarca refere que entre os pacientes dos serviços psiquiátricos, 50% a 60% são toxicodependentes, provavelmente devido à grande disponibilidade de droga e ao facto de esses pacientes estarem familiarizados com a tomada de fármacos psicoactivos (relatório nacional, 2002).

Relação entre exclusão social e consumo de droga

Existem mais dados disponíveis sobre as condições sociais da população tratada. Os factores socioeconómicos relacionados com o consumo de droga incluem baixos níveis de escolaridade, saída precoce da escola e abandono dos estudos; desemprego, salários baixos e empregos difíceis; rendimentos baixos e endividamento; insegurança em termos de alojamento e falta de abrigo; mortalidade e doenças relacionadas com o consumo de droga; dificuldade de acesso à prestação de cuidados; e estigma social (quadro 5).

Registam-se diferenças assinaláveis nas condições sociais do consumo de droga consoante a substância consumida e os padrões de consumo; as condições mais gravosas encontram-se entre os consumidores de heroína e opiáceos e os toxicodependentes crónicos.

([190]) O British Home Office refere que no Reino Unido mais de um terço dos sem-abrigo se injectava com heroína, e um quinto injectava-se com *crack*. No último mês é provável que mais de 10% tenham utilizado a seringa de uma outra pessoa ou tenham emprestado a sua própria seringa (Carlen, 1996; Goulden e Sondhi, 2001).
([191]) De acordo com um inquérito realizado em Inglaterra e País de Gales em 1998-1999 junto de 4 848 jovens (Goulden e Sondhi, 2001).
([192]) A Unidade de Exclusão Social do Gabinete do vice-primeiro-ministro define o «jovem fugitivo» como «uma criança ou um jovem com menos de 18 anos de idade que passa uma noite ou mais longe da casa da família ou do lar de acolhimento sem autorização, ou que foi obrigado a partir pelos pais ou pelas pessoas que o tinham a cargo» (Social Exclusion Unit, 2002).

Quarenta e sete por cento de todos os clientes em tratamento em 2001 nunca frequentaram a escola ou apenas concluíram o ensino primário; são também frequentes taxas elevadas de abandono precoce da escola e de abandono dos estudos entre os consumidores de droga. Encontram-se diferenças de acordo com a principal droga consumida e consoante o país ([193]): os consumidores de opiáceos (especialmente heroína) têm os níveis de escolaridade mais baixos (relatórios nacionais, 2002).

Devido à precariedade das condições sociais em que vivem, os consumidores de droga também têm problemas relacionados com a situação laboral; as taxas de desemprego são muito elevadas em comparação com a população em geral [47,4% entre os consumidores de droga para 8,2% ([194]) na população em geral]; é difícil encontrar emprego e os toxicodependentes raramente conseguem conservar um emprego durante muito tempo ou progredir numa carreira (DrugScope, 2000) ([195]). Uma situação laboral precária pode criar problemas financeiros; os toxicodependentes frequentemente têm rendimentos baixos ou não têm sequer recursos financeiros (32% a 77% dos pacientes em tratamento sobrevivem à custa de subsídios sociais). O endividamento também é comum.

Quadro 5 — Condições sociais (educação, situação laboral, habitação) dos pacientes em tratamento nos Estados-Membros da UE em 2001

Condições sociais		Consumidores de droga em tratamento (% válida) (1)
Educação (n = 98 688)	Nunca frequentou a escola/ /nunca concluiu o ensino primário	8,0
	Ensino primário	43,6
Situação laboral (n = 100 000)	Desempregado	47,4
	Economicamente inactivo	9,6
Habitação (n = 41 299)	Alojamento precário	10,4
	Instituições	7,5

Fonte: Relatórios nacionais Reitox — Dados do IPT 2001.
(1) As percentagens são calculadas sobre o número total de casos reportados para cada item; o total não soma 100% uma vez que só são referidos os valores que interessam para este capítulo (nunca frequentou a escola, desempregado, etc.); para os dados completos, ver figura 55 OL: Grau de instrução entre a totalidade dos pacientes, por país; figura 56 OL: Situação laboral entre a totalidade dos pacientes por país; e figura 57 OL: Condições de vida entre a totalidade dos pacientes, por país (versão em linha).

As condições em que vivem os consumidores de droga são frequentemente, de acordo com as declarações, muito más: 10,4% dos pacientes vivem em alojamento precário e 17,5% vive uma instituição. Além disso, muitos países dão conta de elevados números de sem-abrigo (até 29%) entre os toxicodependentes ([196]).

No que se refere à nacionalidade, as características assemelham-se às da estrutura do público em geral ([197]); os pacientes são principalmente cidadãos do país onde solicitam o tratamento, e o número de pacientes originários de outros países (europeus ou não) corresponde à percentagem de estrangeiros na população em geral. Todavia, é preciso lembrar que alguns países não permitem o registo da nacionalidade/etnia dos pacientes, razão pela qual essa informação não se encontra disponível de maneira consistente.

Para além das consequências directas sobre a saúde (ver p. 24 e 28), os consumidores de droga podem encontrar dificuldades no acesso aos cuidados de saúde devido à relutância em tratar com serviços e ao baixo nível de escolaridade, à pouca aceitação por parte dos serviços médicos e aos problemas de saúde específicos para os quais não existem serviços apropriados disponíveis.

Por último, os consumidores de droga têm uma imagem social negativa e podem enfrentar hostilidade da parte da população em geral e das autoridades públicas. Uma investigação realizada num estabelecimento prisional em Viena concluiu que os consumidores de droga muitas vezes são alvo de violência e abusos da parte dos agentes de polícia ou de outros funcionários públicos (Waidner, 1999).

Reinserção social

Os países da UE e a Noruega estabeleceram medidas para lidar com a exclusão social entre os grupos com ou sem problemas de toxicodependência e com as consequências sociais do consumo/abuso de droga.

Tomando por base a Estratégia da União Europeia de Luta Contra a Droga (2000-2004) (Conselho da União Europeia, 2000) e um estudo específico sobre a reinserção social na UE e na Noruega (OEDT, 2003b), a reinserção social pode ser definida como qualquer esforço tendente a integrar os consumidores de droga na comunidade.

As intervenções no domínio da reinserção social visam tanto os consumidores de droga actuais como os mais antigos, desde antigos toxicodependentes «limpos» que estão a funcionar bem e pacientes em tratamento de metadona de longa duração até aos toxicodependentes mais desfavorecidos que se encontram na rua. Uma componente do tratamento, seja médica seja

([193]) Ver figura 55 OL: Grau de instrução entre a totalidade dos pacientes, por país (versão em linha).
([194]) Média da taxa de desemprego entre os 15 Estados-Membros (Eurostat, 2002).
([195]) Ver figura 56 OL: Situação laboral entre a totalidade dos pacientes por país (versão em linha).
([196]) Ver figura 57 OL: Condições de vida entre a totalidade dos pacientes, por país (versão em linha).
([197]) Ver figura 58 OL: Nacionalidade dos pacientes, por país (versão em linha).

psicossocial, não é necessariamente exigida. Isto implica igualmente que a reinserção social não tem lugar necessariamente após o tratamento mas pode realizar-se independentemente de um tratamento prévio, podendo constituir ou a fase de um processo de tratamento ou uma intervenção pós-tratamento separada e independente, levada a cabo por serviços que não fazem tratamento e têm objectivos e meios próprios. Os serviços de reinserção social não visam exclusivamente os consumidores problemáticos de drogas ilícitas, mas podem visar todos os tipos de dependências (incluindo o alcoolismo e a dependência de drogas lícitas) ou mesmo todos os grupos socialmente excluídos (por exemplo, sem-abrigo e pessoas que dormem na rua).

É impossível obter uma visão global quantitativa das medidas de reinserção social adoptadas nos Estados-Membros da UE, uma vez que o termo «reinserção social» não é utilizado de forma consistente. Embora possam existir diferentes serviços a funcionar lado a lado, ao nível de cada país existem normalmente «modalidades de provisão» gerais para a integração social:

- visando todos os grupos excluídos com ou sem problemas de dependência;
- visando pessoas com problemas de dependência em geral;
- visando explícita e exclusivamente os consumidores problemáticos de drogas ilícitas (figura 23) ([198]).

É difícil quantificar a disponibilidade dos serviços de reintegração social e avaliar a adequação dos serviços prestados, apesar de os dados disponíveis remeterem para um número de serviços provavelmente inadequado. Por exemplo, a Alemanha calcula que necessita de cerca de 25 000 locais de reinserção social, enquanto que o número actualmente disponível ronda os 4 000. Um projecto de emprego na Áustria registou um número de pedidos que era o dobro do número de lugares existentes e teve de recusar uma média de 15 pessoas por dia.

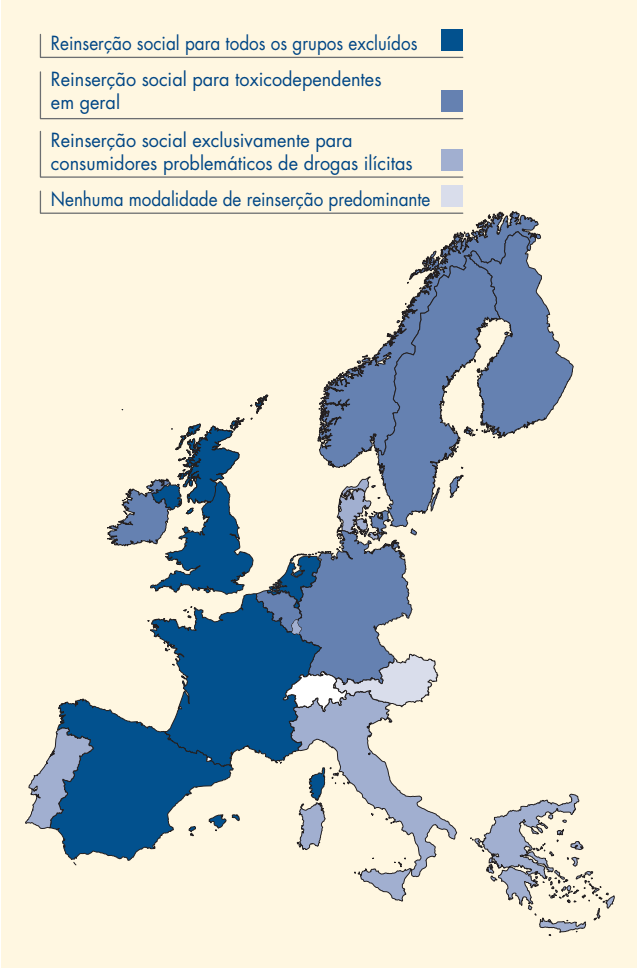
Podemos dividir a reinserção social em três grandes tipos de intervenções: educação (incluindo formação), alojamento e emprego.

Muitos consumidores de droga têm um baixo nível de escolaridade, e muitos Relatórios Nacionais descrevem uma má relação entre os consumidores problemáticos de droga e o mercado de trabalho (Grécia (Kavounidi, 1996), Dinamarca (Stauffacher, 1998), Países Baixos (Uunk e Vrooman, 2001). Logo, as intervenções destinadas a melhorar as qualificações académicas, técnicas ou práticas aumentariam as oportunidades dos pacientes no mercado de trabalho.

As medidas em matéria de emprego podem assumir formas muito diversas como, por exemplo, o fornecimento de apoio às empresas que empregam um consumidor de droga num emprego competitivo, como nos dá conta a Grécia. Outras medidas incluem a criação de serviços de emprego, tais como a Bolsa de Emprego de Viena na Áustria, ou a concessão de ajuda aos pacientes para criarem a sua própria empresa, como acontece também na Grécia e em Espanha no âmbito do programa «Promoção do auto-emprego» (este tipo de intervenção sobrepõe-se às intervenções no domínio da educação/formação).

Por último, a oferta de alojamento ou a ajuda para o encontrar têm por objectivo introduzir alguma estabilidade na vida dos pacientes. A oferta de alojamento pode ser uma intervenção em si mesma, embora muitas vezes seja acompanhada por assistência psicossocial e algum tipo de supervisão. Um exemplo de cuidado psicossocial paralelo é dado pelo Haus am Seespitz no Tirol, um grupo aberto pós-tratamento para pacientes que oferece facilidades de alojamento. Na Bélgica, o projecto «Habitations Protégées» oferece não só alojamento mas também tratamento psiquiátrico. Uma investigação realizada na Irlanda (relatório nacional irlandês (Hickey 2002)) revelou que 79% das ex-reclusas indicavam que encontrar alojamento adequado era o seu principal problema e a razão da sua exclusão social, sugerindo que o alojamento é uma importante intervenção na área da reinserção social.

Figura 23: Principais modalidades de reinserção social para os consumidores problemáticos de droga na UE e na Noruega



Fonte: Relatórios nacionais Reitox.

([198]) Para informação mais pormenorizada e análises por país, ver o estudo 'Social reintegration in the European Union and Norway' (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/responses/social_reintegration_eu.pdf).

Despesa pública na área da redução da procura de droga ([199])

A Estratégia da União Europeia de Luta contra a Droga (2000-2004) especifica que o Conselho e a Comissão da UE deveriam, com base no trabalho realizado pelo OEDT e pelo Grupo Pompidou, tentar elaborar uma lista de todas as despesas públicas no domínio da droga.

Nos seus esforços para responder à Estratégia da União Europeia de Luta contra a Droga, o OEDT, com o valioso contributo dos pontos focais nacionais Reitox, está a investigar no presente relatório as despesas públicas directas na área da redução da procura de droga contraídas em 1999 ([200]). O estudo incide nas despesas incorridas, tanto a nível nacional como regional, com prevenção do consumo de drogas, tratamento da toxicodependência (tratamento em regime de internamento ou de ambulatório, tratamento de substituição e tratamento sem drogas), reabilitação e reinserção, equipas de rua, redução dos danos e educação, bem como investigação e coordenação relacionadas com a redução da procura. Para circunscrever melhor este estudo, o OEDT excluiu as despesas directas suportadas por organizações privadas (centros terapêuticos, clínicas, etc.) e as despesas públicas indirectas suportadas por serviços gerais, tais como hospitais gerais e salas de emergência. Por último, não foi abordada a questão mais vasta e muito mais complexa dos custos sociais das drogas ilícitas.

Ao tratar da questão das despesas públicas na área das drogas (num domínio restrito), este relatório visa aumentar a sensibilização dos países da UE para a importância de um indicador de políticas sobre droga, e não produzir provas empíricas.

Limitação e fiabilidade dos dados

Apesar de se ter limitado o alcance, os resultados da investigação confirmam as dificuldades causadas pelas limitações em termos de disponibilidade de dados e de recolha de dados numa área relativamente pouco desenvolvida na UE. Com efeito, além da investigação *ad hoc* realizada durante a preparação deste relatório ([201]), apenas foram realizados alguns estudos com o objectivo de quantificar os recursos públicos destinados às questões da droga na UE ([202]). A maioria dos países da UE não sabe exactamente quais são os montantes que gasta no combate à droga e à toxicodependência.

Por conseguinte, a maioria dos países que participou nesta investigação não pôde fornecer dados globais. Faltam alguns dados relativos às despesas no domínio da redução da procura, e alguns dos cálculos foram feitos com base em estimativas e métodos extrapolativos ([203]).

Tal como refere um grande número de pontos focais, e é confirmado na literatura sobre o assunto, há pelo menos cinco factores que podem limitar essa investigação:

1) a falta de dados relativos a algumas áreas e alguns países;

2) a dificuldade de isolar dados sobre drogas ilícitas a partir de dados que cobrem tanto as drogas ilícitas como o álcool;

3) a variedade de intervenientes e de organizações ao nível central, regional e local responsáveis pelas despesas;

4) a dificuldade em dividir com precisão a despesa pública por categorias teóricas, tais como redução da procura e da oferta;

5) a complexidade da repartição das despesas, dentro destas duas categorias, por áreas de intervenção (tratamento, prevenção primária, reabilitação, cooperação, coordenação, etc.).

Todavia, é interessante notar que, apesar de estes estudos, obviamente, serem complicados devido a problemas metodológicos, os decisores políticos manifestam um interesse crescente nas análises da despesa pública ([204]), seja como uma base para a tomada de decisões, seja como um meio de medir o desempenho.

Despesa com a redução da procura de droga

No cálculo da «lista» de toda a despesa pública total com as actividades de redução da procura de droga nos Estados-Membros da UE com base nos dados fornecidos pelos Pontos Focais Nacionais, procurou-se fazer uma comparação das despesas semelhantes.

Apesar de terem sido tomadas todas as precauções estatísticas possíveis, não foi possível evitar o problema resultante do facto de os dados comunicados poderem por vezes corresponder a categorias diferentes em países diferentes, bem como do facto de em alguns países, simplesmente não existirem dados. Com efeito, para alguns países (Bélgica, Dinamarca, Itália e especialmente Alemanha e Suécia) o montante total está com certeza muito subestimado. No caso de outros países (Áustria, Espanha, França, Grécia, Luxemburgo e Portugal) podemos considerar que os dados são mais globais apesar de alguma incerteza residual quanto às categorias de despesas incluídas.

([199]) As diferenças entre os dados disponíveis limitou a possibilidade de efectuar comparações entre países. Para uma imagem mais completa das despesas na área das drogas nos vários Estados-Membros da UE ver http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/public_expenditure.shtml.

([200]) Ano de referência para a Estratégia da União Europeia de Luta contra a Droga (2000-2004) «instantâneo» do exercício de referência.

([201]) O OEDT agradece em especial aos pontos focais grego, austríaco e português por terem realizado pesquisas e investigações específicas neste domínio, contribuindo assim para valorizar o presente relatório anual. Agradece igualmente ao professor Pierre Kopp por ter feito uma revisão da investigação.

([202]) Bélgica (2003), Luxemburgo (2002), Reino Unido (2002); para mais referências ver http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/public_expenditure.shtml.

([203]) O nosso desejo de incluir o maior número possível de países a fim de oferecer uma imagem completa da situação a nível europeu colide com a escassez de dados em alguns dos países considerados. Consequentemente, embora se tenha mantido um âmbito alargado, a capacidade de análise e comparação ficou muito limitada devido à incerteza dos valores finais.

([204]) Bélgica (2003), Luxemburgo (2002), Reino Unido (2002). Mais referências disponíveis no sítio *web* do OEDT (http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/public_expenditure.shtml).

No que se refere aos Países Baixos e à Noruega em particular, as estimativas comunicadas referem-se às drogas ilícitas e ao álcool, pelo que os números finais destes dois países são bastante altos em comparação com os dos restantes países. A maior parte dos dados refere-se a 1999 como números de base do processo de avaliação do plano de acção da UE, mas há algumas excepções. Os dados relativos à Irlanda dizem respeito a despesas públicas com a área da redução da procura previstas para o ano 2000. No caso da França, os dados remontam a 1995 e, no caso do Reino Unido, os dados referem-se ao exercício financeiro de 2000-2001. Na interpretação dos montantes mostrados no quadro 6 será necessário ter em conta as limitações acima referidas.

Os montantes totais despendidos pelos países da UE no domínio da redução da procura de droga em 1999 parecem reflectir basicamente o tamanho e a riqueza de cada país (Kopp e Fenoglio, 2003). Não é de surpreender que, em termos absolutos, os países maiores e mais ricos (Alemanha, França, Itália e Reino Unido) pareçam afectar mais recursos financeiros a esta área dos que os países pequenos, embora este tipo de despesas seja também relativamente elevado nos Países Baixos e na Noruega (possivelmente por as intervenções na área do alcoolismo estarem incluídas nos montantes).

As investigações (Kopp e Fenoglio, 2003; Origer, 2002; Godfrey *et al*, 2002) demonstram que os cálculos deste tipo podem constituir uma fonte preciosa de informações a nível nacional. As comparações ao longo do tempo no mesmo país podem revelar um aumento ou um decréscimo dos orçamentos relacionados com as drogas. As comparações entre sectores (procura, oferta, cooperação internacional, etc.), juntamente com as estratégias formais, podem revelar os esforços financeiros concretos despendidos na luta contra o fenómeno da toxicodependência.

A nível da UE, as comparações entre países (as mais complexas) podem revelar os padrões comuns ou as diferenças dos montantes atribuídos às políticas de combate às drogas, permitindo uma comparação das despesas com base numa média Europeia ou em regiões mundiais.

Para além disso, a utilização de indicadores macroeconómicos (por exemplo, o produto interno bruto, população total, despesas do Governo ou número de consumidores problemáticos de drogas) a nível nacional e europeu pode contribuir para avaliar a amplitude da despesa e para a obtenção de uma interpretação mais informativa dos dados que, isoladamente, de pouco valeriam.

Com efeito, a comparação dos montantes despendidos na redução da procura de droga com, por exemplo, o produto interno bruto (PIB) de um país, revela a riqueza que esse país é susceptível de gastar na prevenção e na luta contra a toxicodependência. De acordo com os dados obtidos neste tipo de investigação, em 1999 os países que gastaram a maior percentagem em actividades de redução da procura de droga foram a Noruega, que afectou cerca de 0,1% da sua riqueza económica (PIB), seguindo-se os Países Baixos (0,078%) (embora estes dois países tivessem incluído nos seus cálculos a droga e o álcool), Portugal (0,074%), a Finlândia (0,073%) e a Irlanda (0,070%). Comparativamente, os países maiores e aparentemente mais ricos parecem ficar muito atrás, mas há que ter em conta que o facto de os dados destes países não serem completos pode deturpar a comparação.

A interpretação destas informações não é simples, e não só por causa da falta de dados. A percentagem da riqueza dedicada ao controlo da toxicodependência nos Estados-Membros da UE pode ser interpretada como reflectindo a dimensão do problema da droga ou o tamanho da resposta ao mesmo (ou ambas as coisas), ou o nível das intervenções socais e de saúde na população. A exploração destas questões pode contribuir para uma melhor compreensão do fenómeno e para uma compreensão mais profunda na área dos cálculos das despesas.

Uma outra forma de analisar a despesa pública consiste em olhar para o contexto da área a tratar, no caso vertente, os consumidores problemáticos de droga ([205]). Utilizando como indicador o número estimado de consumidores problemáticos de droga, é possível calcular a despesa por cada indivíduo mais necessitado de assistência. Infelizmente, este cálculo é dificultado por causa de dois problemas: em primeiro lugar, os dados não têm necessariamente uma relação directa com os consumidores problemáticos de droga — toxicodependentes (por exemplo, prevenção, educação e coordenação) e podem ser também orientados para indivíduos que não são classificados como consumidores problemáticos; em segundo lugar, o cálculo do número de consumidores problemáticos de droga é, por razões óbvias, bastante incerto.

Também aqui, de acordo com os dados de que dispomos, o valor dos serviços consumidos por cada toxicodependente a necessitar de ajuda é mais elevado nuns países (Áustria, Finlândia, Luxemburgo) do que noutros (França, Grécia, Portugal, Reino Unido). Este facto pode se interpretado como a existência de resultado de um maior ou menor empenhamento em serviços relacionados com as drogas; no entanto, é mais provável que os números dependam da qualidade e do tipo de intervenção. Com efeito, as diferenças dos níveis de despesas não traduzem automaticamente o nível de empenho, mas sim um nível diferente de resposta que é determinado pela especificidade da situação.

Juntamente com a despesa por consumidor problemático de droga, é útil calcular o peso da política de redução da procura de droga sobre a sociedade no seu todo. Considerando o valor da despesa com a redução da procura de droga por cada cidadão em 1999 em 16 países estudados (os 15 Estados-Membros e a Noruega) e a partir dos dados limitados de que dispomos (quadro 6), o montante total (mínimo) gasto na prevenção do consumo de drogas e nos cuidados prestados aos toxicodependentes é de cerca de 2,3 milhões de euros. Isto significa que cada cidadão europeu

([205]) Consumo de droga injectada ou consumo prolongado/regular de opiáceos, cocaína e/ou anfetaminas. Para calcular a despesa por consumidor problemático de droga, foram utilizadas as estimativas dos números de consumidores problemáticos de droga que são transmitidas pelos pontos focais nacionais utilizando valores médios. Para mais informação, ver o quadro estatístico 4: Estimativa do número de consumidores problemáticos de droga nos Estados-Membros da UE, 1995-2001 (versão em linha).

Quadro 6 — Repartição da despesa pública directa total com a redução da procura de droga em milhões de euros, tal como apresentada nos relatórios nacionais Reitox 2002

País	Milhões EUR	Categorias de despesas em 1999
Bélgica	139	Tratamento (100); reabilitação (22,5); metadona (8,9); comunidades e regiões: prevenção, cuidados, formação, coordenação (8,3) (não incluídos: 7 milhões EUR atribuídos à prevenção da criminalidade pelo Ministério dos Assuntos Internos)
Dinamarca	67	Despesa com «toxicodependência» dos condados e municipalidades: 495,5 DKK (66,5 EUR); prevenção ao nível central: 6,2 DKK (0,8 EUR), em condados e municipalidades: desconhecida
Alemanha	343,2	Alojamento de emergência (3,0); acompanhamento psicossocial (13,3); 951 serviços de aconselhamento para pacientes em regime ambulatório (57,9); reabilitação de pacientes em regime de internamento (25% de 434 milhões de euros (99,7); integração no trabalho (4,3); alojamento (8,0); tratamento num serviço de toxicodependência em hospitais (97,0); tratamento de substituição (despesa não conhecida mas mínimo estimado de 30,0), Orçamento dos Länder «toxicodependência» 23,9% (várias drogas) de 127 milhões de euros (30,0) (não incluídas: despesas com processo judicial e aplicação da lei)
Grécia	16,2	39 centros de prevenção (OKANA), salários e pessoal (KETHEA), alojamento e custos operacionais (2,4); tratamento: sem drogas, de substituição e de baixo limiar (11,9); reabilitação social (0,3); investigação (0,3) OKANA, dados não incluídos: educação (0,8), alguns custos da administração central (0.5)
Espanha	181,5	Nível central: ministérios do Interior (GDNPD), da Defesa (prevenção), da Saúde e do Consumo, da Educação e da Cultura; Negócios Estrangeiros, do Trabalho e dos Assuntos Sociais (19,8); fundo de bens confiscados atribuído à redução da procura 66% (2,8); Comunidades Autónomas (158,7, dos quais 22,3 do GDNPD)
França (1995)	205,8	Subutex (91,4); saúde social e assuntos urbanos (101,9); educação (investigação) (6,6); juventude e desportos (1.3); trabalho, emprego e formação (0,12); MILDT (66% de 6,9 milhões de euros (4,5) (não incluídos: cooperação internacional e subsídios a organizações internacionais)
Irlanda (2000)	57,1 Despesa estimada do Estado	Departamento da Saúde e das Crianças (tratamento, prevenção, investigação) (32,0); Departamento de Empresas, Comércio e Emprego (reintegração) (6,0); Departamento de Educação e Ciência (prevenção) (7,5); Departamento de Turismo, Desportos e Lazer (prevenção, investigação, avaliação, coordenação) (11,6)
Itália	278,5	Tratamento ambulatório (99,1); tratamento residencial e semi-residencial (88,8); projectos do Fundo Nacional para as Drogas promovidos a nível local/regional (67,6); projectos do Fundo Nacional para as Drogas patrocinados pelos ministérios (23,0). Para oito regiões não existem dados, para a maioria das regiões os dados disponíveis são parciais.
Luxemburgo	13,7	Ministério da Saúde (5,7); Família, Solidariedade Social e Juventude (2,3); Educação, Formação Profissional e Desportos (0,5); outros ministérios (0,3); reembolso da segurança social (4,9)
Países Baixos	287,9	Lei Geral relativa à Gestão de Doenças Especiais (serviços de prestação de cuidados regionais e clínicas de tratamento da toxicodependência) (76,0); Ministério da Saúde, do Bem-Estar e do Desporto (tratamento da toxicodependência em regime ambulatório) (74,2); fundos para toxicodependentes sem-abrigo, toxicodependência negligenciada (cerca de dois terços de 150 milhões de euros (112,5); danos causados pela droga (24,1); actividades de prevenção no domínio da droga (1,1) (a maioria dos números englobam a droga e o álcool)
Áustria	52,3	Fontes federais, provinciais e municipais, incluindo fundos de seguros de saúde, serviços públicos de emprego e fundo «Healthy Austria»: prevenção primária (2,4); trabalho de proximidade e redução dos danos (3,3); aconselhamento e prestação de cuidados e tratamento (40,7); reintegração (4,2); garantia de qualidade (0,6); outras despesas/não imputáveis (0,8).
Portugal	71,7	Presidência do Conselho de Ministros (16,2); Ministério da Saúde (41,6); Ministério da Educação (3,1); Ministério do Emprego e dos Assuntos Sociais (9,5); Ministério da Defesa (1,2)
Suécia	62,5	Estimativa muito por alto das despesas com redução da procura de álcool e drogas (Tullverket, 2000). Municípios: 300 SEK (30 EUR), Regiões: 250 SEK (25 EUR) e Estado; 50 SEK (5 EUR). Organizações não governamentais, fundações e empresas: 25 SEK (2,5 EUR).
Finlândia	76,2	Cuidados de saúde (regime de internamento) (15,1); cuidados de saúde (regime ambulatório) (7,9); pensões relacionadas com a droga (4,3); subsídios de doença relacionados com a droga (0,5); compensação (companhias de seguros) (0,9); serviços de abuso de substâncias (regime de internamento/ambulatório) (26,5); compensações de custo de vida (4,8); protecção da criança (10,9); investigação e prevenção (5,2)
Reino Unido (2000-2001)	466,3	Estimativa do ano financeiro 2000-2001 (12 meses até 31 de Março de 2001). «Tratamento da toxicodependência» 234 milhões de GBP (367,4 EUR); «Protecção dos jovens» (Prevenção), 63 milhões de GBP (98,9 EUR)
Noruega	224,9	Custos estimados aos níveis central, do condado e municipal dos serviços relacionados com a prevenção do consumo de drogas e de álcool, tratamento e cuidados de saúde (regimes de internamento e de ambulatório, tratamento sem drogas, tratamento de substituição), serviços sociais para toxicodependentes, trabalho de proximidade, redução de danos/riscos, reabilitação e reinserção

Fontes: Relatórios nacionais Reitox (2002).

contribui com 5 a 10 euros. É provável, como é evidente, que montante seja consideravelmente superior.

Tal como salientado por vários participantes na investigação, seria essencial dispormos de uma metodologia comum para investigação entre países, partindo do princípio que este tipo de informação, e a sua subsequente análise, possa ser pertinente para a tomada de decisões.

Repartição da despesa

Com os actuais sistemas de recolha de dados torna-se muito difícil obter uma repartição fiável da despesa por categorias. Ao nível nacional, áreas como o tratamento, a redução da procura e a prevenção podem muitas vezes fundir-se umas nas outras, e os países utilizam diferentes sistemas de categorização das despesas. Consequentemente, as comparações entre países são dificultadas pela utilização de métodos diferentes de recolha e classificação de dados, o que torna muito difícil comparar as despesas em áreas específicas.

Todavia, pondo de parte as limitações metodológicas, é possível, com base nos melhores dados fornecidos no presente relatório, retirar uma conclusão fundamental: a área dos cuidados de saúde e do tratamento parece receber a parte de leão do dinheiro disponibilizado, representando 50% a 80% do total da despesa pública directa destinada à redução da procura de droga.

Na Áustria, o «aconselhamento, assistência e tratamento» de toxicodependentes em 1999 representou 78% da despesa federal com a redução da procura. Na Grécia, os dados revelam que quase 73% da despesa conhecida foi destinada ao tratamento (e despesas secundárias), enquanto que em Espanha as despesas de tratamento realizadas em 1999 nas comunidades e cidades autónomas representaram 74% do total. Em Portugal, 49% da despesa total com a droga em 1999 foram para o tratamento, mas 25% foram para a prevenção do consumo de droga o que representa uma das taxas mais elevadas da UE (de acordo com os dados conhecidos) dedicadas a esta área.

A despesa directa com a «prevenção» é, com efeito, muito difícil de identificar, o que torna os dados mais incertos. As taxas conhecidas variam entre os 4% na Áustria, que forneceu apenas dados sobre prevenção primária, e os 20% na Grécia (prevenção primária, apenas), os 15% nas comunidades e cidades autónomas de Espanha e os 10% no Luxemburgo.

A parte da despesa total com a redução da procura de droga afecta à reabilitação e à reinserção, bem como às actividades de proximidade e de redução de danos, parece ser menor, muito provavelmente por causa da dimensão diferente das despesas quando comparada com a do tratamento ou por estar parcialmente incluída no mesmo.

Considerações finais

No que respeita à análise das despesas relacionadas com a droga, há que distinguir entre despesas de investigação a nível nacional e comparações da investigação a nível internacional.

Estudos recentemente levados a cabo em determinados países ([206]) mostraram as possibilidades de se alcançar resultados satisfatórios mesmo sem a aplicação de uma «metodologia acordada a nível internacional». É claro que, nesta base, a possibilidade de fazer comparações entre países é limitada, mas mesmo a nível nacional este tipo de investigação pode aumentar o conhecimento das respostas ao fenómeno da droga e constituir uma ferramenta útil para os decisores, ao permitir-lhes avaliar o nível de despesa nos seus países não só ao longo do tempo (sendo uma despesa recorrente) como entre sectores (sendo uma despesa suficientemente detalhada). Para além disso, a comparação das estimativas de custos com outros indicadores, tal como vimos anteriormente, possibilita fazer um cálculo do custo das despesas por toxicodependente ou dos custos da política de redução da procura comparativamente a outras políticas ou, ainda, de quanto os cidadãos contribuem necessariamente para a redução da procura.

Estes rácios e comparações suscitam questões e hipóteses deveras pertinentes a que se poderá responder através de outros estudos mais aprofundados.

Uma outra dimensão da investigação dos cálculos dos custos relacionados com a droga é a comparação entre países. Como é demonstrado neste relatório, estes estudos dependem altamente das diferente fontes de dados, sendo por isso dificultados pela falta de uniformidade, entre os vários países, no que respeita a metodologias, estatísticas e números. Seria necessário implementar padrões comuns de recolha de dados para ultrapassar essas (e outras) dificuldades. Tal abordagem implica fazer investimentos sem se ter certezas quanto à qualidade e utilidade dos resultados finais. Para se fazer esse investimento, por conseguinte, haverá que fazer investigações complementares, bem como proceder a uma reflexão mais aprofundada sobre a pertinência e a utilidade de tais estudos a nível europeu.

Entretanto, e enquanto os parceiros europeus reflectem sobre desenvolvimentos futuros, compete ao OEDT prosseguir na via do incentivo da melhoria dos sistemas estatísticos na área e divulgar informações sobre as metodologias utilizadas e as investigações levadas a cabo.

([206]) UHL (2001), ONDCP (2001), Godfrey *et al.* (2002), Origer (2002) e Kopp e Fenoglio (2003). Ver também os pontos focais nacionais da Áustria, Espanha, Grécia e Portugal, no âmbito dos relatórios nacionais Reitox 2002.

Referências

ACMD (Advisory Council on the Misuse of Drugs) (2000), *Reducing Drug-related Deaths,* report by the Advisory Council on the Misuse of Drugs. The Stationery Office: Londres.

Adalbjarnardottir, S. e Rafnsson, F. D. (2002), «Adolescent antisocial behaviour and substance use: longitudinal analyses», *Addictive Behaviours 27,* p. 227-40.

Amossé, T., Doussin, A., Fizdion, J.-M., *et al.* (2001), *Vie et santé des jeunes sans domicile ou en situation précaire,* Enquête INED, Paris et petite couronne, Fevereiro-Março de 1999, série resultants, Biblio no. 1355. CREDES, Paris.

BAG (Bundesamt für Gesundheit) (1997), «Empfehlungen zur kombinierten Hepatitis-A- und Hepatitis-B-Impfung», Bulletin No. 3, 27 de Janeiro de 1997.

Bargagli *et al.* (2002), «Mortality among problem drug users in Europe: a project of the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)» *Heroin Addiction and Related Clinical Problems,* («Mortalidade entre os consumidores de droga problemáticos na Europa: um projecto do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT)», *Dependência da heroína e problemas clínicos associados* 4 (1), p. 5 a 12.

BBC News World Edition (2003), «ID cards for teenagers launched», quarta-feira, 22 de Janeiro de 2003.

Beck, F., Perreti-Wattel, P., Choquet, M., *et al.* (2000), «Consommation de substances psychoactives chez les 14-18 ans scolarisés: premiers résultats de l'enquête ESPAD 1999; évolutions 1993-1999», *Tendances 6,* p. 6.

Beck, F. (2001), *Santé, mode de vie et usages de drogues à 18 ans,* ESCAPAD, OFDT: Paris.

Beck, F., Legleye, S. e Perreti-Wattel, P. (2002), «Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes» (EORPP) survey. Disponível em http://www.drogues.gouv.fr. OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicamanies), Paris.

Bennett, T. (2000), «Drugs and Crime: the Results of the Second Stage of the NEW-ADAM programme», *Research Study 205,* Home Office, Londres.

Bird, S. M. e Rotily, M. (2002), «Inside methodologies: for counting blood-borne viruses and injector-inmates' behavioural risks — results from European prisons», *The Howard Journal, 41,* No. 2.

Boys, A., Marsden, J., Fountain, J., *et al.* (1999), «What influences young people's use of drugs? A qualitative study of decision-making», *Drugs: Education, Prevention and Policy* 6 (3).

Brochu, S. (1999), *Drogue et criminalité une relation complexe,* Les Presses de l'Université: Monreal.

Brook, D. W., *et al.* (2002), «Drug use and the risk of major depressive disorder, alcohol dependence, and substance use disorders», *Archives of General Psychiatry* 59, p. 1039-44.

Brugal, M. T., Barrio, G., de la Fuente, L., *et al.* (2002), «Factors associated with non-fatal *overdose*: assessing the effect of frequency and route of heroin administration», *Addiction* 97, p. 319-27.

Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (2002), *Drug Affinity Among Young People in the Federal Republic of Germany 2001,* Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung: Colónia.

Buster, M. (2002), «What can we learn from literature?», in Reinås, K. T., Waal, H., Buster, M. C. A., *et al.* (eds), *Strategic Choices for Reducing Overdose Deaths in Four European Cities,* a joint project of the cities of Olso, Amsterdam, Copenhagen and Frankfurt am Main, Part II: Appendix, p. 97-107. Serviço contra o Alcoolismo e a Toxicodependência: Oslo.

Bye, E. K. (2002), *Alcohol and Drugs in Norway, Statistikk '02,* Instituto Norueguês para a Investigação do Alcoolismo e da Toxicodependência: Oslo.

Calafat, A., Bohrn, K., Juan, M., *et al.* (1999), *Night Life in Europe and Recreative Drug Use,* IREFREA e Comissão Europeia: Valência.

Calafat, A., *et al.* (2003), *Enjoying the nightlife in Europe. The role of moderation.*

Calderone, B., Fornasiero, A., Lolli, S. e Montanari, L. (2001), *Prostituzione tra dinamiche di mercato e percorsi individuali. Una ricerca qualitative sulla prostituzione femminile di strada in Emilia-Romagna,* Rapporto di ricerca: Bolonha.

Carlen, P. (1996), *Jigsaw: a Political Criminology of Youth Homelessness,* Open University Press: Milton Keynes, Reino Unido.

Carpentier, C. (2002), *Drug Related Social Exclusion, in the Context of socio-demographic and Economic Indicators,* documento de trabalho. OEDT, Lisboa.

CEIES (Statistics Users Council) (1999), «Social Exclusion Statistics», Conference Proceedings, Joint Conference, 22 de Novembro de 1999, Imac Research, Esher, Reino Unido.

Central Committee on the Treatment of Heroin Addicts (2002), *Medical Co-prescription of Heroin, Two Randomized Controlled Trials,* relatório de van den Brink, W., Hendriks, V. M., Blanken, P., *et al.*, Central Committee on the Treatment of Heroin Addicts, Utreque.

Commonwealth of Australia (2002), *Return on Investment in Needle and Syringe Programs in Australia,* Camberra, Commonwealth Department of Health and Ageing, Commonwealth of Australia.

Conselho da União Europeia (2000), «Plano de acção da União Europeia contra a droga (2000-2004), http://www.emcdda.eu.int/policy_law/eu/eu_actionplan.shtml.

De Zwart, W. M., Monshouwer, K., and Smit, F. (2000), *Jeugd en riskant gedrag. Kerngegevens 1999. Roken, drinken, drugsgebruik en gokken onder scholieren vanaf tien jaar,* Utrecht: Instituto Trimbos.

Dettmer, K. (2002), «First-aid training for drug users and (in emergency) naloxone. Report on a pilot study by Fixpunkt e.V., Berlin», documento apresentado na reunião de peritos do OEDT «*Overdose* prevention and management», Lisboa, 24 e 25 de Outubro de 2002.

DrugScope (2000), *Vulnerable Young People and Drugs: Opportunities to Tackle Inequalities,* DrugScope: Londres.

Eland, A. e Rigter, H. (2001), *Immigrants and Drug Treatment,* background study, Bureau National Drug Monitor, Utreque.

Engineer, R., Phillips, A., Thompson, J. e Nicholls, J. (2003), *Drunk and Disorderly: a Qualitative Study of Binge Drinking among 18-24 Year Olds,* Home Office Research Study No. 262, Home Office, Londres.

EORG (European Opinion Research Group) (2002), *Attitudes and Opinions of Young People in the EU on Drugs, Eurobarometer* 57.2/Special Eurobarometer 172, report to the Directorate-General for Justice and Home Affairs, EORG, Bruxelas.

ESPAD (European School Surveys Project) (2001), *Alcohol and other Drug use Among Students in 30 European Countries* (B. Hibbell, B. Andersson, S. Ahlström, O. Balakireva, *et al.*, Conselho Sueco para a Informação sobre o Álcool e Outras Drogas (CAN), Grupo Pompidou do Conselho da Europa, Dezembro de 2000).

Conselho Europeu (2001), «Comunicação da Comissão ao Conselho, ao Parlamento Europeu, a Comité Económico e Social e ao Comité das Regiões», *projecto de relatório conjunto sobre a inclusão social* [COM(2001) 565 final], disponível na web: http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/soc-incl/joint_rep_en.htm.

Expert Group on The Probation and Welfare Services (1999).

Farrell, M., Neeleman, J., Gossop, M., *et al.* (1996), *A Review of the Legislation, Regulation and Delivery of Methadone in 12 Member States in the European Union,* Bruxelas, Comissão Europeia.

Farrell, M., Verster, A., Davoli, M., *et al.* (2000), *Reviewing Current Practice in Drug-substitution Treatment in the European Union,* OEDT, Lisboa.

Ferrari, A., Manaresi, S., Castellini, P., *et al.* (2001), «*Overdose* da oppiacei: analisi dei soccorsi effettuati dal Servizio Emergenze Sanitarie '118' Modena Soccorso, nel 1997», *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcoolismo,* Anno XXIV 2001, n.° 2.

Field-Smith, M., Bland, J., Taylor, J., *et al.* (2002), *Trends in Death Associated with Abuse of Volatile Substances 1971-2000,* Report No. 15, Department of Public Health Sciences and Department of Cardiological Sciences, Toxicology Unit, St. George's Hospital Medical School, Londres (www.shms.ac.uk/depts/phs/vsa2000/vsa2000s.htm).

FitzGerald, M., Stockdale, J. e Hale, C. (2003), *Young People and Street Crime,* Youth Justice Board for England and Wales, Londres.

Fundación Secretariado General Gitano (2002), *Grupos étnicos minoritarios y consumo de drogas,* Fundación Secretariado General Gitano, Madrid.

Gallie, D. e Paugam, S. (2002), *Social Precarity and Social Integration, Eurobarometer 56.1,* relatório à Comissão Europeia, Direcção-Geral do Emprego, EORG, Bruxelas.

Godfrey, C., Eaton, G., McDougall, C. e Culyer, A. (2002), «The economic and social costs of Class A drug use in England and Wales, 2000», Home Office Research Study 249, Home Office Research, Development and Statistics Directorate, Londres.

Goulden C. e Sondhi, A. (2001), *At the Margins: Drug Use by Vulnerable Young People in the 1998/99 Youth Lifestyles Survey,* Home Office Research Study 228, Londres.

Grant, B. F. e Dawson, D. A. (1997), «Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey», *Journal of Substance Abuse* 9, p. 103-10.

Griffiths, C. (2003), «Deaths related to drug poisoning: results for England and Wales, 1997-2001», *Health Statistics Quarterly,* 17 (Spring 2003), p. 65-71

Griffiths, P., Vingoe, L., Jansen, K., *et al.* (1997), *Insights: New Trends in Synthetic Drugs,* OEDT, Lisboa.

Hammersley, R., Marsland, L. e Reid, M. (2003), *Substance Use by Young Offenders: the Impact of the Normalisation of Drug Use in the Early Years of the 21st Century,* Home Office Research Study 261, Home Office, Londres.

Hannon, F., Kelleher, C. e Friel, S. (2000), *General Healthcare Study of the Irish Prisoner Population,* Government Publications, Dublim.

Hansen, W. (1992), «School-based substance abuse prevention: a review of the state of the art in curriculum, 1980-1990», *Health Education Research* 7, p. 403-30.

Hariga, F., Goosdeel, A. e Raedemaker, A. F. (1998), «Opération boule-de-neige sida, hépatites, *overdoses*», *Carnets du Risque* 15, Modus Vivendi, Bruxelas.

Hickey, C. (2002), *Crime and Homelessness,* Focus Ireland and PACE, Dublim.

Hurley, S. F., Jolley, D. J. e Kaldor, J. M. (1997), «Effectiveness of needle-exchange programmes for prevention of HIV infection», *Lancet* 349, p. 1797-800.

Kavounidi, T. (1996), «Social exclusion: concept, community initiatives, the Greek experience and policy dilemmas», *in Dimensions of Social Exclusion in Greece* (editado por D. Karantinos, L. Maratou-Alibranti e E. Fronimou), p. 47 a 96, Atenas, EKKE.

Kopp, P. e Fenoglio, P. (2003), *Public Spending on Drugs in the European Union During the 1990s* — Retrospective Research, OEDT, Lisboa.

Kraus, L. e Püschel, K. (eds) (2002), *Prävention von drogenbedingten Not- und Todesfällen,* Lambertus, Friburgo, Alemanha.

Künzel-Böhmer, J. Bühringer, G. and Janic-Konecny, Th. (1994), *Rxpêrt report on primary prevention of substance abuse,* p. 78 a 80, Munique, IFT (Institute für Therapieforschung).

Lehto-Salo, P., Kuuri, A., Matttunen, M., *et al.* (2002), «POLKU-tutkimus. Tutkimus nuorista kolmessa koulukodissa — Psykiatrinen ja neuropsykiatrinen näkökulma», *Aiheita 16,* STAKES, Helsínquia.

Lepère, B., Gourarier, L., Sanchez, M., *et al.* (2001), «Diminution du nombre de surdoses mortelles à l'héroïne en France, depuis 1994. A propos du rôle des traitements de substitution», *Annales de Médicine Interne* 152 (suplemento ao n.° 3), lS5-12.

Liebschutz, J., Savetsky J. B., Saitz R., *et al.* (2002), «The relationship between sexual and physical abuse and substance abuse consequences», *Journal of Substance Abuse Treatment* 22, p. 121-8.

Lloyd, C. (1998), Risk factors for problem drug use: Identifying vulnerable groups, *Drugs, Education, Preventionnand Policy* 5 (3).

Lourenço, N. e Carvalho, M. (2002), *Jovens delinquentes e drogas: espaços e trajectórias,* Lisboa (relatório não publicado)

Lupton, R., Wilson, A., May, T., *et al.* (2002), «A rock and a hard place: drug markets in deprived neighbourhoods», Home Office Research Study 240, Home Office, Londres.

Markert, J. (2001), «Sing a song of drug use-abuse: four decades of drug lyrics in popular music-from the sixties through the nineties», *Sociological Inquiry* 71, p. 194-220.

Meijer, R. F., Grapendaal, M., Van Ooyen, M. M. J., *et al.* (2002), *Geregistreerde drugcriminaliteit in cijfers — Achtergrondstudie bij het Justitie onderdeel van de Nationale Drugmonitor — Jaarbericht 2002,* WODC, Haia.

Millar, D., O'Dwyer, K. e Finnegan, M. (1998), *Alcohol and Drugs as Factors in Offending Behaviour: Garda Survey,* Research Report No. 7/98, Garda Research Unit; Tipperary, Irlanda.

Mol, A. e van Vlaanderen, J. L. (2002), *Ontwikkeling van de Cocaïne hulpvraag; Periode 1994-2000; Het lijntje doorgetrokken,* Houten, Stichting. Informatievoorziening Zorg (IVZ).

Molinae, M., Pecsteen, D., Hariga, F., *et al.* (2002), «L'usage de drogues en communauté francaise», Rapport Communauté francaise 1999-2000, Ministère de la Communauté Francaise, Bruxelas.

Morral, A. R., McCaffrey, D. F. e Paddock, S. M. (2002), «Reassessing the marijuana gateway effect», *Addiction* 97, p. 1493-504.

Narkotikakommissionen (2000), *En strategi för lokalt narkotikaförebyggande arbete. Diskussionspromemoria nr 12,* Narkotikakommissionen, Socialdepartementet, Estocolmo.

Observatorio Español Sobre Drogas (2002), *Informe No. 5,* Ministerio de Interior, Delegación Del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

ODCPP (2000), *Demand reduction, a glossary of terms,* ODCPP, Nova Iorque.

OEDT (2002a), *Relatório Anual sobre a Evolução do Fenómeno da Droga na União Europeia e na Noruega,* OEDT, Lisboa.

OEDT (2002b), *Update and Complete the Analysis of Drug Use, Consequences and Correlates Amongst Minorities,* OEDT Scientific Report, OEDT, Lisboa.

OEDT (2002c), «Strategies and coordination in the field of drugs in the European Union, a descriptive review», Novembro de 2002. (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/policy_law/strategies_report/national_strategies.pdf).

OEDT (2003a), *Alternatives to Prison for Drug Dependent Offenders,* relatório da reunião de peritos 2003, OEDT, Lisboa.

OEDT (2003b), «Social reintegration in the EU and Norway», http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/responses/drugtreatment_socialreintegration.pdf.

O'Higgins, K. (1999), «Social order problems», *in Social Housing in Ireland: A Study of Success, Failure and Lessons Learned* (editado por Fahey, T.), The Katherine Howard Foundation and Combat Poverty Agency, Dublim (referido no relatório nacional irlandês).

OMS (1998), «Opioid *overdose*: trends, risk factors, interventions and priorities for action», Organização Mundial da Saúde, Programa sobre o Abuso de Substâncias, Divisão de Saúde Mental e Prevenção do Abuso de Substâncias, Genebra.

Origer, A. (1999), *Comparative study on the drug population of Portugal and a representative sample of Portuguese drug addict residents of the Grand Duchy of Luxembourg,* ponto focal OEDT — CRP-Santé, Luxemburgo.

Origer, A. (2002), *Le coût économique direct de la politique et des interventions publiques en matière d'usage illicite de drogues au Grand-Duché de Luxembourg,* séries de recherche no. 4, ponto focal OEDT Luxemburgo — CRP-Santé, Luxemburgo.

Origer, A. e Delucci, H. (2002), *Etude épidemiologiqueet méthodologique des cas de décès liés à l'usage illicite de substances psycho-actives. Analyse comparative (1992-2000),* séries de recherche n.° 3, ponto focal OEDT Luxemburgo — CRP Santé, Luxemburgo.

Paglia, A. e Room, R. (1999), «Preventing substance use problems among youth: a literature review and recommendations», *Journal of Primary Prevention* 20, p. 3 a 50.

Pant, A. e Dettmer, K. (2002), *Videoprojekt: Erste Hilfe im Drogennotfall, Abschlussbericht,* Institut für Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung, Freie Universität, Berlim.

Parker, H. e Egginton, R. (2002), «Adolescent recreational alcohol and drugs careers gone wrong: developing a strategy for reducing risks and harms», *International Journal of Drug Policy* 13, p. 419-32.

Petraitis, J., Flay, B., Miller, T., *et al.* (1998), «Illicit substance use among adolescents: a matrix of prospective predictors», *Substance Use & Misuse* 33, p. 2561-604.

Poschadel, S., Höger, R., Schnitzler, J. e Schreckenberg, D. (2003), *Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland. Endbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung Bd. 149,* Nomos-Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.

Postma, M. J., Wiessing, L. G. e Jager, J. C. (2001), «Pharmaco-economics of drug addiction; estimating the costs of hepatitis C virus, hepatitis B virus and human immunodeficiency virus infection among injecting drug users in Member States of the European Union», *UN Bulletin on Narcotics* 53, p. 79 a 89.

Pudney, S. (2002), «The road to ruin? Sequences of initiation into drug use and offending by young people in Britain», Home Office Research Study 253, Home Office, Londres.

Rehn, N., Room, R. e Edwards, G. (2001), «Alcohol in the European Region — consumption, harm and policies», OMS — Gabinete Regional para a Europa, Copenhaga.

Reinås, K., Waal, H., Buster, M. C. A., *et al.* (2002), *Strategic Choices for Reducing Overdose Deaths in Four European Cities. A Joint Project of the Cities of Oslo, Amsterdão, Copenhagen, and Frankfurt am Main,* Serviço contra a Toxicodependência e o Alcoolismo do Município de Oslo, Oslo.

Reinking, D., Nicholas, S., Van Leiden, I., *et al.* (2001), *Daklozen in Den Haag; Onderzoek naar omvang en kenmerken van de daklozenpopulatie,* Trimbos-instituut, Utreque.

Relatórios nacionais (2002), *relatórios nacionais Reitox.*

Seaman, S,. Brettle, R. e Gore, S. (1998), «Mortality from *overdose* among drug users recently released from prison: database linkage study», *British Medical Journal* 316, p. 426-8.

Shillington, A. M. e Clapp, J. D. (2002), «Beer and bongs: differential problems experienced by older adolescents using alcohol only compared to

combined alcohol and marijuana use», *American Journal Drug Alcohol Abuse* 28, p. 379-97.

Single, E., *et al.* (2001), *International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse,* second edition.

Skolverket (2000), *Nationella kvalitetsgranskningar 1999,* Skolverket, Estocolmo.

Social Exclusion Unit (2002), *Young Runaways,* British Office of the Deputy Prime Minister, Londres (http://www.jrf.org.uk/home.asp).

Spooner, C., Hall, W. e Lynskey, M. (2001), *Structural Determinants of Youth Drug Use.* Australian National Council on Drugs, Woden, Austrália.

Sporer, A. (2003), «Strategies for preventing heroin *overdose*», *British Medical Journal* 326, p. 442-4.

Springer, A., Uhl, A., *et al.* (1999), «Bedeutung und Konsum von psychoaktiven Substanzen bei österreichischen Jugendlichen», Ludwig Boltzmann-Institut für Suchtforschung und Österreichisches Jugendforschungsinstitut. Unveröffentlichte Studie im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen, Viena (relatado no relatório nacional austríaco).

Stauffacher, M. (1998), *Treated Drug Users in 22 European Cities. Annual update 1996. Trends 1992-1996,* Grupo Pompidou, Conselho da Europa, Estrasburgo.

Stephenson, J. (2001), «Former addicts face barriers to treatment for HCV», *Journal of the American Medical Association* 285, p. 1003-5.

Stevens, A., Berto, D., Kerschl, V., *et al.* (2003), *QCT Europe: Literature Review Summary,* Universidade de Kent, Canterbury, Reino Unido.

Stoever, H. (2001), *Assistance to Drug Users in European Union Prisons: An Overview Study,* relatório científico do OEDT, OEDT, Lisboa e Londres.

Swadi, H. (1999), «Individual risk factors for adolescent substance use», *Drug and Alcohol Dependence* 55, p. 209-24.

Tait, R. J, Hulse, G. K., Robertson, S. I. e Sprivulis, P. (2002), «Multiple hospital presentations by adolescents who use alcohol or other drugs», *Addiction* 97, p. 1269-75.

Tobler, N. (2001), «Prevention is a two-way process», *Drug and Alcohol Findings* No. 5, p. 25-7, The Findings Partnership, Londres.

Tomas, B. (2001), «Möglichkeiten und Grenzen sozialer Integration von SuchtmittelkonsumentInnen — Erfahrungen aus der Praxis», *Tagungsband der Enquete Wirkungskreise — Was wirkt in der ambulanten Suchttherapie? Was braucht ambulante Suchttherapie um zu wirken?*, p. 56 a 64, Verein Dialog, Viena.

Universidade Aristotélica de Salonica (2000), «Evaluation report of the Leonardo da Vinci programme: needs and methods assessment for vocational training in juvenile delinquents and adolescents at risk — ORESTIS». Universidade Aristotélica de Salonica: Salonica.

Uunk, W. J. G. e Vrooman, J. C. (2001), «Sociale uitsluiting», *in Armoedemonitor 2001,* p. 139-62, SCP/CBS, Haia.

Varescon-Pousson, I., Boissonnas, A. e Ionescu, S. (1997), «La surdose non mortelle: étude descriptive d'une population de toxicomanes», *Psychologie Française* 3, p. 255-60.

Vermeulen, K. T., Hendriks, V. M. e Zomerveld, R. (1999), *Drangbehandeling in Den Haag: Evaluatieonderzoek naar de effectiviteit van het behandelprogramma Triple-Ex voor justitiabele verslaafden,* Parnassia Addiction Research Centre (PARC), Haia.

Vestel, V., Bakken, A., Geir, H. e Moshuus Tormod, Ø. (1997), «Ungdomskultur og narkotikabruk», *NOVA Temahefte* 1/97.

Villalbi, J. R. e Brugal, M. T. (1999), «Sobre la epidemia de heroína, su impacto, su contexto y las políticas sanitarias», *Medicina Clinica (Barcelona)* 112, p. 736-7.

Vrieling, I., Van Alem, V. C. M. e Van de Mheen, H. (2000), *Drop-out onder allochtonen in de ambulante verslavingszorg 1994-1998,* IVV/IVO, Houten/Roterdão.

Waidner, G. (1999), *Die Viktimisierungserfahrungen drogenabhängiger Personen. Eine Untersuchung mit qualitativen Verfahren,* Unveröffentlichte Diplomarbeit an der Grund- und Integrativwissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien, Viena.

Warner-Smith, M., Lynskey, M., Darke, S. e Hall, W. (2001), «Heroin *overdose*: prevalence, correlates, consequences and interventions», report prepared by the National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales, Australian National Council on Drugs, Woden, Austrália.

Wiessing, L. (2001), «The access of injecting drug users to hepatitis C treatment is low and should be improved», *Eurosurveillance Weekly,* Issue 31 (http://www.eurosurv.org/2001/010802.htm).

Pontos focais Reitox

Belgique/België

Institut scientifique de la santé publique/Wetenschappelijk Instituut Volkgezondheid

Rue Juliette Wytsman 14
B-1050 Bruxelles/Brussel
Denise WALCKIERS
Tel. (32-2) 642 50 35
Fax (32-2) 642 54 10
E-mail: BIRN@iph.fgov.be

Danmark

Sundhedsstyrelsen

Islands Brygge, 67 — Postbox 1881
DK-2300 København S
Ole Kopp CHRISTENSEN/Kari GRASAASEN
Tel. (45) 72 22 77 60
Fax (45) 72 22 74 11
E-mail: okc@sst.dk, kag@sst.dk

Deutschland

Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht

Parzivalstraße 25
D-80804 München
Roland SIMON
Tel. (49-89) 36 08 04 40
Fax (49-89) 36 08 04 49
E-Mail: Simon@ift.de

Elláda

University of Mental Health Research Institute

Argirokastrou & Ionias Street
Papagou
GR-15601 — Athens
Manina TERZIDOU
Tel. (30) 21 06 53 69 02
Fax (30) 21 06 53 72 73
E-mail: ektepn@ektepn.gr

España

Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre Drogas

C/Recoletos, 22
E-28001 Madrid
Elena GARZÓN/Ana Andrés BALLESTEROS
Tel. (34) 915 37 27 25/2686
Fax (34) 915 37 26 95
E-mail: egarzon@pnd.mir.es, anaab@pnd.mir.es

France

Observatoire français des drogues et des toxicomanies

105, rue Lafayette
F-75110 Paris
Jean-Michel COSTES
Tel. (33) 153 20 16 16
Fax (33) 153 20 16 00
E-mail: jecos@ofdt.fr

Ireland

Drug Misuse Research Division

Health Research Board
73, Lower Baggot Street
Dublin 2
Ireland
Hamish SINCLAIR
Tel. (353-1) 676 11 76 ext 160
Fax (353-1) 661 18 56
E-mail: Hsinclair@hrb.ie

Italia

Ministero del Lavoro e degli Affari sociali, dipartimento delle politiche sociali e Previdenziali, direzione generale per le tossicodipendenze e l'osservatorio nazionale

Via Fornovo 8 — Pal. B
I-00187 Roma
Mariano MARTONE/Silvia ZANONE
Tel. (39) 06 36 75 48 01/06
Fax (39) 06 36 75 48 11
E-mail: mmartone@welfare.gov.it, szanone@welfare.gov.it

Luxembourg

Direction de la santé, point focal OEDT, Luxembourg

Allée Marconi — Villa Louvigny
L-2120 Luxembourg
Alain ORIGER
Tel. (352) 47 85 625
Fax (352) 46 79 65
E-mail: alain.origer@ms.etat.lu

Nederland

Trimbos Instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction
Da Costakade, 45 — P.O. BOX 725
3500 AS Utrecht
Nederland
Franz TRAUTMANN
Tel. (31-30) 297 11 86
Fax (31-30) 297 11 87
E-mail: ftrautmann@trimbos.nl

Österreich
Österreichisches Bundesinstitut
für Gesundheitswesen
Stubenring 6
A-1010 Wien
Sabine HAAS
Tel. (43-1) 515 61 60
Fax (43-1) 513 84 72
E-mail: HAAS@oebig.at

Portugal
Instituto da Droga e da Toxicodependência
Av. João Crisóstomo, 14
P-1000-179 Lisboa
Fernando NEGRÃO/Maria MOREIRA
Tel. (351) 213 10 41 00/41 26
Fax (351) 21 310 41 90
E-mail: Fernando.Negrao@ipdt.pt, Maria.Moreira@ipdt.pt

Suomi/Finland
Sosiaali ja terveysalan tutkimus ja kehittämiskeskus
PO BOX 220
(Office: Lintulahdenkuja, 4 — 00530 Helsinki)
FIN-00531 Helsinki
Ari VIRTANEN
Tel. (358-9) 39 67 23 78
Fax (358-9) 39 67 24 97
E-mail: ari.virtanen@stakes.fi

Sverige
Statens folkhälsoinstitutet
(Office: Olof Palmes gata, 17)
S-103 52 Stockholm
Bertil PETTERSSON
Tel. (46-8) 56 61 35 13
Fax (46-8) 56 61 35 05
E-mail: Bertil.Pettersson@fhi.se

United Kingdom
Sexual Health and Substance Misuse Policy
Department of Health, Skipton House
80 London Road
London SE1 6LH
United Kingdom
Alan LODWICK
Tel. (44-20) 79 72 51 21
Fax (44-20) 79 72 16 15
E-mail: Alan.Lodwick@doh.gsi.gov.uk

European Commission/Commission européenne
Directorate-General for Justice and Home Affairs — Drugs Coordination Unit/Direction générale de la justice et des affaires intérieures — Unité coordination de la lutte antidrogue
Rue de la Loi/Wetstraat 200 (Lx-46 3/186)
B-1049 Brussels/Bruxelles
Timo JETSU
Tel. (32-2) 299 57 84
Fax (32-2) 295 32 05
E-mail: Timo.Jetsu@cec.eu.int

Norge
Statens institutt for rusmiddelforskning
PB 565 Sentrum
NO-0105 Oslo
(Office: Øvre Slottsgate 2B)
NO-0157 Oslo
Knut BROFOSS/Odd HORDVIN
Tel. (47) 22 34 04 00
Fax (47) 22 34 04 01
E-mail: odd@sirus.no

Pontos focais dos países em vias de adesão e dos países candidatos à adesão da UE:
http://www.emcdda.eu.int/partners/candidates_focalpoints.shtml

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodepedência

Relatório Anual 2003: A Evolução do Fenómeno de Droga na União Europeia e na Noruega

Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias
2003 — 82 p. — 21 x 29,7 cm
ISBN 92-9168-163-6

Venta • Salg • Verkauf • Πωλήσεις • Sales • Vente • Vendita • Verkoop • Venda • Myynti • Försäljning
http://eur-op.eu.int/general/en/s-ad.htm

BELGIQUE/BELGIË

Jean De Lannoy
Avenue du Roi 202/Koningslaan 202
B-1190 Bruxelles/Brussel
Tél. (32-2) 538 43 08
Fax (32-2) 538 08 41
E-mail: jean.de.lannoy@infoboard.be
URL: http://www.jean-de-lannoy.be

La librairie européenne/
De Europese Boekhandel
Rue de la Loi 244/Wetstraat 244
B-1040 Bruxelles/Brussel
Tél. (32-2) 295 26 39
Fax (32-2) 735 08 60
E-mail: mail@libeurop.be
URL: http://www.libeurop.be

Moniteur belge/Belgisch Staatsblad
Rue de Louvain 40-42/Leuvenseweg 40-42
B-1000 Bruxelles/Brussel
Tél. (32-2) 552 22 11
Fax (32-2) 511 01 84
E-mail: eusales@just.fgov.be

DANMARK

J. H. Schultz Information A/S
Herstedvang 12
DK-2620 Albertslund
Tlf. (45) 43 63 23 00
Fax (45) 43 63 19 69
E-mail: schultz@schultz.dk
URL: http://www.schultz.dk

DEUTSCHLAND

Bundesanzeiger Verlag GmbH
Vertriebsabteilung
Amsterdamer Straße 192
D-50735 Köln
Tel. (49-221) 97 66 80
Fax (49-221) 97 66 82 78
E-Mail: vertrieb@bundesanzeiger.de
URL: http://www.bundesanzeiger.de

ΕΛΛΑΔΑ/GREECE

G. C. Eleftheroudakis SA
International Bookstore
Panepistimiou 17
GR-10564 Athina
Tel. (30-1) 331 41 80/1/2/3/4/5
Fax (30-1) 325 84 99
E-mail: elebooks@netor.gr
URL: elebooks@hellasnet.gr

ESPAÑA

Boletín Oficial del Estado
Trafalgar, 27
E-28071 Madrid
Tel. (34) 915 38 21 11 (libros)
913 84 17 15 (suscripción)
Fax (34) 915 38 21 21 (libros),
913 84 17 14 (suscripción)
E-mail: clientes@com.boe.es
URL: http://www.boe.es

Mundi Prensa Libros, SA
Castelló, 37
E-28001 Madrid
Tel. (34) 914 36 37 00
Fax (34) 915 75 39 98
E-mail: libreria@mundiprensa.es
URL: http://www.mundiprensa.com

FRANCE

Journal officiel
Service des publications des CE
26, rue Desaix
F-75727 Paris Cedex 15
Tél. (33) 140 58 77 31
Fax (33) 140 58 77 00
E-mail: europublications@journal-officiel.gouv.fr
URL: http://www.journal-officiel.gouv.fr

IRELAND

Alan Hanna's Bookshop
270 Lower Rathmines Road
Dublin 6
Tel. (353-1) 496 73 98
Fax (353-1) 496 02 28
E-mail: hannas@iol.ie

ITALIA

Licosa SpA
Via Duca di Calabria, 1/1
Casella postale 552
I-50125 Firenze
Tel. (39) 055 64 83 1
Fax (39) 055 64 12 57
E-mail: licosa@licosa.com
URL: http://www.licosa.com

LUXEMBOURG

Messageries du livre SARL
5, rue Raiffeisen
L-2411 Luxembourg
Tél. (352) 40 10 20
Fax (352) 49 06 61
E-mail: mail@mdl.lu
URL: http://www.mdl.lu

NEDERLAND

SDU Servicecentrum Uitgevers
Christoffel Plantijnstraat 2
Postbus 20014
2500 EA Den Haag
Tel. (31-70) 378 98 80
Fax (31-70) 378 97 83
E-mail: sdu@sdu.nl
URL: http://www.sdu.nl

PORTUGAL

Distribuidora de Livros Bertrand Ld.ª
Grupo Bertrand, SA
Rua das Terras dos Vales, 4-A
Apartado 60037
P-2700 Amadora
Tel. (351) 214 95 87 87
Fax (351) 214 96 02 55
E-mail: dlb@ip.pt

Imprensa Nacional-Casa da Moeda, SA
Sector de Publicações Oficiais
Rua da Escola Politécnica, 135
P-1250-100 Lisboa Codex
Tel. (351) 213 94 57 00
Fax (351) 213 94 57 50
E-mail: spoce@incm.pt
URL: http://www.incm.pt

SUOMI/FINLAND

Akateeminen Kirjakauppa/
Akademiska Bokhandeln
Keskuskatu 1/Centralgatan 1
PL/PB 128
FIN-00101 Helsinki/Helsingfors
P./tfn (358-9) 121 44 18
F./fax (358-9) 121 44 35
Sähköposti: sps@akateeminen.com
URL: http://www.akateeminen.com

SVERIGE

BTJ AB
Traktorvägen 11-13
S-221 82 Lund
Tlf. (46-46) 18 00 00
Fax (46-46) 30 79 47
E-post: btjeu-pub@btj.se
URL: http://www.btj.se

UNITED KINGDOM

The Stationery Office Ltd
Customer Services
PO Box 29
Norwich NR3 1GN
Tel. (44) 870 60 05-522
Fax (44) 870 60 05-533
E-mail: book.orders@theso.co.uk
URL: http://www.itsofficial.net

ÍSLAND

Bokabud Larusar Blöndal
Skólavördustig, 2
IS-101 Reykjavik
Tel. (354) 552 55 40
Fax (354) 552 55 60
E-mail: bokabud@simnet.is

SCHWEIZ/SUISSE/SVIZZERA

Euro Info Center Schweiz
c/o OSEC Business Network Switzerland
Stampfenbachstraße 85
PF 492
CH-8035 Zürich
Tel. (41-1) 365 53 15
Fax (41-1) 365 54 11
E-mail: eics@osec.ch
URL: http://www.osec.ch/eics

BĂLGARIJA

Europress Euromedia Ltd
59, blvd Vitosha
BG-1000 Sofia
Tel. (359-2) 980 37 66
Fax (359-2) 980 42 30
E-mail: Milena@mbox.cit.bg
URL: http://www.europress.bg

CYPRUS

Cyprus Chamber of Commerce and Industry
PO Box 21455
CY-1509 Nicosia
Tel. (357-2) 88 97 52
Fax (357-2) 66 10 44
E-mail: demetrap@ccci.org.cy

EESTI

Eesti Kaubandus-Tööstuskoda
(Estonian Chamber of Commerce and Industry)
Toom-Kooli 17
EE-10130 Tallinn
Tel. (372) 646 02 44
Fax (372) 646 02 45
E-mail: einfo@koda.ee
URL: http://www.koda.ee

HRVATSKA

Mediatrade Ltd
Pavla Hatza 1
HR-10000 Zagreb
Tel. (385-1) 481 94 11
Fax (385-1) 481 94 11

MAGYARORSZÁG

Euro Info Service
Szt. István krt.12
III emelet 1/A
PO Box 1039
H-1137 Budapest
Tel. (36-1) 329 21 70
Fax (36-1) 349 20 53
E-mail: euroinfo@euroinfo.hu
URL: http://www.euroinfo.hu

MALTA

Miller Distributors Ltd
Malta International Airport
PO Box 25
Luqa LQA 05
Tel. (356) 66 44 88
Fax (356) 67 67 99
E-mail: gwirth@usa.net

NORGE

Swets Blackwell AS
Hans Nielsen Hauges gt. 39
Boks 4901 Nydalen
N-0423 Oslo
Tel. (47) 23 40 00 00
Fax (47) 23 40 00 01
E-mail: info@no.swetsblackwell.com
URL: http://www.swetsblackwell.com.no

POLSKA

Ars Polona
Krakowskie Przedmiescie 7
Skr. pocztowa 1001
PL-00-950 Warszawa
Tel. (48-22) 826 12 01
Fax (48-22) 826 62 40
E-mail: books119@arspolona.com.pl

ROMÂNIA

Euromedia
Str.Dionisie Lupu nr. 65, sector 1
RO-70184 Bucuresti
Tel. (40-1) 315 44 03
Fax (40-1) 312 96 46
E-mail: euromedia@mailcity.com

SLOVAKIA

Centrum VTI SR
Nám. Slobody, 19
SK-81223 Bratislava
Tel. (421-7) 54 41 83 64
Fax (421-7) 54 41 83 64
E-mail: europ@tbb1.sltk.stuba.sk
URL: http://www.sltk.stuba.sk

SLOVENIJA

GV Zalozba
Dunajska cesta 5
SLO-1000 Ljubljana
Tel. (386) 613 09 1804
Fax (386) 613 09 1805
E-mail: europ@gvestnik.si
URL: http://www.gvzalozba.si

TÜRKIYE

Dünya Infotel AS
100, Yil Mahallessi 34440
TR-80050 Bagcilar-Istanbul
Tel. (90-212) 629 46 89
Fax (90-212) 629 46 27
E-mail: aktuel.info@dunya.com

ARGENTINA

World Publications SA
Av. Cordoba 1877
C1120 AAA Buenos Aires
Tel. (54-11) 48 15 81 56
Fax (54-11) 48 15 81 56
E-mail: wpbooks@infovia.com.ar
URL: http://www.wpbooks.com.ar

AUSTRALIA

Hunter Publications
PO Box 404
Abbotsford, Victoria 3067
Tel. (61-3) 94 17 53 61
Fax (61-3) 94 19 71 54
E-mail: jpdavies@ozemail.com.au

BRESIL

Livraria Camões
Rua Bittencourt da Silva, 12 C
CEP
20043-900 Rio de Janeiro
Tel. (55-21) 262 47 76
Fax (55-21) 262 47 76
E-mail: livraria.camoes@incm.com.br
URL: http://www.incm.com.br

CANADA

Les éditions La Liberté Inc.
3020, chemin Sainte-Foy
Sainte-Foy, Québec G1X 3V6
Tel. (1-418) 658 37 63
Fax (1-800) 567 54 49
E-mail: liberte@mediom.qc.ca

Renouf Publishing Co. Ltd
5369 Chemin Canotek Road, Unit 1
Ottawa, Ontario K1J 9J3
Tel. (1-613) 745 26 65
Fax (1-613) 745 76 60
E-mail: order.dept@renoufbooks.com
URL: http://www.renoufbooks.com

EGYPT

The Middle East Observer
41 Sherif Street
Cairo
Tel. (20-2) 392 69 19
Fax (20-2) 393 97 32
E-mail: inquiry@meobserver.com
URL: http://www.meobserver.com.eg

MALAYSIA

EBIC Malaysia
Suite 45.02, Level 45
Plaza MBf (Letter Box 45)
8 Jalan Yap Kwan Seng
50450 Kuala Lumpur
Tel. (60-3) 21 62 92 98
Fax (60-3) 21 62 61 98
E-mail: ebic@tm.net.my

MÉXICO

Mundi Prensa México, SA de CV
Río Pánuco, 141
Colonia Cuauhtémoc
MX-06500 México, DF
Tel. (52-5) 533 56 58
Fax (52-5) 514 67 99
E-mail: 101545.2361@compuserve.com

SOUTH AFRICA

Eurochamber of Commerce in South Africa
PO Box 781738
2146 Sandton
Tel. (27-11) 884 39 52
Fax (27-11) 883 55 73
E-mail: info@eurochamber.co.za

SOUTH KOREA

The European Union Chamber of
Commerce in Korea
5th Fl, The Shilla Hotel
202, Jangchung-dong 2 Ga, Chung-ku
Seoul 100-392
Tel. (82-2) 22 53-5631/4
Fax (82-2) 22 53-5635/6
E-mail: eucck@eucck.org
URL: http://www.eucck.org

SRI LANKA

EBIC Sri Lanka
Trans Asia Hotel
115 Sir Chittampalam
A. Gardiner Mawatha
Colombo 2
Tel. (94-1) 074 71 50 78
Fax (94-1) 44 87 79
E-mail: ebicsl@slnet.ik

T'AI-WAN

Tycoon Information Inc
PO Box 81-466
105 Taipei
Tel. (886-2) 87 12 88 86
Fax (886-2) 87 12 47 47
E-mail: euitupe@ms21.hinet.net

UNITED STATES OF AMERICA

Bernan Associates
4611-F Assembly Drive
Lanham MD 20706-4391
Tel. (1-800) 274 44 47 (toll free telephone)
Fax (1-800) 865 34 50 (toll free fax)
E-mail: query@bernan.com
URL: http://www.bernan.com

ANDERE LÄNDER
OTHER COUNTRIES
AUTRES PAYS

Bitte wenden Sie sich an ein Büro Ihrer Wahl/Please contact the sales office of your choice/Veuillez vous adresser au bureau de vente de votre choix

Office for Official Publications of the European Communities
2, rue Mercier
L-2985 Luxembourg
Tel. (352) 29 29-42455
Fax (352) 29 29-42758
E-mail: info-info-opoce@cec.eu.int
URL: publications.eu.int

2/2002

16 17 5 TD-AC-03-001-PT-C

O OEDT

O Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) é uma das agências descentralizadas da União Europeia. Criado em 1993 e sediado em Lisboa, é a mais completa fonte de informação sobre a droga e a toxicodependência na Europa.

O OEDT recolhe, analisa e difunde informações objectivas, fiáveis e comparáveis sobre a droga e a toxicodependência. Deste modo, fornece aos seus públicos um panorama fundamentado do fenómeno da droga a nível europeu.

As publicações do Observatório são uma fonte de informação fundamental para uma grande variedade de públicos, incluindo os responsáveis políticos e seus consultores, profissionais que trabalham no domínio da droga e, de um modo mais geral, os meios de comunicação social e o grande público.

O relatório anual apresenta a panorâmica geral anualmente traçada pelo OEDT do fenómeno da droga nos Estados-Membros da UE e na Noruega, sendo uma obra de consulta essencial para quem procura os dados mais recentes sobre este fenómeno na Europa. A publicação impressa é complementada por uma versão integral em linha, disponível no endereço: **http://annualreport.emcdda.eu.int**.

Serviço das Publicações
Publications.eu.int

ISBN 92-9168-163-6
9 789291 681631