



Observatório Europeu da
Droga e da Toxicodependência

ISSN 1609-6185

RELATÓRIO ANUAL 2006

A EVOLUÇÃO DO FENÓMENO DA DROGA
NA EUROPA



Observatório Europeu da
Droga e da Toxicodependência

RELATÓRIO ANUAL 2006

A EVOLUÇÃO DO FENÓMENO DA DROGA
NA EUROPA

Aviso legal

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 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>).

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

Número verde único (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

(*) Alguns operadores de telecomunicações móveis não autorizam o acesso a números 00 800 ou poderão sujeitar estas chamadas telefónicas a pagamento.

O presente relatório está disponível em espanhol, checo, dinamarquês, alemão, estónio, grego, inglês, francês, italiano, letão, lituano, húngaro, neerlandês, polaco, português, eslovaco, esloveno, finlandês, sueco, búlgaro, romeno, turco 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, 2006

ISBN 92-9168-272-1

© Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2006

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.europa.eu • <http://www.emcdda.europa.eu>

Índice

Prefácio	5
Agradecimentos	7
Nota introdutória	9
Comentário: o fenómeno da droga na Europa	11
Capítulo 1	
Políticas e legislações	17
Capítulo 2	
Resposta aos problemas de droga na Europa: panorâmica geral	27
Capítulo 3	
<i>Cannabis</i>	37
Capítulo 4	
Anfetaminas, <i>ecstasy</i> e outras drogas psicotrópicas	47
Capítulo 5	
<i>Cocaína e cocaína crack</i>	58
Capítulo 6	
Consumo de opiáceos e droga injectada	66
Capítulo 7	
Doenças infecto-contagiosas e mortes relacionadas com o consumo de droga	75
Capítulo 8	
Melhorar a monitorização do consumo problemático e múltiplo de drogas	88
Referências	95



Prefácio

Apresentamos o décimo primeiro relatório anual do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, este ano disponível em 23 línguas europeias. Ao analisar em retrospectiva os relatórios publicados pelo Observatório ao longo dos anos, facilmente nos surpreenderemos com o aumento do nível de pormenor da informação agora disponível, que reflecte uma situação mais complexa no consumo de drogas ilícitas na Europa e na forma como a Europa responde a este fenómeno.

A informação disponível para fundamentar a análise praticada pelo Observatório aumentou consideravelmente. O relatório deste ano baseia-se em dados dos 25 Estados-Membros da UE e da Noruega e, quando disponíveis, da Bulgária, da Roménia e da Turquia. Além de ter aumentado o número de países que fornecem informação, a quantidade de informação comparável disponível em cada um deles continuou também a crescer. Esta informação proporciona ao Observatório o retrato mais pormenorizado de sempre da situação do fenómeno da droga na Europa e da sua dinâmica. Compete ao Observatório explorar esta complexidade, reunindo experiências comuns onde elas existem e comentando as diferenças. Através do investimento na recolha de dados e da colaboração no trabalho do Observatório, os Estados-Membros compreenderam que os problemas de hoje dos seus vizinhos poderão tornar-se os seus problemas de amanhã. Esta tomada de consciência reflecte-se na nova estratégia da União Europeia de luta contra a droga e nos planos de acção que a acompanham, que assentam no consenso sobre a importância de recolher e partilhar informação; a necessidade de identificar e divulgar boas práticas; e o valor da cooperação e de uma acção coordenada na resposta à ameaça comum que a droga constitui para a saúde, o bem-estar e a segurança dos cidadãos.

Uma reflexão sobre a informação disponível recorda igualmente a necessidade de uma vigilância contínua e os perigos da complacência. O presente relatório alerta para as infecções pelo HIV e as mortes associadas ao consumo de droga. Não obstante, no conjunto da Europa, têm

sido envidados enormes esforços para sanar este tipo de problemas, tendo-se já alcançado progressos tangíveis. Tal significou para os decisores políticos europeus a imposição de opções difíceis, em grande medida realizadas após uma análise exaustiva das provas disponíveis. Esta perspectiva política é digna de louvor. O debate global sobre o problema da droga revela-se bastante retórico no que respeita à necessidade de uma abordagem equilibrada e baseada em provas. Na Europa, talvez mais do que em qualquer outra parte, esta retórica tornou-se realidade. Apesar das diferenças entre Estados-Membros no que se refere às particularidades dos problemas de droga que cada um enfrenta e às suas prioridades de acção, existe acordo sobre a importância de partilhar informação e cooperar no sentido de reduzir a oferta de drogas, bem como sobre a necessidade de equilibrar as acções de redução de oferta com as medidas de redução da procura. Verifica-se igualmente um consenso crescente quanto à necessidade de basear em provas as escolhas difíceis sobre os programas e as acções de maior interesse para os cidadãos. Esta abordagem europeia manifesta-se não apenas na nova estratégia comunitária de luta contra a droga, mas igualmente nas estratégias nacionais de luta contra a droga adoptadas pelos Estados-Membros, na voz mais forte e unificada que emerge da Europa no que concerne esta questão, e no trabalho do OEDT, que procura desempenhar o seu papel de facilitador de decisões políticas fundamentadas, fornecendo uma análise imparcial e cientificamente rigorosa das informações disponíveis sobre o fenómeno da droga na Europa.

O consumo de droga é uma questão complexa, que não se presta a conclusões simples. Porém, da experiência europeia pode tirar-se uma conclusão clara — aprendemos que a união de esforços não só funciona, como é indispensável se pretendemos desenvolver respostas eficazes aos desafios que nos são colocados pelo consumo de drogas ilícitas.

Marcel Reimen

Presidente do Conselho de Administração do OEDT

Wolfgang Götz

Director do 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 Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC) e a Europol;
- o Grupo Pompidou do Conselho da Europa, o Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime, o Gabinete Regional para a Europa da OMS, a Interpol, a Organização Mundial das Alfândegas, o Conselho Sueco de Informação sobre Álcool e outras Drogas (CAN), 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.

Pontos focais nacionais da Reitox

Reitox é a rede europeia de informação sobre a droga e a toxicodependência. A rede é constituída pelos pontos focais nacionais nos Estados-Membros da UE, na Noruega, nos países candidatos e na Comissão Europeia. Sob a responsabilidade dos seus governos, os pontos focais são as autoridades nacionais que fornecem informações sobre drogas ao Observatório.

Os contactos dos pontos focais nacionais encontram-se disponíveis em: <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1596>.



Nota introdutória

O presente relatório anual baseia-se em informação fornecida ao OEDT pelos Estados-Membros da UE, pelos países candidatos e pela Noruega (que participa no trabalho do OEDT desde 2001) através dos respectivos relatórios nacionais. Os dados estatísticos aqui incluídos referem-se ao ano de 2004 (ou ao último ano disponível).

Os gráficos e quadros incluídos no presente relatório podem reflectir a situação existente num subconjunto de Estados-Membros da UE: a selecção é efectuada com base nos países que dispõem de dados em relação ao período em causa.

Em <http://annualreport.emcdda.europa.eu> poderá encontrar uma versão em linha do relatório anual, disponível em 23 versões linguísticas.

O Boletim Estatístico OEDT 2006 (<http://stats06.emcdda.europa.eu>) contém todos os quadros-fonte em que se baseia a análise estatística apresentada no relatório anual. Contém, igualmente, mais informação sobre a metodologia utilizada e mais de 100 gráficos estatísticos adicionais.

Os perfis de dados por país (<http://datapfiles06.emcdda.europa.eu>) fornecem um resumo gráfico de alto nível dos aspectos-chave da situação do fenómeno da droga em cada país.

Três análises exaustivas acompanham o presente relatório, explorando os seguintes temas:

- Políticas europeias em matéria de droga: alargamento para além das drogas ilícitas?
- Perspectiva do género no consumo de droga e na resposta aos problemas concomitantes; e
- Evolução do consumo de droga em contextos recreativos.

Os temas específicos encontram-se disponíveis em versão impressa e em linha (<http://issues06.emcdda.europa.eu>), apenas em inglês.

Os relatórios nacionais dos pontos focais Reitox fornecem uma descrição e análise pormenorizadas do problema da droga em cada país e estão disponíveis no sítio web do OEDT (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).



Comentário: o fenómeno da droga na Europa

Um novo quadro europeu de coordenação e cooperação

Muito embora a definição da política nacional em matéria de droga continue a ser prerrogativa de cada Estado-Membro da UE, existe um forte consenso sobre os benefícios que podem ser obtidos pela união de esforços a nível europeu, o qual se manifesta em recentes iniciativas em apoio das actividades de coordenação e cooperação. Entre elas figuram a entrada em vigor, em 2005, de dois novos regulamentos comunitários relativos aos precursores e de uma decisão do Conselho relativa às novas drogas. As medidas contra o tráfico de droga também foram reforçadas por novos instrumentos jurídicos no domínio do branqueamento de capitais e da confiscação dos produtos do crime. Contudo, o elemento fundamental para configurar a cooperação europeia e as futuras acções de combate à droga é a nova estratégia da UE de luta contra a droga para 2005-2012, com os dois planos de acção que a acompanham. No primeiro destes planos, apresenta-se uma descrição detalhada de cerca de cem acções específicas planeadas pelos Estados-Membros da UE e que deverão ser executadas até 2008. A estratégia será submetida a um programa de avaliação contínua, com análises de progresso anuais e avaliações do impacto no final de cada um dos períodos dos planos de acção.

Pode considerar-se que esta estratégia representa um consenso europeu quanto à forma de enfrentar o problema da droga, com um compromisso explícito de utilizar uma abordagem equilibrada, que combine medidas de redução da oferta e da procura, e uma aceitação da necessidade de basear as acções em provas da sua eficácia e, além disso, de avaliar sistematicamente os progressos realizados. Subsistem importantes diferenças políticas entre os Estados-Membros europeus, as quais reflectem, muitas vezes, as diferentes situações nacionais em matéria de droga e as diferentes formas de as enfrentar. No entanto, a nova estratégia de luta contra a droga sugere que o debate político europeu neste domínio se caracteriza, cada vez mais, pelo consenso sobre um enquadramento comum das actividades. Por exemplo, praticamente todas as estratégias de redução da procura incluem elementos de prevenção, tratamento e redução dos danos, embora a ênfase conferida a cada um desses elementos varie entre os Estados-Membros. Algumas opções políticas continuam a suscitar considerável controvérsia — mas, de um modo geral, esta decorre num contexto de amplo acordo quanto aos fundamentos da resposta europeia ao problema da droga.

Consumo e venda de droga: uma distinção cada vez mais aplicada

Uma tendência constante, mais uma vez visível nas novas informações comunicadas no presente ano, é a da introdução, nas legislações nacionais em matéria de droga, de alterações que acentuam a distinção entre as infracções de posse de droga para consumo próprio e as de tráfico e venda de droga. Regra geral, há um agravamento das sanções no segundo caso e a atribuição de menor importância às penas privativas de liberdade no primeiro caso. Esta evolução é consentânea com a maior ênfase dada em toda a Europa ao alargamento das oportunidades de tratamento da toxicodependência e às intervenções que desviam os consumidores problemáticos do sistema judicial, encaminhando-os para as opções de tratamento e reabilitação. Nos países que estabeleceram uma distinção jurídica entre a posse de droga para consumo próprio e a posse para venda, coloca-se a questão de saber se é ou não explicitamente necessário legislar sobre os limites às quantidades de droga para consumo próprio. Por enquanto, não existe consenso, tendo sido adoptadas diferentes abordagens na Europa, que vão desde a publicação de orientações operacionais de carácter geral até à especificação de limites legais.

Consumo de heroína: uma parte importante do quadro global

Os dados apresentados no presente relatório mostram que, em toda a Europa, é necessário alargar a tradicional prioridade dada ao consumo de heroína, sobretudo injectada, como elemento fulcral do fenómeno da droga, devido à importância crescente do policonsumo de drogas e do consumo de estimulantes, e às implicações cada vez mais vastas do amplo consumo de *cannabis* em termos de saúde pública. Em muitos países, porém, os opiáceos (sobretudo a heroína) continuam a ser as principais drogas que levam os utentes a procurar tratamento, responsáveis por cerca de 60% dos pedidos de tratamento registados em 2004 — tendo um pouco mais de metade (53%) destes utentes afirmado que injectava a droga.

Quase 25% dos pedidos de tratamento por consumo de opiáceos provêm de indivíduos com 35 ou mais anos de idade, não sendo mais de 7% os utentes com menos de 20 anos que procuram tratamento pela primeira vez. Note-se que os dados relativos à procura de tratamento reflectem o número de utentes que solicitam tratamento

no ano em causa e não incluem aqueles que já iniciaram o tratamento e nele permanecem, pelo que o número total de utentes em tratamento é muito superior. No conjunto da Europa, o crescimento substancial do tratamento de substituição registado nos últimos anos significa que o sistema de tratamento inclui uma população crescente e em envelhecimento de pessoas com problemas de consumo de heroína, que poderão continuar a necessitar de assistência e a consumir grande quantidade de recursos durante muitos anos.

A heroína consumida na Europa é maioritariamente produzida no Afeganistão. O continente europeu continua a ser responsável pelas maiores quantidades de heroína apreendidas a nível mundial e, devido ao acréscimo das apreensões nos países do Sudeste Europeu (em especial na Turquia), esta região ultrapassou a Europa Ocidental e Central em termos de volume apreendido. Esta tendência crescente nas apreensões de heroína não só realça a utilidade de uma acção coordenada contra o tráfico a nível europeu, como também suscita importantes questões sobre o impacto do aumento da produção de heroína no mercado europeu. Não se discernem tendências claras no que respeita à pureza média, mas a evolução dos preços, indexados à inflação, ao longo de cinco anos (1999-2004), revela que eles tendem a baixar na maioria dos países. No entanto, embora a heroína seja agora mais barata e mais fácil de obter na Europa, ainda não há provas de que esse facto esteja a influenciar os níveis globais de consumo. Os indicadores globais parecem sugerir que a incidência do novo consumo de heroína continua a diminuir na Europa e que a situação estabilizou — com uma percentagem significativa de consumidores problemáticos de opiáceos em tratamento de substituição —, pelo menos em alguns países. A percentagem de utentes que iniciam o tratamento devido a um problema grave de consumo de opiáceos está a diminuir na maior parte dos países. Todavia, esta é uma área em que já se observaram vagas de consumo epidémico no passado, pelo que deve ser evitada qualquer atitude de complacência.

No presente relatório anual, há indícios preocupantes de que, em 2004, o número de mortes relacionadas com o consumo de droga, que vinha, de um modo geral, a diminuir desde 2000, tenha aumentado ligeiramente na maioria dos países. Ainda é cedo para determinar se estas ligeiras alterações prenunciam uma mudança a longo prazo, mas há que recordar que as mortes relacionadas com o consumo de droga constituem uma das principais consequências do consumo de drogas ilegais em termos de saúde pública. Não obstante a percentagem destas mortes estar a diminuir entre os jovens, corroborando os indícios de que o novo consumo de heroína injectada está a diminuir, as estimativas disponíveis sobre a mortalidade relacionada com a droga nos centros urbanos (por *overdose* e outras causas) sugerem que, actualmente, 10% a 23% da mortalidade global entre os adultos dos 15 aos 49 anos podem ser atribuídos ao consumo de opiáceos.

Consumo de droga injectada e problemas de saúde conexos: uma companhia constante

Em muitos países, o consumo de droga injectada é quase sinónimo de consumo de heroína; mas há excepções, e alguns Estados-Membros da UE registam níveis significativos de consumo de estimulantes por via endovenosa, sobretudo entre os consumidores intensivos de anfetaminas. Reflectindo, em certa medida, a situação da heroína, a informação globalmente disponível sugere uma diminuição geral do consumo de droga injectada a longo prazo. Porém, em muitos dos novos Estados-Membros, os índices de consumo por via endovenosa permanecem elevados, ainda que seja importante ressaltar que há poucas estimativas nacionais ou subnacionais disponíveis sobre o consumo de droga injectada. Além disso, os estudos sobre este consumo recentemente levados a cabo em algumas regiões chegaram a registar ligeiros aumentos. O panorama mais completo deste comportamento provém da monitorização dos consumidores de heroína em tratamento, entre os quais a percentagem de consumidores de droga injectada diminuiu drasticamente em alguns países, mas não em todos. Entre os antigos Estados-Membros, nomeadamente, a Dinamarca, a Grécia, a Espanha, a França, a Itália e o Reino Unido comunicam uma redução dos índices de consumo por via endovenosa entre os consumidores de heroína em tratamento.

A relação entre o consumo de droga injectada e os problemas de saúde é bem conhecida, apresentando os consumidores de droga injectada riscos elevados de *overdose*, doenças infecto-contagiosas graves e outros problemas de saúde, como a septicemia e a trombose. A infecção pelo HIV é o risco para a saúde que tem galvanizado a resposta europeia em matéria de saúde pública para esta forma de consumo de droga, dispondo quase todos os países de intervenções destinadas a prevenir a ocorrência de novas infecções. Por exemplo, a distribuição de agulhas e seringas, outrora encarada como uma intervenção controversa, está de algum modo disponível praticamente em todos os Estados-Membros, embora com diferentes níveis de cobertura. Actualmente, a maioria dos países comunica baixos índices de novos casos diagnosticados de infecção por HIV atribuídos ao consumo de droga injectada, e estima-se que os índices de infecção por este vírus entre os consumidores de droga injectada sejam inferiores a 5%. Mais uma vez, todavia, impõe-se fazer algumas ressalvas importantes: em primeiro lugar, dois dos países de maior dimensão e mais afectados pela sida entre os consumidores de droga injectada, a Espanha e a Itália, não forneceram dados nacionais das notificações de casos de HIV; e, em segundo lugar, constata-se que a transmissão do HIV persiste em grupos específicos de consumidores de droga injectada, em toda a Europa, havendo até sinais de que poderá ter aumentado em alguns dos grupos estudados.

Síntese — Estimativas do consumo de droga na Europa

(Note-se que estas estimativas se referem à população adulta, sendo as mais recentes disponíveis. No Boletim Estatístico em anexo podem ser encontrados os dados completos e as notas metodológicas integrais).

Cannabis

Prevalência do consumo ao longo da vida: pelo menos 65 milhões de pessoas, ou 1 em cada 5 adultos europeus
 Consumo no último ano: 22,5 milhões de adultos europeus, ou um terço dos consumidores ao longo da vida
 Consumo nos últimos 30 dias: 12 milhões de europeus
 Variação do consumo no último ano por país:
 Variação global de 0,8% a 11,3%
 Variação típica de 2,8% a 7,5% (15 países)

Cocaína

Prevalência do consumo ao longo da vida: pelo menos 10 milhões de pessoas, ou mais de 3% dos adultos europeus
 Consumo no último ano: 3,5 milhões de adultos europeus, ou um terço dos consumidores ao longo da vida
 Consumo nos últimos 30 dias: mais de 1,5 milhões de europeus
 Variação do consumo no último ano por país:
 Variação global de 0,1% a 2,7%
 Variação típica de 0,3% a 1,2% (18 países)

Ecstasy

Prevalência do consumo ao longo da vida: cerca de 8,5 milhões de adultos europeus
 Consumo no último ano: 3 milhões, ou um terço dos consumidores ao longo da vida
 Consumo nos últimos 30 dias: mais de 1 milhão de europeus
 Variação do consumo no último ano por país:
 Variação global de 0,0% a 3,5%
 Variação típica de 0,3% a 1,5% (15 países)

Anfetaminas

Prevalência do consumo ao longo da vida: quase 10 milhões de pessoas, ou cerca de 3% dos adultos europeus
 Consumo no último ano: 2 milhões, um quinto dos consumidores ao longo da vida
 Consumo nos últimos 30 dias: menos de 1 milhão de europeus
 Variação do consumo no último ano por país:
 Variação global de 0,0% a 1,4%
 Variação típica de 0,2% a 1,1% (16 países)

Opiáceos

Consumo problemático de opiáceos: entre 1 e 8 casos por 1 000 habitantes adultos (entre os 15 e os 64 anos)
 Quase 7000 mortes por intoxicação aguda, detectando-se opiáceos em cerca de 70% desses casos (dados de 2003)
 Droga principal em cerca de 60% do total de pedidos de tratamento da toxicod dependência
 Mais de meio milhão de consumidores de opiáceos receberam tratamento de substituição em 2003

Um quadro muito mais negativo é o relativo aos índices de infecção pelo vírus de hepatite C (VHC), que permanece quase universalmente elevado entre os consumidores de droga injectada. É provável que os custos do tratamento dos problemas de saúde associados ao VHC, entre os consumidores e ex-consumidores de droga injectada, continuem a pesar sobre os sistemas de saúde ainda por muitos anos. Ao concluir-se que o consumo de droga injectada poderá estar a diminuir lentamente e que a Europa respondeu positivamente ao desafio colocado pela propagação epidémica do HIV na década de 90, há o perigo real de que esta conclusão gere uma atitude de complacência face às ameaças sanitárias que aquele comportamento ainda implica. Os elevados níveis de infecção endémica por VHC, a continuação da transmissão entre os consumidores de droga injectada, com maior incidência em alguns grupos, e o vasto grupo de consumidores de alto risco em alguns dos novos Estados-Membros são factores que apontam para a necessidade de se continuar a considerar que o consumo de droga injectada e os problemas de saúde concomitantes constituem um grave problema de saúde pública na Europa e um domínio que exige uma atenta vigilância da política e da investigação em matéria de droga.

Cocaína: sinais de estabilidade na segunda droga ilegal mais comum da Europa

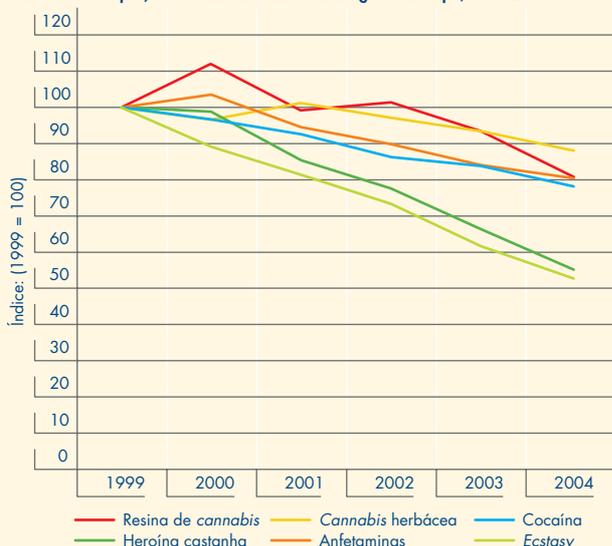
As estimativas do consumo de cocaína (prevalência no último ano) situam esta droga ligeiramente à frente das anfetaminas e do ecstasy como a segunda droga ilegal mais consumida na Europa. Contudo, a nível geral, os níveis de consumo estabilizaram, após um período em que o número de consumidores da droga aumentou consideravelmente. O forte aumento da prevalência do consumo de cocaína registado na Espanha e no Reino Unido entre meados e o final da década de 90 parece ter estabilizado a partir de 2000 ou 2001. Noutros países, apesar de se ter observado um aumento moderado dos níveis de consumo de cocaína, não há notícia da ocorrência de aumentos drásticos. Globalmente, a situação da cocaína continua a ser muito heterogénea na Europa, restringindo-se o consumo significativo desta droga a um pequeno número de países, principalmente da Europa Ocidental.

Seria incorrecto concluir que os sinais de estabilização do consumo de cocaína implicarão necessariamente uma estabilização dos muitos problemas a ele atribuídos. Na Europa, o consumo de cocaína atinge níveis historicamente elevados, e os estudos sugerem que, normalmente, os problemas associados a uma droga só se manifestam anos depois de a prevalência do seu consumo ter aumentado. Isto acontece porque é preciso tempo para os padrões de consumo intensivo e regular de uma droga se desenvolverem e os problemas se tornarem visíveis. É possível que essa situação já esteja a começar a verificar-se nos países europeus onde o consumo de cocaína se encontra bem implantado. Segundo os relatórios, nos Países Baixos e em

Consumo de droga na Europa mais barato do que nunca

No presente relatório figura pela primeira vez uma análise, referente a cinco anos, dos preços de rua das drogas ilícitas, indexados à inflação a fim de permitir uma avaliação mais precisa da evolução desses preços ao longo do tempo. Os dados sobre os preços a nível da rua são difíceis de recolher e de interpretar. A pureza, a quantidade e a variedade da substância comprada influenciam os preços, o mesmo acontecendo com factores geográficos como o facto de se viver numa grande cidade ou numa rota de passagem regular das drogas. Os preços também variam consideravelmente consoante os países e estão sujeitos a flutuações ao longo do tempo, que reflectem as rupturas na oferta. Apesar destas distorções, os dados disponíveis em relação à maioria dos tipos de droga sugerem que o custo de compra da droga

Tendências dos preços de venda a retalho das drogas na Europa, 1999-2004



baixou no conjunto da Europa. Ao longo desses cinco anos, verificou-se, na maioria dos países, uma tendência predominante para a diminuição do preço de rua da *cannabis*, da heroína, das anfetaminas, do *ecstasy* e da cocaína (ver gráfico *infra*). Embora haja poucos dados históricos sobre os preços a nível da rua e os que estão disponíveis sejam difíceis de interpretar, esta preocupante tendência recente confirma a sugestão de que os preços podem ter vindo a diminuir no longo prazo. Por exemplo, as informações fornecidas por alguns dos países com elevada prevalência sugerem que a cocaína e o *ecstasy* eram consideravelmente mais caros no final da década de 80 e no início da década de 90 do que na actualidade.

NB: As tendências representam a informação disponível sobre os preços de cada uma das drogas a nível da rua, nos Estados-Membros da UE e na Noruega, ponderados pela dimensão da população de cada país de modo a formar uma tendência europeia global. Os preços foram ajustados às taxas de inflação nacionais (ano de base 1999) e todas as séries indexadas a uma base de 100 em 1999.

Muitos países não podem fornecer estes dados, que são difíceis de obter e frequentemente pouco fiáveis e incompletos. Os países que não possuem informações sobre o preço das drogas em relação a dois ou mais anos consecutivos não estão incluídos no cálculo das tendências da droga em causa: a tendência relativa à heroína castanha baseia-se em 9 países, a das anfetaminas em 9, a da cocaína em 13, a do *ecstasy* em 13, a da *cannabis* herbácea em 13 e a da resina de *cannabis* em 14.

Além disso, quando faltam dados relativos a 2004 (11 casos), utilizam-se os preços de 2003; para os dados de 1999 em falta (1 caso) foram utilizados os preços de 2000; os dados em falta relativamente a outros anos (12 casos) foram interpolados a partir dos anos adjacentes.

Para informações mais pormenorizadas sobre os preços de 2004, ver quadros PPP-1, PPP-2, PPP-3 e PPP-4 no Boletim Estatístico.

Fontes: Dados sobre os preços: pontos focais nacionais da Reitox.

Dados sobre a inflação e a população:

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>.

Espanha, pelo menos um em cada quatro pedidos de tratamento está relacionado com o consumo de cocaína, e a nível europeu os novos pedidos de tratamento por consumo de cocaína quase duplicaram entre 1999 e 2004. Apesar de o consumo de cocaína *crack* continuar a ser muito limitado na Europa, as notícias de problemas em algumas cidades sugerem que a situação poderá estar a deteriorar-se.

A cocaína é frequentemente encontrada nas análises toxicológicas das mortes atribuídas ao consumo de opiáceos e, em vários países, o consumo concomitante de cocaína tornou-se um problema bem conhecido dos técnicos que tratam o consumo problemático de heroína. Embora os dados sejam limitados, nos relatórios nacionais de 2005 mais de 400 mortes foram causalmente relacionadas com o consumo de cocaína, afigurando-se que estas mortes estão a aumentar em todos os países com uma prevalência de consumo elevada. É quase certo que este valor se encontra subestimado, e desconhece-se ainda o impacto do consumo de cocaína nas mortes causadas por problemas cardiovasculares. A mensagem é clara: para

que a Europa não sofra um aumento das despesas de saúde pública associadas ao consumo desta droga, a eventual estabilização do consumo global de cocaína não deverá obstar à necessidade de identificar e compreender melhor os problemas relacionados com o consumo de cocaína, bem como de investir no desenvolvimento de respostas eficazes.

Responder a um fenómeno da droga europeu mais complexo

Um tema comum que perpassa no presente relatório é a crescente necessidade de formular respostas sensíveis à natureza complexa e multifacetada do fenómeno da droga actual. Quando se ponderam as actividades de prevenção, tratamento ou redução dos danos, é necessário compreender melhor quais são as boas práticas e as medidas cientificamente fundamentadas. Em aproximadamente 380 000 pedidos de tratamento comunicados em 2004, a *cannabis* era a principal razão do encaminhamento em cerca de 15% dos casos, o que a torna a droga mais frequentemente referida a seguir à heroína. Os serviços de tratamento também estão confrontados com

um maior número de problemas causados pelo consumo de estimulantes e o policonsumo de droga, incluindo uma considerável sobreposição entre os problemas de consumo de drogas ilegais e o alcoolismo. Contudo, a nível da população não sabemos o suficiente sobre as consequências do consumo regular e persistente destes tipos de drogas para a saúde pública, nem sobre a eventual necessidade de intervenção, para as pessoas que as consomem.

A fundamentação científica em que assenta, na Europa, a formulação de respostas a estes problemas é mais forte no caso do consumo ilegal de opiáceos, onde um sólido conjunto de dados disponíveis apoia o desenvolvimento e a orientação dos serviços. O consenso crescente que orienta as políticas para o que poderá constituir uma intervenção adequada em matéria de consumo problemático de heroína é acompanhado da necessidade crescente de desenvolver uma clareza semelhante sobre o modo de responder a um fenómeno da droga europeu mais heterogéneo.

Necessidade de definir e compreender melhor o policonsumo de droga

A necessidade de responder aos problemas causados pelo consumo de múltiplas substâncias psicoactivas constitui uma questão fundamental. O policonsumo de droga é crescentemente reconhecido como um domínio essencial para o desenvolvimento dos serviços. Porém, a definição do conceito continua a apresentar dificuldades e, em alguns aspectos, quase todos os indivíduos que consomem drogas podem ser considerados policonsumidores. O policonsumo de droga também coloca consideráveis desafios aos sistemas de monitorização, que tendem a basear-se em medidas comportamentais do consumo de uma determinada droga indexada. É, pois, essencial desenvolver um melhor quadro conceptual para descrever os diferentes tipos de policonsumo de droga como um primeiro passo para entender as implicações deste comportamento. O relatório deste ano consagra algum espaço à apresentação das questões analíticas que devem ser abordadas para que a Europa consiga responder ao desafio de compreender melhor as necessidades do número crescente de indivíduos afectados por problemas causados pelo consumo de uma série de drogas e não pela dependência de uma única substância.

Retorno ao futuro: prever as ameaças e os desafios

No relatório deste ano, como sempre, procura-se identificar as tendências emergentes para prever futuros problemas. Essa análise é, por definição, especulativa e deve ser feita com prudência. Uma droga claramente associada a graves

problemas de saúde pública é a metanfetamina. Embora os problemas causados pelas metanfetaminas continuem a crescer globalmente, na Europa esta droga continua a estar restringida a alguns países com problemas há muito conhecidos. Apesar de as informações disponíveis não nos permitirem extrair uma conclusão sólida sobre as tendências, há mais países a comunicar apreensões ou casos de consumo dessa droga, o que destaca claramente a necessidade de uma monitorização mais intensiva dos grupos da população que correm maiores riscos.

Em 2006, o OEDT publicou um documento técnico sobre os cogumelos alucinogénios, e esta questão volta a ser sucintamente abordada no nosso relatório anual. A disponibilidade e o consumo de cogumelos alucinogénios parecem ter vindo a aumentar desde finais da década de 90, mas passaram em grande medida despercebidos. Na maior parte dos casos, o consumo deste tipo de droga parece ser experimental, e as notícias de problemas continuam a ser raras. Contudo, uma crescente sensibilização dos responsáveis políticos para a disponibilidade dos cogumelos alucinogénios levou à adopção de algumas acções para aumentar as medidas de controlo.

A psilocibina e a psilocina, duas das substâncias psicoactivas presentes nos cogumelos alucinogénios, são controladas por uma convenção internacional. Todavia, o facto de os cogumelos crescerem espontaneamente em muitos países coloca um problema mais complexo em termos legislativos, que é tratado de forma diferente nos vários países europeus. De uma forma mais geral, a vigilância sobre substâncias emergentes que possam constituir uma ameaça para a saúde pública e, por isso, exigem controlo, é apoiada por uma nova decisão do Conselho (2005/387/JAI) relativa ao intercâmbio de informações, avaliação de riscos e controlo de novas substâncias psicoactivas. Um exemplo da necessidade de informações obtidas através de sistemas de alerta precoce neste domínio foi a rápida expansão da mCPP [1-(3-clorofenil) piperazina] em 2005. O aparecimento da mCPP mostra que as pessoas envolvidas na produção de drogas ilegais procuram inovar constantemente criando novas substâncias químicas que possam ser introduzidas no mercado — neste caso, provavelmente, para potenciar ou alterar os efeitos do MDMA (*ecstasy*). Essa inovação exige uma resposta, pois desconhece-se o potencial destas substâncias para causar problemas de saúde graves. O sistema de alerta rápido criado pela decisão do Conselho constitui, assim, um mecanismo importante para intervir num processo em que a saúde dos jovens europeus é posta em risco por aqueles que procuram obter lucros contornando os mecanismos de controlo da droga actualmente existentes.



Capítulo 1

Políticas e legislações

Estratégias nacionais de luta contra a droga

No período em apreço, cinco países adoptaram estratégias nacionais de luta contra a droga e planos de acção (quadro 1). A Letónia adoptou, pela primeira vez, uma estratégia nacional de luta contra a droga para o período de 2005-2008, enquanto na República Checa, em Espanha, no Luxemburgo e na Roménia foram adoptados novos planos e estratégias neste domínio.

Além disso, a Finlândia adoptou uma estratégia específica de luta contra a droga a aplicar pelas autoridades prisionais (2005-2006) e no Reino Unido os acordos de serviço público (ASP) estabeleceram novos objectivos e metas para a política em matéria de droga, a fim de reduzir os danos que as drogas ilegais causam aos indivíduos, às suas famílias e à economia.

Neste período, foram elaboradas estratégias nacionais de luta contra a droga em Itália, Áustria, Polónia, Portugal, Suécia e Noruega (quadro 2).

Alguns países, que já começaram a aplicar estratégias nacionais de luta contra a droga e planos de acção há algum tempo (desde 1998), estão agora a reformular as suas estratégias ou planos, dando maior ênfase à fixação de objectivos mais claros e exequíveis. O Luxemburgo, por exemplo, refere que o seu novo plano de acção para

Quadro 1: Países que adoptaram novas estratégias de luta contra a droga em 2005

País	Documento	Período
República Checa	Estratégia nacional de luta contra a droga	2005-09
	Plano de acção	2005-06
Espanha	Plano de acção	2005-08
Letónia	Estratégia nacional de luta contra a droga	2005-08
Luxemburgo	Estratégia nacional e plano de acção contra a droga	2005-09
Roménia	Estratégia nacional de luta contra a droga	2005-12

Quadro 2: Países com estratégias de luta contra a droga em preparação no ano de 2005

País	Documento	Período
Itália	Plano de acção	2004-08
Áustria	Estratégia nacional	
Portugal	Plano estratégico nacional e plano de acção	2005-08
Suécia	Plano de acção	
Noruega	Plano de acção	

2005-2009 é simples, estruturado de forma clara e orientado para os resultados, estabelecendo objectivos para as diversas acções, identificando as responsabilidades e especificando os orçamentos, os resultados previstos e os prazos para a sua obtenção e avaliação. Na Bélgica, as autoridades de saúde pública da comunidade francófona e da região da Valónia nomearam um grupo de peritos para elaborar um «plano concertado de prevenção, ajuda e tratamento da toxicoddependência». O grupo recomendou aos governos «que definam as prioridades e os objectivos com maior clareza», «procedam a uma definição clara dos princípios básicos de uma política comum em matéria de droga» e «identifiquem uma cronologia das estratégias escolhidas». O plano de acção da República Checa para 2005-2006 segue uma direcção semelhante, especificando objectivos concretos e as actividades necessárias para os cumprir, apontando as responsabilidades de cada ministro e os termos e indicadores de cumprimento referentes a cada domínio.

Avaliação das estratégias nacionais de luta contra a droga

Muitos países europeus renovam automaticamente as suas estratégias nacionais de luta contra a droga, pondo em marcha um processo cíclico em que os resultados da estratégia anterior, ou da sua avaliação, contribuem para a definição da estratégia futura (OEDT, 2004a).

Em 2005, a Irlanda, o Luxemburgo, a Hungria e a Roménia comunicaram ter adoptado esse tipo de processo. A avaliação da estratégia húngara de luta contra o fenómeno da droga foi realizada a nível externo pelo

Trimbos Institute neerlandês, sendo esta a primeira vez que a estratégia de um país foi avaliada por peritos estrangeiros. A avaliação centrou-se nos resultados intercalares da estratégia e produziu um conjunto de recomendações sobre as estratégias futuras e o modo de reforçar a estrutura coordenadora da política nesta matéria. Existem algumas semelhanças com a avaliação de 2004 da estratégia de luta contra a droga de 1999 e do plano de acção para 2001-2004 adoptados por Portugal, a qual foi realizada a nível externo pelo Instituto Nacional de Administração português e, a nível interno, pelo Instituto da Droga e da Toxicoddependência (IDT). A Hungria e Portugal são os primeiros dois países europeus a solicitar uma avaliação externa das suas estratégias nacionais de luta contra a droga.

Em 2005, a revisão intercalar da estratégia irlandesa para 2001-2008, baseada num processo de consulta pública e na análise dos principais dados nacionais e comunitários, recomendou que, nos anos remanescentes, se «reorientassem» as prioridades, para responder às tendências emergentes em matéria de tratamento, policonsumo de droga, consumo de cocaína e propagação do HIV e da hepatite C, e se incutisse «nova energia» ao lançamento e realização de várias acções fundamentais. Na Roménia, por seu turno, a estratégia nacional de luta contra a droga para 2003-2004 foi avaliada com a participação de todas as instituições estatais envolvidas neste domínio e os seus resultados serviram de base à elaboração da nova estratégia nacional para o período de 2005 a 2012. No Luxemburgo, 87% das medidas estabelecidas no plano de acção nacional referente a 2000-2004 foram aplicadas dentro dos prazos fixados, tendo sido mencionado que o atraso na introdução das restantes medidas (por exemplo, de um programa de distribuição de heroína) se deveu, sobretudo, a motivos políticos. As acções não realizadas foram incluídas no novo plano de acção.

As informações comunicadas ao longo do último ano sugerem que as estratégias nacionais de luta contra a droga estão a começar a produzir efeitos visíveis. Embora ainda não seja possível assegurar que os objectivos globais de redução da procura e da oferta foram alcançados, não subsistem dúvidas de que essas estratégias alcançaram objectivos específicos importantes.

A avaliação da estratégia portuguesa de luta contra a droga adoptada em 1999 atribuiu-lhe uma maior disponibilidade do tratamento da toxicoddependência, a redução das mortes relacionadas com o consumo de droga e da prevalência do HIV, e o maior número de relatórios policiais relativos ao tráfico de droga. Concluiu, por outro lado, que as pessoas começam a experimentar drogas mais cedo e que aumentou o número de mortes relacionadas com o consumo de substâncias ilícitas não opiáceas. Em Espanha, a avaliação da estratégia nacional (2003), embora reconheça que o objectivo de reduzir o consumo de droga não foi atingido, revela que foram obtidos bons resultados nos domínios

da assistência e da redução dos danos, bem como alguns resultados satisfatórios noutras áreas, como a investigação e a educação, a cooperação internacional e a redução da oferta. Acresce que o Ministério da Saúde e do Consumo (Ministerio de Sanidad y Consumo) aprovou um plano de acção para 2005-2008 com o intuito de mobilizar recursos e lançar iniciativas para desenvolver e revitalizar a estratégia nacional de luta contra a droga. Na Grécia, uma das consequências do plano de acção nacional para 2002-2006 foi a diversificação e o alargamento da cobertura dos programas de tratamento disponíveis.

Na Suécia, o plano de acção nacional de luta contra a droga 2002-2005 levou a que se desse maior prioridade política a essa questão, a nível local, regional e nacional. A maioria dos municípios suecos já possui algum tipo de plano de acção nessa matéria, conferindo-se uma importância acrescida à coordenação e à cooperação entre todos os intervenientes, com as consequentes melhorias. Também se registaram progressos nos tipos de tratamentos à disposição dos toxicoddependentes e seu acesso. No Reino Unido, a Comissão de Auditoria, apesar de reconhecer a existência de avanços no tratamento da toxicoddependência, sugeriu que os meios afectados à reintegração e reabilitação dos consumidores de droga, designadamente no que se refere à habitação, assistência social e outros serviços de apoio, sejam melhorados. Futuramente, o êxito do Governo na consecução dos objectivos da estratégia será avaliado com base nas metas estabelecidas nos acordos de Serviço Público e num índice dos danos causados pela droga, o que permitirá aferir os danos causados pelo consumo problemático de qualquer droga ilegal.

Por último, a avaliação é identificada como um elemento fundamental nas estratégias nacionais de luta contra a droga recentemente adoptadas. Na Letónia, o Conselho de Coordenação do Controlo da Droga e da Toxicoddependência avaliará os progressos da execução do programa todos os anos e no Luxemburgo proceder-se-á a uma avaliação externa final dos resultados em 2009.

Despesa pública relacionada com a droga

Embora a despesa seja frequentemente medida durante períodos diferentes e não exista uma definição comum de despesa pública relacionada com a droga, as estimativas disponíveis sugerem que as despesas cresceram em vários países, nomeadamente na República Checa, Dinamarca, Luxemburgo, Áustria e Polónia.

Entre os países que comunicaram dados sobre a despesa relacionada com a droga no ano de 2004 incluem-se a República Checa (11,0 milhões de euros), Espanha (302 a 325 milhões de euros), Chipre (2,8 milhões de euros), Polónia (51 milhões de euros) e Noruega (46 milhões de euros). Dois países comunicaram a despesa mais recentemente orçamentada para o combate à droga:

Luxemburgo (6 milhões de euros em 2005) e Reino Unido (2 mil milhões de euros em 2004-2005).

Na Eslováquia, estima-se que o total da despesa pública neste domínio, em 2004, atingiu 14,5 milhões de euros: aproximadamente 8,4 milhões de euros para a aplicação da lei e 6,1 milhões de euros para a assistência social e os cuidados de saúde.

Na Suécia, estima-se que, em 2002, a despesa com a política em matéria de droga rondou os 0,9 mil milhões de euros (sendo a estimativa mais baixa de 0,5 mil milhões de euros e a mais elevada de 1,2 mil milhões de euros). Comparando as estimativas de 2002 com os valores relativos a 1991 conclui-se que a despesa pública neste domínio aumentou substancialmente.

Na Irlanda, a revisão intercalar da estratégia nacional de luta contra a droga, publicada em Junho de 2005, reconhece que «é essencial medir a despesa para aferir a relação custo-eficácia dos diversos elementos da estratégia», e dentro em breve iniciar-se-ão os trabalhos para estimar as despesas com as actividades policiais. Em Portugal, o Instituto da Droga e da Toxicoddependência (IDT) está a financiar estudos de investigação com vista ao desenvolvimento e ao ensaio de um modelo de estimativa dos custos do consumo de droga e na Bélgica foi decidido, em finais de 2005, dar-se continuidade ao estudo sobre a despesa pública efectuado em 2004. Apesar de dispersos, estes dados de interesse mostram que a investigação sobre a despesa neste domínio está a assumir uma importância crescente na agenda política de alguns Estados-Membros.

Evolução da política e legislação da UE

Planos de acção

A nível da UE, foram adoptados, em 2005, dois planos de acção que criam, directa ou indirectamente, um novo quadro de referência para o desenvolvimento da política comunitária no domínio da droga, nos próximos anos. Em primeiro lugar, depois de examinar a proposta apresentada pela Comissão de Fevereiro de 2005 e de ter plenamente em conta a avaliação final da Estratégia da UE de luta contra a droga e do plano de acção da UE 2000-2004, o Conselho aprovou o plano de acção da União Europeia em matéria de luta contra a droga 2005-2008, em Junho de 2005. O novo plano de acção segue a estrutura e os objectivos da estratégia da UE de luta contra a droga 2005-2012 e enumera cerca de cem acções específicas que a UE e os seus Estados-Membros deverão levar a cabo até ao final de 2008.

A avaliação constitui uma parte substancial do novo plano de acção, sendo concebida como um processo contínuo, progressivo e participativo. É contínuo porque a Comissão Europeia, com o apoio do OEDT e da Europol, apresentará

análises de progresso anuais. O exercício de avaliação também será progressivo, uma vez que cada análise inserirá os resultados do último ano no contexto do ano anterior. Por último, o processo será participativo, envolvendo um grupo director de avaliação com a função de definir a metodologia, os resultados a obter e o calendário provisório. Tal como sucedeu na avaliação do plano de acção da UE (2000-2004), o grupo director será constituído por representantes dos serviços pertinentes da Comissão, do OEDT e da Europol, bem como por representantes dos Estados-Membros. Serão igualmente organizadas audições consultivas de representantes da sociedade civil. No final do plano de acção 2005-2008, e pela primeira vez a nível europeu, organizar-se-á uma avaliação do impacto com vista à proposta de um novo plano de acção para o período de 2009-2012, que deverá tomar esta avaliação como ponto de partida. Em 2012 a Comissão realizará uma avaliação final da estratégia e dos planos de acção.

Este plano de acção comunitário é também um dos componentes do plano de acção destinado a aplicar o Programa de Haia, que estabelece os objectivos a atingir no tocante ao espaço de liberdade, segurança e justiça na União Europeia, ao longo do período de 2005-2010. Este plano de acção foi apresentado pela Comissão em Maio de 2005 e aprovado pelo Conselho em Junho de 2005.

O plano de acção da UE 2005-2008 reflecte a abordagem equilibrada da União ao fenómeno da droga, isto é, uma abordagem global e multidisciplinar que analisa a questão de todos os ângulos: coordenação, redução da procura, redução da oferta, cooperação internacional, informação, investigação e avaliação.

Redução da oferta de droga

Duas importantes actividades na UE no domínio da redução da oferta de droga foram caracterizadas pela entrada em vigor, em 18 de Agosto de 2005, dos dois regulamentos comunitários relativos aos precursores adoptados em 2004. O controlo dos precursores químicos constitui um aspecto importante da redução da oferta de droga, uma vez que estas substâncias são indispensáveis para a sua produção. As medidas comunitárias neste domínio assumem duas formas: em primeiro lugar, a regulamentação do comércio de determinadas substâncias entre a União Europeia e os países terceiros e, em segundo lugar, a regulamentação dentro do mercado interno.

Adoptado em 1990 para dar cumprimento à disposição do artigo 12.º da Convenção das Nações Unidas de 1988 contra o Tráfico Ilegal de Estupefacientes e de Substâncias Psicotrópicas, relativa ao controlo dos precursores, o primeiro regulamento estabelecia as medidas a adoptar para evitar o desvio de determinadas substâncias para o fabrico ilegal de estupefacientes e de substâncias psicotrópicas (!). Em Dezembro de 2004, foi substituído

(!) Regulamento (CEE) n.º 3677/90 do Conselho, de 13 de Dezembro de 1990; JO L 357 de 20.12.1990, p. 1.

por um novo regulamento com um âmbito de aplicação alargado, destinado a combater também o fabrico de drogas sintéticas ⁽²⁾.

Uma directiva do Conselho ⁽³⁾ publicada dois anos depois, em 1992, completou o sistema e previu as disposições correspondentes a aplicar no mercado interno (a produção e a colocação no mercado de certas substâncias utilizadas na produção ilegal de estupefacientes e psicotrópicos), incluindo o estabelecimento de medidas de controlo. Em consequência do alargamento da UE, os legisladores comunitários decidiram substituir a directiva de 1992 por um novo regulamento, adoptado em 11 de Fevereiro de 2004 ⁽⁴⁾, «dado que qualquer alteração dessa directiva e dos respectivos anexos implicaria medidas de execução nacionais em 25 Estados-Membros». O novo instrumento estabelece medidas harmonizadas para o controlo e a fiscalização intracomunitários de certas substâncias frequentemente utilizadas no fabrico ilegal de estupefacientes ou de substâncias psicotrópicas, a fim de evitar o seu desvio. Ele obriga, nomeadamente, os Estados-Membros a adoptarem as medidas necessárias para permitir às autoridades competentes cumprir as suas tarefas de controlo e fiscalização. Em 18 de Agosto de 2005, entrou igualmente em vigor um regulamento que estabelece as normas de execução destes dois regulamentos ⁽⁵⁾.

Estas acções no domínio do controlo dos precursores completam outra parte das importantes actividades da UE no domínio da redução da oferta. Utilizando as novas oportunidades existentes desde o Tratado de Maastricht, a UE desenvolveu um quadro jurídico para combater o tráfico de droga e melhorar a cooperação em matéria de aplicação da lei. Desde 1995-1996 foram adoptadas várias acções comuns neste domínio e, mais recentemente, uma decisão-quadro para harmonizar as sanções mínimas contra o tráfico de droga e uma decisão relativa às novas substâncias psicoactivas (ver «Medidas relativas às novas drogas», p. 55).

Para além destes instrumentos jurídicos, foi adoptado e executado um programa de cooperação policial e judiciária em matéria penal. O Agis é um programa-quadro destinado a auxiliar a polícia, outras agências pertinentes e o sistema judicial dos Estados-Membros da UE e dos países candidatos a cooperarem em matéria penal e na luta contra a criminalidade, tendo ajudado a financiar muitos projectos, desde 2003. A produção e o tráfico organizados de droga, bem como o desvio de precursores para o seu fabrico, figuram entre as áreas de actividade e os temas específicos do programa de trabalho para 2006 e do convite

à apresentação de propostas (que encerrou em Janeiro de 2006) referentes ao programa Agis.

Branqueamento de capitais e confiscação dos produtos do crime

Também se verificaram algumas alterações nos instrumentos jurídicos no domínio do branqueamento de capitais e da confiscação dos produtos do crime. A Directiva 91/308, relativa à prevenção da utilização do sistema financeiro para efeitos de branqueamento de capitais ⁽⁶⁾, adoptada em 1991 com base na legislação relativa ao mercado interno e alterada em 2001, procurou harmonizar a legislação dos Estados-Membros neste domínio. Um dos motivos para a adopção desta directiva era evitar que a falta de uma acção comunitária contra o branqueamento de capitais levasse os Estados-Membros a adoptar medidas proteccionistas que atrasassem o estabelecimento e a realização do mercado interno. Em Junho de 2004, a Comissão propôs uma nova directiva com o mesmo intuito, mas incluiu também o financiamento do terrorismo. Considerou-se que a limitação do âmbito da directiva aos produtos do tráfico de droga era demasiado restritivo, pelo que a Comissão propôs um alargamento da gama de infracções abrangidas. Esta nova directiva, adoptada em Outubro de 2005, define as infracções graves com precisão e abrange o branqueamento dos produtos dessas infracções, incluindo o financiamento de actividades terroristas.

O Conselho aprovou igualmente uma decisão-quadro relativa à «perda de produtos, instrumentos e bens relacionados com o crime», em 24 de Fevereiro de 2005. O seu objectivo é assegurar que todos os Estados-Membros disponham de regras efectivas que regulem a perda dos instrumentos e produtos de infracções penais puníveis com pena privativa da liberdade por período superior a um ano. Já existia legislação comunitária neste domínio, mas era considerada insuficiente. Esta nova decisão-quadro pretende induzir uma cooperação além-fronteiras efectiva no que respeita à perda (confisco). O mecanismo de perda é alargado a outros bens relacionados com a actividade criminosa, quando a infracção tiver sido praticada no âmbito de uma organização criminosa e quando estiver abrangida por uma de várias outras decisões-quadro da UE. Entre elas figura a Decisão-Quadro n.º 2004/757/JAI, que adopta regras mínimas quanto aos elementos constitutivos das infracções penais e às sanções aplicáveis no domínio do tráfico ilícito de drogas. Os Estados-Membros deverão tomar as medidas necessárias para aplicar esta decisão-quadro até 15 de Março de 2007.

⁽²⁾ Regulamento (CE) n.º 111/2005 do Conselho, de 22 de Dezembro de 2004; JO L 22 de 26.1.2005, p. 1.

⁽³⁾ Directiva 109/92/CEE da Comissão, de 14 de Dezembro de 1992; JO L 370 de 19.12.1992, p. 76.

⁽⁴⁾ Regulamento (CE) n.º 273/2004 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 11 de Fevereiro de 2004; JO L 47 de 18.2.2004, p. 1.

⁽⁵⁾ Regulamento (CE) n.º 1277/2005 da Comissão, de 27 de Julho de 2005; JO L 202 de 3.8.2005, p. 7.

⁽⁶⁾ Directiva 91/308/CEE do Conselho, de 10 de Junho de 1991, relativa à prevenção da utilização do sistema financeiro para efeitos de branqueamento de capitais; JO L 166 de 28.6.1991, p. 77a 83.

Saúde pública

A redução da procura faz parte integrante de uma abordagem europeia equilibrada ao problema da droga. No contexto da execução do programa de acção comunitária no domínio da saúde pública 2003-2008, em 2005 a Comissão Europeia seleccionou alguns projectos relacionados com a droga para serem financiados com o objectivo de «promover a saúde e prevenir a doença, fazendo face às determinantes da saúde em todas as políticas e actividades». O primeiro projecto a financiar no domínio da droga, denominado EU-Dap 2, é a avaliação da eficácia do programa EU-Dap de prevenção nas escolas, que procura reduzir o consumo de tabaco, álcool e droga a longo prazo. O segundo projecto, IATPAD, pretende melhorar o acesso ao tratamento das pessoas com problemas relacionados com o álcool e a droga. Há outros projectos horizontais orientados para a prevenção da toxicoddependência e que também deverão ser co-financiados, por exemplo o «PEER-Drive clean!», um projecto inovador destinado a jovens entre os 18 e os 24 anos e que procura prevenir a condução sob a influência do álcool ou das drogas. Estes projectos foram seleccionados para financiamento e deverão ser co-financiados desde que o processo de negociação com a Comissão Europeia seja bem sucedido e o acordo de subvenção assinado [7].

Regulamento do OEDT

Por último, em 31 de Agosto de 2005, a Comissão adoptou uma nova proposta de reformulação do regulamento que instituiu o OEDT. O novo regulamento é um instrumento importante para facilitar o trabalho do Observatório, devido às novas funções que para ele define. Permite, nomeadamente, que o OEDT tenha em conta os novos padrões de consumo de droga e as novas tendências em matéria de policonsumo, incluindo as que associam substâncias psicoactivas lícitas e ilícitas; que desenvolva ferramentas e instrumentos destinados a facilitar o acompanhamento e a avaliação, pelos Estados-Membros e pela Comunidade, das respectivas políticas e estratégias em matéria de droga; e que coopere com países terceiros como os candidatos à adesão à UE ou os países dos Balcãs Ocidentais. Contém também várias alterações relativas ao Comité Científico e ao Conselho de Administração. Baseado no artigo 152.º do TCE, este texto deverá ser agora aprovado pelo Conselho e o Parlamento Europeu, de acordo com o procedimento de co-decisão.

Novas legislações nacionais

Alguns países alteraram significativamente as suas legislações em matéria de droga, no período em apreço, tanto no que respeita infracções de posse e tráfico de droga como em relação às respectivas sanções.

Na Roménia, uma nova lei e um novo código penal introduziram distinções entre crimes e delitos (passando estes últimos a ser preferencialmente puníveis com trabalho a favor da comunidade e coimas diárias), entre consumidores e toxicoddependentes e entre drogas de alto e de baixo risco. É agora possível aplicar a isenção e a suspensão da pena às infracções à legislação em matéria de droga. O tratamento dos toxicoddependentes pode realizar-se através de um programa de assistência integrado, supervisionado por um responsável pelos casos individuais. As penas de prisão foram agravadas no caso das infracções relacionadas com o fornecimento de um local para o consumo de droga, a tolerância de tal consumo nesse lugar, ou o incentivo ao consumo de droga. As penas também foram agravadas em caso de administração ilegal de drogas de alto risco a uma pessoa e de fornecimento de substâncias químicas tóxicas inaláveis a um menor.

Na Bulgária, a nova lei relativa ao controlo de estupefacientes e precursores foi aprovada em Junho de 2004. Nela se determina a função desempenhada pelos organismos estatais no controlo dos procedimentos regulamentares relativos à droga, na aplicação das medidas de combate ao consumo e ao tráfico de droga e em matéria de investigação. Uma alteração suplementar eliminou a isenção de responsabilidade criminal para os toxicoddependentes encontrados na posse de uma única dose (questão analisada mais adiante).

Na Eslováquia, o novo código penal redefine as infracções de posse de droga para consumo próprio e para tráfico. Ao contrário da anterior infracção de posse para consumo próprio (que antes era limitada a uma única dose), a secção 171 cria duas infracções de posse para consumo próprio, dependendo do número de doses (ver pormenores mais adiante). Também podem ser aplicadas duas novas sanções a estas infracções: a prisão domiciliária sob vigilância ou a prestação de trabalho a favor da comunidade. Uma posse superior a 10 doses deve ser sancionada nos termos da secção 172, que, dependendo da existência de circunstâncias agravantes, prevê penas de prisão que podem ir desde 4 anos à prisão perpétua. Além disso, a idade da responsabilidade penal baixou dos 15 para os 14 anos.

Na Lituânia, a posse de droga com intenção de venda deixou de poder ser punida com uma detenção de até 90 dias nas esquadras da polícia, tendo passado a ser objecto de uma pena mínima significativamente mais severa, nomeadamente com pena de prisão, embora a pena mínima tenha sido reduzida de 5 para 2 anos. A pena máxima pelo roubo de uma grande quantidade de drogas ou pelo roubo praticado por um grupo organizado foi aumentada para 15 anos.

Em Itália, algumas alterações recentes à legislação (Fevereiro de 2006) reclassificaram a droga em dois grandes grupos, em vez de seis (todas as substâncias

[7] Para mais informações, ver http://ec.europa.eu/health/ph_projects/action3_en.htm.

sem utilização terapêutica estão agrupadas, eliminando o conceito de drogas leves e duras); definiram o limiar entre a posse para uso pessoal e para tráfico; reviram as sanções de modo a incluir a prisão domiciliária e a prestação de trabalho a favor da comunidade; e aumentaram o acesso às sanções alternativas à prisão. Além disso, todos os consumidores de droga têm agora o direito de escolher livremente o tipo e a localização do tratamento que recebem, bem como a instituição que atesta a sua situação de toxicodependência, deixando tais serviços de ser exclusivamente prestados pelo sector público.

No Reino Unido, a Lei da Droga de 2005 introduziu alterações substanciais à legislação nacional, clarificando a classificação dos fungos com psilocina e psilocibina como sendo drogas de classe A; criando a presunção de que existe intenção de venda quando uma determinada quantidade de drogas controladas é encontrada; permitindo que a polícia submeta os infractores a análises no momento da detenção, em vez de só poderem fazê-lo no momento da acusação, e exigindo que as pessoas cuja análise tenha tido resultados positivos sejam avaliadas quanto ao consumo de droga; determinando, além disso, que os tribunais devem ter em conta as circunstâncias agravantes (como a venda de droga próximo de uma escola) ao pronunciarem a sentença. Os tribunais também podem manter a custódia policial durante um período que pode chegar a 8 dias (anteriormente eram 4) sobre as pessoas que engulam embalagens com droga, e um tribunal ou um júri podem agora deduzir ilações do facto de uma pessoa não permitir a realização de uma busca ou de um exame íntimo sem para isso apresentar razões válidas.

De um modo geral, há em toda a Europa uma tendência para reduzir ou retirar as penas de prisão no caso das infracções relacionadas com o consumo pessoal e, simultaneamente, para aumentar as sanções relacionadas com a venda de droga ⁽⁸⁾.

Quantidades

Vários países legislaram sobre as quantidades-limiar de droga, durante o período em apreço.

Na Bélgica, após a revogação pelo Tribunal Constitucional do artigo 16.º da lei de 2003, uma nova directiva conjunta do ministro da Justiça e do procurador-geral abordou a questão das infracções relacionadas com o consumo de *cannabis*. Nela se determina que a posse de uma pequena quantidade de *cannabis* para consumo pessoal (não mais de 3 gramas, ou uma planta) por uma pessoa adulta deverá implicar apenas um registo policial simples, se não existirem circunstâncias agravantes.

Na Eslováquia, o papel da quantidade é fundamental para o novo código penal, no que se refere às infracções à legislação em matéria de droga. A secção 171 cria duas

infracções por posse de droga para consumo próprio: a posse de não mais de três doses pode ser punida com uma pena de prisão máxima de três anos, ao passo que pode ser aplicada uma sentença de prisão de até cinco anos pela posse de uma «quantidade superior» (não mais de 10 doses). A posse de maiores quantidades deve ser punida nos termos da secção 172, que prevê uma pena de prisão de 4 a 10 anos, aplicável se não existirem circunstâncias agravantes, e penas de 10 a 15 anos pela posse de uma quantidade maior (com um valor de venda na rua mais de dez vezes superior ao montante de «referência» de 8 000 coroas eslovacas — aproximadamente 200 euros), 15 a 20 anos pela posse de drogas numa escala considerável (definida como mais de cem vezes o montante de referência) e 20 a 25 anos, ou prisão perpétua, pela posse de droga em grande escala (definida como mais de quinhentas vezes o montante de referência).

Entre 2002 e 2005, o Instituto Max Planck, na Alemanha, realizou uma avaliação da secção 31a da Lei dos Estupefacientes alemã, a qual permite que o delito de posse de «quantidades insignificantes» de droga não seja penalizado em determinadas circunstâncias. A avaliação concluiu que, na prática, a aplicação desta disposição apresenta grandes variações entre os 16 *Länder* alemães, em parte devido às diferentes interpretações do termo «insignificante» (Schäfer e Paoli, 2006). Em Março de 2005, o *Land* de Berlim aprovou uma revisão da sua «Orientação relativa à *Cannabis*», segundo a qual a posse de uma quantidade igual ou inferior a 10 gramas de *cannabis* não é penalizada, desde que determinados critérios se encontrem preenchidos. Esta quantidade pode ser aumentada para 15 gramas em determinados casos.

O ministro da Saúde da Lituânia alterou as recomendações relativas às quantidades de estupefacientes e substâncias psicotrópicas que devem ser consideradas pequenas, grandes e muito grandes, redefinindo estas quantidades. A Lei da Droga do Reino Unido, aprovada em 2005, cria o pressuposto de que existe intenção de venda quando se encontra uma determinada quantidade de drogas controladas, sendo essas quantidades estabelecidas nos regulamentos definidos na Primavera de 2006.

Na Bulgária, a lei que altera e complementa o código penal (novo SG 26/04) abole a secção 354a (3), que isentava os toxicodependentes de responsabilidade criminal se fossem encontrados na posse de uma única dose. As dificuldades em definir a quantidade correspondente a uma única dose e as provas de que a excepção tem sido incorrectamente utilizada em tribunal para beneficiar os traficantes de droga foram algumas das razões invocadas para a adopção desta medida.

Em Itália, as alterações introduzidas em Fevereiro de 2006 impuseram novos limites de quantidade para definir o limiar entre a posse para consumo pessoal e para tráfico, com

⁽⁸⁾ Ver relatório anual 2005 (<http://ar2005.emcdda.europa.eu/pt/page013-pt.html>). Ver também «Illicit drug use in the EU: legislative approaches», um documento temático do OEDT (<http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5175>).

base na quantidade do princípio activo da droga, após terem sido eliminados esses limites em 1993. Os limites são indicados num decreto específico do Ministério da Saúde, datado de Abril de 2006.

Como já foi demonstrado pela investigação da Base de Dados Jurídicos Europeia sobre Droga (ELDD) ⁽⁹⁾, o papel da quantidade nas legislações em matéria de droga é variável; em alguns países (por exemplo a Eslováquia), as quantidades que delimitam determinadas infracções estão estritamente definidas, enquanto noutros (por exemplo, no Reino Unido) as quantidades correspondem a orientações que suscitam uma presunção refutável de intenção. As quantidades também podem estabelecer uma distinção entre as infracções (por exemplo, posse ou venda), ou determinar a sanção para a mesma infracção. Apesar de muitos países referirem uma quantidade nas suas legislações, essa quantidade pode ser definida de diferentes formas (peso, valor) ou não ser de todo definida. As últimas acções, aparentemente contrastantes, da Itália e da Bulgária continuam a servir apenas para demonstrar a inexistência de um consenso europeu claro a respeito desta questão.

Estatísticas das sanções

A monitorização das sanções aplicadas aos infractores da legislação em matéria de droga foi debatida ou introduzida em diversos países e, em alguns casos, já foram tomadas medidas com base nos resultados obtidos.

Na Irlanda, foi aprovada a criação de uma unidade central de estatísticas penais para monitorizar as estatísticas relativas às detenções, às acções judiciais e à natureza das sentenças proferidas, em conformidade com a estratégia nacional de luta contra a droga.

A Lei dos Estupefacientes alemã permite que o procurador público abandone as acções penais por posse de droga sem a aprovação do tribunal, em determinadas circunstâncias. Apesar das recomendações e orientações a este respeito, as regulamentações diferem significativamente consoante os *Länder*. O supramencionado estudo sobre essas diferenças, encomendado pelo Ministério da Saúde, examinou as decisões judiciais relativas a mais de 1 800 processos de seis *Länder* diferentes (Schäfer e Paoli, 2006).

Em algumas províncias austríacas, verificaram-se algumas tentativas para normalizar a aplicação das secções 12 e 35 (4) da Lei dos Estupefacientes, que definem procedimentos simplificados para retirar uma notificação à polícia por compra ou posse de pequenas quantidades de *cannabis*. Outras estatísticas sobre as decisões judiciais revelaram que a renúncia às notificações como alternativa estatutária às sanções aumentou em 2004, embora os relatórios policiais e as condenações tenham aumentado,

ao passo que o número de processos suspensos diminuiu ligeiramente.

Na Roménia, as estatísticas sobre as decisões judiciais foram analisadas para monitorizar o êxito da reintegração social dos consumidores de droga que cometem infracções para além do consumo. Na maioria dos casos, a sanção aplicada foi uma pena suspensa sob vigilância. A partir de 2004, constatou-se que os tribunais aplicavam o tratamento obrigatório com menor frequência, diminuindo efectivamente o envolvimento dos serviços responsáveis pelo acompanhamento das pessoas em liberdade condicional e, logo, o seu contributo para a reabilitação social dos consumidores de droga.

As estatísticas sobre o proferimento, ou não, de sentenças judiciais oferecem um panorama muito mais exacto da aplicação da política nacional em matéria de droga do que os textos legislativos propriamente ditos (ver OEDT, 2002a). Apesar de nem todos os Estados-Membros recolherem dados estatísticos exaustivos sobre as decisões judiciais, ao contrário do que sucede com as estatísticas relativas às detenções, os países começam a mostrar mais interesse na monitorização dessa aplicação, o que está de acordo com a tendência para avaliar os instrumentos políticos ⁽¹⁰⁾. A questão da recolha e da análise das estatísticas sobre as decisões judiciais foi abordada por uma reunião de peritos do OEDT em 2006.

Criminalidade relacionada com a droga

A acção 25.1 do plano de acção da UE de luta contra a droga 2005-2008 prevê a adopção pelo Conselho, até 2007, de uma definição comum de «criminalidade relacionada com a droga», a partir de uma proposta da Comissão baseada nos estudos existentes, que deverá ser apresentada pelo OEDT.

Muito embora ainda não exista uma definição comunitária de criminalidade relacionada com a droga, considera-se habitualmente que esta se refere aos delitos cometidos sob a influência de drogas; aos cometidos para financiar o consumo de droga; aos que se verificam no contexto do funcionamento dos mercados de drogas ilícitas e aos delitos por infracção à legislação em matéria de droga. Na UE apenas existem dados de rotina disponíveis sobre o último tipo de delitos — infracções à legislação em matéria de droga.

Na UE, os dados sobre os primeiros três tipos de delitos são raros ou desiguais. Alguns provêm de estudos locais de carácter *ad hoc*, a partir dos quais dificilmente se podem fazer extrapolações, enquanto outros se referem apenas a um tipo específico de criminalidade relacionada com a droga.

⁽⁹⁾ Ver «The role of the quantity in the prosecution of drug offences», relatório jurídico da ELDD, e o quadro 1 em «Illicit drug use in the EU: legislative approaches», documento temático do OEDT (ambos disponíveis no endereço <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5175>).

⁽¹⁰⁾ Ver «National policies: evaluation of laws» (<http://ar2004.emcdda.europa.eu/pt/page021-pt.html>).

Relatórios sobre a associação entre a droga e a criminalidade

Em 2005, e pelo segundo ano consecutivo, realizou-se na República Checa um inquérito às esquadras regionais da polícia sobre a criminalidade relacionada com a droga. Segundo as estimativas dele resultantes, em 2004 cerca de 62% das infracções relacionadas com a produção e a distribuição de droga, 25% dos crimes de fraude, 21% dos crimes contra o património ou de desvio de fundos e 20% dos furtos comuns foram cometidos por consumidores de droga para financiar o seu próprio consumo (relatório nacional checo).

Um inquérito realizado em 2004 entre os jovens finlandeses de 15 e 16 anos revelou que cerca de 7% dos que tinham consumido *cannabis* no último ano financiaram o seu consumo de forma ilegal, mais de metade através da venda de droga e os restantes sobretudo através de roubos (Kivivuori et al., 2005, citado no relatório nacional finlandês).

Na Irlanda, dois estudos realizados pela Unidade de Investigação da Garda, em 1996 e 2000/2001, entre uma amostra de consumidores de droga conhecidos pela polícia, estimaram que os consumidores de droga foram responsáveis por 66% dos crimes susceptíveis de acção judicial detectados em 1996 e por 28% em 2000/2001 (Keogh, 1997; Furey e Browne, 2003, citados no relatório nacional irlandês). O inquérito de 2000/2001 concluiu que os consumidores de opiáceos perpetraram 23% dos crimes de furto detectados e 37% dos assaltos detectados.

Os dados relativos aos «relatórios»⁽¹¹⁾ sobre as infracções à legislação em matéria de droga estão disponíveis em todos os países europeus analisados no presente relatório. Eles reflectem as diferenças existentes nas legislações nacionais, mas também as diferentes formas como a lei é executada e aplicada, bem como as prioridades e recursos atribuídos a crimes específicos pelos órgãos de justiça penal. Além disso, os sistemas de informação sobre infracções à legislação em matéria de droga apresentam variações, em especial no que respeita a práticas de registo e de comunicação — isto é, no que respeita àquilo

que é registado, bem como à forma e à altura em que é registado. Dado que estas diferenças dificultam bastante as comparações directas entre os Estados-Membros da UE⁽¹²⁾, é mais correcto comparar tendências do que números absolutos.

Nos cinco anos do período de 1999 a 2004, o número de «relatórios» sobre as infracções aumentou globalmente na maioria dos Estados-Membros da UE — na verdade, em todos os países que comunicaram dados excepto Itália e Portugal, com aumentos particularmente acentuados (para o dobro ou mais) na Estónia, Lituânia⁽¹³⁾, Hungria⁽¹⁴⁾ e Polónia. Em 2004, esta tendência crescente confirmou-se na maioria destes países⁽¹⁵⁾, embora alguns deles tenham comunicado um decréscimo no ano anterior: República Checa, Grécia, Letónia, Luxemburgo, Portugal, Eslovénia (desde 2001), Eslováquia, Finlândia e Bulgária⁽¹⁶⁾.

Na maioria dos Estados-Membros da UE, a maior parte das infracções registadas à legislação em matéria de droga⁽¹⁷⁾ está relacionada com o consumo de droga ou a posse para consumo próprio⁽¹⁸⁾, variando, em 2004, entre 61% do total das infracções na Polónia e 90% na Áustria. Na República Checa, Luxemburgo, Países Baixos e Turquia, a maioria das infracções está relacionada com a venda ou o tráfico, com percentagens que variam entre 48% do total das infracções no Luxemburgo e 93% na República Checa.

No mesmo quinquénio, o número de infracções por consumo/posse para consumo próprio aumentou globalmente na totalidade dos países que apresentaram dados, excepto Itália, Portugal, Eslovénia, Bulgária e Turquia, onde se registou uma tendência decrescente⁽¹⁹⁾. A percentagem deste tipo de infracções no total das infracções à legislação em matéria de droga também aumentou na maioria dos países que apresentaram dados, durante este período, embora a taxa de aumento tenha sido geralmente baixa, com excepção de Chipre, Polónia e Finlândia, onde registou tendências mais acentuadas. Contudo, no Luxemburgo, Portugal, Bulgária e Turquia, a percentagem de infracções relacionadas com o consumo e a posse para consumo próprio diminuiu globalmente⁽²⁰⁾.

⁽¹¹⁾ O termo «relatórios», quando se refere às infracções à legislação em matéria de droga, aparece entre aspas porque descreve conceitos diferentes nos diferentes países. Para uma definição exacta por país, consultar as notas metodológicas sobre as infracções à legislação em matéria de droga no Boletim Estatístico de 2006.

⁽¹²⁾ Para uma análise mais completa das questões metodológicas, consultar as notas metodológicas sobre as infracções à legislação em matéria de droga no Boletim Estatístico de 2006.

⁽¹³⁾ O aumento na Lituânia deve-se à aplicação do novo Código Penal em Maio de 2003.

⁽¹⁴⁾ O aumento na Hungria deve-se principalmente a uma alteração do Código Penal e ao processo penal.

⁽¹⁵⁾ Os dados relativos aos «relatórios» sobre as infracções à legislação em matéria de droga estavam disponíveis em relação a 1999-2004 em todos os países (embora, por vezes, não estivessem disponíveis para todos os anos) excepto Chipre, Eslováquia, Bulgária, Roménia, Turquia e Noruega; e em relação a 2004 em todos os países excepto Irlanda, Reino Unido e Noruega.

⁽¹⁶⁾ Ver quadro DLO-1 e figura DLO-1 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽¹⁷⁾ As repartições por tipo de infracção estavam disponíveis em todos os países (embora, às vezes, não o estivessem em relação a todos os anos entre 1999 e 2004), excepto Dinamarca, Estónia, Letónia, Lituânia, Hungria, Eslováquia e Roménia.

⁽¹⁸⁾ Ver quadro DLO-2 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽¹⁹⁾ Ver quadro DLO-4 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽²⁰⁾ Ver quadro DLO-5 no Boletim Estatístico de 2006.

Na maioria dos Estados-Membros, a *cannabis* é a droga ilegal mais frequentemente envolvida ⁽²¹⁾ nas infracções comunicadas ⁽²²⁾. Nesses países, as infracções relacionadas com a *cannabis* em 2004 representaram 34% a 87% do total das infracções à legislação em matéria de droga. Na República Checa e na Lituânia, predominaram as infracções relacionadas com as anfetaminas, que correspondem, respectivamente, a 50% e 31% do total; ao passo que no Luxemburgo a cocaína é a substância mais referida (em 43% destas infracções).

No período de 1999 a 2004, o número de «relatórios» sobre as infracções à legislação em matéria de droga que envolviam a *cannabis* aumentou globalmente na maioria dos países que apresentaram dados, embora se tenham registado diminuições visíveis em Itália e na Eslovénia ⁽²³⁾. Durante o mesmo período, a percentagem de infracções associadas à *cannabis* aumentou na Alemanha, Espanha, França, Lituânia, Luxemburgo, Portugal, Reino Unido e Bulgária, mantendo-se globalmente estável na Irlanda e nos Países Baixos e tendo diminuído na Bélgica, Itália, Áustria, Eslovénia e Suécia ⁽²⁴⁾. Embora em todos esses países (excepto na República Checa e na Bulgária e, durante alguns anos, na Bélgica) a *cannabis* seja mais predominante nas infracções por consumo/posse do que noutras infracções à legislação em matéria de droga, a percentagem de

infracções por consumo relativas à *cannabis* diminuiu, desde 1999, em vários países — nomeadamente Itália, Chipre (2002-2004), Áustria, Eslovénia e Turquia (2002-2004) — e baixou durante o último ano (2003-2004) na maior parte dos países que apresentaram dados, o que poderá indicar uma menor atenção aos consumidores de *cannabis* por parte das autoridades de aplicação da lei nestes países ⁽²⁵⁾.

Durante o mesmo quinquénio, o número de «relatórios» e/ou a percentagem de infracções à legislação em matéria de droga relacionadas com a heroína diminuiu na maioria dos países que forneceram dados, excepto na Bélgica, Áustria, Eslovénia e Suécia, onde o número de «relatórios» ⁽²⁶⁾ e/ou a percentagem de infracções que envolviam a heroína ⁽²⁷⁾ registaram uma tendência crescente.

Pode observar-se a tendência oposta nas infracções relacionadas com a cocaína: estas infracções aumentaram, desde 1999, na maioria dos países que apresentaram dados, tanto no tocante ao número de «relatórios» ⁽²⁸⁾ como à percentagem das infracções à legislação em matéria de droga ⁽²⁹⁾. A Bulgária é o único país que menciona uma tendência decrescente nas infracções ligadas à cocaína (tanto em números absolutos como em percentagem das infracções).

Políticas europeias em matéria de droga: alargamento para além das drogas ilícitas? Relatório anual OEDT 2006: temas específicos

Na Europa, o âmbito das políticas em matéria de droga está a começar a alargar-se para além das drogas ilegais e a englobar outras substâncias ou mesmo tipos de comportamento causadores de dependência. Esta mudança é observável nas políticas de alguns Estados-Membros e nas estratégias da UE neste domínio. A investigação aborda cada vez mais a questão da dependência ou dos comportamentos que geram dependência, independentemente das substâncias envolvidas. O tema específico relativo à crescente atenção conferida nas estratégias nacionais e nos documentos políticos de luta contra a droga às substâncias legais ou à dependência

em si mesma procura apresentar uma primeira perspectiva deste fenómeno emergente na União Europeia.

Apesar de as estratégias de luta contra a droga nem sempre se referirem às drogas legais ou à dependência destas drogas, o tema específico conclui que os programas de prevenção e, em alguns países, as medidas de tratamento, se aplicam tanto às drogas legais como às drogas ilegais, direccionando-se prioritariamente para as crianças e os jovens. A lenta integração, a nível estratégico ou institucional, das drogas legais nas políticas e medidas de luta contra as drogas ilegais parece ser cada vez mais comum.

Este tema específico está disponível em versão impressa («European drug policies: extended beyond illicit drugs?», in *EMCDDA annual report 2006: selected issues*) e na Internet apenas em inglês (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).

⁽²¹⁾ Todos os países dispunham de dados discriminados por tipo de infracção (embora, às vezes, não estivessem disponíveis em relação a todos os anos entre 1999 e 2004), excepto Dinamarca, Estónia, Letónia, Hungria, Finlândia, Roménia e Noruega.

⁽²²⁾ Ver quadro DLO-3 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽²³⁾ Ver figura DLO-2 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽²⁴⁾ Ver quadro DLO-6 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽²⁵⁾ Ver figura DLO-3 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽²⁶⁾ Ver figura DLO-4 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽²⁷⁾ Ver quadro DLO-7 no Boletim Estatístico de 2006; note-se que na Suécia a percentagem de infracções relacionadas com a heroína diminuiu durante o período de 1999-2003.

⁽²⁸⁾ Ver figura DLO-5 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽²⁹⁾ Ver quadro DLO-8 no Boletim Estatístico de 2006.



Capítulo 2

Resposta aos problemas de droga na Europa: panorâmica geral

Prevenção

As experiências de alguns Estados-Membros sugerem que as intervenções de prevenção da toxicod dependência a nível individual poderão ser mais eficazes se também forem apoiadas por medidas regulamentares aplicáveis às drogas legais que limitem o acesso dos jovens a estas substâncias e reduzam a sua aceitação social. Em consequência, as estratégias de prevenção ambiental dirigidas ao quadro normativo e cultural do consumo de substâncias estão a ganhar terreno em várias regiões da Europa, apoiadas pelas primeiras medidas tomadas a nível da UE: a directiva relativa à publicidade ao tabaco e a convenção-quadro da OMS relativa ao controlo do tabaco (ver secção sobre as estratégias ambientais no tema específico relativo consumo de droga em contextos recreativos).

Considera-se, cada vez mais, que as campanhas nos meios de comunicação social têm um papel de sensibilização (para sustentar, apoiar e explicar à população em geral os motivos subjacentes às estratégias ambientais) e não de mudança de comportamentos. Nesta matéria, uma recente análise alemã da bibliografia internacional (Bühler e Kröger, 2005, citada no relatório nacional alemão) recomenda que as campanhas nos meios de comunicação social sejam utilizadas como medida complementar e não exclusiva para obter alterações comportamentais.

Prevenção em matéria de saúde pública

Apesar de a promoção da saúde — como condição-quadro da prevenção — procurar incentivar as pessoas a adoptarem estilos de vida saudáveis e a criarem condições de vida saudáveis para todos, o novo termo «prevenção em matéria de saúde pública» é cada vez mais mencionado por alguns Estados-Membros (Itália, Países Baixos, Eslováquia) e pela Noruega. A prevenção em matéria de saúde pública implica uma série de medidas preventivas destinadas a melhorar a saúde de sectores vulneráveis da sociedade, uma das quais é a prevenção da toxicod dependência. Estas medidas adequam-se especialmente às necessidades dos jovens, cujos comportamentos problemáticos, incluindo o consumo de drogas, são fortemente condicionados pela vulnerabilidade (social e pessoal) e pelas condições de vida. Deste modo, na medida em que são direccionadas para as situações de risco social e pessoal, as estratégias de prevenção selectivas e específicas estão naturalmente

ligadas a outras políticas de saúde pública (estratégias de saúde mental dirigidas aos adolescentes, centradas em distúrbios comportamentais, síndrome de défice de atenção, etc.), sociais (oferta de espaços de lazer e apoio a jovens vulneráveis ou a famílias desfavorecidas), educativas (redução do abandono escolar precoce), etc., importantes para os jovens. A prevenção em matéria de saúde pública abarca, assim, todos os factores de vulnerabilidade pertinentes para a resolução dos problemas relacionados com a droga, envolvendo serviços e sectores que, normalmente, não se ocupariam destes problemas.

Prevenção universal em meio escolar

As abordagens de prevenção assentes em programas estão a ganhar terreno no domínio da prevenção em meio escolar. A prevenção assente em programas é efectuada de forma normalizada, num número de sessões definido, cada uma das quais com um conteúdo preciso, e com materiais didácticos pormenorizados para professores e alunos. A monitorização e a avaliação ficam, deste modo, facilitadas e as intervenções tornam-se mais exactas, fiéis e coerentes, o que lhes permite ter uma qualidade elevada. Em consequência, há agora um maior número de Estados-Membros que monitorizam as intervenções de prevenção em meio escolar (República Checa, Grécia, Espanha, Irlanda, Itália, Chipre, Hungria, Países Baixos e Reino Unido). O primeiro Ensaio Europeu de Prevenção das Toxicod dependências (EU-Dap) (www.eudap.net) revelou resultados promissores. Financiado pela Comissão Europeia, o projecto foi executado em sete países, nove centros regionais e 143 escolas, e envolveu 7 000 estudantes (3 500 num grupo de ensaio e 3 500 num grupo de controlo), tendo sido objecto de uma avaliação cruzada. O EU-Dap informa que, relativamente ao grupo de controlo, os estudantes do grupo de ensaio apresentavam uma probabilidade 26% menor de fumarem diariamente, uma probabilidade 35% menor de se embriagarem frequentemente e uma probabilidade 23% menor de consumirem *cannabis*. Uma abordagem comparável da investigação assente em programas é o programa Blueprint, do Reino Unido⁽³⁰⁾. Além disso, está a dar-se maior atenção a uma orientação técnica mais rigorosa e a uma melhor cobertura na execução da prevenção em meio escolar (por exemplo, em França e Irlanda).

⁽³⁰⁾ Ver www.drugs.gov.uk/young-people/blueprint/.

Polícia nas escolas

O papel da polícia na prevenção escolar é uma questão controversa. Na Bélgica, a Comunidade Francófona recomenda que a política de promoção e prevenção da saúde seja aplicada pelas autoridades escolares e que as forças policiais não sejam envolvidas nos programas de prevenção. Também no Reino Unido, um documento político (ACPO Drugs Committee, 2002) recomendou que o serviço de polícia actue apenas nos seus domínios específicos (segurança, infracções, manutenção da ordem) e não se envolva na educação em matéria de droga propriamente dita. Na mesma linha de acção, Portugal continua a executar um programa de policiamento de proximidade denominado «Escola segura». No ano lectivo de 2004/2005, 320 agentes policiais, no total, foram especificamente destacados para as escolas, com o objectivo de procederem a um policiamento de proximidade e dissuasão das infracções, de dia e de noite. Em França, peritos treinados pelos serviços de aplicação da lei para fazerem a ligação com populações de jovens ou adultos visitam as escolas e outros serviços, a pedido. No entanto, apesar das recomendações para que a educação em matéria de droga não seja levada a cabo por agentes da polícia em uniforme, por poder ser contraproducente em alguns casos, em diversos Estados-Membros ainda é comum que os serviços policiais realizem este tipo de actividades nas escolas.

Prevenção selectiva

Com o reconhecimento e o desenvolvimento da abordagem de prevenção selectiva pela maioria dos Estados-Membros, as acções são cada vez mais direccionadas para os grupos vulneráveis. Por exemplo, a Alemanha, a Grécia, o Luxemburgo, a Áustria, a Finlândia e o Reino Unido mencionam programas dirigidos aos jovens delinquentes.

Vários países (por exemplo, Polónia e Eslováquia) começaram a dar maior atenção aos grupos vulneráveis. Na Suécia, o aumento mais evidente destas actividades, relativamente aos anos anteriores, verificou-se nos programas destinados a crianças em idade pré-escolar em risco e a crianças em idade escolar com comportamentos externalizantes. O número de municípios com programas deste tipo quase duplicou. Por seu turno, a Noruega está a desenvolver uma estratégia nacional de intervenção precoce contra o consumo problemático de drogas e de álcool, em que os esforços de prevenção incidirão especificamente sobre os grupos de risco. As abordagens não baseadas na abstinência são eficazes para reduzir não apenas o consumo, mas também o seu início nos grupos em que já se verifica um consumo incipiente de drogas. A Polónia tem, assim, um programa nacional destinado a alterar o comportamento face à droga de crianças vulneráveis ou que estão nas fases iniciais do consumo. O objectivo específico do programa polaco é apoiar a família na resolução dos problemas causados

pela droga. Neste aspecto, convém que o conceito de prevenção selectiva não se centre no consumo de droga nem o estigmatize, mas sim que procure dar resposta à vulnerabilidade em geral.

Os Estados-Membros mencionam crescentemente a atenção prestada a grupos étnicos específicos, nas suas políticas de prevenção selectiva, comunicando quatro países (Bélgica, Alemanha, Itália e Luxemburgo) novos projectos neste domínio. Em Itália, muitos projectos dão, presentemente, prioridade à protecção das crianças, mães e famílias imigrantes ou pertencentes a minorias étnicas. O Luxemburgo refere que é dada especial atenção aos jovens e à maior comunidade de imigrantes, centrada nas especificidades linguísticas e socioculturais.

Prevenção selectiva nas escolas

Os jovens em risco de abandono escolar e/ou com problemas comportamentais são crescentemente visados pela prevenção selectiva da toxicoddependência, por exemplo em Itália, onde cerca de 15% das intervenções de prevenção nas escolas são direccionadas para os subgrupos de estudantes vulneráveis (prevenção selectiva e específica). Os principais subgrupos visados pela prevenção selectiva nas escolas são os estudantes com problemas comportamentais a nível social, problemas escolares ou problemas familiares, os estudantes imigrantes e os pertencentes a minorias étnicas. Com efeito, os resultados escolares e a assiduidade escolar são bons indicadores dos problemas de droga, permitindo a sua monitorização uma intervenção precoce e precisa. Em vários Estados-Membros, os programas de prevenção da toxicoddependência estão centrados no abandono escolar. O projecto HUP na província de Storstrom, Dinamarca, pretende aumentar a taxa média de conclusão da escolaridade de 75% para o objectivo nacional de 95%, concentrando esforços nos estudantes vulneráveis. Há informação de projectos semelhantes na Irlanda, Portugal (47 projectos), Roménia (um projecto) e Noruega (brochuras para os professores). Reduzir o abandono escolar precoce é um dos objectivos oficiais da estratégia nacional irlandesa, que pretende reduzir em 10% as taxas registadas em 2005-2006 nas zonas LDTF («task force» local de luta contra a droga). Os estudantes em maior risco são visados por programas de prevenção selectiva em Malta, ao passo que em França e na Eslováquia existem serviços de aconselhamento nas escolas para estudantes, que para eles são encaminhados ou os procuram voluntariamente.

Prevenção baseada na família

Devido ao número de crianças que iniciam o consumo de droga cada vez mais cedo, a melhoria e a intensificação da prevenção baseada na família assume uma importância crescente. Na pré-adolescência, a influência da família prevalece sobre a influência dos pares, sendo o seu papel no estabelecimento de normas e no apoio às crianças

mais relevante para a prevenção do que a transmissão de informações sobre as substâncias.

Na União Europeia, a prevenção baseada na família está tornar-se mais direccionada e mais centrada na resposta às necessidades. Vários Estados-Membros (Alemanha, Espanha, Irlanda, Itália e Reino Unido) reconheceram que as instituições podem ter dificuldade em contactar as famílias problemáticas. Consequentemente, no Reino Unido, a campanha FRANK desenvolveu um «pacote» de acções sobre o modo de contactar as famílias, destinado às equipas e aos técnicos que intervêm na prevenção do consumo de drogas e de álcool, e noutros Estados-Membros estão actualmente em curso programas de prevenção selectiva dirigidos às famílias em risco. Estes programas utilizam várias técnicas para atrair as famílias em risco (por exemplo, distribuindo alimentos, oferecendo incentivos financeiros, tomando conta de crianças) na sua maioria baseadas no programa Kumpfer de Reforço das Famílias (Kumpfer et al., 1996).

O programa de reforço das famílias está a ser aplicado em Espanha (Palma de Maiorca e Barcelona), Países Baixos (duas cidades, estudo de avaliação) e na Suécia (duas cidades). Na Irlanda e em Itália está a ser dada formação neste sentido, prevendo-se que no segundo destes países a cobertura do programa abranja várias cidades. A Noruega está a avaliar o programa MST, de características similares, num ensaio aleatório controlado. Estes programas selectivos baseados na família têm características semelhantes em todos os Estados-Membros onde são aplicados.

Na Polónia e em algumas províncias da Áustria, estão a ser executados programas dirigidos a crianças e jovens vítimas de abandono e oriundos de famílias disfuncionais. Estes programas são executados em locais inseridos na comunidade, tais como salas socioterapêuticas comuns, instalações escolares, clubes juvenis e centros de prevenção.

Alguns países (Bélgica, Alemanha, Áustria) estão a prestar uma atenção crescente aos filhos de alcoólicos. Os restantes países continuam a centrar-se apenas nos filhos de toxicodependentes.

Prevenção na comunidade

A maior parte dos programas de prevenção selectiva funciona a nível da comunidade local, o que se deve, em parte, ao facto de os diversos serviços sociais envolvidos serem geralmente coordenados a este nível. Contudo, nos países onde as comunidades têm competências para aplicar normas locais, a comunidade constitui uma unidade natural para as estratégias ambientais. A prevenção selectiva baseada na comunidade é comum nos países nórdicos e na Bélgica, Países Baixos, Polónia e Reino Unido, e está a aumentar em países que a utilizaram menos no passado (França, Itália, Hungria, Portugal).

Estabelecendo normas comunitárias sobre a disponibilidade e os métodos de consumo das drogas legais, e optimizando os serviços prestados localmente, as estratégias locais de prevenção ambiental são um bom ponto de partida para programas eficazes de prevenção da toxicodependência.

Controlo da qualidade da prevenção

O controlo da qualidade da prevenção assume uma importância crescente, em especial porque muitos Estados-Membros delegaram as competências e responsabilidades em matéria de prevenção no nível local (Dinamarca, Itália, Países Baixos, Polónia, Portugal e Eslovénia) e/ou delegaram a responsabilidade da prevenção da toxicodependência em organizações não governamentais (ONG) ou associações semi-independentes (Bélgica, Alemanha, França, Hungria e Finlândia). Alguns Estados-Membros mencionam, assim, estratégias para definir critérios de qualidade e normas comuns, e para prestar serviços de consultoria técnica a nível local, apoiando as escolas ou as comunidades no desenvolvimento de políticas escolares (Bélgica, Dinamarca, Países Baixos e Reino Unido), na execução de programas de prevenção adequados e na garantia de critérios mínimos de qualidade (Dinamarca, França, Lituânia, Hungria, Eslováquia, Reino Unido, Roménia e Noruega).

A Grécia e a Áustria estão a abrir o caminho no que se refere à definição das especificações para a acreditação de agências e profissionais no domínio da prevenção.

Respostas em matéria de tratamento e redução dos danos

O OEDT recolhe dados sobre as respostas ao problema da droga, no que à redução dos danos e ao tratamento diz respeito, no contexto de dois instrumentos comunitários principais:

- a estratégia da UE de luta contra a droga 2005-2012 e o seu primeiro plano de acção para 2005-2008, que enquadram as políticas nacionais e apresentam recomendações circunstanciadas sobre as acções a realizar nos Estados-Membros com vista à prevenção do consumo de droga e ao aumento da cobertura e da qualidade dos serviços de tratamento e redução dos danos;
- a recomendação do Conselho de 18 de Junho de 2003 ⁽²¹⁾, com novas recomendações específicas sobre as medidas cuja aplicação os Estados-Membros deverão ponderar, para prevenir e reduzir os danos para a saúde associados à toxicodependência e assegurar um nível elevado de protecção da saúde. Esta recomendação foi reforçada pela sua inclusão no plano de acção da UE como objectivo n.º 14.

⁽²¹⁾ Recomendação n.º 2003/488/CE do Conselho.

A fim de avaliar o nível de execução da estratégia, é importante determinar os níveis de prestação de serviços e em que medida esses serviços estão a ser usados. Em última análise, porém, serão necessárias estimativas sólidas da cobertura — em que medida o grupo-alvo é atingido pelas medidas de tratamento e redução dos danos — para avaliar os objectivos do plano de acção e criar uma base que permita medir o impacto da estratégia.

Ao longo dos oito anos do período de aplicação da estratégia, o OEDT apoia a Comissão no processo de avaliação fornecendo-lhe dados provenientes do sistema comunitário de indicadores epidemiológicos e desenvolvendo e aplicando vários instrumentos específicos de recolha de dados para determinar a oferta de serviços e a utilização dos serviços de tratamento e redução dos danos. Em comparação com a boa panorâmica da situação epidemiológica que foi possível obter graças ao desenvolvimento e à aplicação da monitorização baseada em indicadores promovida pelo OEDT, a comunicação de dados normalizados sobre as respostas ainda é limitada.

Tratamento de substituição de opiáceos

O tratamento de manutenção com metadona para consumidores de heroína começou a ser utilizado na Europa pela Suécia (em 1967), os Países Baixos e o Reino Unido (1968), bem como pela Dinamarca (1970), mas a sua utilização permaneceu limitada durante muitos anos.

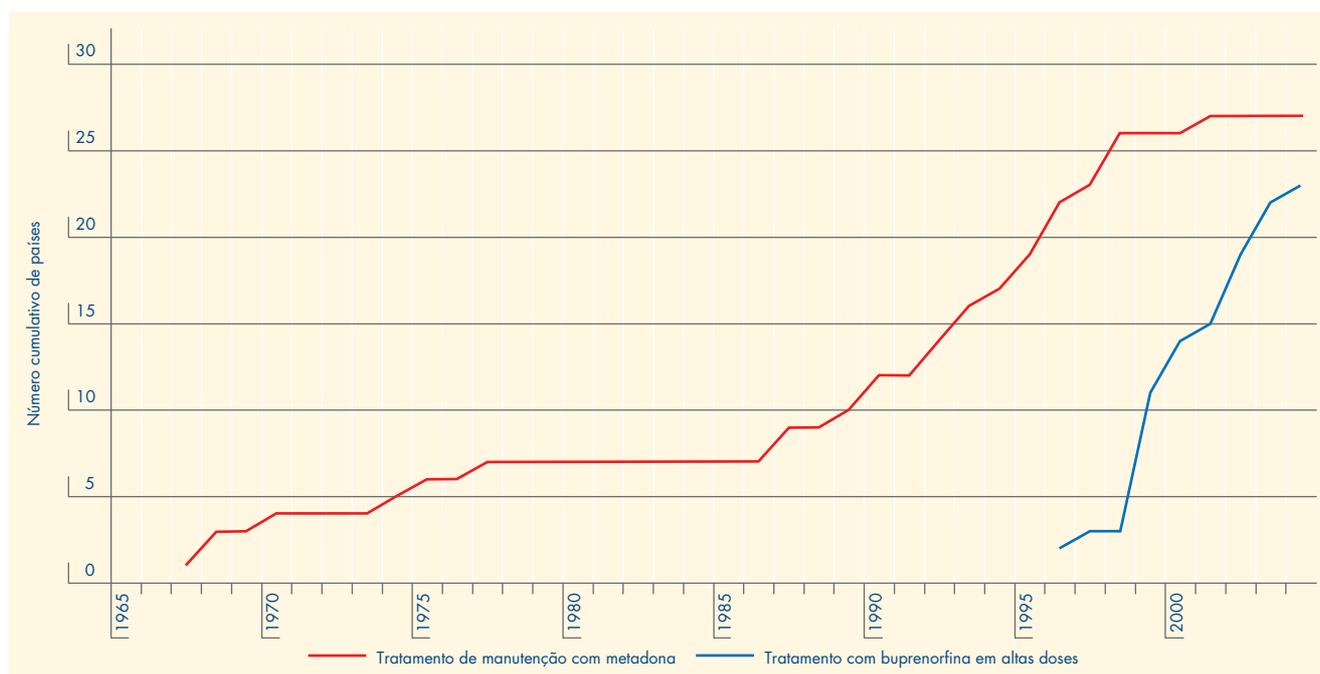
Depois de se ter descoberto o grau de propagação da epidemia de HIV entre os consumidores de droga nos

países da Europa Ocidental, os objectivos e abordagens terapêuticas começaram a mudar, em muitos países, deixando a abstinência de ser o objectivo principal e adoptando-se intervenções mais orientadas para a redução dos danos associados ao consumo de droga. A necessidade de intervenções terapêuticas repetidas foi aceite e os benefícios do tratamento de manutenção para estabilizar e melhorar a saúde e a situação social dos consumidores de opiáceos, bem como para a sociedade em geral, foram reconhecidos.

No final da década de 80, o ritmo de introdução da manutenção com metadona como modalidade de tratamento acelerou-se e em 2001, já tinha sido introduzida por 24 países da UE, bem como pela Bulgária, a Roménia e a Noruega (figura 1). Contudo, a escala e a cobertura variam consideravelmente entre os países (ver capítulo 6, «Consumo de opiáceos e droga injectada»).

Em 1996, foi pela primeira vez criada a base jurídica para a utilização de medicamentos com buprenorfina no tratamento dos consumidores de heroína num Estado-Membro da UE (ver o tema específico relativo à buprenorfina no relatório anual de 2005). Actualmente, está disponível e é utilizada na maioria dos Estados-Membros. Como a buprenorfina é controlada de forma menos rigorosa pelas convenções das Nações Unidas em matéria de droga, os países têm maiores possibilidades de a prescrever e, em alguns deles, esta opção de tratamento permitiu um aumento rápido do número das pessoas tratadas. Estão a ser investigadas novas modalidades de farmacoterapia para além da substituição

Figura 1: Introdução do tratamento de manutenção com metadona e do tratamento com buprenorfina em altas doses nos Estados-Membros da UE, países candidatos e Noruega



Fontes: Pontos focais nacionais.

com agonistas e os investigadores estão a dirigir a sua atenção para o desenvolvimento de tratamentos para consumidores de cocaína e cocaína *crack*, muitos dos quais também consomem ou consumiram heroína no passado (ver também o capítulo 5, «Cocaína e cocaína *crack*»).

Estima-se que, na UE, mais de meio milhão de consumidores de opiáceos receberam tratamento de substituição em 2003, o que equivale a um terço do actual milhão e meio de consumidores problemáticos de opiáceos estimados (OEDT, 2005a). Os novos Estados-Membros e países candidatos apenas são responsáveis por uma pequena fracção dos utentes do tratamento de substituição na região europeia, facto que pode ser em parte explicado pelos menores níveis de consumo de opiáceos que apresentam. Não obstante a oferta global de tratamento de substituição permanecer baixa nestes países, há indícios de estar a aumentar na Estónia, Lituânia e Bulgária.

As informações fornecidas mostram que, em alguns países, a oferta de tratamento com metadona aumentou novamente, mas que em oito países o número de pessoas que recebem esse tratamento estabilizou ou diminuiu ⁽³²⁾. Quatro deles, Dinamarca, Espanha, Malta e Países Baixos, têm um longo historial de consumo de heroína e programas de substituição com metadona muito acessíveis. Os outros quatro países, Letónia, Hungria, Polónia e Roménia, caracterizam-se por uma baixa cobertura geográfica do tratamento de substituição com metadona e, em alguns sítios, há listas de espera para o tratamento.

É difícil determinar se o número de utentes que recebem tratamento de substituição com metadona diminuiu por esses utentes estarem a mudar para o tratamento com buprenorfina, quando este se encontra disponível. A nível nacional, desconhece-se, muitas vezes, em que medida o tratamento da toxicod dependência é ministrado pelos médicos de clínica geral.

Oferta e tipo de tratamento da toxicod dependência

Um inquérito aos pontos focais nacionais (PFN), realizado em 2005, avaliou as características gerais da oferta de tratamento na Europa, tendo sido perguntado aos peritos nacionais se a maioria dos consumidores de opiáceos era tratada em programas sem drogas, em programas medicamente assistidos, ou se ambas as modalidades tinham uma prevalência idêntica.

Os resultados revelam um rácio amplamente favorável ao tratamento medicamente assistido, sendo a metadona a principal substância utilizada (excepto na República Checa e em França; ver mais pormenores no capítulo 6, «Consumo de opiáceos e droga injectada»). Mostram também que, na maior parte dos países, o tratamento da toxicod dependência é predominantemente realizado em

contextos ambulatorios — só a Letónia e a Turquia fazem a maior parte dos tratamentos em regime de internamento. As modalidades de tratamento psicoterapêutico tradicionais (terapia psicodinâmica, cognitivo-comportamental, terapia sistémica/familiar ou terapia Gestalt) são as mais frequentemente utilizadas no tratamento ambulatorio na Irlanda, Letónia, Reino Unido, Bulgária e Turquia. Nove países mencionam o recurso a métodos predominantemente de «apoio» (que podem incluir o aconselhamento, a terapia socioeducativa e ambiental, as entrevistas de motivação ou as técnicas de relaxamento e a acupuntura), e 10 países combinam os diversos métodos nos seus tratamentos ambulatorios.

Quanto ao tratamento em regime de internamento, o modelo Minnesota em 12 passos é frequentemente utilizado na Irlanda, Lituânia, Hungria e Turquia, ao passo que seis países aplicam predominantemente modalidades de tratamento psicoterapêuticas, cinco países métodos de «apoio» e dez países uma combinação das duas abordagens.

Ao longo da última década, mas sobretudo nos últimos cinco anos, muitos países europeus «abriram as portas» do tratamento expandindo a sua oferta de tratamentos de substituição e reduzindo as restrições de acesso. Nunca um tão grande número de consumidores de droga fora anteriormente abrangido pelo sistema de assistência. Muitos, mas não todos, necessitam de uma ajuda que ultrapassa o tratamento da sua dependência, e grande parte parece necessitar de cuidados de baixo limiar, bem como de um apoio substancial para se reintegrarem socialmente.

Respostas em matéria de redução dos danos

Ao mesmo tempo que chegar aos utentes e manter o contacto se tornou um objectivo em si, a oferta de serviços de proximidade e de «porta aberta» obteve reconhecimento e apoio, tornando-se agora partes essenciais de uma resposta global em muitos Estados-Membros. Na Europa, são visíveis perfis de resposta comuns no tocante à prevenção das doenças infecto-contagiosas entre os consumidores de droga e à redução de mortes relacionadas com o consumo de droga (ver também o capítulo 7, «Doenças infecto-contagiosas e mortes relacionadas com o consumo da droga»).

A redução das mortes relacionadas com o consumo de droga foi pela primeira vez definida como um objectivo da política europeia em matéria de droga há seis anos, sendo um dos objectivos do actual plano de acção da UE ⁽³³⁾. O número de países que incluem uma referência directa ao objectivo de reduzir as mortes relacionadas com o consumo de droga nas suas políticas nacionais continuou a aumentar nos últimos anos, tendo oito deles adoptado estratégias nesse sentido em 2004 e 2005 (o que eleva o seu número

⁽³²⁾ Ver quadro NSP-7 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽³³⁾ O objectivo n.º 17 do plano de acção da UE para 2005-2008 exige que a redução da mortalidade associada à droga seja incluída como um objectivo específico a todos os níveis, com intervenções especificamente concebidas para o efeito.

Acções e intervenções dirigidas aos toxicodependentes reclusos nos novos Estados-Membros

Os presentes dados baseiam-se num projecto conjunto de recolha de dados do OEDT-OMS/Europa, executado em 2005 ⁽¹⁾.

A realização de análises de despistagem do consumo de droga nas prisões é mencionada na maior parte dos novos Estados-Membros, mas os seus programas nesta matéria apresentam variações. Na República Checa, em Malta e na Eslovénia, os reclusos apenas são sujeitos a análises na altura da admissão e os dois últimos países também realizam análises aos reclusos antes de estes saírem da prisão. São efectuadas análises aleatórias de despistagem do consumo de droga em todas as prisões da República Checa, Malta, Eslovénia e Eslováquia e em menos de 50% das prisões na Hungria.

Os tratamentos sem droga são as intervenções predominantes nas prisões dos novos Estados-Membros, mas a sua cobertura é limitada. O tratamento sem drogas com apoio psicológico está disponível, segundo os relatórios, em menos de 50% das prisões da República Checa, Estónia, Lituânia, Hungria, Polónia e Eslováquia. Existem unidades livres de droga na maioria dos países, mas só a República Checa e a Eslovénia mencionam a sua presença em mais de 50% das prisões. Os tratamentos de desintoxicação sumários, medicamente assistidos, encontram-se mais amplamente disponíveis (em todas as prisões da Letónia, Hungria, Malta, Eslovénia e Eslováquia).

O número de reclusos dos novos Estados-Membros que têm acesso ao tratamento com antagonistas e ao tratamento de substituição é geralmente baixo. O tratamento com antagonistas parece estar circunscrito aos casos de emergência e são poucos os países

que afirmam dispor de tratamento de substituição de opiáceos para as intervenções de desintoxicação em casos agudos, na prisão (Hungria, Malta, Polónia e Eslovénia). As intervenções antes da saída da prisão assumem principalmente a forma de aconselhamento e fornecimento de informações (República Checa, Letónia, Lituânia, Hungria, Polónia, Eslovénia e Eslováquia). O tratamento de substituição como intervenção preparatória da saída da prisão está disponível em todas as prisões da Eslovénia e em menos de 50% das prisões na Polónia.

Poucas prisões dos novos Estados-Membros declaram aplicar medidas de redução dos riscos destinadas aos consumidores de droga injectada. Não existem programas de troca de agulhas e seringas nas prisões de nenhum dos novos Estados-Membros, e só a Estónia, a Lituânia e a Eslovénia mencionam o fornecimento de desinfetantes para a limpeza das seringas. No entanto, as doenças infecto-contagiosas relacionadas com o consumo de droga estão a ser combatidas nas prisões. Existem programas de vacinação contra a hepatite B em todas as prisões de seis novos Estados-Membros (República Checa, Estónia, Hungria, Malta, Eslovénia e Eslováquia) e cinco países afirmam dispor de tratamento antiviral para os reclusos com anticorpos de hepatite C, em todas as prisões (República Checa, Lituânia, Polónia, Eslovénia e Eslováquia). O tratamento antiretroviral para os reclusos com anticorpos de HIV é referido por todos os novos Estados-Membros ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Foram fornecidos dados pela República Checa, Estónia, Letónia, Lituânia, Hungria, Malta, Polónia, Eslovénia e Eslováquia. Ver outras referências em OEDT (2005c).

⁽²⁾ Não há dados disponíveis em relação a Chipre.

total para 15). Para além das políticas nacionais, são comuns abordagens complementares a nível das cidades: várias capitais (incluindo Atenas, Berlim, Bruxelas, Lisboa e Tallin), bem como regiões semi-urbanas mais vastas (por exemplo, a região leste da Irlanda, em redor de Dublin) têm as suas próprias estratégias de redução das mortes relacionadas com o consumo de droga. Segundo os relatórios, existem políticas locais ou regionais na República Checa, Itália, Países Baixos e Reino Unido, e na Bulgária nove cidades formularam estratégias a nível local.

À semelhança da estratégia e do plano de acção da UE em matéria de luta contra a droga anteriores, a prevenção da propagação de doenças infecto-contagiosas continua a ser um objectivo importante da estratégia actual, tendo sido especificado como o objectivo n.º 16 no plano de acção para 2005-2008. Tal mostra claramente a importância que os governos europeus e a Comissão continuam a conferir às consequências sanitárias do consumo de droga ⁽³⁴⁾.

A grande maioria dos países da UE e a Noruega descreveram claramente a sua abordagem à prevenção

de doenças infecto-contagiosas entre os consumidores de droga e incluíram objectivos ou tarefas concretas nos seus documentos de estratégia nacionais, ou adoptaram um texto político distinto especificando os procedimentos a seguir na prevenção de doenças infecto-contagiosas (Espanha, Letónia, Luxemburgo, Suécia), ou fizeram ambas as coisas (Estónia, França, Reino Unido). Malta e Áustria tencionam elaborar políticas específicas para abordarem esta matéria.

As estratégias nacionais da Alemanha e da Grécia contêm medidas concretas para prevenir as doenças infecto-contagiosas, embora tal prevenção não seja explicitamente identificada entre os seus objectivos.

Na maioria dos casos, estas estratégias de prevenção das doenças infecto-contagiosas são bastante recentes e o momento da sua adopção coincide, em vários países, com a anterior estratégia comunitária de luta contra a droga (2000-2004), que apresentou, pela primeira vez, a redução da incidência das doenças infecto-contagiosas entre os consumidores de droga como um dos objectivos europeus.

⁽³⁴⁾ Em especial, o objectivo n.º 16 do plano de acção 2005-2008 refere-se à prevenção das doenças infecto-contagiosas. O objectivo n.º 14 insta à aplicação de uma recomendação do Conselho relativa à prevenção e redução dos efeitos nocivos da toxicodependência para a saúde, adoptada em 2003 (Recomendação do Conselho 2003/488/CE). Em 2007 deverá ser publicado um relatório da Comissão sobre a aplicação desta recomendação, incluindo as informações recolhidas junto dos responsáveis políticos e dos pontos focais nacionais da rede Reitox, a título de contribuição para a avaliação da estratégia da UE de luta contra a droga.

De acordo com os relatórios dos PFN ⁽³⁵⁾, os objectivos e grupos-alvo mencionados nas estratégias nacionais também revelam uma elevada sinergia a nível europeu. Para além dos consumidores de droga injectada, incluem-se nesses grupos os trabalhadores do sexo e os reclusos. Nos novos Estados-Membros da Europa Central, em particular, mas também na Noruega, os jovens e os consumidores de droga não injectada figuram entre os outros grupos-alvo importantes relativamente aos quais devem ser adoptadas medidas de prevenção das doenças infecto-contagiosas. As políticas da Dinamarca e da Estónia alargam ainda mais esses grupos, incluindo nos mesmos as camadas que se encontram em estreito contacto com os consumidores de droga.

Em muitos países da UE, as estratégias destinadas a reduzir as doenças infecto-contagiosas estão claramente direccionadas para o HIV/sida, designadamente na Estónia, Espanha, Chipre, Letónia e Lituânia. Em 10 países (37%), todavia, tais estratégias mencionam explicitamente a prevenção da infecção pelo vírus da hepatite C entre os consumidores de droga ⁽³⁶⁾. Em 2004, a Irlanda lançou um processo de consulta em preparação dessa estratégia e na Alemanha foram emitidas recomendações sobre a prevenção e o tratamento. Na Áustria, o debate entre os profissionais e o público em geral foi estimulado por uma conferência internacional sobre este tema realizada em Viena no ano de 2005.

As estratégias de redução dos danos constituem uma parte importante da actual resposta europeia ao consumo de droga, sendo o melhor acesso aos serviços de prevenção e redução dos danos para a saúde uma das principais prioridades da estratégia da UE de luta contra a droga para 2005-2012. A plataforma estratégica comum de redução dos danos para a saúde, prevista nessa estratégia, reflecte-se em muitas políticas nacionais dos Estados-Membros da União e tem inspirado a generalização de respostas cientificamente fundamentadas neste domínio.

Em 2004, foi documentada uma melhor monitorização da disponibilidade de seringas a nível europeu. Contudo, na maioria dos países, a informação sobre a oferta, a utilização e a cobertura das muitas outras actividades importantes desenvolvidas pelos serviços de porta aberta quase não é registada a nível nacional, dificultando a obtenção de um panorama a nível europeu. Na caixa «Os serviços de porta aberta como uma importante fonte de dados» descreve-se um projecto destinado a melhorar a situação em matéria de dados.

Os serviços de porta aberta como uma importante fonte de dados

Os serviços de porta aberta são cruciais para que os consumidores de droga tenham um maior acesso à assistência, proporcionando às populações de consumidores de droga «ocultas», mais difíceis de contactar ou que perderam o contacto com o sistema de assistência, um ponto de contacto e um contexto para a prestação de serviços médicos e sociais.

Embora todos os serviços de porta aberta possuam algum tipo de sistema para documentar as actividades que desenvolvem, e por vezes assegurem uma monitorização e uma notificação muito vastas, tal documentação é primordialmente orientada para a prestação de contas às instituições financiadoras e não tanto para a gestão da qualidade a nível interno, ou para o planeamento e a avaliação dos serviços. É muito frequente serem recolhidas informações preciosas que permanecem ao nível do serviço e, não obstante a sua potencial importância para monitorizar os padrões e tendências do consumo de droga, bem como o acesso aos serviços, os recursos destas entidades parecem estar a ser largamente subutilizados. Um obstáculo importante é a ausência de normalização e de comparabilidade das informações recolhidas.

Para melhorar a qualidade dos dados disponíveis sobre a prestação e a utilização dos serviços de redução dos danos é importante que exista um instrumento de recolha dos dados adequado para estas entidades e simultaneamente capaz de produzir resultados pertinentes para a monitorização a nível nacional e europeu. O projecto conjunto OEDT-Correlation, apoiado por peritos dos pontos focais nacionais de França, Irlanda, Hungria e Noruega, constitui uma iniciativa nesse sentido. A rede Correlation [European Network for Social Inclusion and Health (Rede Europeia para a Inclusão Social e a Saúde), www.correlation-net.org] representa organizações governamentais e não governamentais de 27 países europeus e é financiada ao abrigo do programa de saúde pública da Comissão Europeia (DG SANCO).

Tratamento direccionado e gestão da qualidade

O actual plano de acção da UE também preconiza serviços de elevada qualidade de tratamento e de redução dos danos.

A utilização de instrumentos de gestão da qualidade no planeamento do tratamento e da redução dos danos tornou os serviços mais dirigidos a determinados grupos, respeitando, por exemplo, as diferentes necessidades dos géneros (ver também tema específico relativo ao género).

⁽³⁵⁾ Esta análise baseia-se, em grande medida, nos relatórios nacionais com um questionário estruturado (SQ 23), actualizados com informações fornecidas pelos pontos focais nacionais nos seus relatórios nacionais.

⁽³⁶⁾ Incluindo a França e a Inglaterra, que instituíram estratégias circunstanciadas para a prevenção da hepatite C: *Plan National Hépatites Virales C et B (2002-2005)* (<http://www.sante.gouv.fr/hm/actu/hepatites/situation.htm>) e *Hepatitis C: Action Plan for England, 2004* (<http://www.dh.gov.uk/>), respectivamente.

As unidades ou programas de tratamento que servem exclusivamente um grupo-alvo específico constituem um fenómeno comum em toda a UE. Em 23 países, as crianças e os jovens com menos de 18 anos são tratados em agências especializadas; em dezoito países o tratamento dos consumidores de droga com co-morbilidade psiquiátrica tem lugar em agências especializadas; e a existência de serviços específicos para as mulheres é mencionada por todos os países excepto Chipre, Letónia, Lituânia, Bulgária e Turquia. Os serviços que visam satisfazer as necessidades dos consumidores de droga imigrantes ou pertencentes a grupos com necessidades linguísticas ou orientações religiosas e culturais específicas são menos comuns, mas foram mencionados pela Bélgica, Alemanha, Grécia, Espanha, Lituânia, Países Baixos, Finlândia, Suécia e Reino Unido.

Treze países referiram a existência de unidades especializadas no tratamento de consumidores de *cannabis* ou cocaína e em oito países há programas de tratamento específicos para estes grupos nas agências de luta contra a droga. No entanto, a disponibilidade e a acessibilidade desses serviços são consideradas baixas na maioria destes países. A Espanha, a Eslováquia e o Reino Unido mencionam um programa especializado semelhante para os consumidores de anfetaminas.

Outras medidas concretas para reforçar a qualidade do tratamento e da assistência são a gestão personalizada dos casos, a mediação da prestação de serviços especializados (isto é, o tratamento de co-morbilidades) e a avaliação dos utentes antes do tratamento, a fim de o adequar melhor ao seu perfil e alcançar maior permanência e maior eficácia no tratamento.

Apesar da expansão global das opções de tratamento, os serviços de toxicoddependência continuam a ter grandes dificuldades de relacionamento com alguns grupos de consumidores de droga, nomeadamente os que têm problemas crónicos e a longo prazo. As intervenções de proximidade e de porta aberta são tentativas comuns para estabelecer o contacto e criar um relacionamento com estas populações difíceis de atingir. Uma abordagem mais controversa é o desenvolvimento, em alguns países, de salas de consumo vigiado, na sua maioria destinadas aos consumidores de droga injectada mas que agora também podem ser utilizadas por consumidores que fumam cocaína *crack* ou heroína (ver OEDT, 2004c). Outro domínio controverso de desenvolvimento e experimentação dos serviços é a utilização da heroína, em alguns países, como agente do tratamento de substituição. Embora globalmente as actividades neste domínio continuem a ser muito limitadas, em comparação com outras opções de tratamento, alguns estudos sugeriram que a prescrição de heroína poderá ser benéfica para os utentes, quando o tratamento de manutenção com metadona falhar. Por exemplo, na Alemanha, um recente ensaio controlado aleatoriamente do tratamento assistido com heroína (Naber e Haasen, 2006)

concluiu que este tinha resultados positivos no que se refere à saúde e à redução do consumo de drogas ilegais. Não existe, contudo, um consenso claro a nível europeu sobre os custos e benefícios desta abordagem, que continua a suscitar um debate político e científico considerável.

Com a maior disponibilidade e a melhor qualidade do tratamento, algumas cidades europeias também passaram a dar mais atenção à redução do impacto do consumo de droga na comunidade. Um trabalho de proximidade assertivo e uma gama atractiva de serviços de porta aberta revelaram-se promissores em alguns contextos locais (ver «Abordagens de redução dos danos» no capítulo 5, «Cocaína e cocaína *crack*») e podem servir como modelos úteis e eficazes, a utilizar mais amplamente no restabelecimento da comunicação com os grupos marginalizados e no seu ulterior encaminhamento para os serviços de tratamento.

O desenvolvimento de produtos de substituição «mais seguros» (isto é, substâncias menos susceptíveis de serem desviadas para o mercado negro) torna provável que o tratamento da toxicoddependência fique cada vez mais a cargo dos médicos de clínica geral. Trata-se também de um processo de normalização, que permite que a toxicoddependência seja tratada como uma doença crónica, à semelhança da diabetes.

Alguns países informam que os grandes grupos de consumidores de heroína em tratamento de substituição criam uma procura correspondente de apoio à reintegração social, em especial de trabalho remunerado. Na actual conjuntura económica, muitos países podem ter dificuldade em responder às necessidades de reintegração profissional dos consumidores de heroína mais velhos, ainda que estabilizados no tratamento de manutenção. Esta situação é agravada pelos elevados níveis de morbilidade neste grupo.

Reintegração social

Toda a literatura e todos os dados disponíveis dos Estados-Membros convergem para a mesma realidade: a situação de vida dos consumidores de droga é, de longe, mais problemática e precária do que a da população em geral. Por isso a reintegração social constitui um dos objectivos fundamentais dos dois últimos planos de acção da UE em matéria de luta contra a droga, com vista a melhorar o estado de saúde e o estatuto social dos consumidores de droga.

O plano de acção para 2005-2008 exorta os Estados-Membros a «melhorar o acesso e alargar o raio de acção dos programas de reabilitação e de reintegração social». Apesar de as medidas sociais ainda serem uma resposta menos consolidada ao consumo problemático de drogas do que o tratamento, os profissionais reconhecem que as intervenções que combinam o tratamento com as

acções sanitárias e sociais são a melhor forma de reabilitar os consumidores de droga.

Os dados relativos à reintegração social ⁽³⁷⁾ são escassos na Europa, sobretudo devido aos obstáculos que se colocam à recolha informação quantitativa neste domínio. Em consequência, a maior parte das informações seguintes baseia-se numa avaliação qualitativa centrada na política, nas medidas aplicadas e na garantia de qualidade nos Estados-Membros ⁽³⁸⁾.

Em 2004-2005, respondendo ao plano de acção da UE, 20 dos 28 países que apresentaram dados ⁽³⁹⁾ possuíam uma estratégia de reintegração social dos toxicodependentes. Outros quatro países, embora não abordem a questão explicitamente na sua estratégia nacional ou noutro documento político neste domínio, possuem estratégias locais ou regionais; três países não têm nem uma nem outra.

A principal fonte de financiamento situa-se ao nível estatal/nacional em 11 países; em oito o financiamento é predominantemente assegurado a nível regional/local e noutros oito países o financiamento provém de ambos os níveis, sem uma fonte de financiamento claramente predominante, ou processa-se através de regimes de seguros de saúde.

Nos Estados-Membros da UE, os consumidores problemáticos de droga podem aceder às medidas

sociais através de recursos que lhes estão exclusivamente dedicados ou que se destinam a grupos socialmente desfavorecidos. Entre estas medidas, a habitação é um dos pilares fundamentais. O serviço mais comumente oferecido aos consumidores problemáticos de droga sem abrigo é o acesso a «serviços de habitação genéricos» (em 21 países), embora 18 países ofereçam alojamentos exclusivamente consagrados aos consumidores problemáticos de droga e 13 países combinem os dois sistemas. Todavia, subsistem dúvidas sobre o efectivo acesso destas pessoas a esses recursos. Pouca disponibilidade, resistência da população local ao fornecimento de novas instalações para acolher consumidores de droga, critérios de acesso restritivos e dificuldades sentidas pelos consumidores problemáticos de droga sem abrigo em relação ao cumprimento de regras são alguns dos problemas mencionados.

Instalar os consumidores problemáticos de droga sem-abrigo num alojamento estável é o primeiro passo para a sua estabilização e reabilitação. A partir do número estimado de consumidores problemáticos de droga e da percentagem de sem-abrigo entre os utentes do tratamento, conclui-se que existem entre 75 600 e 123 300 consumidores problemáticos de droga sem abrigo na Europa. Uma vez que, actualmente, há instalações disponíveis na maioria dos países e que alguns deles continuam a criar novas estruturas, o efeito destas medidas dependerá do que for feito para assegurar a essas pessoas o acesso aos serviços.

Perspectiva do género no consumo de droga e na resposta aos problemas concomitantes, Relatório anual OEDT 2006: temas específicos

De um modo geral, os consumidores de droga do género masculino são em muito maior número do que os do sexo feminino. Nos Estados-Membros da UE, o consumo de drogas ilegais não só é mais comum entre os homens, como estes têm muito mais probabilidades de desenvolver problemas, de procurar tratamento ou de morrer vitimados por esse consumo.

Este tema específico examina o consumo de droga e os problemas conexos a partir de uma perspectiva de género.

Entre as importantes questões focadas figuram as seguintes: Que diferenças existem entre o consumo de drogas masculino e feminino e até que ponto o fosso entre os géneros se está a estreitar? Que abordagens de género foram desenvolvidas nos Estados-Membros relativamente à prevenção de droga, ao tratamento, à reabilitação social e à redução dos danos? As respostas específicas ao género são igualmente importantes para homens e mulheres?

Este tema específico está disponível em versão impressa («A gender perspective on drug use and responding to drug problems», in *EMCDDA annual report 2006: selected issues*) e na Internet apenas em inglês (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).

⁽³⁷⁾ Entende-se por reintegração social «qualquer intervenção social com o objectivo de integrar os antigos ou actuais consumidores problemáticos de droga na comunidade». Os três «pilares» da reintegração social são 1) a habitação; 2) a educação; e 3) o emprego (incluindo a formação profissional). Também podem ser utilizadas outras medidas, como o aconselhamento e as actividades de lazer.

⁽³⁸⁾ Para mais informações, ver <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1573>.

⁽³⁹⁾ Os Estados-Membros mais a Bulgária, a Roménia, a Turquia e a Noruega, mas não há informações disponíveis em relação à Estónia.



Capítulo 3

Cannabis

Oferta e disponibilidade

Produção e tráfico

A *cannabis* continua a ser a droga ilícita de origem vegetal mais produzida e traficada em todo o mundo (CND, 2006).

A produção de resina de *cannabis* em larga escala está concentrada em alguns países, principalmente em Marrocos, mas também no Paquistão e no Afeganistão. Estima-se que a produção total mundial de resina de *cannabis* ascenda a 7 400 toneladas anuais (CND, 2006). A maior parte da resina de *cannabis* consumida na UE provém de Marrocos e é contrabandeada sobretudo através da Península Ibérica, embora os Países Baixos pareçam representar um centro de distribuição secundário em relação ao transporte subsequente para os Estados-Membros da UE. O cultivo de *cannabis* em Marrocos foi pela segunda vez estudado em 2004, tendo os resultados revelado uma diminuição

Interpretação dos dados sobre apreensões e outros dados relativos ao mercado

As apreensões de droga ocorridas num país são normalmente consideradas como um indicador indirecto da oferta e disponibilidade de drogas, embora também reflectam os recursos, as prioridades e as estratégias dos serviços de aplicação da lei, bem como a vulnerabilidade dos traficantes às actividades nacionais e internacionais de redução da oferta, e também as práticas de notificação. As quantidades apreendidas podem variar muito de ano para ano, por exemplo, se num determinado ano se efectuarem apreensões muito volumosas. Por esta razão, o número de apreensões é, por vezes, um melhor indicador das tendências. Em todos os países, o número de apreensões inclui uma grande percentagem de pequenas apreensões a nível da venda a retalho (rua). Quando conhecidos, a origem e o destino das drogas apreendidas podem dar indicações sobre as rotas de tráfico e as zonas de produção. O preço e a pureza/potência das drogas a nível da venda a retalho são mencionados pela maioria dos Estados-Membros, mas os dados provêm de uma série de fontes diferentes, nem sempre comparáveis, o que dificulta a realização de comparações precisas.

de 10% relativamente a 2003, em grande medida devido à intervenção do governo. Em 2004, a superfície total cultivada elevava-se a 120 500 hectares na região do Rif, o que corresponde a uma produção potencial de 2 760 toneladas de resina de *cannabis* (UNODC e Governo de Marrocos, 2005).

Entre os países igualmente mencionados em 2004 como sendo fornecedores da resina de *cannabis* apreendida na UE incluem-se a Albânia, Portugal, o Senegal, o Afeganistão, o Paquistão e os países da Ásia central (relatórios nacionais Reitox, 2005; OMA, 2005; INCB, 2006a).

A produção global potencial de *cannabis* herbácea foi estimada em mais de 40 000 toneladas em 2003 (CND, 2005), com países fornecedores em todo o mundo. Segundo os relatórios, a *cannabis* herbácea apreendida na UE em 2004 é originária de vários países, principalmente dos Países Baixos e da Albânia, mas também de Angola, África do Sul, Jamaica e Tailândia (relatórios nacionais Reitox, 2005; OMA, 2005; INCB, 2006). Além disso, o cultivo local (interior ou exterior) e o fabrico de produtos de *cannabis* têm lugar na maioria dos Estados-Membros da UE.

Apreensões

A nível mundial, foram apreendidas, em 2004, 1 471 toneladas de resina de *cannabis* e 6 189 toneladas de *cannabis* herbácea, no total. A maior parte da resina de *cannabis* foi apreendida na Europa Ocidental e Central (74%), no Sudoeste Asiático e no Próximo e Médio Oriente (19%), ao passo que a *cannabis* herbácea continuou a ser apreendida em maior quantidade na América do Norte (54%) e em África (31%) (UNODC, 2006).

Estima-se que em 2004 se efectuaram na UE 275 000 apreensões de resina de *cannabis*, equivalentes a 1 087 toneladas. A maior parte das apreensões continuou a ser notificada pela Espanha (responsável por cerca de metade do total das apreensões e por cerca de três quartos da quantidade total apreendida na UE), seguida pela França e o Reino Unido ⁽⁴⁰⁾. Não obstante o número de apreensões de resina ter diminuído na generalidade da UE, entre

⁽⁴⁰⁾ Esta situação deverá ser verificada quando estiverem disponíveis os dados em falta referentes ao ano de 2004. Não existiam dados disponíveis sobre o número de apreensões de *cannabis* e as quantidades apreendidas em 2004 na Irlanda e no Reino Unido; os dados sobre o número de apreensões de *cannabis* em 2004 não se encontravam disponíveis para os Países Baixos. Nas estimativas, os dados em falta para 2004 foram substituídos por dados de 2003. Os dados sobre as quantidades apreendidas em 2004 fornecidos pelos Países Baixos eram meras estimativas, que não puderam ser incluídas na análise das tendências relativas a 2004.

1999 e 2003, as tendências observadas nos países que comunicaram dados indicam um aumento a nível da União em 2004 ⁽⁴¹⁾. A quantidade total de resina apreendida na UE revela um aumento contínuo no período de 1999 a 2004, embora neste último ano a maioria dos países (excepto Espanha) tenha comunicado uma diminuição ⁽⁴²⁾.

A *cannabis* herbácea é menos apreendida na UE; em 2004 estima-se que houve 130 000 apreensões, equivalentes a 71 toneladas, tendo-se a maioria das apreensões verificado no Reino Unido ⁽⁴³⁾. O número de apreensões de *cannabis* herbácea na UE aumentou constantemente desde 1999 ⁽⁴⁴⁾, embora as quantidades apreendidas tenham diminuído nos países em causa desde 2001 ⁽⁴⁵⁾. Este panorama é apenas preliminar, uma vez que os dados do Reino Unido relativos a 2004 ainda não estão disponíveis.

Em 2004, um número estimado de 12 800 apreensões na UE e nos países candidatos levou à apreensão de cerca de 22 milhões de plantas de *cannabis*, equivalentes a 9,5 toneladas, sendo a Turquia responsável pelas maiores quantidades apreendidas ⁽⁴⁶⁾. O número de plantas de *cannabis* apreendidas tem vindo a crescer desde 1999 e segundo os dados dos países que comunicaram informações, continuou a aumentar em 2004.

Preço e potência

Em 2004, o preço médio de venda a retalho da resina de *cannabis*, na União Europeia, variou entre 2,3 euros por grama em Portugal e mais de 12 euros por grama na Noruega, ao passo que o preço da *cannabis* herbácea oscilou entre 2,7 euros por grama em Portugal e 11,6 euros por grama em Malta, tendo a maioria dos países mencionado preços entre 5 e 10 euros por grama para os produtos de *cannabis* ⁽⁴⁷⁾.

Os preços médios da resina de *cannabis*, indexados à inflação ⁽⁴⁸⁾, diminuíram no período de 1999-2004 em todos os países que forneceram dados ⁽⁴⁹⁾, excepto na

Alemanha e na Espanha, onde se mantiveram estáveis, e no Luxemburgo, onde se verificou um ligeiro aumento. Os preços médios, indexados à inflação ⁽⁵⁰⁾, da *cannabis* herbácea de tipo não especificado ou importada também diminuíram ao longo do mesmo período na maior parte desses países, mas permaneceram estáveis em Espanha e nos Países Baixos e aumentaram na Alemanha, Letónia, Luxemburgo e Portugal. Apenas dois países, Países Baixos e Reino Unido, comunicaram o preço médio da *cannabis* herbácea produzida localmente, o qual diminuiu em ambos os casos.

A potência dos produtos de *cannabis* é determinada pelo seu teor de Δ^9 -tetrahydrocannabinol (THC), a sua substância activa primária (OEDT, 2004b). Em 2004, o teor médio de THC da resina de *cannabis* vendida a retalho variava, segundo os relatórios, entre menos de 1% (Bulgária) e 16,9% (Países Baixos), ao passo que a potência da *cannabis* herbácea oscilava entre 0,6% (Polónia) e 12,7% (Inglaterra e País de Gales) ⁽⁵¹⁾. A potência da *cannabis* herbácea produzida localmente era de 17,7% nos Países Baixos ⁽⁵²⁾.

Prevalência e padrões de consumo de *cannabis*

A *cannabis* é a substância ilegal mais consumida na Europa. O seu consumo aumentou em quase todos os países da UE durante a década de 90, em especial entre os jovens, incluindo jovens em idade escolar.

Estima-se que cerca de 65 milhões de adultos europeus, isto é, aproximadamente 20% das pessoas entre os 15 e os 64 anos, experimentaram a substância pelo menos uma vez ⁽⁵³⁾, embora se deva recordar que a maioria destas pessoas não a consome presentemente. Os valores nacionais variam muito, entre 2% e 31%, registando-se os valores mais baixos em Malta, Bulgária e Roménia, e os mais elevados na Dinamarca (31%), Espanha (29%), França (26%)

⁽⁴¹⁾ Ver quadro SZR-1 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽⁴²⁾ Ver quadro SZR-2 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽⁴³⁾ Ver nota de rodapé ⁽⁴⁰⁾. A Polónia não dispunha de dados sobre o número de apreensões de *cannabis* herbácea em 2004.

⁽⁴⁴⁾ Ver quadro SZR-3 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽⁴⁵⁾ Ver quadro SZR-4 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽⁴⁶⁾ Ver nota de rodapé ⁽⁴⁰⁾.

⁽⁴⁷⁾ Ver quadro PPP-1 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽⁴⁸⁾ Tomando 1999 como ano de base para o valor da moeda em todos os países.

⁽⁴⁹⁾ No período de 1999-2004, havia dados disponíveis sobre os preços da *cannabis* e da *cannabis* herbácea em relação a três anos consecutivos, pelo menos, na Bélgica, República Checa, Alemanha, Espanha, França, Irlanda, Chipre, Letónia, Lituânia, Luxemburgo, Países Baixos, Polónia, Portugal, Eslovénia, Suécia, Reino Unido, Bulgária (só herbácea), Roménia, Turquia e Noruega. No entanto, as tendências na República Checa não foram analisadas devido a limitações metodológicas que afectam os dados apresentados.

⁽⁵⁰⁾ Tomando 1999 como ano de base para o valor da moeda em todos os países.

⁽⁵¹⁾ Ver figura PPP-2 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽⁵²⁾ Ver quadro PPP-5 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽⁵³⁾ A percentagem média foi calculada como a média das taxas de prevalência nacionais ponderadas de acordo com a população da faixa etária pertinente em cada país. Os valores totais foram calculados multiplicando a prevalência entre a população envolvida em cada país; nos países em relação aos quais não havia dados disponíveis, foram imputados dados. É provável que estes valores correspondam a um nível mínimo, pois é possível que nem todos os dados tenham sido comunicados.

Estimativa do consumo de droga entre a população

O consumo de droga entre a população em geral ou entre a população escolar é avaliado através de inquéritos que proporcionam estimativas da percentagem de pessoas que declaram ter consumido drogas em determinados períodos: ao longo da vida, no último ano ou no último mês.

O OEDT, em associação com os peritos nacionais, desenvolveu um conjunto de elementos fundamentais comuns (o «Questionário-Modelo Europeu», QME) a utilizar nos inquéritos à população adulta e que foram aplicados na maioria dos Estados-Membros da UE. O QME é descrito em pormenor no «Handbook for surveys about drug use among the general population» (Manual de inquéritos sobre o consumo de droga entre a população geral) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=1380>). No entanto, ainda subsistem diferenças entre os diversos países no que respeita à metodologia e ao ano da recolha de dados, devendo as pequenas diferenças constatadas entre os dados nacionais ser interpretadas com prudência ⁽¹⁾.

O «consumo ao longo da vida» tem pouca utilidade para avaliar o consumo de droga actual entre os adultos (embora seja considerado como um indicador razoável para as crianças em idade escolar), mas pode dar algumas indicações sobre os padrões de consumo. O «consumo no último ano» e o «consumo no último mês» reflectem a situação actual de forma mais

precisa, sendo o segundo mais elucidativo das pessoas que consomem a droga frequentemente.

O Projecto Europeu de Inquéritos Escolares sobre o Álcool e outras Drogas (ESPAD) é uma importante fonte de informação sobre o consumo de drogas e de álcool entre os estudantes europeus e um instrumento precioso para registar as tendências ao longo do tempo. Foram realizados inquéritos ESPAD em 1995, 1999 e 2003. O próximo inquérito terá lugar em 2007.

O ESPAD utiliza métodos e instrumentos normalizados em amostras nacionalmente representativas dos estudantes de 15-16 anos, para assegurar a comparabilidade dos resultados. A participação no ESPAD foi aumentando em cada inquérito, tendo participado 26 países europeus em 1995, 30 em 1999 e 35 em 2003, incluindo 22 Estados-Membros da UE e quatro países candidatos (Bulgária, Croácia, Roménia e Turquia). As perguntas do inquérito incidem sobre o consumo de álcool e drogas ilegais, com os períodos normalizados e a frequência do consumo.

Poderá encontrar informações sobre o ESPAD e os relatórios disponíveis no sítio *web* do ESPAD (www.espad.org).

⁽¹⁾ Para mais informações sobre a metodologia dos inquéritos à população e os métodos utilizados em cada inquérito nacional, ver Boletim Estatístico de 2006.

e Reino Unido (30%) ⁽⁵⁴⁾. Dos 25 países em relação aos quais há informação disponível, 13 apresentavam taxas de prevalência ao longo da vida na ordem de 10%-20% ⁽⁵⁵⁾.

O consumo no último ano é claramente inferior à experiência ao longo da vida. Estima-se que cerca de 22,5 milhões de adultos europeus consumiram *cannabis* no último ano, ou seja aproximadamente 7% das pessoas entre os 15 e os 64 anos. Os valores nacionais variam entre 1% e 11%, tendo os valores mais baixos sido comunicados pela Grécia, Malta e Bulgária, e os mais elevados pela Espanha (11,3%), a França (9,8%) e o Reino Unido (9,7%) ⁽⁵⁶⁾.

As estimativas da prevalência no último mês estarão mais próximas do consumo regular desta droga. Estima-se que 12 milhões de adultos europeus a consumiram nos últimos 30 dias, isto é, cerca de 4% dos adultos. Os valores nacionais variam entre 0,5% e 7,5%, ou seja 15 vezes mais. Os valores mais baixos foram comunicados pela Lituânia, Malta, Suécia e Bulgária, e os mais elevados pela República Checa (4,8%), Espanha (7,6%) e Reino Unido (5,6%) ⁽⁵⁷⁾.

O consumo de drogas ilegais, incluindo a *cannabis*, concentra-se principalmente entre os jovens. Em 2004,

3% a 44% dos europeus entre os 15 e os 34 anos afirmaram ter experimentado a *cannabis*, 3% a 20% tinham-na consumido no último ano e 1,5% a 13% tinham-na consumido no último mês, provindo os valores mais elevados, uma vez mais, da República Checa, Espanha e Reino Unido. As médias europeias para esta faixa etária são de 32% para o consumo ao longo da vida, 14% para o consumo no último ano (sendo apenas de 2% para as pessoas entre os 35 e os 64 anos) e mais de 7% para o consumo no último mês (1% para as pessoas entre os 35 e os 64 anos) ⁽⁵⁸⁾.

O consumo de *cannabis* ainda é mais elevado entre os jovens de 15 a 24 anos, com uma prevalência ao longo da vida que varia entre 3% e 44% (a maioria dos países refere valores entre 20% e 40%), o consumo no último ano varia entre 4% e 28% (na maioria dos países entre 10% e 25%) (figura 2) e o consumo no último mês entre 1% e 15% (na maior parte dos países 5-12%), com taxas mais elevadas entre os jovens do sexo masculino. Nos novos Estados-Membros, os níveis de consumo de *cannabis* entre os jovens adultos dos 15 aos 24 anos apresentam, normalmente, valores idênticos aos registados nos Estados-Membros da EU-15, mas nas faixas etárias mais velhas as taxas de consumo diminuem substancialmente ⁽⁵⁹⁾.

⁽⁵⁴⁾ Neste texto, os valores relativos ao Reino Unido baseiam-se no British Crime Survey (Inglaterra e País de Gales) de 2005, por razões práticas. Há estatísticas complementares relativas à Escócia e à Irlanda do Norte, bem como uma estimativa combinada para todo o Reino Unido (apresentada no Boletim Estatístico).

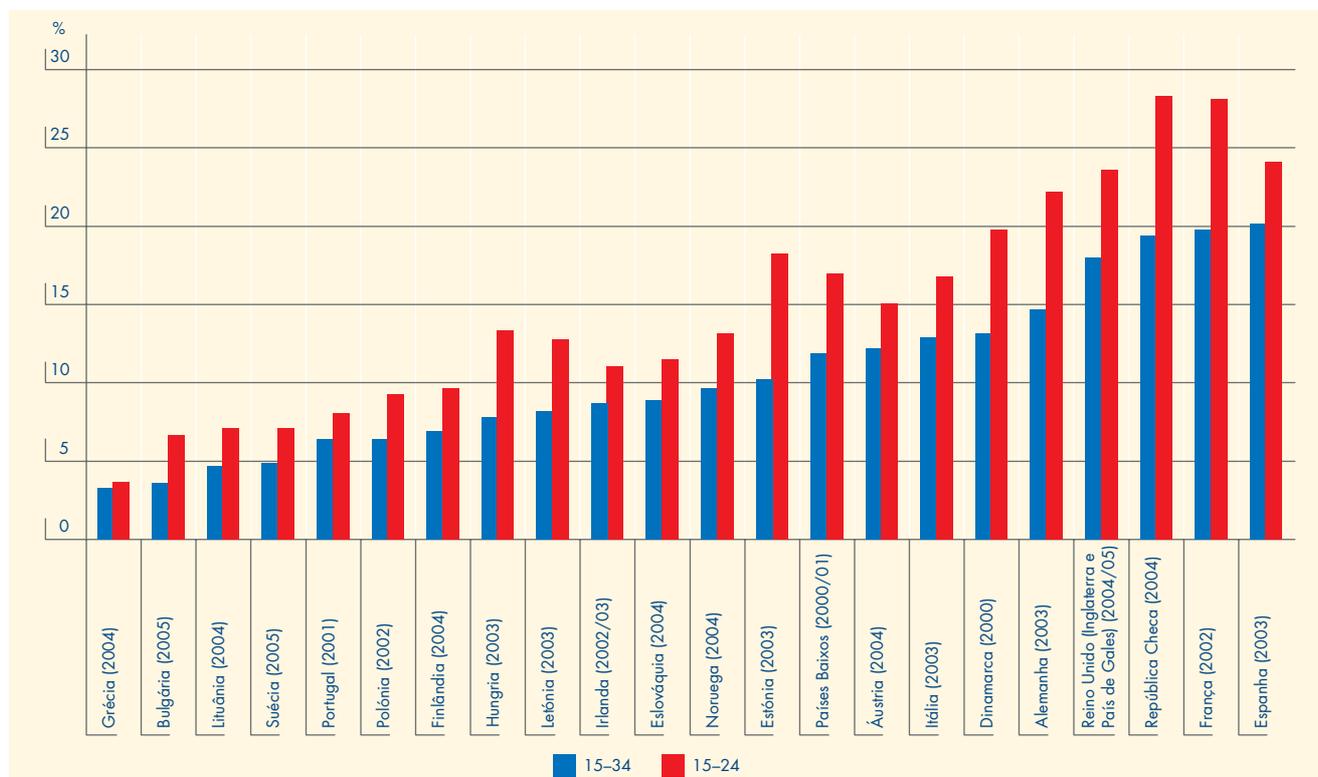
⁽⁵⁵⁾ Ver quadro GPS-1 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽⁵⁶⁾ Ver quadro GPS-3 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽⁵⁷⁾ Ver quadro GPS-5 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽⁵⁸⁾ Ver quadros GPS-2, GPS-4 e GPS-6 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽⁵⁹⁾ Ver quadros GPS-14, GPS-15 e GPS-16 e Figuras GPS-2, GPS-3, GPS-11, GPS-12, GPS-13 e GPS-26 no Boletim Estatístico de 2006.

Figura 2: Prevalência no último ano do consumo de *cannabis* entre os jovens adultos (15-34 anos e 15-24 anos)

NB: Os dados provêm dos inquéritos nacionais mais recentes disponíveis em cada país quando os relatórios foram elaborados. Ver quadros GPS-8, GPS-11 e GPS-18 no Boletim Estatístico de 2006 para mais informações.

Fontes: Relatórios nacionais Reitox (2005), extraídos de inquéritos à população, relatórios ou artigos científicos.

Pelo contrário, no inquérito nacional sobre consumo de drogas e saúde realizado nos EUA em 2004 ⁽⁶⁰⁾, 40,2% dos adultos (a partir dos 12 anos de idade) referiram ter consumido a droga ao longo da vida, para uma média da UE de aproximadamente 20%. Esta percentagem ainda é mais elevada do que as registadas nos países europeus com maiores taxas de consumo ao longo da vida (Dinamarca 31,3% e Reino Unido 29,7%) embora as diferenças nas estimativas do consumo no último ano sejam menos acentuadas: este valor é de 10,6% nos Estados Unidos, para uma média europeia de 7%, e vários países europeus mencionaram valores semelhantes aos registados nos Estados Unidos.

Cinco Estados-Membros da UE (Bélgica, Espanha, Itália, Chipre e Reino Unido) forneceram novos dados resultantes dos inquéritos escolares nacionais e a Bulgária apresentou dados provenientes de inquéritos escolares realizados em duas grandes cidades. Globalmente, o panorama do consumo de *cannabis* entre os alunos das escolas europeias mantém-se inalterado. A maior prevalência ao longo da vida do consumo de *cannabis* entre os estudantes de

15 e 16 anos verifica-se na República Checa e em Espanha (44% e 41%, respectivamente). Entre os países com uma taxa superior a 25% figuram a Alemanha, a Itália, os Países Baixos, a Eslovénia e a Eslováquia (27%-28%), bem como a Bélgica, a França, a Irlanda e o Reino Unido, onde a prevalência ao longo da vida varia entre 32% e 40%. As estimativas mais baixas de prevalência ao longo da vida (menos de 10%) registam-se em Grécia, Chipre, Suécia, Roménia, Turquia e Noruega ⁽⁶¹⁾.

As estimativas da prevalência entre os estudantes de 15 e 16 anos não devem ser generalizadas aos estudantes mais velhos porque a prevalência pode aumentar muito com pequenos aumentos na idade. Entre os jovens de 17 e 18 anos, as estimativas da prevalência ao longo da vida são superiores a 50% na República Checa, Espanha e França ⁽⁶²⁾; e na Suécia, onde a prevalência é baixa em comparação com muitos outros Estados-Membros, o consumo estimado de *cannabis* ao longo da vida entre os estudantes de 17 e 18 anos, com uma taxa de 14%, equivale a mais do dobro do registado entre os estudantes de 15 e 16 anos (6%) ⁽⁶³⁾.

⁽⁶⁰⁾ Fonte: SAMHSA, Office of Applied Studies, 2004 National Survey on Drug Use and Health (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). Note-se que a faixa etária para «todos os adultos» no inquérito dos EUA (a partir dos 12 anos) é mais ampla do que a faixa etária habitualmente utilizada nos inquéritos europeus (15-64 anos).

⁽⁶¹⁾ Ver quadro EYE-1 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽⁶²⁾ Inquérito «Escapad» à juventude, incluindo jovens de 17 e 18 anos que não frequentam a escola.

⁽⁶³⁾ Ver quadro EYE-3 e Figura EYE-1 (parte i) no Boletim Estatístico de 2006.

Padrões de consumo de cannabis

O consumo de *cannabis* tende a ser ocasional ou a cessar algum tempo depois de ser iniciado. Em média, 33% dos europeus que experimentaram *cannabis* também a consumiram no último ano, ao passo que apenas 16% a consumiram nos últimos 30 dias. Estas percentagens, denominadas «taxas de continuação», variam consoante os países, sendo de 20% a 45% para a continuação no último ano e de 10% a 25% para a continuação nos últimos 30 dias ⁽⁶⁴⁾.

Apesar de o consumo de *cannabis* estar largamente concentrado na população jovem, os dados de Espanha e do Reino Unido parecem sugerir que as pessoas podem continuar a consumir esta droga quando já estão na faixa dos 30 ou 40 anos. A longo prazo, esta situação poderá representar uma importante alteração nos padrões de consumo de *cannabis* e merecer maior atenção.

O consumo de *cannabis*, à semelhança do de outras drogas ilegais, é nitidamente mais elevado entre os homens do que entre as mulheres. A diferença é mais acentuada no caso do consumo no último ano ou no último mês do que no consumo ao longo da vida, mas há menos diferenças entre os jovens do que entre os adultos mais velhos (ver tema específico relativo ao género). O consumo de *cannabis* também é mais comum nas zonas urbanas ou com maior densidade populacional. Colocou-se a hipótese de o consumo poder estar a alastrar a cidades mais pequenas ou às zonas rurais, tendo a Polónia documentado esta tendência no seu relatório nacional de 2005.

Não obstante a crescente preocupação com as formas regulares ou intensivas de consumo de *cannabis* ⁽⁶⁵⁾, há muito poucas informações sobre este assunto a nível europeu. Uma estimativa incipiente esboçada no relatório anual de 2004 (OEDT, 2004a) sugere que 1% dos adultos europeus, ou seja, cerca de 3 milhões de pessoas, poderão ser consumidores diários ou quase diários de *cannabis*. Diversos países mencionaram aumentos no consumo regular ou intensivo de *cannabis*, mas só a Espanha comunicou dados semelhantes sobre o consumo diário, com um aumento entre 1997-1999 (0,7%-0,8% dos adultos) e em 2001 (1,5%), seguido por uma estabilização em 2003 (1,5%). Seria útil ter informações de outros países e por faixas etárias específicas (por exemplo, dos 15 aos 24 anos). O estudo francês «Escapad» 2003 concluiu que 14% dos jovens de 17 e 18 anos (9% das raparigas e 18% dos rapazes) poderão ser considerados em risco de consumo problemático, de acordo com uma escala específica (CAST). Outros países também estão a elaborar

Efeitos do consumo de cannabis na saúde

Nos últimos anos, verificou-se um súbito aumento das preocupações com os potenciais resultados sociais e sanitários do consumo de *cannabis*. Muito embora os dados disponíveis não permitam compreender claramente todas as questões envolvidas, é possível tirar algumas conclusões. É, por exemplo, evidente que existe uma correlação entre consumo intensivo de *cannabis* e doença mental, mas a questão da co-morbilidade está interligada com as questões de causa e efeito. As complexidades desta co-relação são analisadas e debatidas numa monografia do OEDT a editar proximamente.

O facto de o consumo intensivo de *cannabis* ser, muitas vezes, concomitante com a existência de problemas mentais que não são específicos da droga tem implicações de ordem prática. Ao formularem um plano de tratamento para os consumidores de *cannabis* os médicos poderão ter dificuldade em saber se devem começar pelo consumo de droga ou pelo problema de saúde mental. Os estudos sobre os efeitos do tratamento do consumo problemático de *cannabis* ainda são escassos e os poucos que existem apenas abrangem tratamentos psicossociais específicos. Todas as outras modalidades de tratamento ainda não foram estudadas ou foram-no insuficientemente, pelo que faltam dados sobre a sua eficácia e eficiência.

escalas para avaliar as formas intensivas de consumo de *cannabis* (Alemanha, Países Baixos, Polónia e Portugal), e o OEDT está a promover a colaboração neste domínio.

Tendências do consumo de cannabis entre os adultos

O acompanhamento das tendências do consumo de droga na Europa a longo prazo é dificultado pela inexistência de séries de dados cronológicas fiáveis. No entanto, um número crescente de países tem realizado inquéritos, desde o início da década de 90, começando alguns deles a fornecer informações úteis sobre as tendências ao longo do tempo.

Considera-se, normalmente, que o consumo de *cannabis* se começou a difundir, em alguns países europeus, na década de 60 e se popularizou nas décadas de 70 e 80. Alguns inquéritos nacionais recentes revelam uma experiência significativa desta droga ao longo da vida entre as pessoas dos 45 aos 54 anos na Dinamarca, Alemanha, Espanha, França, Países Baixos, Suécia e Reino Unido, o que sugere que um número significativo de pessoas iniciou o seu consumo no final da década de 60 e na década de 70. Uma análise do início do consumo de *cannabis* constatou uma expansão acentuada do consumo

⁽⁶⁴⁾ Ver figura GPS-24 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽⁶⁵⁾ Ainda não há uma definição universalmente aceite de «consumo intensivo de *cannabis*»; variando essa definição consoante os estudos. Trata-se, todavia, de um termo geral que significa um consumo de *cannabis* superior a um determinado limiar de frequência. Não implica necessariamente a existência de «dependência/abuso» ou de outros problemas, mas considera-se que aumenta o risco de consequências negativas, incluindo a dependência. Neste capítulo, os valores referem-se a um «consumo diário ou quase diário» (definido como o consumo em 20 ou mais dos últimos 30 dias). Este nível de referência tem sido frequentemente utilizado nos estudos e pode ser obtido a partir do questionário-modelo europeu. O risco de dependência entre os consumidores menos frequentes é inferior.

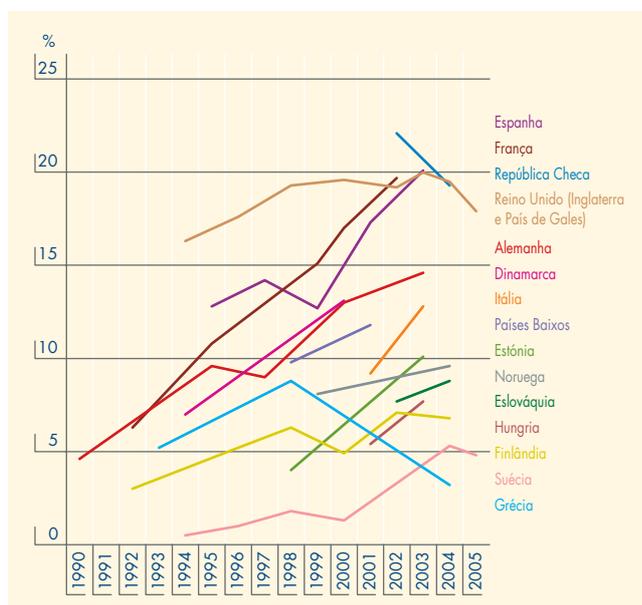
em Espanha na década de 70, na Alemanha (Occidental) na década de 80 e na Grécia na década de 90 ⁽⁶⁶⁾. Os dados suecos documentam um nível relativamente elevado de experimentação, na década de 70, entre os recrutas do serviço militar obrigatório (15%-20%).

Os inquéritos nacionais ou locais às famílias, aos recrutas e nas escolas mostraram que o consumo de *cannabis* aumentou muito na década de 90, em quase todos os países da UE, sobretudo entre os jovens. Este aumento manteve-se até há pouco tempo em quase todos os países, embora haja indícios de estabilização, ou mesmo de diminuição, em alguns casos.

No Reino Unido, o consumo recente de *cannabis* entre os jovens adultos (15 a 34 anos) foi o mais elevado da Europa no início da década de 90, mas diminuiu lentamente entre 1998 e 2004/2005 ⁽⁶⁷⁾, embora em Espanha e França as taxas de consumo tenham atingido, recentemente (2002 ou 2003), os valores registados no Reino Unido (figura 3). Registraram-se níveis de prevalência igualmente elevados na República Checa.

Os níveis de consumo são mais baixos na Dinamarca, Alemanha, Estónia, Itália, Países Baixos e Eslováquia, mas

Figura 3: Tendências na prevalência do consumo de *cannabis* no último ano entre os jovens adultos (15-34 anos)



NB: Os dados provêm dos inquéritos nacionais mais recentes disponíveis em cada país quando os relatórios foram elaborados. Ver quadro GPS-4 no Boletim Estatístico de 2006 para mais informações.

Fontes: Relatórios nacionais Reitox (2005), extraídos de inquéritos à população, relatórios ou artigos científicos.

todos estes países comunicaram aumentos do consumo no ano passado entre os jovens adultos, tal como a Hungria, embora em menor grau. Note-se que os dados dinamarqueses (2000) e neerlandeses (2001) já são relativamente antigos e a situação actual é, por isso, menos clara.

Na Finlândia e na Suécia, as taxas de prevalência são relativamente baixas, mas também parecem estar a aumentar; contudo, a diferença observada na Suécia entre 2000 (1,3%) e 2004 (5,3%) é difícil de interpretar devido a alterações metodológicas ⁽⁶⁸⁾.

As estimativas da prevalência no último mês também aumentaram, em geral, na última década, apesar de apenas se terem verificado aumentos pronunciados na Bélgica e em Espanha. O Reino Unido comunicou recentemente uma diminuição do consumo no último mês, quando anteriormente apresentara os níveis mais elevados da Europa desde inícios da década de 90. Além disso, a Eslováquia comunicou uma diminuição entre 2002 e 2004. Na República Checa e em França não foi possível avaliar a tendência.

Os inquéritos escolares também podem fornecer informações úteis sobre as tendências do consumo de droga entre os elementos mais jovens da população, susceptíveis de indiciar futuras tendências entre os jovens adultos. Na maioria dos países verificou-se, a partir de 1995, um aumento global do número de estudantes que experimentaram a *cannabis*, mas as tendências apresentam variações geográficas acentuadas. As tendências na prevalência do consumo de *cannabis* ao longo da vida entre a população escolar de 15-16 anos podem ser classificadas em três grupos geográficos. Na Irlanda e no Reino Unido, com longos históricos de consumo de *cannabis*, a prevalência ao longo da vida é elevada mas estabilizou na última década (em torno de 37%-39%). Nos Estados-Membros da Europa Central e Oriental, juntamente com a Dinamarca, a Espanha, a França, a Itália e Portugal, a prevalência do consumo de *cannabis* ao longo da vida em 2003 era substancialmente mais elevada do que em 1995. No terceiro grupo de Estados-Membros (Finlândia e Suécia, no norte, e Grécia, Chipre e Malta, no sul), para além da Noruega, as estimativas da prevalência ao longo da vida entre a população escolar mantiveram níveis relativamente baixos (à volta de 10% ou menos) ⁽⁶⁹⁾.

Dados sobre a procura de tratamento ⁽⁷⁰⁾

Entre os cerca de 380 000 pedidos de tratamento notificados no total, em 2004 (dados dos 19 países com dados disponíveis), a *cannabis* foi a principal razão do respectivo encaminhamento em aproximadamente 15%

⁽⁶⁶⁾ Ver figura 4 no relatório anual de 2004.

⁽⁶⁷⁾ Desde 1994, primeiro ano com informações baseadas no British Crime Survey for England and Wales (Inquérito britânico sobre a criminalidade relativo à Inglaterra e ao País de Gales).

⁽⁶⁸⁾ Ver figuras GPS-4 e GPS-14 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽⁶⁹⁾ Ver quadro EYE-5 (parte i) e figura EYE-1 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2006.

⁽⁷⁰⁾ A análise da distribuição geral e das tendências baseia-se nos dados sobre os utentes que procuram tratamento em todos os centros de tratamento; a análise do perfil dos utentes e dos padrões de consumo de droga baseia-se nos dados dos centros de tratamento em regime ambulatorio. Pode encontrar uma análise específica da distribuição por géneros no tema específico relativo ao género publicado relatório anual 2006 do OEDT.

dos casos, o que a coloca em segundo lugar, a seguir à heroína ⁽⁷¹⁾.

Globalmente, a *cannabis* também é a segunda droga mais frequentemente citada nos relatórios sobre os utentes que iniciam o tratamento pela primeira vez, representando 27% dos novos utentes notificados em 2004, embora haja variações consideráveis entre os países, sendo a *cannabis* mencionada por menos de 5% dos novos utentes na Lituânia, Malta e Romênia, mas por mais de 40% dos novos utentes na Alemanha, Dinamarca, Hungria e Finlândia ⁽⁷²⁾. No período de 1999 a 2004, a percentagem dos novos utentes que procuraram tratamento devido ao consumo de *cannabis* aumentou na maioria dos países que forneceram dados ⁽⁷³⁾.

Em quase todos os países com dados disponíveis, a percentagem de novos utentes que procuraram tratamento por este motivo é superior à percentagem do total de utentes; em alguns países, as percentagens são aproximadamente iguais ⁽⁷⁴⁾. A maior procura de tratamento por consumo de *cannabis* verifica-se nos centros de tratamento em regime ambulatorio ⁽⁷⁵⁾.

Há vários factores que poderão ser associados ao aumento da procura do tratamento por consumo de *cannabis*, sendo este um domínio que continua a exigir uma investigação aprofundada. Entre as possíveis razões para esse aumento incluem-se a escalada do consumo intensivo de *cannabis* e dos problemas conexos a nível da população, a maior percepção dos riscos do consumo de *cannabis*, o aumento do número de pessoas encaminhadas para tratamento pelo sistema judicial, que é muito importante em alguns países, e as alterações introduzidas no sistema de comunicação de informações e/ou na sua cobertura ⁽⁷⁶⁾.

Globalmente, os utentes em tratamento por consumo de *cannabis* podem ser divididos em três grupos: aqueles que a consomem ocasionalmente (34%), os que a consomem uma ou várias vezes por semana (32%) e aqueles que a consomem diariamente (34%). Há grandes diferenças entre os países quanto à frequência do consumo de *cannabis* entre os novos utentes, registando-se a percentagem mais elevada de consumidores diários de *cannabis* nos Países Baixos e na Dinamarca, e as percentagens mais elevadas de consumidores ocasionais ou que não consumiram *cannabis* no mês anterior ao tratamento na Alemanha, Grécia e Hungria. Esta variação reflecte, provavelmente, as diferenças em matéria de encaminhamento para o tratamento (por exemplo, mais encaminhamentos do sistema judicial ou das redes de assistência social) ⁽⁷⁷⁾.

Uma questão importante é saber em que medida os consumidores de *cannabis* em tratamento satisfazem os critérios de diagnóstico de toxicod dependência ou de consumo problemático de droga. Este é um domínio que exige mais investigação. Uma vez que as práticas de encaminhamento diferem entre os países, são necessários estudos que documentem as diferentes características clínicas das pessoas que recebem tratamento por consumirem *cannabis*.

Alguns utentes procuram tratamento devido a este consumo, conjugado com outros problemas de droga ou de álcool, relacionando-se, por vezes, o pedido de tratamento com problemas de carácter mais geral, como os distúrbios comportamentais dos jovens. Além disso, há estudos recentes que mencionam um aumento do número de adolescentes que procuram tratamento devido ao consumo de *cannabis* mas que têm problemas de saúde mental concomitantes, um factor que poderá ter grande influência na procura de tratamento ⁽⁷⁸⁾.

Também é importante compreender melhor as necessidades dos consumidores de *cannabis* a nível da população. O OEDT estima que existem na UE cerca de 3 milhões de consumidores intensivos de *cannabis* (pessoas que consomem esta droga diária ou quase diariamente). Embora se desconheça quantos destes consumidores necessitam de uma intervenção, o número de pedidos de tratamento relacionados com o consumo de *cannabis* é pequeno relativamente à supramencionada estimativa.

Os dados disponíveis sugerem que os utentes dos centros de tratamento em regime ambulatorio por consumo de *cannabis* tendem a ser relativamente jovens; tendo quase todos os que iniciam o tratamento pela primeira vez menos de 30 anos. É mais provável que os adolescentes em tratamento especializado sejam registados como tendo um problema principalmente causado pela *cannabis* do que utentes de outras faixas etárias, sendo a *cannabis* responsável por 75% dos pedidos de tratamento dos jovens com menos de 15 anos e 63% dos de 15 a 19 anos ⁽⁷⁹⁾.

A maioria dos utentes afirma ter começado a consumir *cannabis* quando pertencia a faixas etárias mais jovens, tendo 36,8% consumido a droga pela primeira vez antes dos 15 anos. Quase nenhum dos utentes que procuram tratamento diz ter consumido *cannabis* pela primeira vez depois dos 29 anos ⁽⁸⁰⁾.

⁽⁷¹⁾ Ver figura TDI-2 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽⁷²⁾ Ver quadro TDI-4 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2006.

⁽⁷³⁾ Ver figura TDI-1 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽⁷⁴⁾ Ver quadros TDI-3 (parte iii) e TDI-4 (parte iii) no Boletim Estatístico de 2006.

⁽⁷⁵⁾ Ver quadro TDI-25 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽⁷⁶⁾ Em 2007 o OEDT publicará uma monografia sobre a *cannabis*; três capítulos da monografia abordarão a questão do aumento da procura de tratamento por consumo de *cannabis*.

⁽⁷⁷⁾ Ver quadro TDI-18 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽⁷⁸⁾ <http://www.addaction.org.uk/Drugcannabis.htm#top>.

⁽⁷⁹⁾ Ver quadro TDI-10 (parte i) e (parte ii) no Boletim Estatístico de 2006.

⁽⁸⁰⁾ Ver quadro TDI-11 (parte ii) e (parte ix) no Boletim Estatístico de 2006.

Prevenção

Se os programas de prevenção universal forem bem executados podem atrasar ou reduzir a iniciação dos jovens no consumo de substâncias como o tabaco, o álcool e a *cannabis*. A importância deste facto é sublinhada pelas provas de que os consumidores que iniciaram o consumo de droga precocemente (pouco antes ou nos primeiros anos da adolescência) correm um risco significativamente maior de desenvolverem problemas de droga, incluindo toxicod dependência (Von Sydow et al., 2002; Chen et al., 2005). Um outro elemento a favor de que se procure prevenir ou atrasar o início do consumo de *cannabis* é o facto de os adolescentes serem mais vulneráveis à sua toxicidade.

Os perfis dos jovens consumidores de *cannabis*, pelo menos nas primeiras fases de consumo, não diferem dos jovens consumidores de álcool ou de tabaco, o que confirma a ideia de que a prevenção universal dirigida aos jovens não se deve concentrar apenas na *cannabis*, mas sim procurar prevenir também o consumo de álcool e de tabaco.

O género também é um aspecto importante da prevenção do consumo de *cannabis* (ver tema específico relativo ao género). Os rapazes correm mais riscos de progressão para um consumo mais intensivo, talvez pelo facto de as raparigas serem mais sensíveis à desaprovação dos pais e mais prudentes na selecção dos seus pares. Contudo, esta situação está a mudar, à medida que os papéis tradicionais dos homens e das mulheres evoluem nas sociedades modernas. Em vários países europeus, há projectos destinados a prevenir o consumo de *cannabis* e de álcool (Bagmaendene, Dinamarca; Beer-Group, Alemanha; e Risflecting, Áustria) que procuram abordar a falta de competências de comunicação dos rapazes. É sabido que um dos motivos subjacentes ao consumo intensivo de álcool e de *cannabis* entre os rapazes é a sua dificuldade em se aproximarem das raparigas, pelo que estes projectos também dão formação sobre a arte de «namoriscar».

A prevenção selectiva nas escolas atende aos factores de risco associados ao consumo de droga, como o abandono escolar, os comportamentos anti-sociais, o insucesso escolar, a dificuldade em assumir compromissos, a falta de assiduidade às aulas e as dificuldades de aprendizagem induzidas pelo consumo de droga.

O projecto alemão «Pedrado na escola» visa dar formação aos professores em matéria de detecção e intervenção rápidas, prevenção do consumo de *cannabis* e estabelecimento de contacto entre as escolas e os centros de aconselhamento neste domínio. Tal como outros projectos semelhantes na Áustria, trata-se de um projecto de formação em dez módulos que procura sensibilizar os professores para o consumo de *cannabis* e identificar os alunos em risco.

Os centros de aconselhamento específico são frequentes na Alemanha, em França e nos Países Baixos. Desde

Janeiro de 2005 foram criadas mais de 250 clínicas de «consulta de *cannabis*» nos territórios franceses. Destinadas a adolescentes em dificuldades por consumirem *cannabis* ou outras drogas, bem como aos pais, estes centros garantem o anonimato, são gratuitos e acessíveis a todos, estando situadas nas principais cidades francesas, para facilitar o seu acesso. As consultas são efectuadas por profissionais treinados na utilização de instrumentos de avaliação e intervenções de curta duração no tratamento das dependências, e que também conseguem identificar os serviços sociais, médicos ou psiquiátricos adequados para os utentes que necessitam de cuidados especializados. Este novo tipo de estrutura deverá ser objecto de um estudo de acompanhamento. Os primeiros dados disponíveis sobre os primeiros 2 ou 3 meses de funcionamento revelam números de atendimento na ordem dos 3 500 a 4 000 utentes por mês, 2 000 a 2 500 dos quais consumidores de *cannabis* (sendo os restantes pais, familiares e animadores juvenis). Entre as estratégias alternativas contam-se a oferta de cursos curtos mas estruturados com cerca de dez sessões em grupo (Alemanha, Dinamarca, Países Baixos, Áustria). Um projecto «Euregio» neerlandês-alemão lançou um manual de acompanhamento SKOLL (formação em matéria de autocontrolo).

Muitas vezes os «cursos de formação» específicos para a *cannabis* assentam no facto de o consumo ou a posse de *cannabis* serem ilegais, sendo os participantes encaminhados pelo sistema judicial. A motivação para participar decorre, em grande medida, do facto de a frequência desses cursos ser um dos elementos obrigatórios das sentenças judiciais. Apesar de tudo, estes métodos permitem que se estabeleça o contacto com pelo menos uma parte do grupo em risco.

Muitas intervenções europeias de prevenção selectiva tendem para o fornecimento de informações sobre a *cannabis*. Há ainda que estabelecer como elementos normais dos programas de prevenção do consumo de *cannabis* várias abordagens mais fundamentadas em provas, incluindo a reestruturação normativa (por exemplo, a aprendizagem de que a maioria dos pares desaprova o consumo), o treino da assertividade, a motivação e o estabelecimento de objectivos, bem como a correcção de mitos (sobre as associações valorativas com a *cannabis*). Uma meta-análise recente dos programas de prevenção para jovens vulneráveis (Roe e Becker, 2005) concluiu que as abordagens baseadas na informação têm pouco ou nenhum impacto nos comportamentos ou atitudes relativos ao consumo, tanto na prevenção universal como na prevenção selectiva. Os mesmos autores concluíram que os programas com uma influência social global produzem efeitos relevantes nos jovens vulneráveis.

Um aspecto importante, revelado pelas poucas avaliações disponíveis de projectos europeus de prevenção selectiva do consumo de *cannabis* (FRED, Way-Out, Sports for Immigrants e outros; ver supra e EDDRA em <http://eddra.emcdda>).

europa.eu), é a eficácia das técnicas de influência social global. Entre os efeitos positivos obtidos por estas técnicas figuram a redução dos níveis de consumo, o aumento da

autopercepção de consumo problemático, uma redução dos principais factores de risco e problemas associados e o aumento do autocontrolo e da motivação.

Intervenção de curta duração para consumidores de cannabis

As intervenções de curta duração constituem uma abordagem que visa levar as pessoas a reflectirem sobre o seu consumo de droga e dotá-las de competências para o controlarem. O conceito é em grande medida baseado nas entrevistas de motivação, uma abordagem sem julgamentos nem confrontos que investiga os valores e objectivos do utente e a avaliação que faz do seu próprio consumo, fornecendo em troca informações sobre as discrepâncias entre a auto-imagem do utente e a sua situação real.

As intervenções de curta duração são frequentemente direccionadas para a fase inicial do consumo individual de álcool ou drogas, a fim de evitar que este evolua para um consumo gravemente problemático. Estas intervenções são comprovadamente eficazes na prevenção do abuso de álcool e tabaco, havendo um interesse crescente pela sua eventual utilidade em relação a outras substâncias.

As intervenções de curta duração foram consideradas muito úteis nas medidas de prevenção selectivas dirigidas a consumidores de cannabis que não entram normalmente em contacto com centros de tratamento. No caso dos consumidores intensivos de cannabis, os programas baseados na educação e que dão particular destaque à abstinência podem não ser eficazes.

Estas intervenções apresentam uma boa relação custo-eficácia e podem ser particularmente adequadas para os consumidores de cannabis, dado ter-se constatado que funcionam bem com consumidores de droga que:

- têm poucos problemas com o seu consumo de droga;
- têm baixos níveis de dependência;
- consomem droga há pouco tempo;
- provêm de ambientes estáveis (social, académico, familiar);
- manifestam insegurança ou ambivalência quanto à alteração do seu consumo de droga.

Este tipo de abordagem é actualmente aplicado em vários países, designadamente na Alemanha, Países Baixos, Áustria e Reino Unido, onde as intervenções podem assumir a forma de aconselhamento, «cursos sobre a cannabis», ou até de sítios de auto-ajuda na Internet. Por exemplo, o programa de aconselhamento alemão baseado num sítio Internet «Quit the Shit» (www.drugcom.de) constitui uma abordagem inovadora, com recurso à telemática, para consumidores de cannabis que querem reduzir ou cessar o seu consumo. Entre os websites semelhantes, com componentes de auto-ajuda, incluem-se o www.jellinek.nl/zelfhulp/cannabis/frameset.html da Jellinek (Países Baixos) e o www.knowcannabis.org.uk/ do HIT (Reino Unido).



Capítulo 4

Anfetaminas, *ecstasy* e outras drogas psicotrópicas

Em muitos países europeus, a segunda substância ilegal mais consumida é algum tipo de droga sintética. O consumo destas substâncias entre a população em geral é habitualmente baixo, mas as taxas de prevalência entre os grupos etários mais jovens são significativamente mais elevadas, e o consumo destas drogas pode ser particularmente alto em alguns contextos sociais ou entre alguns grupos culturais. Globalmente, as anfetaminas (anfetaminas e metanfetaminas) e o *ecstasy* figuram entre as drogas sintéticas mais prevalentes.

As anfetaminas e metanfetaminas são estimulantes do sistema nervoso central. Das duas drogas, as anfetaminas são claramente mais fáceis de obter na Europa. A nível mundial, os crescentes níveis de consumo das metanfetaminas suscitam grande preocupação, uma vez que esta droga está associada a vários problemas de saúde graves. O consumo significativo de metanfetaminas a nível europeu parece estar restringido à República Checa.

O *ecstasy* refere-se a substâncias sintéticas quimicamente relacionadas com as anfetaminas, mas que diferem um pouco destas quanto aos efeitos. O membro mais conhecido do grupo do *ecstasy* é o 3,4-metilenedioxi-metanfetamina (MDMA), mas podem encontrar-se outras substâncias análogas nas pastilhas de *ecstasy* (MDA, MDEA, etc.). Estas drogas são, por vezes, denominadas substâncias entactógenas, termo que se refere aos seus efeitos muito específicos de alteração do humor. Às vezes produzem efeitos mais habitualmente associados às substâncias alucinogénias.

Historicamente, o ácido lisérgico dietilamida (LSD) é, de longe, a droga alucinogénia mais conhecida, mas os seus níveis de consumo globais há muito tempo que se mantêm baixos e bastante estáveis. Recentemente, surgiram indícios de que há uma maior disponibilidade e um maior consumo de alucinogénios naturais, sobretudo de cogumelos alucinogénios.

Para detectar as novas drogas que surgem no mercado de droga europeu, a UE criou um sistema de alerta precoce, que também monitoriza as novas tendências potencialmente prejudiciais do consumo de substâncias psicoactivas.

Oferta e disponibilidade ⁽⁸¹⁾

É difícil quantificar a produção de anfetaminas e de *ecstasy* porque «se baseia em produtos químicos facilmente disponíveis e tem lugar em laboratórios fáceis de ocultar» (UNODC, 2003a). A estimativa mais recente da produção global anual de anfetaminas e de *ecstasy* é de 520 toneladas (UNODC, 2003b). As apreensões mundiais destas substâncias atingiram o auge no ano de 2000, com 46 toneladas. Depois de um declínio em 2001 e 2002, as apreensões voltaram a aumentar para 34 toneladas em 2003, e diminuíram ligeiramente para 29 toneladas em 2004. Em 2004, a percentagem de metanfetaminas nas apreensões globais de anfetaminas e *ecstasy* baixou para 38% (de 66% em 2003), representando o *ecstasy* 29% e as anfetaminas 20% (CND, 2006).

Anfetaminas

A produção mundial de anfetaminas continua a estar concentrada na Europa Ocidental e Central, em especial na Bélgica, Países Baixos e Polónia. Nesta sub-região, a Estónia, Lituânia e Bulgária também desempenham um papel significativo no fabrico ilegal de anfetaminas, bem como a Alemanha, a Espanha e a Noruega, embora em menor grau, como demonstrou o desmantelamento de laboratórios de anfetaminas nestes países, em 2004 (UNODC, 2006) ⁽⁸²⁾. Fora da Europa, as anfetaminas são principalmente produzidas na América do Norte e na Oceânia (CND, 2006). Em 2004, o tráfico de anfetaminas continuou a ser essencialmente intra-regional. A maior parte das anfetaminas encontradas nos mercados ilegais da Europa provém da Bélgica, dos Países Baixos e da Polónia, bem como da Estónia e da Lituânia (nos países nórdicos) (relatórios nacionais Reitox, 2005; OMA, 2005).

Das 6 toneladas de anfetaminas apreendidas a nível mundial em 2004, cerca de 97% foram apreendidas na Europa, principalmente na Europa Ocidental /Central e de Sudeste (respectivamente, 67% e 26% da quantidade global apreendida) (CND, 2006).

Estima-se que em 2004 tenham sido efectuadas 33 000 apreensões de anfetaminas na UE, equivalentes a 5,2 toneladas e a 9,6 milhões de unidades. Em termos do número de apreensões e do peso das anfetaminas

⁽⁸¹⁾ Ver «Interpretação dos dados sobre apreensões e outros dados relativos ao mercado», p. 37.

⁽⁸²⁾ O número de laboratórios desmantelados notificados nos diversos países reflecte, para além do número de locais de produção, as actividades e prioridades de aplicação da lei, bem como as práticas de comunicação de informações.

apreendidas, o Estado-Membro da UE que mais apreensões de anfetaminas tem efectuado, em permanência, é o Reino Unido ⁽⁸³⁾. A Turquia notificou a apreensão de 9,5 milhões de unidades de anfetaminas em 2004. Não obstante algumas flutuações, a nível da UE o número global de apreensões de anfetaminas ⁽⁸⁴⁾ e as quantidades ⁽⁸⁵⁾ apreendidas aumentaram desde 1999 e, tendo em conta os resultados apresentados pelos países que forneceram dados, esta tendência crescente parece ter continuado em 2004.

Neste ano, o preço médio das anfetaminas na venda a retalho variou entre 4 euros por grama na Eslovénia e 64 euros por grama em Malta ⁽⁸⁶⁾. Ao longo do período de 1999-2004, os preços das anfetaminas, indexados à inflação ⁽⁸⁷⁾, diminuíram globalmente na Alemanha, Espanha, Irlanda, Letónia, Lituânia, Suécia, Reino Unido, Bulgária, Turquia e Noruega ⁽⁸⁸⁾.

A pureza média das anfetaminas, em 2004, variou entre 5% e 6% na Bulgária e 44% na Noruega ⁽⁸⁹⁾. Os dados disponíveis ⁽⁹⁰⁾ sobre a pureza média das anfetaminas no período de 1999-2004 revelam tendências globalmente decrescentes na Letónia, Lituânia, Luxemburgo, Finlândia e Noruega, e tendências crescentes na Bélgica, Alemanha, França, Itália, Hungria e Áustria.

Metanfetaminas

A nível mundial, no que se refere às quantidades produzidas e traficadas, as metanfetaminas continuam a ser mais importantes do que as anfetaminas ou o *ecstasy*, embora a sua percentagem nas apreensões globais tenha diminuído em 2004. Continuam a ser principalmente produzidas na Ásia Oriental e do Sudeste (China, Filipinas, Mianmar, Tailândia), seguidas da América do Norte e Central (Estados Unidos, Canadá, México). Em 2004, foram apreendidas 11 toneladas de metanfetaminas a nível mundial, 59% das quais na Ásia Oriental e do Sudeste e 37% na América do Norte (CND, 2006). Na Europa, a produção de metanfetaminas está, em grande medida,

limitada à República Checa, onde tem sido produzida, desde meados da década de 80, sob a denominação local de «pervitin». Todavia, em 2004, a sua produção também foi notificada na Eslováquia e na Bulgária, países onde foram desmantelados laboratórios (relatórios nacionais Reitox, 2005; UNODC, 2006). A maior parte da produção checa de metanfetaminas destina-se ao mercado local, embora também seja traficada para a Alemanha, a Áustria e a Eslováquia (Relatórios Nacionais Reitox, 2005). Em 2004, foram notificadas apreensões de metanfetaminas na Bélgica, República Checa, Dinamarca, Estónia, Grécia, França, Letónia, Lituânia, Hungria, Áustria, Eslováquia, Suécia, Roménia e Noruega, sendo esta última responsável pelo maior número de apreensões e as maiores quantidades apreendidas ⁽⁹¹⁾.

Em 2004, foi comunicado que o preço ⁽⁹²⁾ das metanfetaminas a nível da venda a retalho variou, na República Checa, entre 12 e 63 euros por grama, ao passo que a sua pureza média ⁽⁹³⁾ oscilou entre 43% na Eslováquia e 50% na República Checa.

Ecstasy

Em termos globais, a Europa continua a ser o principal centro de produção de *ecstasy*, embora a sua importância relativa pareça estar a decrescer, já que essa produção alastrou a outras partes do mundo nos últimos anos, nomeadamente à América do Norte (Estados Unidos, Canadá) e ao Leste e Sudeste Asiático (China, Indonésia, Hong Kong) (CND, 2006; UNODC, 2006). Apesar de, em 2004, os Países Baixos terem continuado a ser a principal fonte de *ecstasy* para a Europa e o resto do mundo, também foram descobertos laboratórios de *ecstasy* na Bélgica, Estónia, Espanha e Noruega (relatórios nacionais Reitox, 2005; UNODC, 2006). Segundo as informações de que dispomos, o *ecstasy* apreendido na UE é originário dos Países Baixos e da Bélgica, e em menor grau da Polónia e do Reino Unido (relatórios nacionais Reitox, 2005).

⁽⁸³⁾ Esta situação deverá ser verificada quando estiverem disponíveis os dados em falta referentes ao ano de 2004 para o Reino Unido. Não existem dados disponíveis sobre o número de apreensões de anfetaminas e as quantidades de anfetaminas apreendidas em 2004 na Irlanda e o Reino Unido; os dados sobre as quantidades de anfetaminas apreendidas em 2004 não estavam disponíveis para a Eslovénia; os dados sobre o número de apreensões de anfetaminas em 2004 não se encontravam disponíveis para os Países Baixos. Nas estimativas, os dados em falta para 2004 foram substituídos por dados de 2003. Os dados sobre as quantidades apreendidas em 2004 fornecidos pelos Países Baixos eram meras estimativas, que não puderam ser incluídas na análise das tendências relativas a 2004.

⁽⁸⁴⁾ Ver quadro SZR-11 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽⁸⁵⁾ Ver quadro SZR-12 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽⁸⁶⁾ Ver quadro PPP-4 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽⁸⁷⁾ Tomando 1999 como ano de base para o valor da moeda em todos os países.

⁽⁸⁸⁾ No período de 1999-2004, houve dados disponíveis sobre os preços das anfetaminas durante, pelo menos, três anos consecutivos na Bélgica, Alemanha, Espanha, França, Irlanda, Letónia, Lituânia, Polónia, Suécia, Reino Unido, Bulgária, Turquia e Noruega.

⁽⁸⁹⁾ Ver quadro PPP-8 no Boletim Estatístico de 2006. Note-se que os níveis médios notificados em relação à pureza das anfetaminas ocultam uma grande variação na pureza das amostras analisadas.

⁽⁹⁰⁾ No período de 1999-2004, houve dados disponíveis sobre a pureza das anfetaminas durante, pelo menos, três anos consecutivos, na Bélgica, Alemanha, Estónia, França, Itália, Letónia, Lituânia, Luxemburgo, Hungria, Países Baixos, Polónia, Portugal, Finlândia, Reino Unido, Turquia e Noruega.

⁽⁹¹⁾ Os dados relativos a 2004 fornecidos pela Alemanha, Itália, Luxemburgo e Países Baixos não permitem fazer uma distinção entre as apreensões de metanfetaminas e de anfetaminas, ao passo que a Irlanda e o Reino Unido não forneceram dados sobre as apreensões de droga em 2004, tornando difícil saber se em 2004 houve apreensões de metanfetaminas nestes cinco países.

⁽⁹²⁾ Ver quadro PPP-4 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽⁹³⁾ Ver quadro PPP-8 no Boletim Estatístico de 2006.

O tráfico de *ecstasy* continua fortemente concentrado na Europa Ocidental, embora, tal como a produção, se tenha disseminado por todo o mundo nos últimos anos. Das 8,5 toneladas (equivalente-peso) de *ecstasy* apreendidas a nível mundial em 2004, 50% foram apreendidas na Europa Ocidental e Central, 23% na América do Norte e 16% na Oceânia (CND, 2006).

Um número estimado de 24 000 apreensões levou à confiscação de cerca de 28,3 milhões de comprimidos de *ecstasy* na União Europeia, em 2004. Até 2003, as maiores quantidades de *ecstasy* foram apreendidas pelo Reino Unido, seguido da Alemanha, França e Países Baixos ⁽⁹⁴⁾.

Após um rápido crescimento no período de 1999-2001, o número de apreensões de *ecstasy* ⁽⁹⁵⁾ a nível da UE diminuiu em 2002-2003; mas os dados dos países que forneceram informações indicam que voltou a crescer em 2004. As quantidades de *ecstasy* ⁽⁹⁶⁾ apreendidas aumentaram entre 1999 e 2002; após uma diminuição brusca para um nível baixo em 2003, os dados disponíveis em relação a 2004 sugerem que essas quantidades voltaram a atingir o nível de 2002.

Em 2004, o custo médio na venda a retalho dos comprimidos de *ecstasy* variou entre menos de 3 euros a unidade na Lituânia e na Polónia e entre os 15 e os 25 euros na Grécia e em Itália ⁽⁹⁷⁾. No período de 1999-2004, os preços médios de venda a retalho do *ecstasy*, indexados à inflação ⁽⁹⁸⁾, diminuíram na maioria dos países que forneceram dados ⁽⁹⁹⁾.

De um modo geral, na Europa, a maior parte dos comprimidos vendidos como *ecstasy* continha MDMA ou outra substância afim (MDEA, MDA), normalmente como única substância psicoactiva presente. Na República Checa, Grécia, Letónia, Lituânia, Hungria, Países Baixos,

Eslováquia, Finlândia, Reino Unido e Noruega, esses comprimidos correspondiam a mais de 95% do número total de comprimidos analisados em 2004. Uma exceção a este resultado verificou-se na Bulgária, onde uma elevada percentagem (61%) dos comprimidos analisados continha anfetaminas e/ou metanfetaminas como únicas substâncias psicoactivas. O teor em MDMA dos comprimidos de *ecstasy* varia muito de lote para lote (inclusive entre os que apresentam o mesmo logótipo), num mesmo país e entre países. Em 2004, o teor médio da substância activa (MDMA) por comprimido *ecstasy* variou, segundo as informações fornecidas, entre 30 e 82 mg ⁽¹⁰⁰⁾ (relatórios nacionais Reitox, 2005).

LSD

O LSD é fabricado e traficado a uma escala muito inferior à das outras drogas sintéticas. Em 2004, estima-se que foram efectuadas 700 apreensões de 220 000 unidades de LSD na UE. Em 2002, a Alemanha passou a ser o país que apreende maiores quantidades de LSD por ano, seguida pelo Reino Unido ⁽¹⁰¹⁾. Entre 1999 e 2002, o número de apreensões de LSD ⁽¹⁰²⁾ e as quantidades apreendidas ⁽¹⁰³⁾ diminuíram, a nível da União. No entanto, em 2003 e 2004, os dados disponíveis sugerem que o número de apreensões de LSD e as quantidades apreendidas aumentaram pela primeira vez em 9 anos, com a apreensão de quantidades relativamente grandes da droga na Alemanha, França, Lituânia, Países Baixos e Polónia em 2004.

Em 2004, o custo médio no consumidor de uma unidade de LSD variava entre 2,5 euros em Portugal e 11,6 euros em Malta ⁽¹⁰⁴⁾. Os preços médios de LSD, indexados à inflação ⁽¹⁰⁵⁾, revelaram uma tendência decrescente global ⁽¹⁰⁶⁾ entre 1999 e 2004 na República Checa, Irlanda, Polónia, Eslovénia e Suécia, mas aumentaram na Alemanha e em França.

⁽⁹⁴⁾ Esta situação deverá ser verificada quando estiverem disponíveis os dados em falta referentes ao ano de 2004 para o Reino Unido. Não existiam dados disponíveis sobre o número de apreensões de *ecstasy* e as quantidades apreendidas em 2004 na Irlanda e o Reino Unido; os dados sobre o número de apreensões de *ecstasy* em 2004 não se encontravam disponíveis para os Países Baixos. Nas estimativas, os dados em falta para 2004 foram substituídos por dados de 2003. Os dados sobre as quantidades apreendidas em 2004 fornecidos pelos Países Baixos eram meras estimativas, que não puderam ser incluídas na análise das tendências relativas a 2004.

⁽⁹⁵⁾ Ver quadro SZR-13 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽⁹⁶⁾ Ver quadro SZR-14 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽⁹⁷⁾ Ver quadro PPP-4 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽⁹⁸⁾ Tomando 1999 como ano de base para o valor da moeda em todos os países.

⁽⁹⁹⁾ No período de 1999-2004, existiam dados sobre os preços do *ecstasy* disponíveis em relação a, pelo menos, três anos consecutivos na Bélgica, República Checa, Alemanha, Espanha, França, Irlanda, Chipre, Letónia, Lituânia, Luxemburgo, Polónia, Portugal, Eslovénia, Suécia, Reino Unido, Bulgária, Turquia e Noruega.

⁽¹⁰⁰⁾ Este intervalo baseia-se apenas em dados de alguns países, nomeadamente Dinamarca, Alemanha, França, Luxemburgo e Países Baixos.

⁽¹⁰¹⁾ Esta situação deverá ser verificada quando estiverem disponíveis os dados em falta referentes ao ano de 2004 para o Reino Unido. Não existiam dados disponíveis sobre o número de apreensões de LSD e as quantidades apreendidas em 2004 na Irlanda e o Reino Unido; os dados sobre o número de apreensões de LSD não se encontravam disponíveis para Chipre, Países Baixos, Polónia e Bulgária. Nas estimativas, os dados em falta para 2004 foram substituídos por dados de 2003. Os dados sobre as quantidades apreendidas em 2004 fornecidos pelos Países Baixos eram meras estimativas, que não puderam ser incluídas na análise das tendências relativas a 2004.

⁽¹⁰²⁾ Ver quadro SZR-15 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽¹⁰³⁾ Ver quadro SZR-16 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽¹⁰⁴⁾ Ver quadro PPP-4 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽¹⁰⁵⁾ Tomando 1999 como ano de base para o valor da moeda em todos os países.

⁽¹⁰⁶⁾ No período de 1999-2004, havia dados disponíveis sobre os preços do LSD em relação a três anos consecutivos, pelo menos, na República Checa, Alemanha, Espanha, França, Irlanda, Lituânia, Polónia, Portugal, Eslovénia, Suécia, Reino Unido, Roménia e Noruega.

Medidas internacionais contra a produção e o tráfico de anfetaminas e ecstasy

A Europol tem vindo a executar o projecto Synergy, no domínio das drogas sintéticas, desde Dezembro de 2004 ⁽¹⁰⁷⁾. Este projecto é apoiado por 20 Estados-Membros da UE e alguns países terceiros, e inclui um ficheiro de trabalho para fins de análise com subprojectos operacionais realizados em vários países da UE, bem como diversos instrumentos utilizados para fins analíticos e estratégicos, como o Sistema de Logótipos de Ecstasy (EELS) da Europol (incluindo o catálogo sobre os logótipos do Ecstasy) e o sistema de comparação de laboratórios clandestinos de drogas ilícitas (ELICS). A Europol continua a apoiar o projecto CHAIN ⁽¹⁰⁸⁾ relativo à caracterização das anfetaminas e a Unidade Comum Europeia em matéria de precursores [European Joint Unit on Precursors (EUJP)]. Para além da prestação de assistência especializada *in loco* ao desmantelamento da produção ilegal de drogas sintéticas, os subprojectos mais recentes têm incidido sobre a comparação dos laboratórios desmantelados, a detecção de lixeiras químicas como pontos de partida para as investigações, a investigação das máquinas de fabrico de comprimidos e do tráfico de substâncias químicas precursoras para os países da União Europeia.

O projecto *Prism* é uma iniciativa internacional criada para prevenir o desvio de precursores químicos utilizados no fabrico ilegal de drogas sintéticas, através de um sistema de notificação prévia das exportações realizadas no âmbito do comércio legal ao Conselho Internacional para o Controlo de Estupefacientes (International Narcotics Control Board — INCB) e da notificação dos carregamentos interceptados e das apreensões efectuadas quando há operações suspeitas.

A efedrina e a pseudoefedrina são precursores essenciais para o fabrico de metanfetaminas, sendo também o 1-fenil-2-propanona (P-2-P) utilizado para fabricar anfetaminas; o 3,4-metilenedioxifenil-2-propanona (3,4-MDP-2-P), o safrolo e os óleos com safrolo são utilizados no fabrico ilegal de MDMA, e o piperonal também é utilizado para sintetizar o MDA ⁽¹⁰⁹⁾.

Em 2004, o comércio legal de efedrina e pseudoefedrina elevou-se, no total, a 526 e 1 207 toneladas, respectivamente. As maiores apreensões destas substâncias químicas registaram-se na América do Norte e no Sudeste Asiático, mas o facto de as apreensões terem alastrado a todas as regiões suscita preocupação. O tráfico de efedrina e pseudoefedrina para a Europa é sobretudo

originário da Ásia Ocidental. Em 2004, foram apreendidas na Europa 2,6 toneladas de efedrina e 1 kg de pseudoefedrina ⁽¹¹⁰⁾. Em geral, as quantidades apreendidas eram pequenas e oriundas de muitos laboratórios diferentes, a maioria dos quais localizada na República Checa, embora se tenha verificado na Grécia uma grande apreensão de efedrina proveniente do Paquistão.

As actividades do projecto *Prism* na Europa centraram-se na prevenção do contrabando de 3,4-MDP-2-P e de P-2-P para a UE para utilização no fabrico ilegal de MDMA e de anfetaminas, respectivamente. Em 2004, as apreensões de 3,4-MDP-2-P e P-2-P foram as maiores de sempre a nível mundial, sendo a Europa responsável pelas maiores quantidades de 3,4-MDP-2-P e os Estados Unidos pelas maiores quantidades de P-2-P apreendidas. Em 2004, as apreensões na Europa elevaram-se a 10 161 litros de 3,4-MDP-2-P no total (a maior parte nos Países Baixos e na Bélgica) e a 9 297 litros de P-2-P (sobretudo na Polónia e nos Países Baixos) ⁽¹¹¹⁾.

O piperonal tem muitas utilizações legais, mas também pode ser usado como precursor no fabrico de 3,4-MDP-2-P, MDA ou MDMA (INCB, 2006b). Entre Novembro de 2004 e Outubro de 2005, foram notificados ao INCB (2006b) mais de 150 carregamentos de 3 800 toneladas. Em 2004, as maiores apreensões de piperonal foram notificadas pela China (13 toneladas); na Europa foram apreendidas 2,4 toneladas, quase todas na Roménia ⁽¹¹²⁾.

São comunicadas apreensões de safrolo por todas as regiões do mundo, mas as quantidades continuam a ser pequenas, excepto na China, que comunica apreensões superiores a 100 kg. Na Europa, foram apreendidos 122 litros de safrolo em 2004, tendo a maior parte sido na Letónia mas também na Lituânia.

Prevalência e padrões de consumo

Tradicionalmente, os inquéritos à população têm revelado que, a seguir à *cannabis*, as anfetaminas e o *ecstasy* são as substâncias ilegais mais consumidas, apesar de a prevalência global do seu consumo ser inferior à da *cannabis*. O consumo de *ecstasy* popularizou-se na década de 90, enquanto as anfetaminas são consumidas há muito mais tempo.

Entre os Estados-Membros da UE, o consumo de anfetaminas ⁽¹¹³⁾ e de *ecstasy* apenas parece ser relativamente elevado em alguns países, nomeadamente na República Checa, Estónia e Reino Unido.

⁽¹⁰⁷⁾ O projecto Synergy resultou da fusão dos projectos CASE e Genesis, que começaram em 2002.

⁽¹⁰⁸⁾ A Collaborative Harmonised Anfetaminas INitiative (CHAIN) (iniciativa harmonizada de cooperação no domínio das anfetaminas) é uma iniciativa de caracterização forense que substituiu o projecto-piloto CASE.

⁽¹⁰⁹⁾ Todas enumeradas no quadro I da Convenção de 1988.

⁽¹¹⁰⁾ Os dados das apreensões não incluem as quantidades envolvidas nos carregamentos interceptados.

⁽¹¹¹⁾ Os dados das apreensões não incluem as quantidades envolvidas nos carregamentos interceptados.

⁽¹¹²⁾ Os dados das apreensões não incluem as quantidades envolvidas nos carregamentos interceptados.

⁽¹¹³⁾ No âmbito dos inquéritos à população, os dados relativos ao «consumo de anfetaminas» incluem o consumo de «anfetaminas» e o de «metanfetaminas» numa única categoria.

Alguns inquéritos recentemente realizados entre a população adulta (15-64 anos) mostram que a prevalência do consumo de anfetaminas ao longo da vida, na Europa, oscila entre 0,1% e 5,9%, excepto no Reino Unido (Inglaterra e País de Gales), onde atinge 11,2%. Em média, cerca de 3,1% dos adultos europeus consumiram anfetaminas pelo menos uma vez. A seguir ao Reino Unido, os países com valores mais elevados são a Dinamarca (5,9%), a Noruega (3,6%) e a Alemanha (3,4%). O consumo no último ano é muito inferior: 0,6% em média (variação 0%-1,4%). Com base nos inquéritos à população em geral, estima-se que quase 10 milhões de europeus experimentaram esta substância e mais de 2 milhões terão consumido anfetaminas nos 12 meses anteriores⁽¹¹⁴⁾.

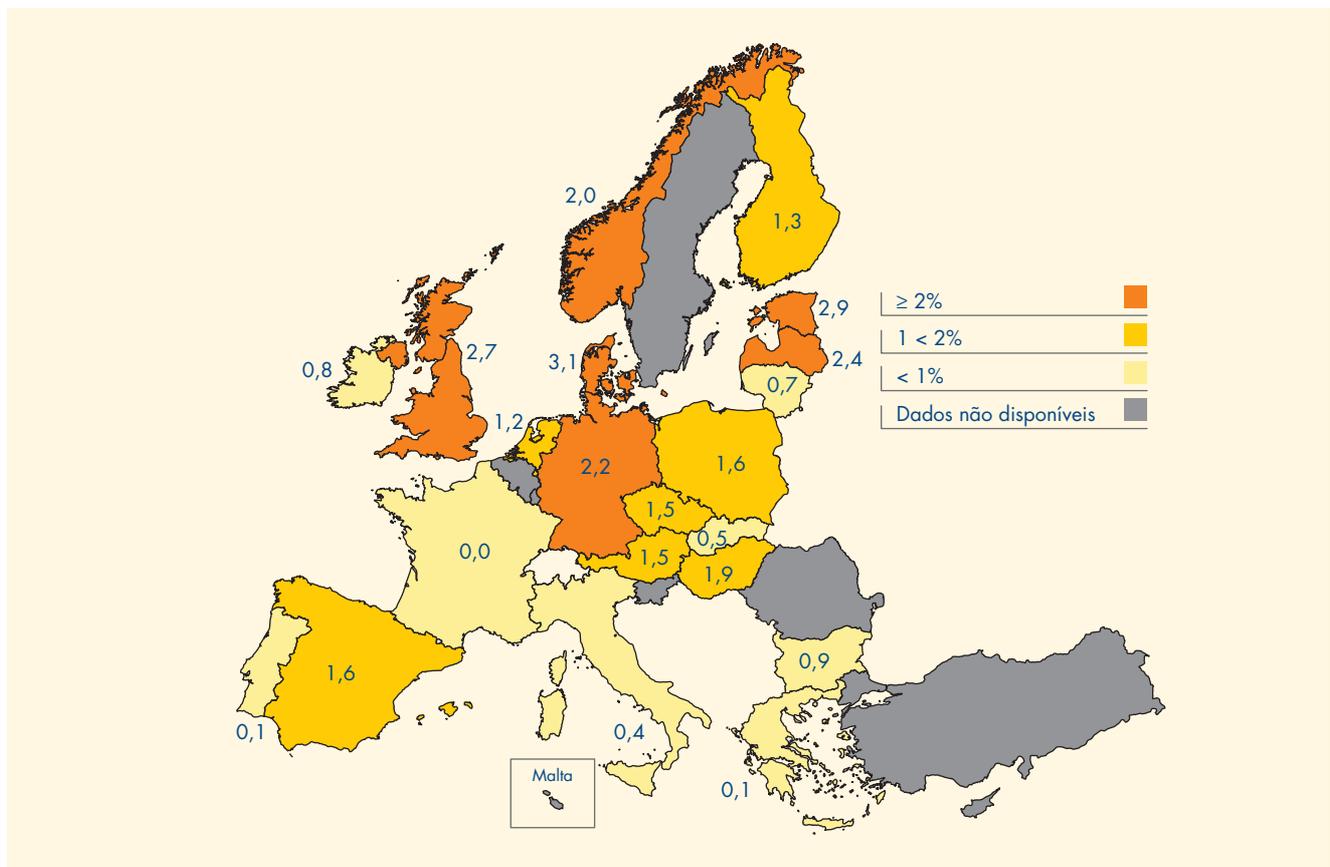
Entre os jovens adultos (15-34 anos) o consumo experimental de anfetaminas varia, segundo os dados fornecidos, entre 0,1% e 9,6%, mencionando o Reino Unido (Inglaterra e País de Gales) uma taxa de prevalência ao longo da vida de 16,5% (a qual poderá reflectir um fenómeno histórico, ver infra). Metade dos países que forneceram dados tem taxas de prevalência inferiores a 4%, sendo as taxas mais elevadas, a seguir à do Reino Unido, referidas pela Dinamarca

(9,6%), Noruega (5,9%) e Alemanha (5,4%). Uma média de 4,8% dos jovens europeus experimentou anfetaminas. A Dinamarca (3,1%) e a Estónia (2,9%) são os países que comunicam taxas de prevalência mais elevadas para o último ano⁽¹¹⁵⁾. Estima-se que, em média, 1,4% dos jovens europeus consumiram anfetaminas no último ano (ver também figura 4).

O *ecstasy* foi consumido a título experimental por 0,2% a 7,1% dos adultos (2,6% em média). Metade dos países menciona taxas de prevalência de 1,8% ou menos, sendo as taxas de prevalência mais elevadas comunicadas pela República Checa (7,1%) e pelo Reino Unido (6,7%). A prevalência do consumo de *ecstasy* no último ano varia entre 0,2% e 3,5%, mas metade dos países refere taxas de prevalência de 0,5% ou menos. Estima-se que quase 8,5 milhões de europeus experimentaram *ecstasy*, e quase 3 milhões consumiram-no no último ano.

Entre os jovens adultos dos diversos países europeus, a prevalência do consumo de *ecstasy* ao longo da vida é de 5,2%, variando entre 0,5% e 14,6%, embora metade dos países refira taxas inferiores a 3,6%. A República Checa (14,6%), o Reino Unido (12,7%) e a Espanha (8,3%) são os

Figura 4: Prevalência no último ano do consumo de anfetaminas entre os jovens adultos (15-34 anos)



NB: Os dados provêm dos inquéritos nacionais mais recentes disponíveis em cada país quando os relatórios foram elaborados. Ver quadros GPS-8 e GPS-11 no Boletim Estatístico de 2006 para mais informações.

Fontes: Relatórios nacionais Reitox (2005), extraídos de inquéritos à população, relatórios ou artigos científicos.

⁽¹¹⁴⁾ Ver método de cálculo na nota de rodapé ⁽⁵³⁾.

⁽¹¹⁵⁾ Ver figuras GPS-15 e GPS-16 no Boletim Estatístico de 2006.

Estados-Membros que mencionam as taxas de prevalência mais elevadas.

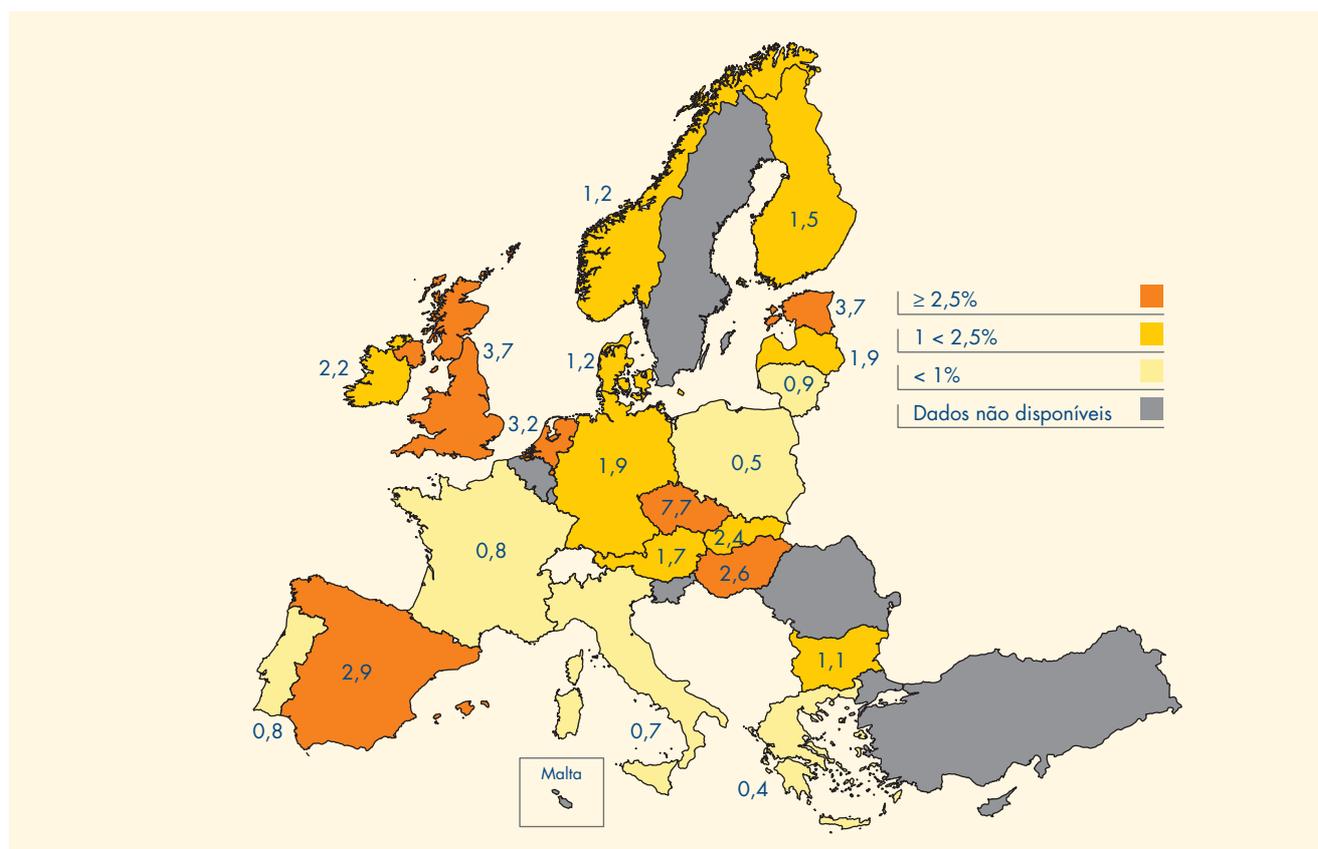
O consumo de *ecstasy* é um fenómeno predominantemente juvenil. Na faixa etária dos 15 aos 24 anos, o consumo ao longo da vida varia entre 0,4% e 18,7%, sendo os valores mais elevados mencionados pela República Checa (18,7%) ⁽¹¹⁶⁾ e o Reino Unido (10,7%), com taxas superiores entre os jovens do sexo masculino (0,3%-23,2%) do que entre os do sexo feminino (0,4%-13,9%). O consumo no último ano varia entre 0,3% e 12%, sendo os valores mais elevados comunicados pela República Checa (12%) e pela Estónia (6,1%) (figura 5). Sete países comunicam taxas de prevalência no último mês inferiores a 3%. As taxas de prevalência são habitualmente mais elevadas nas zonas urbanas e, em especial, entre os frequentadores de discotecas, clubes ou eventos de dança (ver tema específico relativo ao consumo de droga em contextos recreativos).

Os inquéritos mostram que a prevalência global do consumo de *ecstasy* ao longo da vida entre os estudantes

de 15 e 16 anos aumentou no período de 1995 a 2003, registando-se os maiores aumentos na República Checa e na maior parte dos novos Estados-Membros da UE ⁽¹¹⁷⁾. Os inquéritos escolares ESPAD realizados em 2003 (Hibell et al., 2004) mostraram que as estimativas da prevalência do consumo de anfetaminas ao longo da vida continuaram a ser 1% a 3% mais elevadas do que as do consumo de *ecstasy* em seis Estados-Membros (Alemanha, Dinamarca, Estónia, Lituânia, Áustria e Polónia) ⁽¹¹⁸⁾.

Como elemento de comparação, no inquérito nacional sobre o consumo de droga a saúde realizado em 2004 nos Estados Unidos, 4,6% dos adultos (pessoas a partir dos 12 anos) comunicaram ter experimentado *ecstasy* ao longo da vida e 0,8% tê-lo consumido no último ano (comparativamente, os valores correspondentes para a UE são de 2,6% e 0,9%). Entre os jovens adultos de idades compreendidas entre 16 e 34 anos, a experiência ao longo da vida era de 11,3%, e o consumo no último ano de 2,2% (5,2% e 1,9%, respectivamente, na Europa) ⁽¹¹⁹⁾.

Figura 5: Prevalência no último ano do consumo de *ecstasy* entre os jovens adultos (15-34 anos)



NB: Os dados provêm dos inquéritos nacionais mais recentes disponíveis em cada país quando os relatórios foram elaborados. Ver quadros GPS-8 e GPS-11 no Boletim Estatístico de 2006 para mais informações.

Fontes: Relatórios nacionais Reitox (2005), extraídos dos inquéritos à população, relatórios ou artigos científicos.

⁽¹¹⁶⁾ Na República Checa, foi inquirida a faixa etária dos 18 aos 24 anos.

⁽¹¹⁷⁾ Ver figura EYE-2 (part i) no Boletim Estatístico de 2006.

⁽¹¹⁸⁾ Ver figura EYE-2 (part vi) no Boletim Estatístico de 2006.

⁽¹¹⁹⁾ Fonte: SAMHSA, Office of Applied Studies, 2004 National Survey on Drug Use and Health (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). Note-se que a faixa etária para «todos os adultos» no inquérito dos EUA (a partir dos 12 anos) é mais ampla do que a faixa etária comunicada pelo OEDT para os inquéritos realizados na UE (15-64 anos). Os valores relativos aos «jovens adultos» (16-34 anos) no inquérito dos EUA foram recalculados pelo OEDT.

A experiência de consumo de LSD ao longo da vida entre a população adulta varia entre 0,2% e 5,9%, com dois terços dos países a comunicarem taxas de prevalência entre 0,4% e 1,7%. Entre os jovens adultos (15-34 anos), a prevalência do consumo de LSD ao longo da vida varia entre 0,3% e 9%, e na faixa etária 15-24 anos não ultrapassa 4,5%. A prevalência do consumo desta droga no último ano na faixa etária dos 15 aos 24 anos só é superior a 1% na República Checa, Estónia, Letónia, Hungria, Polónia e Bulgária.

Tendências

Os novos inquiridos à população produziram indícios de que o consumo de anfetaminas e de *ecstasy*, que tem revelado uma tendência crescente nos últimos anos, poderá estar a estabilizar ou mesmo a diminuir. No Reino Unido, bem como em dois outros Estados-Membros, onde o consumo destas drogas tem sido relativamente elevado (República Checa e Espanha), o consumo de anfetaminas no último ano, entre os jovens adultos, está alegadamente a estabilizar ou mesmo a diminuir ⁽¹²⁰⁾. Do mesmo modo, o consumo de *ecstasy* parece estar a estabilizar ou até a sofrer um declínio em dois países de prevalência elevada, Espanha e Reino Unido, embora o mesmo não aconteça na República Checa ⁽¹²¹⁾.

Dados sobre a procura de tratamento: anfetaminas e *ecstasy* ⁽¹²²⁾

Apesar de o número de pedidos de tratamento por consumo de anfetaminas e de *ecstasy* estar a aumentar, este tipo de consumo de droga raramente está na base da procura de tratamento da toxicod dependência na maioria dos países ⁽¹²³⁾. Uma excepção importante é o facto de alguns países referirem uma percentagem substancial de pedidos de tratamento relacionados com o consumo de anfetaminas ou de metanfetaminas. Na República Checa, Eslováquia, Finlândia e Suécia estas drogas são responsáveis por entre um quarto e cerca de metade dos pedidos de tratamento ⁽¹²⁴⁾. Na República Checa e na Eslováquia, uma grande percentagem da procura de tratamento registada está relacionada com problemas de dependência principal de metanfetaminas (ver caixa sobre as metanfetaminas). Nos países onde os consumidores de anfetaminas são responsáveis por uma percentagem substancial dos pedidos de tratamento, um a dois terços desses utentes injectam a droga ⁽¹²⁵⁾.

De acordo com os dados fornecidos, os pedidos de tratamento relacionados com o consumo de *ecstasy*

O consumo de metanfetaminas e problemas conexos

Têm sido notificados problemas significativos com o consumo de metanfetaminas em muitas partes do mundo, nomeadamente nos EUA, no Sudeste Asiático e no Pacífico, e em África (UNODC, 2006). O consumo de metanfetaminas pode causar problemas médicos graves, incluindo psicose e dependência, e estar associado a comportamentos de risco, incluindo alguns susceptíveis de levar à transmissão do HIV.

Historicamente, o consumo de metanfetaminas na Europa tem-se concentrado na República Checa, onde se estima que o número de consumidores problemáticos de metanfetaminas (pervitin) corresponda ao dobro (20 300) do dos consumidores problemáticos de opiáceos (9 700). Nos últimos anos, as metanfetaminas passaram a ser a droga primária mais frequentemente citada entre as pessoas que procuram tratamento pela primeira vez na Eslováquia, e também já foram detectados níveis elevados de consumo de metanfetaminas entre algumas subpopulações da Hungria. Nos seus relatórios Reitox relativos a 2005, sete outros países (Dinamarca, França, Letónia, Eslovénia, Reino Unido, Bulgária e Noruega) mencionaram um aumento das apreensões e/ou do consumo desta droga, principalmente entre os frequentadores assíduos de discotecas e festas. As informações actualmente disponíveis não permitem tirar conclusões sólidas sobre as tendências do consumo de metanfetaminas nestes países. No entanto, a expansão das metanfetaminas noutras regiões do mundo e o potencial desta droga para causar problemas de saúde significativos leva a que este domínio exija uma vigilância contínua.

representam menos de 1% da procura total de tratamento na maioria dos países, com excepção de Chipre, Hungria, Irlanda e Turquia, onde os consumidores de *ecstasy* constituem 4% a 6% do total de utentes em busca de tratamento.

Tendências novas e emergentes

As estimativas da prevalência do consumo de drogas novas ou emergentes são muito inferiores às do consumo de drogas ilegais mais estabelecidas. É provável que, inicialmente, os novos tipos de consumo de droga sejam adoptados por um pequeno número de pessoas, em pequenas subpopulações ou locais e contextos geográficos limitados. Consequentemente, a identificação e a monitorização das tendências emergentes exige um tipo de abordagem diferente do utilizado para monitorizar os principais tipos de consumo de droga.

⁽¹²⁰⁾ Ver figuras GPS-6 e GPS-17 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽¹²¹⁾ Ver figuras GPS-8, GPS-18 e GPS-30 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽¹²²⁾ Ver nota de rodapé ⁽⁷⁰⁾.

⁽¹²³⁾ Ver figura TDI-1 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽¹²⁴⁾ Ver quadro TDI-5 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽¹²⁵⁾ Ver quadro TDI-17 (parte iii) no Boletim Estatístico de 2006.

Cogumelos alucinogénios: estudo de caso de uma tendência emergente

Até há pouco tempo, o LSD era a substância alucinogénia mais consumida. Esta situação poderá estar agora a mudar, uma vez que o consumo de cogumelos alucinogénios ⁽¹²⁶⁾ tem vindo a ser cada vez mais mencionado.

A disponibilidade de cogumelos alucinogénios parece ter aumentado desde finais da década de 90, altura em que começaram a ser comercializados lado a lado com outros produtos «naturais» em «smart shops», nos Países Baixos e noutros países ⁽¹²⁷⁾. Por exemplo, no Reino Unido, no início da década de 2000, o número de lojas que vendiam cogumelos alucinogénios aumentou, e em 2005 estimava-se que eram vendidos em cerca de 300 lojas e tendas de mercado em todo o país. Os cogumelos alucinogénios também começaram a ser vendidos através da Internet, com sítios, sobretudo holandeses, que comercializam cogumelos frescos, kits de cultivo e «carimbo» (*prints*) de esporos. A comercialização em linha dos cogumelos alucinogénios é realizada em várias línguas, principalmente em inglês, francês e alemão, o que sugere a existência de uma ampla base de consumidores a nível internacional.

Inquéritos recentemente realizados à população adulta e à população escolar da UE indicam que, entre os jovens dos 15 aos 24 anos, o consumo ao longo da vida de cogumelos alucinogénios varia entre menos de 1% e 8% ⁽¹²⁸⁾. As estimativas da prevalência ao longo da vida do consumo de cogumelos alucinogénios entre os estudantes de 15-16 anos são idênticas, ou superiores, às estimativas da prevalência do consumo de *ecstasy* ao longo da vida em nove Estados-Membros da UE (Hibell et al., 2004). Contudo, há indícios de que as taxas de continuação são mais baixas para os cogumelos alucinogénios do que para a maioria das outras drogas. Esta é uma característica comum do consumo de alucinogénios e reflecte o facto de os jovens preferirem, de um modo geral, limitar este tipo de consumo à experimentação, raramente desenvolvendo padrões de consumo regular.

São raras as notícias de problemas de saúde agudos ou crónicos que exijam intervenção médica causados pelo consumo de cogumelos alucinogénios. No entanto, alguns países alteraram as suas legislações em resposta ao consumo dessas substâncias alucinogénias pelos jovens. Apesar de os princípios activos dos cogumelos, a psilocibina e a psilocina, estarem controlados a nível internacional pela Convenção das Nações Unidas de 1971 sobre Substâncias Psicotrópicas, até há pouco tempo foi muitas vezes deixado

ao critério dos procuradores públicos se estas substâncias são ou não proibidas quando estão contidas num cogumelo, para não penalizar os proprietários de terrenos onde tais cogumelos crescem naturalmente. Seis países (Dinamarca, Alemanha, Estónia, Irlanda, Países Baixos e Reino Unido) adoptaram legislações mais rigorosas relativamente aos cogumelos nos últimos cinco anos. As alterações por eles introduzidas estendem a proibição aos cogumelos alucinogénios, embora os controlos legais nem sempre sejam exactamente aplicáveis aos mesmos cogumelos ou estados de preparação.

Em 2004, foram notificadas apreensões de cogumelos alucinogénios na República Checa, Alemanha, Estónia, Grécia, Lituânia, Hungria, Países Baixos, Polónia, Portugal, Eslovénia, Eslováquia, Suécia e Noruega ⁽¹²⁹⁾. O número de apreensões policiais de cogumelos alucinogénios e as quantidades apreendidas são geralmente baixos, não sendo possível detectar tendências claras a partir destes dados.

GHB e cetamina

Tanto o gama-hidroxiturato (GHB) como a cetamina estão a ser monitorizados depois das preocupações que surgiram na UE no ano 2000 a respeito do consumo destas drogas para fins recreativos ⁽¹³⁰⁾. Em Março de 2001, o sistema de controlo da droga das Nações Unidas acrescentou o GHB à lista de drogas controladas a nível internacional e, em consequência disso, todos os Estados-Membros da UE têm vindo a actualizar a sua legislação sobre esta substância. Mais recentemente, em Março de 2006, o INCB recomendou que a OMS acelerasse a sua análise para determinar se a cetamina deve ser ou não colocada sob controlo internacional (INCB, 2006a). A nível nacional, a cetamina é controlada ao abrigo da legislação em matéria de droga, e não da regulamentação relativa aos medicamentos, em quase metade dos Estados-Membros da UE.

Os poucos dados disponíveis sobre a prevalência do GHB e da cetamina sugerem que o consumo destas substâncias estabilizou em níveis baixos na maior parte dos países. Os estudos das populações que apresentam uma prevalência elevada sugerem que, mesmo entre os consumidores regulares de drogas recreativas, estas duas drogas poderão ser menos consumidas do que outras substâncias, como as anfetaminas, o *ecstasy*, o LSD e os cogumelos alucinogénios.

As mortes e as emergências não fatais notificadas como estando associadas ao consumo do GHB e da cetamina são

⁽¹²⁶⁾ No presente relatório, o termo cogumelos alucinogénios refere-se apenas aos fungos que contêm as substâncias activas psilocibina e psilocina. As espécies de fungos com outras substâncias psicoactivas são consumidas mais raramente. Ver mais informações no documento temático do OEDT sobre os cogumelos alucinogénios (www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=400).

⁽¹²⁷⁾ Estas lojas vendem produtos legais e predominantemente naturais, incluindo cogumelos alucinogénios.

⁽¹²⁸⁾ Dados do OEDT provenientes do Questionário-Modelo Europeu. Onze Estados-Membros fornecem dados sobre os cogumelos alucinogénios (República Checa, Dinamarca, Alemanha, França, Irlanda, Lituânia, Hungria, Países Baixos, Polónia, Finlândia, Reino Unido).

⁽¹²⁹⁾ Relatórios nacionais Reitox (Alemanha, Estónia, Países Baixos, Noruega) e questionário da rede do sistema de alerta precoce do OEDT (República Checa, Grécia, Hungria, Polónia, Portugal, Eslovénia, Eslováquia, Suécia).

⁽¹³⁰⁾ Relatório da avaliação do risco da acção comum 2000.

muito raras. Contudo, a inexistência de sistemas precisos e comparáveis de registo das mortes e das emergências não fatais relacionadas com o consumo destas substâncias limita os dados disponíveis neste domínio. Dois países notificaram mortes relacionadas com o GHB, normalmente associado a outras drogas. O Serviço de Saúde Municipal de Amesterdão registou um aumento do número anual de emergências não fatais atribuíveis ao consumo de GHB de 25 em 2000 para 98 em 2004, mais do que o número de emergências médicas atribuídas ao consumo de *ecstasy*, anfetaminas, LSD ou cogumelos alucinogénios. Na Suécia, os casos de detecção de GHB (ou dos seus precursores GBL e 1,4-BD) em amostras de fluidos corporais aumentou de 24 em 1997 para 367 em 2004. Também foram comunicadas mortes associadas ao GHB na Suécia: entre 1996 e 2004 a droga foi detectada em 36 mortes relacionadas com o consumo de droga, tendo nove delas ocorrido em 2004. Em Inglaterra e no País de Gales, em 2003, o GHB foi mencionado no relatório de medicina legal de três mortes, e numa delas o GHB foi a única droga referida (ONS, 2006). Contudo, as informações toxicológicas de um hospital do Reino Unido, que abrange uma vasta região, indicam que o GHB foi detectado em cinco mortes entre Maio e Dezembro de 2005 ⁽¹³¹⁾.

Dado que o GHB é solúvel na água e no álcool, e devido aos seus efeitos potencialmente incapacitantes, frequentemente seguidos de amnésia, tem suscitado o receio de estar a ser utilizado na facilitação de abusos sexuais (os denominados «date rapes»). No entanto, como há casos que podem não ser notificados e os dados forenses são escassos, sendo tais crimes difíceis de provar, não há provas sólidas sobre a amplitude deste fenómeno. São, por isso, necessários mais estudos para determinar a natureza e a dimensão desta evolução potencialmente preocupante.

Medidas relativas às novas drogas

Houve uma transição suave, sem rupturas no intercâmbio de informações, em 2005, ano em que a acção comum de 1997 foi substituída pela nova decisão do Conselho (2005/387/JAI). Foram oficialmente notificadas, pela primeira vez, 14 novas substâncias psicoactivas, no total, ao OEDT e à Europol. Todas elas são drogas psicotrópicas (sintéticas), semelhantes às que constam das Listas I e II da Convenção das Nações Unidas de 1971 sobre Substâncias Psicotrópicas. As substâncias recém-notificadas pertenciam aos três principais grupos de substâncias químicas — fenetilaminas, triptaminas e piperazinas. Várias substâncias destes grupos foram anteriormente notificadas pelo sistema de alerta precoce (EWS) e estão a ser monitorizadas por ele ⁽¹³²⁾.

Decisão do Conselho sobre as novas substâncias psicoactivas

A Decisão 2005/387/JAI do Conselho, de 10 de Maio de 2005, relativa ao intercâmbio de informações, avaliação de riscos e controlo de novas substâncias psicoactivas ⁽¹⁾ institui um mecanismo de intercâmbio rápido de informações sobre novas substâncias psicoactivas que possam constituir uma ameaça social e para a saúde pública, permitindo, assim, que as instituições da UE e os Estados-Membros tomem medidas em relação aos novos estupefacientes e drogas psicotrópicas que surgem no mercado de droga europeu. Ao OEDT e à Europol, em estreita cooperação com as suas redes — os pontos focais nacionais da Reitox (PFN) e as unidades nacionais da Europol (ENU), respectivamente — foi atribuído um papel central na detecção e na notificação das novas substâncias psicoactivas. A decisão também prevê uma avaliação dos riscos associados a estas novas substâncias, a fim de permitir que as medidas aplicáveis nos Estados-Membros aos estupefacientes e substâncias psicotrópicas ⁽²⁾ sejam igualmente aplicáveis às novas substâncias psicoactivas, se for caso disso. A decisão alarga o âmbito da Acção Comum de 1997 ⁽³⁾, exclusivamente consagrada às novas drogas sintéticas, e substitui-a, embora mantenha a abordagem em três fases introduzida pela acção comum: intercâmbio de informações/alerta rápido, avaliação dos riscos e tomada de decisões.

⁽¹⁾ A Decisão 2005/387/JAI do Conselho relativa ao intercâmbio de informações, avaliação de riscos e controlo de novas substâncias psicoactivas foi publicada no *Jornal Oficial da União Europeia* em 20 de Maio de 2005 (JO L 127, p. 32 a 37) e entrou em vigor em 21 de Maio de 2005. A decisão é aplicável a substâncias que não estão actualmente incluídas nas listas das convenções das Nações Unidas de 1961 e 1971 sobre o controlo da droga.

⁽²⁾ Em conformidade com as disposições da Convenção Única das Nações Unidas de 1961 sobre os estupefacientes e da Convenção Única das Nações Unidas de 1971 sobre substâncias psicotrópicas.

⁽³⁾ Acção comum de 16 de Junho de 1997 relativa ao intercâmbio de informações, avaliação de risco e controlo das novas drogas sintéticas (JO L 167 de 25.6.1997).

A evolução mais significativa ocorrida em 2005 foi o aparecimento e a rápida expansão da nova substância psicoactiva 1-(3-clorofenil) piperazina (mCPP). A mCPP é uma piperazina substituível pelo aril, tal como a benzilpiperazina (BZP), uma substância monitorizada pelo EWS desde 1999. As primeiras notificações oficiais da detecção de mCPP foram recebidas pelo OEDT e pela Europol em Fevereiro/Março de 2005, e referiam-se a amostras colhidas em França e na Suécia. Em finais de

⁽¹³¹⁾ Informações do sistema de alerta precoce. É provável que o número relativamente elevado de mortes relacionadas com o consumo de GHB no presente relatório reflecta o interesse do laboratório do hospital pela investigação do GHB.

⁽¹³²⁾ Das nove drogas sintéticas novas sujeitas a avaliação dos riscos, entre 1997 e 2004, ao abrigo da acção comum, foram subsequentemente controladas seis substâncias a nível da UE, todas elas pertencentes ao grupo das fenetilaminas.

2005, as autoridades de aplicação da lei apreenderam comprimidos com mCPP, ou detectaram-nos no contexto de várias actividades recreativas (dança ao ar livre/festivais de música, clubes de dança, etc.), em quase todos os Estados-Membros. Estes comprimidos são quase sempre desenhados de modo a assemelhar-se e, presumivelmente, a serem comercializados como *ecstasy*. A droga está principalmente disponível em comprimidos, sendo os efeitos subjectivos da mCPP e do MDMA parcialmente comparáveis (Bossong et al., 2005). Além disso, a mCPP é frequentemente encontrada em combinação com o MDMA. Dado ser improvável que esta situação resulte de uma contaminação accidental, afigura-se que a adição deliberada de mCPP se poderá destinar a potenciar ou alterar os efeitos do MDMA. Na UE parece existir pouca procura específica, ou um mercado específico, para a mCPP propriamente dita.

A mCPP tem sido mais amplamente identificada pelos Estados-Membros do que qualquer outra nova substância psicoactiva desde que o EWS começou a monitorizar as novas drogas (sintéticas) em 1997. No espaço de um ano, foi identificada em 20 Estados-Membros, bem como na Roménia e na Noruega.

Num relatório conjunto, o OEDT e a Europol recomendaram, de acordo com as disposições da decisão do Conselho, que não fosse realizada uma avaliação formal dos riscos, uma vez que existem provas de que a mCPP é utilizada no fabrico de, pelo menos, um medicamento. No entanto, também foi assinalado que, apesar de existirem poucos indícios de que a mCPP gere riscos significativos a nível social ou de saúde pública, esta questão deverá manter-se em aberto enquanto não se efectuar uma avaliação científica aprofundada dos riscos.

Evolução do consumo de droga em contextos recreativos, Relatório anual OEDT 2006: temas específicos

O consumo de droga e as actividades recreativas dos jovens estão frequentemente interligados. Os estudos sobre os jovens frequentadores de eventos de música e dança, em especial, comunicam unanimemente estimativas da prevalência do consumo de droga muito superiores às encontradas nos inquéritos à população em geral, sendo frequente a referência a níveis particularmente elevados de consumo de estimulantes. Poderão as diferenças entre países ser explicadas pela variedade de locais de vida nocturna disponíveis, cultura musical, disponibilidade de droga e existência de rendimentos disponíveis para a adquirir? Estas questões são analisadas neste tema específico.

A evolução da promoção de drogas recreativas através da Internet e do próprio consumo recreativo de drogas gera novos desafios nos domínios da política, da prevenção e da redução dos riscos. Estes desafios são investigados neste tema específico, que também analisa pormenorizadamente as iniciativas inovadoras de prevenção da toxicod dependência e redução dos riscos, introduzidas na UE ao longo da última década, em resposta ao complexo problema da interacção das actividades de lazer com o consumo de droga juvenil.

Este tema específico está disponível em versão impressa («Developments in drug use within recreational settings», in *EMCDDA annual report 2006: selected issues*) e na Internet apenas em inglês (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).



Capítulo 5

Cocaína e cocaína crack

Oferta e disponibilidade de cocaína ⁽¹³³⁾

Produção e tráfico

A cocaína é a droga mais traficada a nível mundial, a seguir à *cannabis* herbácea e à resina de *cannabis*. No que se refere aos volumes apreendidos — 578 toneladas em todo o mundo, em 2004 —, o tráfico continuou a ter predominantemente lugar na América do Sul (44%) e na América do Norte (34%), seguidas pela Europa Ocidental e Central (15%) (CND, 2006).

A Colômbia é, de longe, o maior produtor mundial de coca ilícita, seguida do Peru e da Bolívia. Calcula-se que a produção mundial de cocaína aumentou, em 2004, para 687 toneladas, das quais 56% provieram da Colômbia, 28% do Peru e 16% da Bolívia (UNODC, 2005). A maior parte da cocaína apreendida na Europa provém directamente da América do Sul (sobretudo da Colômbia) ou é expedida através da América Central e das Caraíbas. Em 2004, o Suriname, o Brasil, a Argentina, a Venezuela, o Equador, Curaçau, Jamaica, México, a Guiana e o Panamá foram mencionados como países de trânsito para a cocaína importada pela UE (relatórios nacionais Reitox, 2005; OMA, 2005; CND, 2006; INCB, 2006a; Europol, 2006). Uma parte da droga transitou também pela África, crescentemente pela África Ocidental e os países do golfo da Guiné (sobretudo a Nigéria), mas também pela África Oriental (Quênia) e do Noroeste, através das ilhas ao largo da costa da Mauritânia e do Senegal (CND, 2006; INCB, 2006a). Os principais pontos de entrada na UE continuam a ser a Espanha, os Países Baixos e Portugal, bem como a Bélgica, a França e o Reino Unido (relatórios nacionais Reitox, 2005; CND, 2006; Europol, 2006). Embora a Espanha e os Países Baixos

continuem a desempenhar um papel importante como pontos de distribuição da cocaína que entra na UE, a intensificação dos controlos ao longo da costa norte espanhola (Galiza) e a política de controlo total dos voos provenientes de determinados países ⁽¹³⁴⁾ no aeroporto de Schipol (Amsterdão) podem ter tido influência no desenvolvimento de rotas alternativas, que passam cada vez mais pela África, mas também pela Europa Oriental e Central, fazendo-se a distribuição secundária a partir destas zonas para a Europa Ocidental (relatórios nacionais Reitox, 2005; OMA, 2005; INCB, 2006a).

Apreensões

Em 2004, estima-se que foram efectuadas 60 000 apreensões de 74 toneladas de cocaína, na União Europeia. A maioria destas apreensões registou-se em países da Europa Ocidental, especialmente em Espanha, que é responsável por cerca de metade das apreensões e dos volumes apreendidos na UE nos últimos cinco anos ⁽¹³⁵⁾. No período de 1999 a 2004, verificou-se um aumento global do número de apreensões de cocaína ⁽¹³⁶⁾ a nível da UE, embora as quantidades ⁽¹³⁷⁾ apreendidas tenham apresentado oscilações, dentro de uma tendência crescente. No entanto, com base nos países que forneceram informações, as quantidades parecem ter diminuído em 2004 — talvez em comparação com o volume excepcional apreendido em Espanha no ano anterior.

Preço e pureza

Em 2004, o preço médio da cocaína vendida a retalho no território da UE variou muito, desde 41 euros por grama na Bélgica até mais de 100 euros por grama em Chipre, Roménia e ⁽¹³⁸⁾. Os preços médios da cocaína, indexados

⁽¹³³⁾ Ver «Interpretação dos dados sobre apreensões e outros dados relativos ao mercado», p. 37.

⁽¹³⁴⁾ Todos os voos provenientes das Antilhas Neerlandesas, Aruba, Suriname, Peru, Venezuela e Equador são controlados a 100%; em 2004, foram detidos 3 466 correios de droga em resultado desses controlos e 620 graças aos controlos regulares (relatório nacional neerlandês).

⁽¹³⁵⁾ Esta situação deverá ser verificada quando estiverem disponíveis os dados em falta referentes ao ano de 2004. Não existiam dados disponíveis sobre o número de apreensões de cocaína e as quantidades apreendidas em 2004 na Irlanda e o Reino Unido; os dados sobre o número de apreensões de cocaína em 2004 não se encontravam disponíveis para os Países Baixos. Nas estimativas, os dados em falta para 2004 foram substituídos por dados de 2003. Os dados sobre as quantidades apreendidas em 2004 fornecidos pelos Países Baixos eram meras estimativas, que não puderam ser incluídas na análise das tendências relativas a 2004.

⁽¹³⁶⁾ Ver quadro SZR-9 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽¹³⁷⁾ Ver quadro SZR-10 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽¹³⁸⁾ Ver quadro PPP-3 no Boletim Estatístico de 2006.

à inflação⁽¹³⁹⁾, revelaram uma tendência globalmente decrescente no período de 1999-2004 em todos os países que apresentaram dados⁽¹⁴⁰⁾, excepto no Luxemburgo, onde diminuiu até 2002 e depois aumentou, e na Noruega, onde os preços subiram muito em 2001, tendo estabilizado seguidamente.

Em comparação com a heroína, a pureza média da cocaína ao nível do consumidor é elevada, tendo oscilado, em 2004, entre 24% na Dinamarca e 80% na Polónia, mencionando a maioria dos países purezas na ordem dos 40% a 65%⁽¹⁴¹⁾. Os dados disponíveis para 1999-2004 indicam uma diminuição geral da pureza média da cocaína na maioria dos países considerados⁽¹⁴²⁾, embora tenha aumentado na Estónia (desde 2003), em França e na Lituânia, e permanecido estável no Luxemburgo e na Áustria.

Medidas internacionais contra a produção e o tráfico de cocaína

O projecto COLA, conduzido pela Europol, pretende identificar e combater os grupos criminosos latino-americanos e outros grupos a eles associados, que operam na UE ou tendo a UE como alvo e se dedicam principalmente ao tráfico de cocaína. Presta, designadamente, apoio operacional às investigações em curso nos Estados-Membros participantes, e reforça o panorama de informação estratégica. É complementado pelo Sistema de Logótipos de Cocaína da Europol, que compila, num catálogo actualizado anualmente, informações relativas ao *modus operandi*, fotográficas e outras sobre as apreensões de cocaína e os logótipos/marcas inscritos nas drogas e suas embalagens, a fim de identificar semelhanças entre as drogas apreendidas e promover a cooperação internacional e o intercâmbio de informações entre as autoridades responsáveis pela aplicação da lei (Europol, 2006).

A operação «Purple», em curso desde 1999, visa prevenir o desvio de permanganato de potássio⁽¹⁴³⁾ do comércio legal para ser utilizado na produção ilegal de cocaína, sobretudo nas Américas. Há um grande comércio legal de permanganato de potássio: desde 1999, 30 países/territórios exportadores apresentaram 4 380 notificações prévias de exportação ao INCB, envolvendo mais de 136 560 toneladas desta substância. Desde 1999, foram interceptados ou apreendidos 233 carregamentos equivalentes a mais de 14 316 toneladas de permanganato de potássio por a legitimidade das encomendas ou dos

utilizadores finais suscitar preocupação, tendo também sido identificados alguns desvios. Em 2004, foram apreendidas 1,4 toneladas de permanganato de potássio na Europa, principalmente na Federação Russa, seguida pela Roménia e a Ucrânia⁽¹⁴⁴⁾ (INCB, 2006b).

Os traficantes parecem ter encontrado formas de evitar os controlos e mecanismos de monitorização introduzidos ao abrigo da operação «Purple». Com efeito, apesar de a produção ilícita de cocaína não estar associada à Ásia, há um receio crescente de que os traficantes estejam a utilizar a região para desviar permanganato de potássio do comércio legal. Receia-se igualmente que os traficantes possam estar a desviar permanganato de potássio para a sub-região andina através das Caraíbas. Deste modo, apesar de reconhecer que se obtiveram alguns êxitos na identificação de operações suspeitas e na interceptação de carregamentos, o INCB (2006b) tem instado os governos a desenvolverem procedimentos operacionais para estudar as informações relativas às apreensões em laboratórios de cocaína, a fim de conhecer a origem das substâncias químicas, identificar os países de trânsito e investigar as empresas comerciais, para que os traficantes tenham mais dificuldade em transferir as suas actividades.

Prevalência e padrões de consumo de cocaína

Segundo inquéritos nacionais à população recentemente realizados, calcula-se que cerca de 10 milhões de europeus⁽¹⁴⁵⁾ tenham experimentado cocaína pelo menos uma vez (prevalência ao longo da vida), o que equivale a mais de 3% da população adulta⁽¹⁴⁶⁾. Os dados nacionais sobre o consumo mencionado variam entre 0,5% e 6%, com a Itália (4,6%), a Espanha (5,9%) e o Reino Unido (6,1%) no extremo superior deste intervalo de variação. Estima-se que cerca de 3,5 milhões de adultos tenham consumido cocaína no último ano, valor que representa 1% da população adulta. Os dados nacionais, na maioria dos países, variam entre 0,3% e 1%, embora os níveis de prevalência sejam mais altos em Espanha (2,7%) e no Reino Unido (2%).

À semelhança do que acontece com outras drogas ilegais, o consumo de cocaína está concentrado nos jovens adultos. A experiência ao longo da vida é mais elevada entre os jovens adultos dos 15 aos 34 anos, embora o consumo no último ano seja ligeiramente superior nos

⁽¹³⁹⁾ Tomando 1999 como ano de base para o valor da moeda em todos os países.

⁽¹⁴⁰⁾ No período de 1999-2004, houve dados disponíveis sobre os preços da cocaína durante três anos consecutivos, pelo menos, na Bélgica, República Checa, Alemanha, Espanha, França, Irlanda, Chipre, Letónia, Lituânia, Luxemburgo, Polónia, Portugal, Eslovénia, Suécia, Reino Unido, Bulgária, Turquia e Noruega.

⁽¹⁴¹⁾ Ver quadro PPP-7 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽¹⁴²⁾ No período de 1999-2004, houve dados disponíveis sobre a pureza da cocaína durante três anos consecutivos, pelo menos, na Bélgica, República Checa, Dinamarca, Alemanha, Estónia, Espanha, França, Irlanda, Itália, Letónia, Lituânia, Luxemburgo, Hungria, Países Baixos, Áustria, Portugal, Eslováquia, Reino Unido e Noruega.

⁽¹⁴³⁾ Precursor utilizado na produção de cocaína e incluído no quadro I da Convenção de 1988.

⁽¹⁴⁴⁾ Estes dados não incluem as quantidades envolvidas nos carregamentos interceptados.

⁽¹⁴⁵⁾ Com base numa média ponderada dos valores nacionais, ver informações mais pormenorizadas na nota de rodapé⁽⁵³⁾.

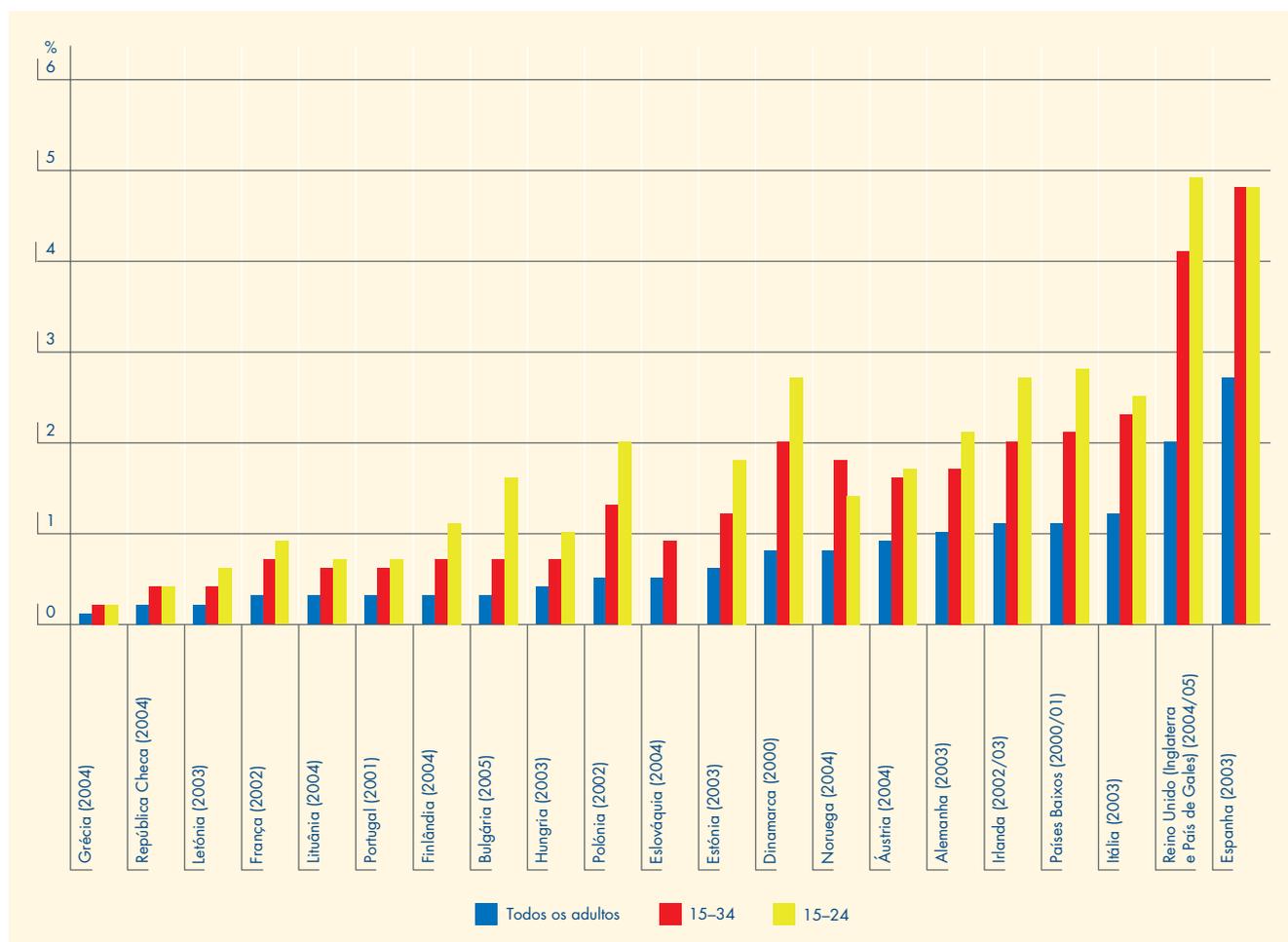
⁽¹⁴⁶⁾ Ver dados detalhados de cada país no quadro em «Inquéritos sobre o consumo de droga entre a população em geral» no Boletim Estatístico de 2006.

indivíduos dos 15 aos 24 anos. A cocaína parece ser predominantemente consumida por jovens dos 20 aos 29 anos, mas comparativamente ao consumo de *cannabis*, o consumo de cocaína está menos concentrado nas camadas mais jovens. A experiência ao longo da vida entre os indivíduos com idades dos 15 aos 34 anos varia entre 1% e 10%, registando-se os níveis mais elevados novamente em Espanha (8,9%) e no Reino Unido (10,5%). O consumo no último ano oscila entre 0,2% e 4,8%, apresentando a Dinamarca, Irlanda, Itália e Países Baixos valores à volta de 2%, e a Espanha e o Reino Unido um valor superior a 4% (figura 6). Os dados provenientes dos inquéritos escolares revelam uma prevalência muito baixa do consumo de cocaína ao longo da vida, entre 0% em Chipre, Finlândia e Suécia e 6% na Espanha, sendo as taxas de prevalência ao longo da vida ainda mais baixas no caso do consumo de cocaína *crack*, oscilando entre 0% e 3% (Hibell et al., 2004).

O consumo de cocaína é mais elevado entre os jovens do sexo masculino. Por exemplo, os inquéritos realizados na Dinamarca, Alemanha, Espanha, Itália, Países Baixos, Reino Unido e Noruega permitiram concluir que 5% a 14% dos jovens do sexo masculino com idades compreendidas entre 15 e 34 anos apresentam experiência ao longo da vida. O consumo no último ano era inferior, mas quatro países mencionaram valores superiores a 3%, comunicando a Espanha e o Reino Unido valores à volta dos 6% a 7% ⁽¹⁴⁷⁾, o que sugere que, nestes países, cerca de 1 em 15 jovens do sexo masculino consumiu cocaína recentemente. Esta percentagem será substancialmente mais elevada nas zonas urbanas.

Entre a população em geral, o consumo de cocaína parece ser ocasional, ocorrendo sobretudo aos fins-de-semana e em contextos recreativos (bares e discotecas), onde pode atingir níveis elevados. Os estudos de investigação realizados entre

Figura 6: Prevalência no último ano do consumo de cocaína entre todos os adultos (15-64 anos) e os jovens adultos (15-34 anos e 15-24 anos)



NB: Os dados provêm dos inquéritos nacionais mais recentes disponíveis em cada país quando os relatórios foram elaborados. Ver quadros GPS-8, GPS-11 e GPS-18 no Boletim Estatístico de 2006 para mais informações.

Fontes: Relatórios nacionais Reitox (2005), extraídos de inquéritos à população, relatórios ou artigos científicos.

⁽¹⁴⁷⁾ Ver figura GPS-9 no Boletim Estatístico de 2006.

os jovens em locais de dança e música de diversos países revelam estimativas da prevalência do consumo de cocaína muito superiores às da população em geral, variando a prevalência ao longo da vida entre 10% e 75% (ver tema específico relativo ao consumo de droga em contextos recreativos). Por exemplo, o British Crime Survey 2004-2005 referiu uma estimativa da prevalência do consumo de drogas de «classe A» entre os frequentadores de discotecas ou clubes nocturnos equivalente, no mínimo, ao dobro do índice registado entre as pessoas que não frequentam esses locais (Chivite-Matthews et al., 2005) (ver também tema específico relativo ao consumo de droga em contextos recreativos). Em média, cerca de um terço dos adultos europeus que já consumiram cocaína fê-lo nos últimos 12 meses; comparativamente, apenas 13% afirmam tê-la consumido nos últimos 30 dias. Por exemplo, 2% a 4% dos jovens do sexo masculino entre os 15 e os 24 anos, em Espanha, Itália, Reino Unido e Bulgária ⁽¹⁴⁸⁾ afirmam ter consumido cocaína nos últimos 30 dias. Um cálculo aproximado do consumo actual de cocaína na Europa apontaria para cerca de 1,5 milhões de adultos dos 15 aos 64 anos (80% na faixa etária 15-34 anos). Pode considerar-se que esta é uma estimativa mínima, pois é provável que nem todos os casos tenham sido notificados.

Os padrões de consumo de cocaína diferem muito consoante os grupos de consumidores. Num estudo realizado em várias cidades europeias, constatou-se que a maioria dos consumidores de cocaína bem integrados socialmente inalavam a substância (95%) e que só uma ínfima parte a tinha fumado ou injectado; porém, o seu consumo associado à *cannabis* e ao álcool era muito comum (Prinzleve et al., 2004). Entre os utentes de tratamento da toxicodependência ou pertencentes a grupos socialmente marginalizados, o consumo por via endovenosa era frequente, e o consumo de cocaína *crack* era habitual em Hamburgo, Londres e Paris, bem como, em menor grau, nas cidades de Barcelona e Dublin. O consumo de cocaína *crack* entre a população europeia em geral parece ser baixo: por exemplo, segundo os dados fornecidos, a prevalência do seu consumo ao longo da vida era de 0,5% em Espanha (2003) e 0,8% no Reino Unido (Chivite-Matthews et al., 2005). Em três países, realizaram-se inquéritos em clubes sobre a prevalência do consumo de cocaína *crack* ao longo da vida, tendo sido concluído que era inferior ao próprio consumo de heroína (República Checa 2%, Reino Unido 13% e França 21%). No entanto, o consumo de cocaína *crack* entre os grupos marginalizados ou os consumidores de opiáceos é motivo de preocupação em algumas cidades. Por exemplo, num grupo-alvo de 94 trabalhadoras do sexo, de rua, em Amesterdão, a estimativa da prevalência do consumo de cocaína *crack* ao longo da vida era extremamente elevada: 91% (Korf, 2005, citado no relatório nacional neerlandês).

Como elemento de comparação, no Inquérito Nacional sobre a Saúde e o Consumo de Droga realizado pelos Estados Unidos em 2004, 14,2% dos adultos (a partir dos 12 anos) referiram ter experiência ao longo da vida do consumo de cocaína, o que contrasta com a média europeia de apenas 3%. O consumo no último ano foi de 2,4%, para uma média europeia de 1%, embora alguns países da UE, por exemplo a Espanha (2,7%) e o Reino Unido (2%) comuniquem valores na mesma ordem de grandeza que os Estados Unidos ⁽¹⁴⁹⁾. Os valores relativamente mais elevados da prevalência ao longo da vida nos Estados Unidos podem dever-se, em parte, ao facto de o consumo de cocaína se ter disseminado mais cedo nesse país.

Os valores dos EUA relativos ao consumo entre os jovens adultos (dos 16 aos 34 anos) eram de 14,6% (ao longo da vida), 5,1% (último ano) e 1,7% (último mês), enquanto os valores médios da UE para os jovens de 15 a 34 anos eram, respectivamente, de aproximadamente 5% (ao longo da vida), 2% (último ano) e 1% (último mês).

Tendências no consumo de cocaína

Ao longo de vários anos, foram emitidos avisos sobre a possibilidade de o consumo de cocaína estar a aumentar na Europa, baseados em dados provenientes de diversas fontes (por exemplo, indicadores de mercado, pedidos de tratamento, mortes). Não obstante a informação disponível sobre as tendências no consumo de cocaína entre a população ter melhorado, já que mais países realizam inquéritos repetidos, os dados ainda são limitados. No caso da cocaína, as dificuldades são agravadas pelos baixos níveis de prevalência e pela insuficiente notificação do consumo.

O consumo recente de cocaína (último ano) aumentou muito na segunda metade da década de 90 entre os jovens adultos do Reino Unido, até 2000, e em Espanha, até 2001, parecendo ter estabilizado nos últimos anos. Na Alemanha, observou-se um aumento moderado na década de 90, mas os valores estabilizaram nos últimos anos, em níveis claramente inferiores aos da Espanha e do Reino Unido (figura 7).

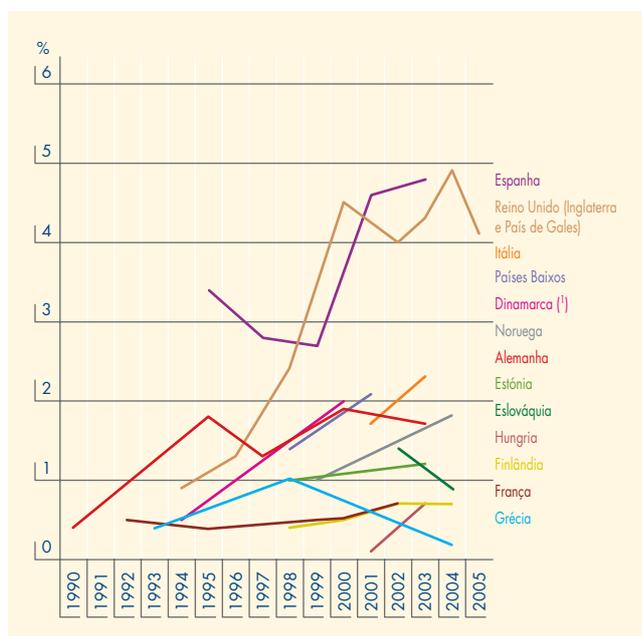
Verificaram-se aumentos moderados do consumo no último ano na Dinamarca (até ao ano 2000), Itália, Hungria, Países Baixos (até 2001) e Noruega. É necessário interpretar esta tendência com cautela, uma vez que se baseia apenas em dois inquéritos por país.

No caso da cocaína e de outras substâncias (por exemplo, *ecstasy*, anfetaminas, cogumelos alucinogénios), seria mais fácil identificar as tendências fazendo incidir a análise nos grupos em que o consumo de droga se concentra, designadamente nos jovens das zonas urbanas. Estas populações são mais aprofundadamente analisadas

⁽¹⁴⁸⁾ Inquérito de 2001. No inquérito de 2003, a distribuição por géneros não foi comunicada por intervalos etários de dez anos.

⁽¹⁴⁹⁾ Fonte: SAMHSA, Office of Applied Studies, 2004 National Survey on Drug Use and Health (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). Note-se que a faixa etária para «todos os adultos» no inquérito dos EUA (a partir dos 12 anos) é mais ampla do que a faixa etária habitualmente utilizada nos inquéritos europeus (15-64 anos). Os valores relativos aos «jovens adultos» (16-34 anos) no inquérito dos EUA foram recalculados pelo OEDT.

Figura 7: Tendências na prevalência no último ano do consumo de cocaína entre os jovens adultos (15-34 anos)



(1) Na Dinamarca, o valor relativo a 1994 corresponde à categoria «drogas duras».

NB: Os dados são extraídos dos inquéritos nacionais mais recentes disponíveis em cada país quando os relatórios foram elaborados. Ver quadro GPS-4 no Boletim Estatístico de 2006 para mais informações.

Fontes: Relatórios nacionais Reitox (2005), extraídos de inquéritos à população, relatórios ou artigos científicos.

no tema específico relativo ao consumo de droga em contextos recreativos. As informações resultantes dos inquéritos também deverão ser complementadas por estudos direccionados para os jovens de determinados grupos (contextos de diversão nocturna).

Dados sobre a procura de tratamento ⁽¹⁵⁰⁾

A seguir aos opiáceos e à *cannabis*, a cocaína é a droga mais mencionada como droga principal consumida pelas pessoas que iniciam tratamento, estando na base de cerca de 8% dos pedidos de tratamento em toda a UE, em 2004 ⁽¹⁵¹⁾. Note-se que a Espanha, um país que normalmente comunica uma procura elevada de tratamento por consumo de cocaína ainda não forneceu dados. Este valor global reflecte uma grande variação entre países: na maioria deles, os pedidos de tratamento relacionados com o consumo de cocaína são pouco numerosos, mas nos Países Baixos (37%) e, historicamente, em Espanha (26% em 2002), a percentagem de utentes que procuram tratamento devido ao consumo de cocaína é bastante mais elevada. Nos dados mais recentes disponíveis, um grupo de países

menciona percentagens de 5% a 10% de consumidores de cocaína entre o número total de utentes do tratamento, (Dinamarca, Alemanha, França, Irlanda, Itália, Chipre, Malta, Reino Unido e Turquia), sendo as percentagens muito baixas nos restantes países ⁽¹⁵²⁾. Em vários deles, as percentagens de novos utentes que procuram tratamento por consumo de cocaína como primeira droga são mais elevadas do que para o conjunto global de utentes ⁽¹⁵³⁾, sendo, em geral, referido que cerca de 12% dos novos pedidos de tratamento estão relacionados com a cocaína. Esta última também é mencionada como droga secundária por cerca de 12% dos novos utentes ⁽¹⁵⁴⁾.

Mantiveram-se as tendências para um aumento do número de utentes que procuram tratamento devido ao consumo de cocaína, referidas nos anos anteriores; no período de 1999 a 2004, uma análise que faz interpolações para os dados em falta sugere que a percentagem de novos utentes que solicitaram tratamento por consumo de cocaína cresceu de cerca de 10% para 20% (com base em 17 países da UE, Bulgária e Roménia) ⁽¹⁵⁵⁾.

Globalmente, a maioria dos pedidos de tratamento motivados pelo consumo de cocaína, na Europa, não está relacionada com o consumo de cocaína *crack*: segundo os dados fornecidos, cerca de 80% dos novos utentes de tratamento em regime ambulatorio por consumo de cocaína consomem hidróclorato de cocaína (cocaína em pó), sendo menos de 20% os que consomem cocaína *crack*. Contudo, estes consumidores podem ser particularmente problemáticos para os serviços de tratamento, pois tendem a ter um perfil social mais marginalizado do que os consumidores de cocaína em pó. Um estudo europeu sobre o consumo de cocaína (cocaína em pó e *crack*) identificou uma associação entre o consumo de cocaína *crack* e problemas sociais e de saúde mental, embora também tenha mencionado que o consumo de cocaína *crack* não é, só por si, suficiente para explicar os problemas sociais ou de saúde mental (Haasen et al., 2005). Um estudo recente de 585 utentes consumidores de cocaína e de cocaína *crack*, na Escócia, concluiu que há maiores probabilidades de os consumidores de cocaína *crack* terem longos históricos de consumo problemático de droga e de estarem envolvidos em actividades criminosas (Neale e Robertson, 2004, citado no relatório nacional do Reino Unido).

Examinando o perfil dos utentes consumidores de cocaína nos centros de tratamento em regime ambulatorio, concluiu-se que os novos utentes que consomem cocaína como droga principal são normalmente mais velhos do que os outros: 70% estão na faixa etária 20 a 34 anos, situando-se um grupo mais pequeno (13%) entre 35 e 39 anos ⁽¹⁵⁶⁾.

⁽¹⁵⁰⁾ Ver nota de rodapé ⁽⁷⁰⁾.

⁽¹⁵¹⁾ Ver figura TDI-2 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽¹⁵²⁾ Ver quadro TDI-5 no Boletim Estatístico de 2006; os dados relativos à Espanha referem-se ao ano de 2002.

⁽¹⁵³⁾ Ver quadro TDI-4 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽¹⁵⁴⁾ Ver quadro TDI-23 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽¹⁵⁵⁾ Ver figura TDI-1 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽¹⁵⁶⁾ Ver quadro TDI-10 no Boletim Estatístico de 2006.

A cocaína é frequentemente consumida em associação com outra droga legal ou ilegal secundária, muitas vezes a *cannabis* (31,6%), opiáceos (28,6%) ou álcool (17,4%)⁽¹⁵⁷⁾. Os estudos locais sobre os consumidores de droga injectada sugerem que, em algumas zonas, a combinação de heroína e cocaína na mesma injeção (a que os consumidores chamam por vezes «speedballing») poderá estar a popularizar-se, sendo a associação de opiáceos e cocaína agora mais visível nos dados de tratamento. Entre os utentes que afirmam consumir opiáceos como droga principal, 31% em Itália, 42% nos Países Baixos e 44% no Reino Unido mencionam um consumo secundário de cocaína. Entre os que consomem cocaína como droga principal, 28% em Itália e 38% no Reino Unido mencionam um consumo secundário de opiáceos.

Tratamento da dependência de cocaína

Não há provas suficientes que fundamentem o tratamento farmacológico da dependência de cocaína ou de outro psicoestimulante. Contudo, na sua vasta análise da utilização de farmacoterapias no tratamento dos consumidores de psicoestimulantes, Shearer e Gowing (2004) concluem que o tratamento de substituição, que apresenta bons resultados no caso da dependência dos opiáceos e da nicotina e tem possibilidades de atrair e manter os consumidores em tratamento, ainda não foi adequadamente testado nos consumidores de estimulantes. O OEDT publicou recentemente uma análise da literatura sobre as respostas e a eficácia do tratamento da dependência de cocaína, tendo também em conta as doenças mentais presentes entre os consumidores de cocaína *crack*⁽¹⁵⁸⁾.

Em alguns países, incluindo os Estados Unidos e o Reino Unido, tem havido um investimento substancial na criação de opções de tratamento na área da imunoterapia, desenvolvendo anticorpos capazes de interceptar a cocaína na corrente sanguínea antes de esta chegar ao sistema nervoso central (ver caixa sobre a imunoterapia para dependentes de cocaína).

Considera-se, actualmente, que a combinação de várias intervenções de tratamento psicossocial específicas é a opção de tratamento mais promissora para os consumidores de cocaína e outros psicoestimulantes. Ficou demonstrado que a combinação da abordagem de reforço da comunidade com uma gestão de contingência reduz o consumo de cocaína a curto prazo (Higgins et al., 2003; Roozen et al., 2004).

A abordagem de reforço da comunidade é um método de tratamento intensivo que envolve a família, os amigos e outros elementos da rede social do utente, ao longo de todo o tratamento, e que consiste em ensinar os utentes a estabelecerem contactos sociais, a melhorarem a imagem que têm de si próprios e a encontrarem trabalho

Imunoterapia para consumidores dependentes de cocaína

Ao contrário da dependência de heroína, que pode ser tratada com agonistas como a metadona ou com antagonistas como a naltrexona, não existem tratamentos médicos disponíveis para a dependência de cocaína. Esta situação parece dever-se ao mecanismo de acção através do qual a cocaína exerce os seus efeitos nos neurotransmissores cerebrais dopamina e serotonina. Enquanto a heroína se liga aos receptores opiáceos do cérebro, como os receptores mu, e imita a acção das próprias endorfinas cerebrais, a cocaína inibe a reabsorção da dopamina (e, na verdade, da serotonina) da sinapse neuronal depois de esta ter produzido o seu efeito, levando a uma acumulação do transmissor que, assim, prolonga e reforça esse efeito.

Tudo isto não significa, necessariamente, que seja impossível desenvolver um tratamento médico para a dependência da cocaína, mas apenas que poderá ser mais difícil fazê-lo e que poderá envolver conceitos diferentes dos utilizados no desenvolvimento de tratamentos para a dependência de heroína.

Uma vertente de investigação estimulante é o recurso à imunoterapia, isto é, o desenvolvimento de uma vacina capaz de «neutralizar» eficazmente a acção da cocaína impedindo a droga de chegar ao cérebro. O conceito básico já foi sujeito a alguns testes, tendo-se ensaiado uma vacina desenvolvida no Reino Unido num pequeno número de dependentes de cocaína, 18 no total, ao longo de um período de 14 semanas. Concluiu-se que três quartos da coorte de dependentes de cocaína vacinados conseguiram permanecer livres de droga durante um período de 3 meses, sem quaisquer efeitos secundários desagradáveis. Além disso, ao fim de seis meses, tanto os que recaíram, como os que não recaíram declararam que as sensações de euforia não eram tão fortes como antes de serem vacinados. Em resultado destas conclusões, a vacina, denominada «conjugado droga-proteína TA-CD», está a ser sujeita a uma segunda fase de ensaios clínicos. Outra abordagem imunoterapêutica alternativa envolve o desenvolvimento de anticorpos monoclonais à cocaína, mas ainda só foi objecto de testes pré-clínicos.

Os potenciais benefícios da vacina contra a cocaína TA-CD suscitaram preocupações éticas a respeito da sua utilização: quem a receberia, quem tomaria a decisão e com base em que critérios, etc.

e actividades de lazer gratificantes para criarem um estilo de vida diferente (Roozen et al., 2004). Conjugada com a gestão de contingência — um método que procura influenciar o comportamento dos utentes oferecendo-lhes incentivos que para eles tenham significado, por exemplo, presentes, certificados ou privilégios para recompensar a ausência de vestígios de cocaína nas amostras de urina — permitiu obter efeitos positivos em relação ao consumo de droga e ao funcionamento psicossocial, nas fases de

⁽¹⁵⁷⁾ Ver quadro TDI-24 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽¹⁵⁸⁾ Ver www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=400.

tratamento e de pós-tratamento dos doentes ambulatoriais dependentes da cocaína, embora os efeitos sobre o consumo de cocaína pareçam estar limitados ao período de tratamento (Higgins et al., 2003).

As novas abordagens aos grupos muito problemáticos de consumidores de cocaína e cocaína *crack* que também consomem heroína estão centradas na redução dos danos como principal objectivo do tratamento e aplicam terapias comportamentais, designadamente abordagens de gestão da contingência, conjugadas com programas de manutenção com metadona ou de tratamento assistido com heroína (Schottenfeld et al., 2005; van den Brink, 2005; Poling et al., 2006).

Abordagens de redução dos danos

Na Europa, as abordagens de redução dos danos dirigidas ao consumo de cocaína estão pouco desenvolvidas. É possível que esta situação esteja agora a mudar, uma vez que o maior conhecimento da amplitude do consumo de cocaína e dos problemas conexos estimula o interesse pelo desenvolvimento de respostas às necessidades desses consumidores. A utilidade das abordagens de prevenção e redução dos danos na diminuição dos riscos associados ao consumo de cocaína permanece em grande parte inexplorada, mas vários domínios poderão ter potencialidades para o desenvolvimento deste tipo de abordagem. Por exemplo, é possível que os consumidores de cocaína retirem benefícios das intervenções dirigidas a questões como a maior toxicidade das associações entre a cocaína e do álcool, a potencial ligação do consumo de cocaína a problemas cardiovasculares ou a comportamentos que podem colocar os consumidores em maior risco de contágio por HIV ou de serem vítimas de acidente ou crime violento. Dado que o consumo de cocaína pode progredir rapidamente, também seria útil explorar o recurso a intervenções curtas que alertem os consumidores para o facto de poderem estar a começar a sofrer consequências negativas devido ao consumo da droga.

Em consequência dos graves problemas sanitários e sociais associados ao consumo de cocaína *crack*, há uma maior

experiência no desenvolvimento de serviços destinados a este grupo, embora as actividades estejam circunscritas ao número relativamente pequeno de cidades europeias onde esta droga causa problemas significativos. Em várias delas, os serviços de proximidade, vocacionados para trabalhar com grupos muitas vezes considerados difíceis, procuraram chegar aos consumidores de cocaína *crack*. Não obstante a escassez global de dados comprovativos, alguns estudos sugerem que os benefícios destas abordagens poderão aumentar. Por exemplo, um estudo sobre um programa inovador de tratamento de proximidade levado a cabo em Roterdão (Henskens, 2004, citado no relatório nacional neerlandês) identificou factores notoriamente importantes para tratar este grupo de utentes, muitas vezes difíceis de inserir nos serviços de tratamento da toxicod dependência convencionais.

Os padrões compulsivos de consumo de cocaína e cocaína *crack* podem estar associados a uma maior predisposição para pôr em risco a saúde sexual, sendo alguns programas de porta aberta especificamente destinados aos trabalhadores do sexo que consomem cocaína *crack*, transmitindo-lhes mensagens sobre práticas sexuais e de consumo de droga mais seguras e distribuindo preservativos e lubrificantes (ver tema específico relativo ao género).

Uma abordagem mais controversa foi adoptada em algumas cidades da Europa, onde o conceito de salas de consumo seguro, normalmente destinadas ao consumo de droga injectada, foi alargado ao consumo de droga por inalação. Foram abertas salas de inalação vigiada em várias cidades holandesas, alemãs e suíças (OEDT, 2004c). Não obstante a vigilância das condições de higiene em que o consumo se realiza ser um dos objectivos fundamentais desses serviços, há indícios de que eles também podem ajudar a canalizar os utentes para outras opções de assistência; por exemplo, a monitorização de um desses serviços em Frankfurt, Alemanha, concluiu que, durante um período de avaliação de seis meses, em 2004, foram vigiados mais de 1 400 consumos, para além de se terem registado 332 conversas de contacto, 40 sessões de aconselhamento e 99 encaminhamentos para outros serviços de tratamento da toxicod dependência.



Capítulo 6

Consumo de opiáceos e droga injectada

Oferta e disponibilidade de heroína ⁽¹⁵⁹⁾

Na Europa, a heroína importada pode ser encontrada sob duas formas: a heroína castanha (forma química de base), de maior disponibilidade, e a heroína branca (forma de sal), menos comum e em geral mais cara, que é habitualmente originária do Sudeste Asiático. Além disso, existem drogas opiáceas produzidas na UE, mas o seu fabrico está essencialmente limitado a uma pequena produção de produtos caseiros obtidos a partir da papoila (como a palha da papoila e o concentrado de papoila, obtido por trituração de caules e cabeças desta planta) em alguns países do leste da UE, por exemplo a Lituânia, onde o mercado de caules e concentrado de papoila parece ter estabilizado, e a Polónia, onde a produção de «heroína polaca» poderá estar a diminuir (CND, 2006).

Produção e tráfico

A heroína consumida na Europa é maioritariamente produzida no Afeganistão, que continua a ser o principal fornecedor mundial de ópio ilegal e foi responsável, em 2005, por 89% da produção ilegal de ópio a nível mundial, seguido de Mianmar (7%). A produção mundial de ópio ilegal permaneceu relativamente estável entre 1999 e 2004, com excepção de 2001, quando a proibição do cultivo de papoilas opiáceas imposta pelo regime dos talibãs no Afeganistão se traduziu numa diminuição drástica, mas efémera; calcula-se que tenham sido produzidas cerca de 4 670 toneladas em 2005, uma diminuição de 4% relativamente a 2004 (CND, 2006). A produção mundial potencial de heroína foi estimada em 472 toneladas em 2005 (495 toneladas em 2004) (UNODC, 2006).

A heroína entra na Europa por duas rotas de tráfico principais. A rota dos Balcãs, historicamente importante, continua a desempenhar um papel crucial no contrabando de heroína. Após atravessar o Paquistão, o Irão e a Turquia, esta rota subdivide-se num ramo meridional, através da Grécia, da antiga República jugoslava da Macedónia, da Albânia, da Itália, da Sérvia, de Montenegro e da Bósnia e Herzegovina, e num ramo setentrional, através da Bulgária, da Roménia, da Hungria, da Áustria, da Alemanha e dos Países Baixos, funcionando este último país como um centro

de distribuição secundário para outros países da Europa Ocidental. As apreensões de heroína em 2004 sugerem que o ramo meridional já adquiriu a mesma importância que o ramo setentrional no que respeita ao volume de heroína traficada (OMA, 2005; INCB, 2006a). Desde meados da década de 90, o contrabando de heroína para a Europa tem-se intensificado (apesar de ser menor do que nas rotas balcânicas) através da «rota da seda», que atravessa a Ásia Central (em especial, o Turquemenistão, o Tajiquistão, o Quirguizistão e o Usbequistão), o mar Cáspio e a Federação da Rússia, a Bielorrússia ou a Ucrânia, até à Estónia, à Letónia, a alguns países nórdicos e à Alemanha (relatórios nacionais Reitox, 2005; CND, 2006; INCB, 2006a). Apesar de estas rotas serem as mais importantes, alguns países da Península Arábica (Omã, Emirados Árabes Unidos) tornaram-se locais de trânsito para a heroína expedida do sul e do sudoeste da Ásia para a Europa (INCB, 2006a). Além disso, em 2004 foi apreendida heroína destinada à Europa (e à América do Norte) na África Oriental e Ocidental, nas Caraíbas e na América Central e do Sul (CND, 2006).

Apreensões

Em 2004, foram apreendidas em todo o mundo 210 toneladas de ópio (o equivalente a 21 toneladas de heroína), 39,3 toneladas de morfina e 59,2 toneladas de heroína. A Ásia (50%) e a Europa (40%) continuaram a ser responsáveis pelas maiores quantidades de heroína apreendidas a nível mundial. A percentagem da Europa está a aumentar, em grande medida devido ao acréscimo das apreensões nos países do Sudeste Europeu (Turquia) que, pela primeira vez, ultrapassaram o volume apreendido na Europa Ocidental e Central (CND, 2006).

Em 2004, um número estimado de 46 000 operações levou à apreensão de cerca de 19 toneladas de heroína nos países que forneceram informações. O Reino Unido continuou a ser responsável pelo maior número de apreensões, seguido da Alemanha e da Itália, e a Turquia pelas maiores quantidades apreendidas (seguida pela Itália e o Reino Unido), equivalentes a quase metade do volume total apreendido em 2004 ⁽¹⁶⁰⁾. No período de 1999

⁽¹⁵⁹⁾ Ver «Interpretação dos dados sobre apreensões e outros dados relativos ao mercado», p. 37.

⁽¹⁶⁰⁾ Esta situação deverá ser verificada quando estiverem disponíveis os dados em falta referentes ao ano de 2004. Não existiam dados disponíveis sobre o número de apreensões de heroína e as quantidades apreendidas em 2004 na Irlanda e no Reino Unido; os dados sobre o número de apreensões de heroína em 2004 não se encontravam disponíveis para os Países Baixos. Nas estimativas, os dados em falta para 2004 foram substituídos por dados de 2003. Os dados sobre as quantidades apreendidas em 2004 fornecidos pelos Países Baixos eram meras estimativas, que não puderam ser incluídas na análise das tendências relativas a 2004.

a 2004, as apreensões de heroína registaram oscilações e, segundo os dados dos países que os forneceram, afigura-se que a diminuição observada em 2002-2003 foi seguida por um aumento em 2004 ⁽¹⁶¹⁾. No quinquénio de 1999-2004, as quantidades apreendidas aumentaram constantemente, atingindo um nível recorde em 2004, em grande parte porque, nesse ano, a quantidade de heroína apreendida na Turquia quase duplicou relativamente ao ano anterior ⁽¹⁶²⁾.

Preço e pureza

Em 2004, o preço médio da heroína castanha vendida a retalho variou muito, no território europeu, entre 12 euros por grama na Turquia e 141 euros por grama na Suécia, ao passo que o preço da heroína branca variava entre 31 euros por grama na Bélgica e 202 euros por grama na Suécia, e o da heroína de tipo indistinto oscilava entre 35 euros por grama na Eslovénia e 82 euros por grama no Reino Unido ⁽¹⁶³⁾. Os dados disponíveis para 1999-2004 revelam uma diminuição do preço médio da heroína, indexado à inflação ⁽¹⁶⁴⁾, na maioria dos países que forneceram dados ⁽¹⁶⁵⁾.

Em 2004, a pureza média da heroína castanha a nível do consumidor variava entre 10% na Bulgária e 48% na Turquia, ao passo que a da heroína branca variava entre 20% na Alemanha e 63% na Dinamarca, e a da heroína de tipo indistinto entre 16% na Hungria e os 42% a 50% ⁽¹⁶⁶⁾ nos Países Baixos ⁽¹⁶⁷⁾. Desde 1999 que a pureza média dos produtos de heroína apresenta oscilações na maioria dos países que apresentaram dados ⁽¹⁶⁸⁾, o que dificulta a identificação de uma tendência global.

Medidas internacionais contra a produção e o tráfico de heroína

O anidrido acético ⁽¹⁶⁹⁾ é um importante precursor utilizado na produção ilegal de heroína. A operação «Topázio» é uma iniciativa internacional que visa monitorizar o comércio legal de anidrido acético e investigar os métodos e rotas usados no seu desvio (INCB, 2006b). O comércio legal de anidrido acético é considerável, sendo por isso difícil de controlar, como mostra o facto de, desde 2001, 22 países/territórios de exportação terem fornecido 7 684 notificações prévias exportação ao INCB, relativas

a mais de 1 350 000 toneladas desta substância. As apreensões efectuadas na Turquia (1 600 litros em 2004) diminuíram significativamente nos últimos anos, o que poderá indicar que os traficantes desenvolveram novas rotas e novos métodos de desvio. Em 2004, pela primeira vez, a substância apreendida na Europa (Bulgária) foi identificada como sendo originária do Sudoeste Asiático (INCB, 2006b).

Embora a operação «Topázio» tenha tido aspectos bem sucedidos, no que respeita à monitorização do comércio internacional, fizeram-se poucos progressos quanto à identificação e ao desmantelamento das rotas utilizadas no contrabando de anidrido acético, dentro do Afeganistão e nos países vizinhos (INCB, 2006b).

O projecto «Mustard» da Europol pretende identificar e combater os grupos criminosos turcos e outros a eles associados, que operam dentro da UE e tendo a União como alvo e se dedicam ao tráfico de drogas, principalmente de heroína. O projecto presta apoio operacional às investigações em curso nos Estados participantes e reforça o panorama em matéria de informação estratégica, fornecendo informações sobre as actividades dos grupos de criminalidade organizada turcos e de outros a eles associados (Europol, 2006).

Estimativas da prevalência do consumo problemático de opiáceos

Os dados apresentados nesta secção são resultantes do indicador do consumo problemático de droga do OEDT, que inclui o «consumo de droga injectada ou consumo prolongado/regular de heroína, cocaína e/ou anfetaminas». Tradicionalmente, as estimativas do consumo problemático de droga reflectem principalmente o consumo de heroína, embora em alguns países, como se analisa noutra secção do presente relatório, os consumidores de anfetaminas também constituam uma componente importante.

Ao interpretar as estimativas do consumo problemático de opiáceos, deverá ter-se em atenção que os padrões de consumo se estão a diversificar. Por exemplo, os problemas associados ao policonsumo têm vindo a adquirir um peso crescente na maioria dos países, enquanto outros, onde os

⁽¹⁶¹⁾ Ver quadro SZR-7 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽¹⁶²⁾ Ver quadro SZR-8 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽¹⁶³⁾ Ver quadro PPP-2 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽¹⁶⁴⁾ Tomando 1999 como ano de base para o valor da moeda em todos os países.

⁽¹⁶⁵⁾ No período de 1999-2004, os dados sobre os preços da heroína estiveram disponíveis durante três anos consecutivos, pelo menos: em relação à heroína castanha na Bélgica, República Checa, Espanha, França, Irlanda, Luxemburgo, Polónia, Portugal, Eslovénia, Suécia, Reino Unido, Bulgária, Roménia, Turquia e Noruega; em relação à heroína branca na República Checa, Alemanha, França, Letónia e Suécia; e para a heroína de tipo indistinto na Lituânia e no Reino Unido.

⁽¹⁶⁶⁾ Estes dois valores correspondem a dados provenientes de dois sistemas de monitorização diferentes — ver quadro PPP-6 (parte iii) no Boletim Estatístico de 2006; é necessária prudência porque o valor de 50% se baseia numa única amostra.

⁽¹⁶⁷⁾ Ver quadro PPP-6 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽¹⁶⁸⁾ No período de 1999-2004, houve dados disponíveis sobre a pureza da heroína durante três anos consecutivos, pelo menos: em relação à heroína castanha na República Checa, Dinamarca, Espanha, Irlanda, Itália, Luxemburgo, Áustria, Portugal, Eslováquia, Reino Unido, Turquia e Noruega; em relação à heroína branca na Dinamarca, Alemanha, Estónia, Finlândia e Noruega; e à heroína de tipo indistinto na Bélgica, Lituânia, Hungria e Países Baixos.

⁽¹⁶⁹⁾ Incluídos no quadro I da Convenção de 1988.

problemas associados aos opiáceos têm tradicionalmente predominado, dão agora conta de mudanças para outras drogas. Pensa-se que a maioria dos consumidores de heroína consome estimulantes e outras drogas para além dos opiáceos, mas é muito difícil obter dados fiáveis sobre o policonsumo de droga a nível da UE (ver capítulo 8 «Melhorar a monitorização do consumo...»).

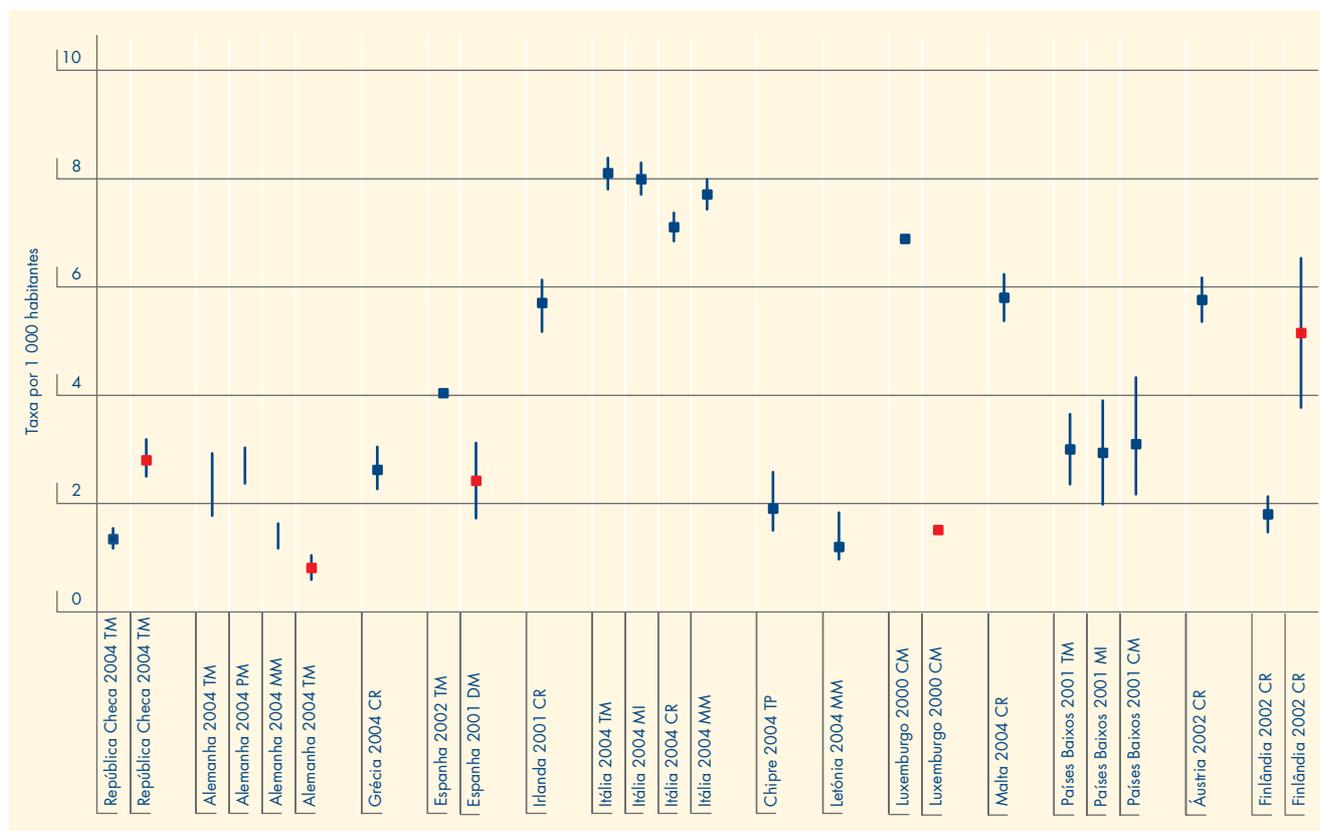
Apesar da tendência geral para a diversificação do fenómeno, em muitos países as estimativas do consumo problemático de droga são exclusivamente baseadas no consumo problemático de heroína ou de outros opiáceos como substância principal. Isto é visível nas taxas estimadas de consumo problemático de opiáceos (ver figura 8), que em geral são muito semelhantes às do consumo problemático de droga ⁽¹⁷⁰⁾. Não é claro se nos outros países a prevalência do consumo problemático de drogas não-opiáceas é quase insignificante, ou se poderá ser importante mas demasiado difícil de estimar.

O número de consumidores problemáticos de opiáceos é difícil de calcular, sendo necessárias análises sofisticadas

para obter valores relativos à prevalência a partir das fontes de dados disponíveis. Além disso, as estimativas referem-se, muitas vezes, a zonas geograficamente circunscritas e as extrapolações para criar estimativas nacionais nem sempre são fiáveis.

Os cálculos da prevalência do consumo problemático de opiáceos a nível nacional, no período de 2000 a 2004, situam-se entre um e oito casos por cada 1 000 habitantes com idades compreendidas entre 15 e 64 anos (utilizando os pontos médios das estimativas). As taxas estimadas da prevalência do consumo problemático de opiáceos apresentam grandes diferenças entre os países, embora nos casos em que foram utilizados métodos diferentes dentro do mesmo país os resultados sejam em grande medida coerentes. As estimativas mais elevadas são as comunicadas pela Irlanda, Itália, Luxemburgo, Malta e Áustria (5 a 8 casos por 1 000 habitantes com idades compreendidas entre 15 e 64 anos), e as taxas mais baixas são mencionadas pela República Checa, Alemanha, Grécia, Chipre, Letónia e Países Baixos (menos de quatro casos por 1 000 habitantes com idades compreendidas

Figura 8: Estimativas da prevalência do consumo problemático de opiáceos e estimulantes, 2000-2004 (taxa por 1 000 habitantes entre 15 e 64 anos)



NB: ■ Os quadrados vermelhos indicam o consumo de estimulantes, as restantes estimativas dizem respeito ao consumo de opiáceos.
 MM, multiplicador de mortalidade; CR, Captura-recaptura; MT, Multiplicador de tratamento; MP, Multiplicador polícia; IM, Indicador variantes múltiplas; RTP, Regressão truncada de Poisson; MC, Métodos combinados. Para mais pormenores ver quadros PDU-1, PDU-2 e PDU-3 no Boletim Estatístico de 2006. O símbolo indica uma estimativa pontual e uma barra indica um intervalo de incerteza, que pode ser um intervalo de confiança de 95% ou um intervalo baseado numa análise de sensibilidade. Os grupos-alvo podem variar ligeiramente em virtude dos diferentes métodos e fontes de dados, pelo que as comparações devem ser efectuadas com prudência.
 Fontes: Pontos focais nacionais.

⁽¹⁷⁰⁾ Ver figura PDU-1 (parte i) no Boletim Estatístico de 2006.

entre 15 e 64 anos) (figura 8). Alguns dos cálculos mais baixos, bem documentados, actualmente disponíveis são provenientes dos novos Estados-Membros da UE, mas em Malta foi comunicada uma prevalência mais elevada (5,4-6,2 casos por 1 000 habitantes com idades compreendidas entre 15 e 64 anos). Dos poucos dados existentes é possível concluir que a prevalência geral do consumo problemático de opiáceos a nível da UE varia entre dois e oito casos por 1 000 habitantes com idades compreendidas entre 15 e 64 anos. Contudo, estas estimativas estão longe de estar adequadamente fundamentadas e terão de ser revistas quando existirem mais dados disponíveis.

Não há estimativas locais e regionais disponíveis que se refiram especificamente ao consumo problemático de opiáceos; contudo, os dados disponíveis sobre o consumo problemático de droga (incluindo o consumo de estimulantes e outras drogas) sugerem que a prevalência varia muito consoante a cidade e a região. As estimativas de prevalência locais mais elevadas, no período de 2000-2004, são comunicadas pela Irlanda, Portugal, Eslováquia e Reino Unido, com índices que atingem 15 e 25

por cada 1 000 habitantes ⁽¹⁷¹⁾. A variabilidade geográfica também é, como seria de esperar, acentuada a nível local; por exemplo, a prevalência em diferentes partes de Londres varia entre 6 e 25 casos por cada 1 000 habitantes. A ampla variação das taxas de prevalência locais dificulta as generalizações.

Tendências do consumo problemático de opiáceos ao longo do tempo

A falta de dados históricos fiáveis e coerentes dificulta a avaliação das tendências do consumo problemático de opiáceos ao longo do tempo. Os dados recolhidos sugerem que a prevalência deste consumo apresenta grandes diferenças consoante os países, e que não há coerência entre as tendências registadas no território da UE. As informações transmitidas por alguns países, apoiadas por outros dados indicadores, sugerem que o consumo problemático de opiáceos continuou a aumentar entre meados e finais da década de 90 (figura 9), mas parece ter estabilizado ou diminuído um pouco nos últimos anos. Estão disponíveis estimativas repetidas em relação ao período

Toxicodependentes reclusos

As informações sobre o consumo de droga entre os reclusos são desiguais. Grande parte dos dados disponíveis na Europa provém de estudos *ad hoc*, por vezes realizados a nível local e em estabelecimentos não representativos do sistema prisional nacional e utilizando amostras de reclusos cuja dimensão varia consideravelmente. Em consequência, as diferentes características das populações estudadas limitam a comparação dos dados dos diversos inquéritos (tanto entre países como no interior de um mesmo país), a extrapolação dos resultados e a análise das tendências.

A maioria dos países europeus forneceu dados sobre o consumo de droga entre a população prisional, nos últimos cinco anos (1999-2004) ⁽¹⁾. Estes dados mostram que, em comparação com a população em geral, os consumidores de droga estão sobre-representados nas prisões. A percentagem de detidos que afirmam já ter consumido uma droga ilegal varia consoante as prisões e os centros de detenção, mas as taxas médias vão desde um terço ou menos na Hungria e na Bulgária até dois terços ou mais nos Países Baixos, Reino Unido e Noruega, comunicando a maior parte dos países taxas de prevalência ao longo da vida de aproximadamente 50% (Bélgica, Grécia, Letónia, Portugal, Finlândia). A *cannabis* continua a ser a droga ilícita mais frequentemente consumida, apresentando taxas de prevalência ao longo da vida entre os reclusos que oscilam entre 4% e 86%, comparativamente a taxas de prevalência ao longo da vida de 3% a 57% para a cocaína, 2% a 59% para as anfetaminas e 4% a 60% para a heroína ⁽²⁾.

O consumo regular de droga ou a existência de dependência antes do encarceramento são mencionados por 8% a 73% dos reclusos, ao passo que a prevalência ao longo da vida do

consumo de droga injectada entre a população prisional é de 7% a 38% ⁽³⁾.

Apesar de a maioria dos toxicodependentes reduzir o consumo ou deixar de consumir depois de ingressar na prisão, alguns detidos continuam, e outros começam a consumir drogas (e/ou a injectá-las) enquanto estão na prisão. De acordo com os estudos disponíveis, 8% a 51% dos reclusos consumiram drogas na prisão, 10% a 42% dizem tê-lo feito regularmente e 1% a 15% injectaram-nas enquanto estiveram presos ⁽⁴⁾. Estes resultados suscitam questões relativas à potencial propagação de doenças infecto-contagiosas, nomeadamente no tocante ao acesso a equipamento de injeção esterilizado e às práticas de partilha de equipamentos entre a população prisional.

Os repetidos inquéritos realizados na República Checa (1996-2002), Dinamarca (1995-2002), Lituânia (2003/2004), Hungria (1997/2004), Eslovénia (2003/2004) e Suécia (1997-2004) revelam um aumento da prevalência de vários tipos de consumo de droga entre os detidos, ao passo que a França (1997/2003) comunica uma diminuição significativa da percentagem de consumidores de droga injectada entre a população prisional ⁽⁵⁾.

⁽¹⁾ Os países que referiram estudos realizados nos últimos 5 anos (1999-2004) e que forneceram dados sobre os padrões do consumo de droga entre as populações prisionais foram a Bélgica, República Checa, Dinamarca, Alemanha, Grécia, França, Irlanda, Itália, Letónia, Lituânia, Hungria, Malta, Países Baixos, Áustria, Portugal, Eslovénia, Eslováquia, Finlândia, Suécia, Reino Unido, Bulgária e Noruega.

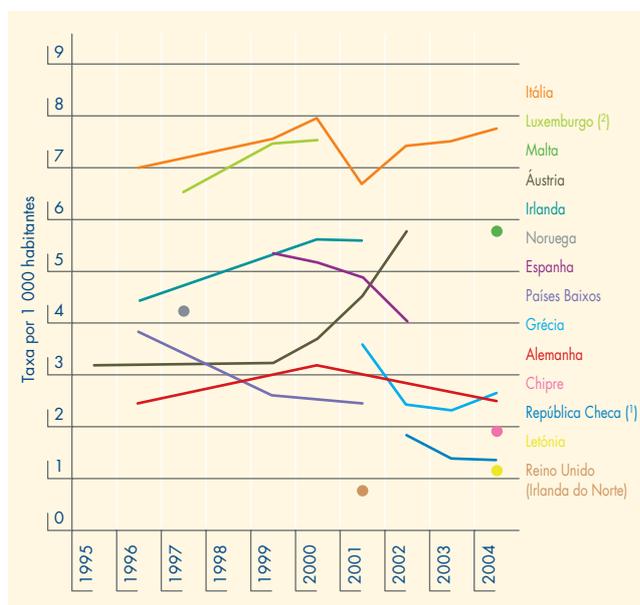
⁽²⁾ Ver quadro DUP-1 e figura DUP-1 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽³⁾ Ver quadros DUP-2 e DUP-5 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽⁴⁾ Ver quadros DUP-3 e DUP-4 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽⁵⁾ Ver quadro DUP-5 no Boletim Estatístico de 2006.

Figura 9: Tendências na prevalência do consumo problemático de opiáceos, 1995-2004 (taxa por 1 000 habitantes entre 15 e 64 anos)



(¹) Estimativas para a faixa etária 18-64 anos.

(²) Calculado a partir dos dados relativos à faixa etária 15-54 anos.

NB: As séries cronológicas são combinadas sempre que os métodos são semelhantes ao longo do período em apreço. Ver mais pormenores nos quadros PDU-1, PDU-2 e PDU-3 no Boletim Estatístico de 2006.

Fontes: Pontos focais nacionais.

de 2000 a 2004 provenientes de sete países (República Checa, Alemanha, Grécia, Espanha, Irlanda, Itália, Áustria): quatro (República Checa, Alemanha, Grécia, Espanha) comunicaram uma diminuição do consumo problemático de opiáceos e um comunicou um aumento (Áustria — embora esta informação seja difícil de interpretar porque o sistema de recolha de dados mudou durante este período). Os dados relativos às pessoas que iniciaram o tratamento pela primeira vez sugerem que a incidência do consumo problemático de opiáceos poderá estar, de um modo geral, a diminuir lentamente, sendo por isso de esperar que a prevalência diminua, num futuro próximo.

Consumo de droga injectada

Os consumidores de droga injectada (CDI) correm elevados riscos de sofrer consequências adversas, como as doenças infecto-contagiosas graves ou as *overdoses*, impondo-se, por conseguinte, considerar o consumo de droga injectada em separado.

Apesar da sua importância no contexto da saúde pública, poucos países fornecem estimativas nacionais ou subnacionais sobre o consumo de droga injectada ⁽¹⁷²⁾. Nesta secção, as estimativas do consumo de droga injectada não estão classificadas por droga primária, devido à escassez de dados, embora a evolução da percentagem de consumidores de droga injectada entre os consumidores

de heroína em tratamento (ver *infra*) seja, evidentemente, específica do consumo injectado de heroína.

A maioria das estimativas disponíveis sobre o consumo de droga injectada é calculada a partir das taxas de *overdoses* fatais ou dos dados relativos às doenças infecto-contagiosas (como o HIV). As estimativas disponíveis variam consideravelmente entre os países: desde 2000, as estimativas nacionais têm-se situado maioritariamente entre um e seis casos por cada 1 000 habitantes com idades compreendidas entre 15 e 64 anos, com algumas estimativas mais elevadas antes do ano 2000. A partir desse ano, as taxas de prevalência nacionais mais elevadas do consumo de droga injectada, entre os países com estimativas disponíveis, foram comunicadas pelo Luxemburgo e a Áustria, com taxas de cerca de seis casos por cada 1 000 habitantes entre 15 e 64 anos. As estimativas mais baixas são as comunicadas por Chipre e Grécia, com pouco mais de um caso por 1 000 habitantes.

Nos casos em que existem séries de tendências ao longo do tempo, estas não revelam um padrão geral, indicando diminuições em alguns países e regiões (por exemplo na Escócia, Reino Unido) e aumentos noutros. Contudo, a falta de dados neste domínio impede a obtenção de um panorama claro.

A monitorização da percentagem de consumidores que se injectam actualmente entre os consumidores de heroína que iniciam o tratamento é importante para complementar a monitorização da prevalência do consumo de droga injectada na população em geral. Importa recordar, no entanto, que as percentagens observadas nem sempre reflectem a evolução da prevalência do consumo de droga injectada na sua totalidade. Por exemplo, em países com uma elevada percentagem de consumidores de estimulantes (República Checa, Eslováquia, Finlândia, Suécia), as taxas de consumo por via endovenosa entre os consumidores de heroína podem não ser representativas da situação global.

A percentagem de CDI entre os consumidores de heroína como droga principal que iniciam o tratamento sugere, uma vez mais, a existência de grandes diferenças entre países no tocante aos níveis de consumo de droga injectada, bem como tendências variáveis ao longo do tempo ⁽¹⁷³⁾. Em alguns países (Espanha, Países Baixos e Portugal), a percentagem de consumidores de heroína em tratamento que se injectam é relativamente pequena, ao passo que noutros países o consumo por via endovenosa parece continuar a ser a principal forma de consumo de heroína. Em alguns Estados-Membros da EU-15 que têm dados disponíveis (Dinamarca, Grécia, Espanha, França, Itália e Reino Unido), os índices de consumo por injeção entre os consumidores de heroína em tratamento diminuiram. No entanto, na maioria dos novos Estados-Membros, pelo menos naqueles que dispõem de dados, uma grande percentagem dos consumidores de heroína que iniciam o tratamento consome a droga por via endovenosa.

⁽¹⁷²⁾ Ver figura PDU-7 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽¹⁷³⁾ Ver figura PDU-3 (parte i) no Boletim Estatístico de 2006.

Dados sobre a procura de tratamento ⁽¹⁷⁴⁾

Em muitos países, os opiáceos (sobretudo a heroína) continuam a ser as principais drogas pelas quais os utentes procuram tratamento. Do total de pedidos de tratamento comunicados em relação a 2004, no âmbito do indicador da procura de tratamento, os opiáceos foram registados como droga principal em cerca de 60% dos casos — e pouco mais de metade (53%) destes utentes afirmou consumir a droga por via endovenosa ⁽¹⁷⁵⁾. Note-se que o indicador da procura de tratamento não abrange todos os indivíduos em tratamento por consumo de opiáceos, que representam um número consideravelmente mais elevado, mas apenas os utentes que procuraram tratamento durante o ano em apreço.

A percentagem de utentes que procuram tratamento devido ao consumo de heroína varia consoante os países. Com base nos dados mais recentes disponíveis, os países podem ser classificados em três grupos, de acordo com a percentagem de consumidores de droga que procuram tratamento afirmando ter um consumo problemático de heroína, da seguinte forma:

- abaixo de 50%: República Checa, Dinamarca, Hungria, Países Baixos, Polónia, Eslováquia, Finlândia, Suécia;
- entre 50% e 70%: Alemanha, Espanha, França, Irlanda, Chipre, Letónia, Portugal, Reino Unido, Roménia;
- acima de 70%: Grécia, Itália, Lituânia, Luxemburgo, Malta, Eslovénia, Bulgária ⁽¹⁷⁶⁾.

Entre os países com uma percentagem considerável de utentes consumidores de opiáceos que consomem outras substâncias para além da heroína figuram a Hungria, onde o consumo de produtos caseiros à base de papoilas opiáceas está muito difundido, e a Finlândia, onde a maioria dos utentes consumidores de opiáceos abusa da buprenorfina ⁽¹⁷⁷⁾.

A maioria dos consumidores de opiáceos, tal como os de outras drogas, procura fazer o tratamento em regime ambulatorio; mas a percentagem de utentes consumidores de opiáceos tratados em centros de internamento é superior à dos utentes consumidores de cocaína e *cannabis*.

A maior parte dos países que registam um número significativo de novos utentes consumidores de heroína em cada ano (excepto a Alemanha, onde a base de notificação foi alargada) afirma que houve uma diminuição nos últimos 4-5 anos, mas não entre os utentes que já tinham estado em tratamento. O número de pedidos repetidos não diminuiu,

de um modo geral, e na maioria dos países o número total de pedidos de tratamento por consumo de heroína tem-se mantido estável. A Alemanha e o Reino Unido, onde o número total de pedidos notificados aumentou, são exceções que merecem destaque. Globalmente, porém, a percentagem de pedidos de tratamento referentes à heroína (total de pedidos e novos pedidos) diminuiu; no caso dos novos pedidos baixou de cerca de dois terços para aproximadamente 40%, entre 1999 e 2004, devido ao crescimento dos pedidos de tratamento por consumo de *cannabis* e de cocaína ⁽¹⁷⁸⁾.

Já se referiu em relatórios anteriores que a população de utentes que procuram tratamento por consumo de opiáceos está a envelhecer, e esta tendência manteve-se em 2004. Quase todos os consumidores de opiáceos que procuram tratamento têm mais de 20 anos, e quase metade tem mais de 30 anos. Os dados disponíveis a nível europeu mostram que apenas um pequeno grupo de consumidores de opiáceos (menos de 7%) tem menos de 20 anos, quando procura ajuda pela primeira vez ⁽¹⁷⁹⁾. Ocasionalmente há notícia de pessoas muito jovens (com menos de 15 anos) que procuram tratamento devido ao consumo de heroína ⁽¹⁸⁰⁾, por exemplo, crianças de 11-12 anos em Sófia, Bulgária, mas, de um modo geral, a procura de tratamento por consumo de heroína parece ser rara entre os jovens.

Segundo os relatórios, os utentes que consomem opiáceos são marginalizados pela sociedade, têm baixos níveis de instrução, taxas de desemprego elevadas e, muitas vezes, uma situação instável no que se refere à habitação; a Espanha informa que 17% a 18% dos utentes consumidores de opiáceos são sem-abrigo.

A maioria destes utentes afirma ter consumido essas drogas pela primeira vez entre os 15 e os 24 anos de idade, tendo cerca de 50% dos utentes iniciado esse consumo antes dos 20 anos ⁽¹⁸¹⁾. Uma vez que o intervalo temporal entre o primeiro consumo e o primeiro pedido de tratamento se situa, geralmente, entre 5 e 10 anos e que o período entre o início e o consumo regular de droga é, segundo os cálculos, de 1,5-2,5 anos (relatório nacional finlandês), pode concluir-se que, em regra, os utentes consumidores de opiáceos consomem a droga regularmente durante 3 a 7 anos, antes de procurarem tratamento especializado.

A nível europeu, pouco mais de metade dos novos utentes consumidores de opiáceos, que procuram tratamento em regime ambulatorio e cuja via de administração é conhecida, consome a droga por via endovenosa. De um modo geral, esta via de consumo regista níveis mais

⁽¹⁷⁴⁾ Ver nota de rodapé ⁽⁷⁰⁾.

⁽¹⁷⁵⁾ Ver figura TDI-2 e quadro TDI-5 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽¹⁷⁶⁾ Ver quadro TDI-5 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽¹⁷⁷⁾ Ver quadro TDI-26 no Boletim Estatístico de 2006; Relatórios Nacionais Reitox.

⁽¹⁷⁸⁾ Ver figura TDI-1 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽¹⁷⁹⁾ Ver quadro TDI-10 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽¹⁸⁰⁾ Ver www.communitycare.co.uk.

⁽¹⁸¹⁾ Ver quadro TDI-11 no Boletim Estatístico de 2006.

elevados entre os consumidores de opiáceos que procuram tratamento nos novos Estados-Membros (acima de 60%) do que nos Estados-Membros da UE-15 (menos de 60%), com excepção da Itália e da Finlândia, onde a percentagem de utentes que injectam opiáceos é de 74% e 79,3%, respectivamente. A percentagem mais baixa de utentes consumidores de opiáceos por injeção é a dos Países Baixos (13%) e a mais elevada é a da Letónia (86%) ⁽¹⁸²⁾.

Tratamento da dependência de opiáceos

A estratégia da UE de luta contra a droga 2005-2012 dá grande prioridade à melhoria da disponibilidade e do acesso ao tratamento e solicita aos Estados-Membros que ofereçam uma vasta gama de tratamentos eficazes. Historicamente, o tratamento em regime de internamento tem sido importante para o tratamento dos consumidores problemáticos de opiáceos. Contudo, a crescente diversidade das opções de tratamento e, em especial, a considerável expansão do tratamento de substituição reduziram a importância relativa do tratamento em regime de internamento.

Os dados sobre a disponibilidade relativa dos diversos tipos de tratamento para os problemas de consumo de opiáceos na Europa ainda são limitados. Em resposta a um questionário do OEDT, os peritos da maioria dos Estados-Membros (16) indicaram que o tratamento de substituição é a principal forma de tratamento disponível. Contudo, quatro países (República Checa, Hungria, Polónia e Eslováquia) informam que o tratamento sem droga é o mais comum, e dois países, Espanha e Suécia, afirmam que existe uma situação de equilíbrio entre as opções de tratamento medicamente assistido e as que não recorrem a drogas.

O tratamento de substituição para a dependência de opiáceos (designadamente com metadona ou buprenorfina) está implantado em todos os Estados-Membros da UE ⁽¹⁸³⁾, bem como na Bulgária, Roménia e Noruega, havendo actualmente um consenso substancial a nível europeu quanto aos seus benefícios para o tratamento dos consumidores problemáticos de opiáceos, embora em alguns países continue a ser um tema sensível (ver capítulo 2 «Resposta aos problemas de droga na Europa»). O papel do tratamento de substituição está a tornar-se menos controverso a nível internacional; em 2004 o sistema das Nações Unidas adoptou uma posição comum sobre o tratamento de substituição e manutenção (OMS/UNODC/UNAIDS, 2004), e em Junho de 2006 a OMS incluiu a metadona e a buprenorfina na sua lista-modelo de medicamentos essenciais.

Já existe uma base documental sólida da utilidade dos programas de substituição com drogas como a metadona ou a buprenorfina. Os estudos demonstraram que a terapia de substituição está associada à redução do consumo de drogas ilícitas, das taxas de consumo por via endovenosa e dos comportamentos associados a um risco elevado de propagação do HIV ou de outras doenças infecto-contagiosas, como a partilha de equipamentos, bem como a melhorias no funcionamento social e na saúde em geral. A investigação sugeriu também que os níveis de actividade criminosa podem diminuir e que uma oferta suficiente de tratamento de substituição é susceptível de influir no número de mortes relacionadas com o consumo de droga. Para que haja uma optimização dos resultados é necessário que os utentes iniciem o programa atempadamente, que o tratamento de substituição tenha uma duração e uma continuidade suficientes e que a medicação seja administrada em doses adequadas.

Embora o tratamento com metadona continue a ser o tratamento de substituição mais prescrito na Europa, as opções de tratamento ainda se estão a desenvolver e a buprenorfina já se encontra disponível em 19 países da União Europeia, bem como na Noruega e Bulgária, apesar de não se saber ao certo se foi aprovada para tratamento de manutenção em todos os países que dizem utilizá-la. Tendo em conta que o tratamento com buprenorfina em altas doses só foi introduzido na Europa há 10 anos, a popularidade da droga como opção terapêutica evoluiu com notável rapidez (ver figura 1) ⁽¹⁸⁴⁾.

A substituição da droga a longo prazo não é o único objectivo da farmacoterapia para o consumo de opiáceos. A metadona e a buprenorfina também são usadas para tratar a síndrome da abstinência de opiáceos, quando o objectivo terapêutico consiste em ajudar o doente a enfrentar os sintomas da desabituação física administrando-lhe uma dose que vai sendo reduzida ao longo de um determinado período para diminuir o seu sofrimento. A naltrexona, um antagonista dos opiáceos utilizado para tratar a dependência destas drogas, também é por vezes usada para ajudar a evitar as recaídas, uma vez que bloqueia os efeitos da heroína, embora a fundamentação científica para a utilização desta droga permaneça inconclusiva.

Alguns países (Alemanha, Espanha, Países Baixos e Reino Unido) também têm programas de prescrição de heroína, embora o número de doentes que recebe este tipo de tratamento seja inferior ao das outras formas de substituição (provavelmente menos de 1% do total). Esta forma de tratamento continua a ser controversa e é, de um modo

⁽¹⁸²⁾ Ver quadro TDI-17 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽¹⁸³⁾ Em Chipre, a utilização da metadona no tratamento de desintoxicação é mencionada desde 2004 e foi anunciado o lançamento de um projecto-piloto de tratamento de manutenção com metadona, mas não foram comunicados casos em tratamento. Na Turquia, a metadona está oficialmente registada para o tratamento da dependência dos opiáceos, mas não foram comunicados quaisquer casos de tratamento.

⁽¹⁸⁴⁾ Ver tema específico relativo à buprenorfina no relatório anual de 2005.

geral, praticada a título de experimentação científica, destinando-se a consumidores de longa data que não reagiram positivamente a outras opções terapêuticas.

Uma análise recente da eficácia do tratamento da toxicodependência na prevenção da transmissão do HIV concluiu que as intervenções comportamentais podem reforçar os efeitos positivos do tratamento de substituição na prevenção deste vírus, ao passo que a psicoterapia utilizada isoladamente apresenta resultados variáveis. O tratamento baseado na abstinência revelou bons resultados quanto à prevenção do HIV nos indivíduos que mantêm o tratamento durante 3 meses ou mais (Farrell et al., 2005).

Monitorização da prescrição de metadona

A metadona é uma droga controlada, nos termos da lista I da Convenção Única sobre Estupefacientes de 1961, e os seus níveis de consumo interno são anualmente monitorizados pelo INCB.

De acordo com o OEDT, calcula-se que, no mínimo, mais de 500 000 utentes receberam tratamento de substituição, durante o ano, nos Estados-Membros da UE, Noruega, Bulgária, Roménia e Noruega (ver quadro 4 no relatório anual de 2005). Excluindo a República Checa e a França, países onde o tratamento com buprenorfina em altas doses

é mencionado como a opção mais comum, mais de 90% dos tratamentos realizados em todos os outros países utilizam a metadona.

A UE e os EUA, em conjunto, são responsáveis por 85% do consumo mundial de metadona, tendo este consumo mantido um crescimento constante, nesses países, ao longo da última década. As quantidades consumidas estabilizaram em ambas as regiões entre 1997 e 2000, mas desde então verificou-se um aumento brusco nos Estados Unidos. Actualmente, os níveis de consumo de metadona na UE equivalem a cerca de metade dos registados nos EUA ⁽¹⁸⁵⁾.

Em regra, os valores relativos ao consumo aumentam significativamente a seguir à introdução desta opção de tratamento a nível nacional. Por exemplo, em França, a vasta aplicação do tratamento de substituição com metadona, em 1995, levou a um rápido crescimento do consumo, de 31 kg em 1995 para 446 kg em 2004.

Recentemente, observam-se alguns sinais de estabilização dos níveis do consumo de metadona nas estatísticas referentes à Dinamarca, Espanha, Malta, Países Baixos e, possivelmente, à Alemanha. Esta situação é consentânea com as tendências comunicadas em relação ao número de utentes em tratamento (ver capítulo 2 «Resposta aos problemas de droga na Europa»).

⁽¹⁸⁵⁾ Ver figura NSP-2 no Boletim Estatístico de 2006.



Capítulo 7

Doenças infecto-contagiosas e mortes relacionadas com o consumo de droga

Doenças infecto-contagiosas relacionadas com o consumo de droga

Uma das consequências sanitárias mais graves do consumo de drogas ilegais e, em especial, do consumo por via endovenosa, é a transmissão do HIV e de outras doenças infecto-contagiosas, nomeadamente da hepatite C e B. A relação entre o consumo de droga injectada e a transmissão dessas doenças está solidamente estabelecida. A redução do consumo de droga injectada e da partilha de equipamento de injeção tornou-se, por isso, num objectivo primordial das intervenções de saúde pública neste domínio. Os estudos também apontam para uma relação entre o consumo de droga e a actividade sexual de alto risco, sugerindo que é cada vez mais importante ligar as intervenções contra o consumo de droga às estratégias de saúde pública relativas à saúde sexual. No que se refere à monitorização a nível europeu, os dados sobre as doenças infecto-contagiosas são recolhidos por fontes de notificação regular, onde o consumo de droga injectada pode ser registado como um factor de risco, e no decurso de estudos especiais sobre as populações que consomem droga em diferentes contextos.

HIV e sida

Tendências recentes nos casos de HIV recentemente notificados

Actualmente, a maioria dos países regista baixos índices de novos casos diagnosticados de infecção por HIV atribuídos ao consumo de droga injectada. Os países que têm mantido índices permanentemente baixos de HIV entre os consumidores de droga injectada (CDI) oferecem uma oportunidade para investigar os factores que podem estar na base desta situação, sendo esta uma questão colocada pelo actual plano de acção da UE de luta contra a droga e abordada por um estudo coordenado pelo OEDT. Há, todavia, que evitar atitudes de complacência, pois nem a Espanha nem a Itália, dois países com epidemias de HIV entre os CDI, forneceram dados nacionais das notificações de casos de HIV, o que afecta muito negativamente o valor destes dados para descreverem o panorama global da UE. Além disso, os dados registados em alguns países suscitam preocupações de que a infecção por HIV esteja a aumentar, pelo menos em algumas populações de CDI.

Em França, onde os casos de HIV só começaram a ser registados em 2003, verificou-se um aumento da incidência deste vírus entre os CDI (embora partindo de um nível baixo), de 2,3 casos estimados por cada milhão de habitantes, em 2003, para 2,9 casos em 2004. Embora este valor seja, de um modo geral, compatível com os dados dos estudos disponíveis (ver *infra*), não devemos esquecer que, no início, os novos sistemas de notificação são, muitas vezes, instáveis. Em Portugal, uma aparente diminuição dos novos casos de HIV diagnosticados entre os CDI é posta em causa pelos dados de 2004, que revelam uma incidência da infecção por HIV de 98,5 casos por milhão de habitantes, a maior da UE ⁽¹⁸⁶⁾. No Reino Unido, a incidência de HIV entre os CDI aumentou lentamente, mas agora estabilizou em pouco menos de 2,5 casos por milhão de habitantes, por ano. Na Irlanda, a incidência aumentou, em finais da década de 90, para um valor máximo de 18,3 casos por milhão de habitantes por ano em 2000, diminuiu para 9,8 por milhão em 2001 e aumentou subsequentemente para 17,8 casos por milhão em 2004.

Ainda muito recentemente, no ano de 2001, registaram-se surtos de HIV relacionados com o consumo de droga injectada na Estónia e na Letónia, e em 2002 na Lituânia. Desde então, os índices diminuíram muito, sendo de prever uma redução dos índices de novos casos notificados, após uma fase epidémica inicial, à medida que um nível de infecção endémico se vai instalando (ver *infra*).

Seroprevalência do HIV entre os CDI testados

Os dados sobre a seroprevalência do HIV entre os CDI (percentagem de infectados nas amostras de consumidores de droga injectada) constituem uma importante informação complementar da notificação de casos de infecção pelo HIV. As conclusões extraídas da dita notificação podem ser corroboradas por estudos repetidos sobre a prevalência desta infecção e pela monitorização de rotina dos dados provenientes dos testes de diagnóstico, os quais também podem fornecer informações mais pormenorizadas sobre regiões e contextos específicos. No entanto, os dados sobre a prevalência provêm de várias fontes que, em alguns casos, podem ser difíceis de comparar, devendo ser, por isso, interpretados com cautela.

Os recentes aumentos registados na notificação de casos de infecção pelo HIV em alguns países são, na sua maioria,

⁽¹⁸⁶⁾ Ver figuras INF-2 (parte i) e INF-2 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2006.

Na Polónia, há estudos locais que sugerem uma continuação da propagação do HIV, pelo menos até há pouco tempo, com base nas elevadas taxas de prevalência entre os jovens CDI (15% em 2002 numa região, 4% a 11% em duas outras regiões, em 2004). No estudo realizado em 2002, foram notificados quatro casos (9%) de HIV entre os 45 novos CDI incluídos na amostra.

Por último, alguns dados recentes sobre a prevalência em países que nunca foram afectados por grandes epidemias entre os CDI sugerem a necessidade de manter a vigilância. Parece ser o caso do Luxemburgo, Áustria e Reino Unido, embora os aumentos permaneçam limitados e não sejam confirmados pelos dados da notificação de casos.

Países com baixa prevalência do HIV

A prevalência do HIV entre os CDI testados continua a variar muito entre os Estados-Membros da UE (figura 10). Em vários deles, a prevalência do HIV entre os CDI aumentou recentemente ou mantém-se elevada há vários anos. Noutros países, pelo contrário, a prevalência do HIV entre os CDI permaneceu muito baixa em 2003-2004, sendo igual ou inferior a 1% na República Checa, Grécia, Hungria, Malta, Eslovénia (segundo as amostras nacionais), e na Eslováquia, Bulgária, Roménia, Turquia e Noruega (de acordo com amostras subnacionais). Em alguns destes países (por exemplo, na Hungria), a prevalência do HIV e do vírus da hepatite C (VHC) são das mais baixas da Europa, o que sugere baixos níveis de consumo por via endovenosa (ver «Hepatites B e C», *infra*), embora em alguns deles (por exemplo, Roménia) haja indícios de que a prevalência da hepatite C está a aumentar.

Diferenças de género na prevalência do HIV entre os CDI testados

Os dados sobre a prevalência disponíveis para 2003-2004 revelam diferenças consoante o género a que pertencem os CDI testados⁽¹⁸⁸⁾. Os dados agregados da Bélgica, Estónia (2005), Espanha (2002), França, Itália, Luxemburgo, Áustria, Polónia e Portugal produziram uma amostra de 124 337 homens e 20 640 mulheres no total, na sua maioria testados em centros de tratamento da toxicod dependência ou noutros locais que prestam serviços neste domínio. A prevalência global era de 13,6% entre os homens e de 21,5% entre as mulheres, com grandes diferenças entre países, sendo a prevalência entre as mulheres superior à dos homens em Estónia, Espanha, Itália, Luxemburgo e Portugal, enquanto a Bélgica mostra a tendência oposta, com uma prevalência mais elevada entre os homens.

Incidência da sida e disponibilidade da HAART

Uma vez que a terapia antiretroviral altamente activa (HAART), disponível desde 1996, trava eficazmente

a progressão da infecção pelo HIV impedindo-a de se transformar em sida, os dados sobre a incidência desta última perderam utilidade como indicador da transmissão do HIV. Contudo, ainda mostram o peso global da doença sintomática e constituem um indicador importante da introdução e da cobertura da HAART entre os CDI.

A OMS estima que, em 2003, a cobertura da HAART entre os doentes necessitados de tratamento era elevada (mais de 70%) nos países da Europa Ocidental, mas mais limitada na maioria dos países da Europa Oriental, incluindo a Estónia, a Lituânia e a Letónia⁽¹⁸⁹⁾. Os dados mais recentes sugerem que a situação melhorou muito, sendo agora essa cobertura de pelo menos 75% em todos os Estados-Membros da UE e países candidatos. No entanto, não existem dados específicos sobre a disponibilidade da HAART entre os CDI, restando saber se o aumento da cobertura se traduzirá numa redução da incidência da sida entre os CDI da Estónia e da Letónia.

Nos quatro países da Europa Ocidental mais afectados pela sida, isto é, Espanha, França, Itália e Portugal, a incidência diminuiu, desde 1996, aproximadamente, no caso dos primeiros três países, mas só a partir de 1999 em Portugal, que continua a ser o país com maior incidência de sida relacionada com o consumo de droga injectada, com 31 casos por milhão de habitantes em 2004. Contudo, na Letónia a incidência é semelhante: 30 casos por milhão.

Os dados do EuroHIV até 2004 (ajustados aos atrasos de comunicação) sugerem que a incidência da sida relacionada com o consumo de droga injectada está a aumentar na Estónia e na Letónia⁽¹⁹⁰⁾.

Hepatites B e C

Hepatite C

A prevalência de anticorpos do vírus da hepatite C (VHC) entre os CDI é, de um modo geral, extremamente elevada, embora exista uma grande variação entre países e entre regiões de um mesmo país. Entre as amostras de CDI testados em 2003-2004 são comunicados índices de prevalência superiores a 60% pela Bélgica, Dinamarca, Alemanha, Grécia, Espanha, Irlanda, Itália, Polónia, Portugal, Reino Unido, Noruega e Roménia, ao passo que foram encontrados índices de prevalência inferiores a 40% em amostras da Bélgica, República Checa, Grécia, Chipre, Hungria, Malta, Áustria, Eslovénia, Finlândia e Reino Unido⁽¹⁹¹⁾.

Existem dados disponíveis sobre a prevalência de anticorpos de VHC entre os jovens CDI (com menos de 25 anos) de 14 países, embora em alguns casos as amostras sejam de pequena dimensão. Os resultados variam muito, com alguns países a comunicarem simultaneamente valores elevados

⁽¹⁸⁸⁾ Ver figura INF-3 (parte v) no Boletim Estatístico de 2006.

⁽¹⁸⁹⁾ Ver figura INF-14 (parte iii) e (parte iv) no Boletim Estatístico de 2006.

⁽¹⁹⁰⁾ Ver figura INF-1 (parte i) no Boletim Estatístico de 2006.

⁽¹⁹¹⁾ Ver figura INF-6 (parte i) no Boletim Estatístico de 2006.

e baixos a partir de amostras diferentes. Em 2003-2004, os índices de prevalência mais elevados entre jovens CDI (mais de 40%) foram encontrados em amostras da Bélgica, Grécia, Áustria, Polónia, Portugal, Eslováquia e Reino Unido, e a prevalência mais baixa (menos de 20%) em amostras da Bélgica, Grécia, Chipre, Hungria, Malta, Áustria, Eslovénia, Finlândia, Reino Unido e Turquia. Considerando apenas os estudos sobre os jovens CDI com um âmbito nacional, os índices de prevalência mais elevados (superiores a 60%) são observados em Portugal e os mais baixos (menos de 40%) em Chipre, Hungria, Malta, Áustria e Eslovénia. Não obstante os processos de amostragem utilizados poderem causar distorções que sugiram um grupo mais crónico, a elevada prevalência de anticorpos de VHC encontrados numa amostra nacional em Portugal (67% entre 108 CDI com menos de 25 anos) continua a ser preocupante e pode indicar a manutenção de comportamentos de alto risco entre os jovens CDI (ver também «Tendências recentes nos novos casos de HIV notificados», p. 75).

Os dados sobre a prevalência de anticorpos do VHC entre os novos CDI (que se injectam há menos de dois anos) são escassos e prejudicados pela pequena dimensão das amostras, mas podem ser um melhor indicador substitutivo das taxas de incidência muito recentes do que os dados sobre os jovens CDI. As informações disponíveis para 2003-2004 mostram que a prevalência mais elevada entre os novos CDI (superior a 40%) foi encontrada em amostras da Grécia, Polónia, Reino Unido e Turquia e a mais baixa (menos de 20%) em amostras da Bélgica, República Checa, Grécia, Chipre e Eslovénia. Foram encontradas baixos índices de prevalência em amostras pequenas, mas nacionais, de novos CDI em Chipre (apenas dois dos 23 CDI tiveram resultados positivos nas análises aos anticorpos de VHC, um índice de 9%), e na Eslovénia (dois de 32 consumidores tiveram resultados positivos, um índice de 6%).

Hepatite B

A prevalência dos marcadores do vírus da hepatite B (VHB) também varia muito consoante os países e as regiões de cada país. Os dados mais completos referem-se aos anticorpos da hepatite B, que indiciam um historial de infecções. Em 2003-2004, foram comunicados índices de prevalência superiores a 60% nas amostras de CDI pela Itália e a Polónia, ao passo que foram registadas amostras com índices de prevalência inferiores a 20% na Bélgica, Irlanda, Chipre, Áustria, Portugal, Eslovénia, Eslováquia e Reino Unido. Os dados de notificação de casos de hepatite B no período de 1992-2004, em relação aos países com dados disponíveis, mostram um panorama muito diversificado⁽¹⁹²⁾. Na região nórdica, a grande maioria de casos agudos notificados de hepatite B verificam-se entre os CDI e os surtos de hepatite B coincidiram com aumentos do consumo de droga injectada em vários países. Por exemplo, os dados relativos à Noruega sugerem que a incidência

das infecções de hepatite B entre os CDI aumentou muito entre 1992 e 1998, tendo diminuído seguidamente. Na Finlândia, as notificações de casos de hepatite B entre os CDI diminuíram drasticamente nos últimos anos, possivelmente em resultado dos programas de vacinação e de um vasto programa de troca de agulhas e seringas.

Prevenção das doenças infecto-contagiosas

Respostas eficazes

Ficou provado que várias intervenções de saúde pública são úteis para reduzir a propagação de doenças infecto-contagiosas entre os consumidores de droga, sendo cada vez mais consensual que uma abordagem global à prestação de serviços nesta área tem maiores probabilidades de ser bem sucedida. Historicamente, o debate estava em grande medida centrado na prevenção da infecção pelo HIV entre os consumidores de droga injectada, mas a necessidade de medidas eficazes para refrear a propagação da hepatite tem vindo a ser crescentemente reconhecida, bem como a necessidade de prevenir a propagação de doenças infecto-contagiosas entre os consumidores de droga que não se injectam.

É de salientar que há maiores provas de eficácia em relação à prevenção da infecção por HIV entre os CDI. Um sólido conjunto de dados disponíveis mostra que as intervenções podem ser consideradas eficazes e que o acesso aos diversos tipos de tratamento é um factor de protecção (Farrell et al., 2005; OMS, 2005). Desde meados da década de 90, a resposta europeia tem-se caracterizado por uma oferta crescente de tratamento da toxicoddependência (ver capítulo 2 «Resposta aos problemas de droga na Europa») e, globalmente, este parece ter sido um dos elementos que contribuíram para o panorama relativamente animador que se observa na Europa no tocante à propagação epidémica do HIV entre os CDI.

O tratamento constitui apenas uma parte da abordagem global à prevenção do HIV. Os restantes elementos incluem várias técnicas de informação, educação e comunicação, o recurso voluntário ao aconselhamento e às análises no domínio das doenças infecto-contagiosas, a vacinação, a distribuição de equipamento de injeção esterilizado e de outros meios profilácticos. Estas medidas, bem como a prestação de assistência médica nos serviços de porta aberta, ou até, por vezes, a nível da rua, podem contribuir para estabelecer ou melhorar a comunicação com os consumidores de droga activos e os seus parceiros sexuais sobre os riscos e a prevenção das consequências sanitárias do consumo de droga.

Um empenhamento geral numa abordagem global não significa que todos estes elementos dos serviços sejam identicamente desenvolvidos ou apoiados a nível nacional.

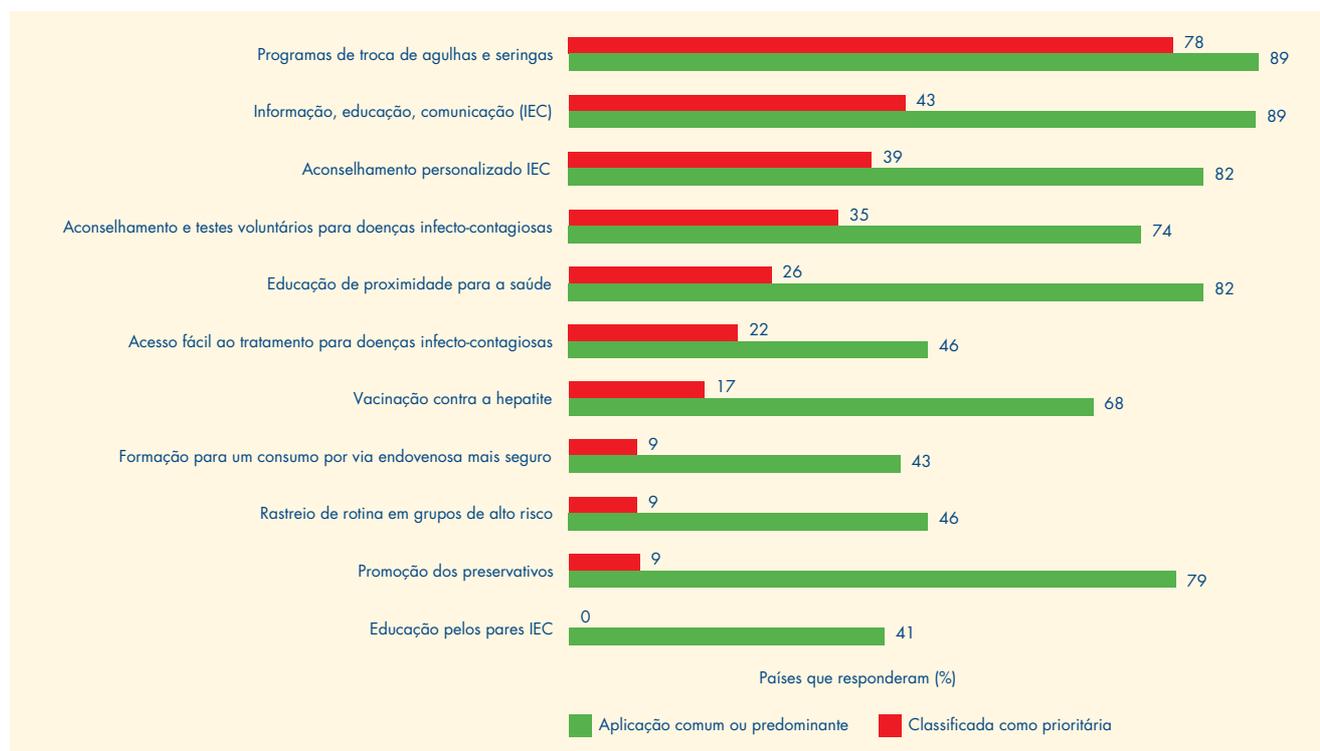
⁽¹⁹²⁾ Ver figura INF-12 (parte i) no Boletim Estatístico de 2006.

Afigura-se, todavia, que está a gerar-se algum consenso. Num inquérito realizado entre os PFN, três em cada quatro inquiridos identificaram os programas de troca de agulhas e seringas, associados aos serviços de aconselhamento e consultoria, como uma prioridade da política nacional para travar a propagação de doenças infecto-contagiosas entre os CDI (figura 11). O facto de um tão grande número de países já reconhecer explicitamente o papel do fornecimento de material de injeção limpo na sua estratégia de prevenção do HIV mostra como este se tornou comum na maior parte da Europa e deixou de suscitar controvérsia na maioria dos países. Isto não significa que todos estejam igualmente de acordo a respeito dos benefícios deste tipo de intervenção. A Grécia e a Suécia, por exemplo, não consideram que seja uma prioridade política, embora em termos globais esteja a emergir um panorama relativamente homogéneo na União Europeia quanto à execução de intervenções nesta área ⁽¹⁹³⁾, mencionando todos os países, com excepção de Chipre, a existência de programas de troca ou distribuição de agulhas e seringas esterilizadas ⁽¹⁹⁴⁾.

Tipos de programas de troca de agulhas e seringas nos países europeus

Embora a maior parte dos países europeus já distribua equipamento de injeção esterilizado, a natureza e a amplitude dessa distribuição variam entre os países. O modelo mais comum consiste em prestar o serviço num local fixo, normalmente num serviço especializado de luta contra a droga, mas muitas vezes este tipo de prestação é complementada por serviços móveis que tentam chegar aos consumidores em contextos comunitários. As máquinas de troca ou venda automática de seringas complementam os serviços de distribuição de agulhas e seringas em oito países ⁽¹⁹⁵⁾, embora esse tipo de fornecimento pareça estar restringido a um pequeno número de locais, uma vez que só a Alemanha e a França comunicam actividades substanciais (cerca de 200 e 250 máquinas, respectivamente). A Espanha é o único país da UE em que a troca de agulhas e seringas está normalmente disponível nas prisões, tendo 27 estabelecimentos prisionais sido abrangidos em 2003. O outro país da UE que menciona actividades neste domínio

Figura 11: Prioridade e âmbito de aplicação de medidas seleccionadas para prevenção de doenças infecto-contagiosas entre os consumidores de droga, de acordo com o parecer de peritos nacionais: resumo referente aos países que forneceram resposta



NB: Classificação de prioridades de 23 Estados-Membros da UE, da Bulgária e da Noruega. Os países que não fornecem estas classificações são a Irlanda, Chipre, a Lituânia e os Países Baixos.

As classificações relativas ao «âmbito de aplicação» foram fornecidas por peritos de todos os 25 Estados-Membros da UE, da Bulgária e da Noruega. As comunidades francesa e flamenga da Bélgica forneceram classificações em separado, o que elevou o número total de respostas a 28.

Fontes: Inquérito dos pontos focais nacionais a peritos, SQ 23 (2004), pergunta 5.

⁽¹⁹³⁾ Ver figura NSP-3 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽¹⁹⁴⁾ Ver no relatório anual de 2005 um breve resumo das provas da eficácia dos programas de troca de agulhas e seringas (p. 68).

⁽¹⁹⁵⁾ Ver figura quadro NSP-2 no Boletim Estatístico de 2006.

é a Alemanha, onde a distribuição está limitada a um único estabelecimento prisional.

Os programas de troca de agulhas e seringas nas farmácias também contribuem para expandir a cobertura geográfica do seu fornecimento e a venda de seringas limpas nas farmácias pode aumentar a sua disponibilidade. A venda de seringas sem receita médica é permitida em todos os países da UE, com excepção da Suécia, embora alguns farmacêuticos não queiram fazê-lo e alguns cheguem a dissuadir activamente os consumidores de droga de frequentarem os seus estabelecimentos. Existem redes formalmente organizadas de troca ou distribuição de seringas nas farmácias em nove países europeus (Bélgica, Dinamarca, Alemanha, Espanha, França, Países Baixos, Portugal, Eslovénia e Reino Unido), embora a participação nos programas varie consideravelmente, entre cerca de metade das farmácias (45%) em Portugal até menos de 1% na Bélgica. Na Irlanda do Norte, a troca de agulhas e seringas é agora exclusivamente organizada através das farmácias.

Para alguns consumidores de droga injectada, a compra de seringas nas farmácias pode ser uma importante fonte de contacto com os serviços de saúde, existindo claras possibilidades de explorar este ponto de contacto como um canal para outros serviços. O trabalho de motivação e apoio aos farmacêuticos, para desenvolverem os serviços que prestam aos consumidores de droga, poderá ser importante para alargar o papel das farmácias, mas até à data só a França, Portugal e o Reino Unido parecem estar a investir significativamente neste sentido.

Mortalidade e mortes relacionadas com o consumo de drogas

Mortalidade entre os consumidores problemáticos de droga

A maior parte das informações sobre a mortalidade entre os consumidores problemáticos de droga refere-se aos consumidores de opiáceos. A mortalidade relacionada com outras formas de consumo de droga é menos conhecida, mas continua a ser um importante problema de saúde pública.

Um estudo colaborativo, iniciado no âmbito de um projecto do OEDT, analisou a mortalidade entre consumidores de opiáceos recrutados nos serviços de tratamento em oito localidades europeias ⁽¹⁹⁶⁾. O estudo constatou uma mortalidade muito elevada dos consumidores de opiáceos, em comparação com os seus pares: 6 a 20 vezes superior entre os homens e 10 a 50 vezes superior entre as mulheres. Estima-se que em seis desses locais (Amsterdão, Barcelona, Dublin, Londres, Roma e Viena) 10% a 23% da mortalidade global entre os adultos dos 15 aos 49 anos poderão ser atribuídos ao consumo de opiáceos,

Cobertura dos programas de troca de seringas na Europa: será suficiente?

Apesar de quase todos os Estados-Membros afirmarem dispor de programas de troca de agulhas e seringas (PTS), o impacto deste tipo de intervenção depende da existência de um nível de oferta adequado para satisfazer as necessidades dos consumidores de droga injectada (CDI).

Nove países europeus forneceram estimativas recentes do número de consumidores de droga injectada e do número de seringas distribuídas através dos programas de troca de agulhas e seringas. A partir destes dados, é possível fazer uma estimativa aproximada do número anual de seringas disponíveis por CDI ⁽¹⁾. Com base nos dados mais recentes disponíveis, as taxas de cobertura dos PTS variam consideravelmente, oscilando o número estimado de seringas distribuídas, por cada CDI e por ano, entre 2 a 3 na Grécia, até 60 a 90 na República Checa, Letónia, Áustria e Portugal, aproximadamente 110 na Finlândia, 210 em Malta e mais de 250 no Luxemburgo e na Noruega. Além disso, as seringas também podem ser adquiridas nas farmácias, e os dados da República Checa e da Finlândia permitem estimar a sua disponibilidade global. A combinação dos dados da distribuição com os da venda sugere que, num ano, os consumidores de droga injectada obtêm, em média, 125 seringas na República Checa e 140 seringas na Finlândia.

Conhecem-se muitos factores que influenciam a frequência do consumo por via endovenosa entre os consumidores de drogas, incluindo os padrões de consumo, o nível de dependência e o tipo de droga consumido. Um estudo recente que investigou a relação entre a prevalência do HIV e a cobertura da distribuição de seringas sugeriu que factores comportamentais, designadamente a frequência e a reutilização pessoal das seringas, influencia fortemente o nível de distribuição de seringas necessário para obter uma diminuição substancial da prevalência do HIV (Vickerman et al., 2006).

A medição da cobertura dos programas de troca de seringas é um elemento importante para se compreender os efeitos prováveis da distribuição de seringas na prevenção de doenças e para avaliar as necessidades não satisfeitas. Ao interpretar estes dados há, todavia, que ter em conta a disponibilidade de seringas através da venda nas farmácias (preços, densidade da rede de farmácias), bem como os padrões comportamentais dos consumidores de droga injectada e os factores ambientais. Esta questão é debatida de forma mais aprofundada no Boletim Estatístico de 2006.

⁽¹⁾ Ver notas técnicas no Boletim Estatístico de 2006.

principalmente a overdoses, à sida e a causas externas (acidentes, suicídios). Aproximadamente um terço das mortes relacionadas com o consumo de droga foi causado por overdoses, embora esta percentagem fosse mais elevada nas cidades com uma baixa prevalência de infecção por HIV entre os CDI e possa vir a aumentar quando a terapia antiretroviral activa (HAART) ficar mais amplamente disponível.

⁽¹⁹⁶⁾ Amsterdão, Barcelona, Dublin, Dinamarca, Lisboa, Londres, Roma e Viena. As estimativas da mortalidade entre a população não incluíram Lisboa nem a Dinamarca. Ver OEDT (2002b).

Um estudo de coorte da mortalidade realizado na República Checa concluiu que a mortalidade dos consumidores de estimulantes era 4 a 6 vezes superior (taxa de mortalidade padrão) à da população em geral, e a dos consumidores de opiáceos 9 a 12 vezes superior. Um estudo de coorte francês, que acompanhou indivíduos presos por consumo de heroína, cocaína ou cocaína crack, verificou que a mortalidade dos homens era cinco vezes superior à da população em geral e a das mulheres 9,5 vezes superior, mas com tendência para diminuir.

À medida que os consumidores de opiáceos envelhecem, a mortalidade resultante de doenças crónicas (cirrose, cancro, doenças respiratórias, endocardite, sida) vem somar-se às mortes produzidas por outras causas externas para além das overdoses, como o suicídio e a violência (relatórios nacionais neerlandeses de 2004 e 2005, do Serviço de Saúde Municipal de Amesterdão). As condições de vida dos consumidores de droga (condição de sem-abrigo, doenças mentais, violência, subnutrição, etc.) também podem contribuir substancialmente para a elevada mortalidade entre os consumidores de droga.

Acresce que a sida relacionada com o consumo intravenoso de droga foi responsável por 1 528 mortes em 2002⁽¹⁹⁷⁾, um valor que poderá estar subestimado. Outras causas de morte relacionadas com a droga, como a doença (por exemplo, a hepatite), a violência e os acidentes, são mais difíceis de avaliar, mas é provável que sejam responsáveis por um número importante de mortes. Calcula-se que 10% a 20% das mortes ocorridas entre os jovens adultos nas cidades europeias sejam atribuíveis ao consumo de opiáceos (ver *infra*). A esta percentagem deverá somar-se a mortalidade relacionada com outras formas de consumo de droga, apesar de ser muito difícil de quantificar.

Mortes relacionadas com o consumo de droga

O conceito de «morte relacionada com o consumo de droga» é um conceito complexo. Em alguns relatórios, refere-se apenas às mortes directamente causadas pela acção de substâncias psicoactivas, enquanto noutros também inclui as mortes em que o consumo de droga desempenhou um papel indirecto ou circunstancial (acidentes de viação, violência, doenças infecto-contagiosas). Um relatório recente em que se analisava os tipos de danos causados pelo consumo de drogas ilegais no Reino Unido considerou que as mortes relacionadas com o consumo de droga eram o principal dano causado por este consumo (MacDonald et al., 2005).

Nesta secção, e no protocolo do OEDT, o termo «mortes relacionadas com a droga» refere-se às mortes directamente causadas pelo consumo de uma ou mais drogas e que ocorrem, em geral, pouco depois do consumo dessa(s) substância(s). Essas mortes também são descritas por termos como: «*overdoses*», «intoxicações», «mortes induzidas pela droga» ou «mortes por intoxicação aguda relacionada com o consumo de droga»⁽¹⁹⁸⁾.

Entre 1990 e 2003, os Estados-Membros da UE notificaram entre 6 500 e mais de 9 000 mortes por ano, num total superior a 113 000 mortes durante este período. Pode considerar-se que estes números constituem uma estimativa mínima, pois é muito provável que, em muitos países, parte dos casos fique por notificar⁽¹⁹⁹⁾.

As taxas de mortalidade entre a população resultantes das mortes relacionadas com o consumo de droga variaram muito consoante os países europeus, oscilando entre 0,2 e mais de 50 mortes por milhão de habitantes (13 em média). Na maioria dos países, situam-se entre 7 e 30 mortes por milhão de habitantes, sendo superiores a 25 na Dinamarca, Estónia, Luxemburgo, Finlândia, Reino Unido e Noruega. Entre os homens com idades compreendidas entre 15 e 39 anos, as taxas de mortalidade são, em regra, três vezes mais elevadas (40 mortes, em média, por milhão), apresentando sete países taxas superiores a 80 mortes por milhão. As mortes relacionadas com o consumo de droga foram equivalentes a 3% do total de mortes registadas entre os europeus dos 15 aos 39 anos, em 2003-2004, e por mais de 7% na Dinamarca, Grécia, Luxemburgo, Malta, Áustria, Reino Unido e Noruega. Estes valores devem ser entendidos como estimativas mínimas e também há a considerar que, não obstante algumas melhorias, subsistem grandes diferenças entre os diversos países no que respeita à qualidade das notificações, sendo necessária prudência ao estabelecer comparações directas⁽²⁰⁰⁾.

Mortes relacionadas com o consumo de opiáceos

Os opiáceos estão presentes na maioria dos casos de «morte por intoxicação aguda relacionada com o consumo de droga» causados por substâncias ilegais, notificados na União Europeia, apesar de, muitas vezes, também serem identificadas outras substâncias nos exames toxicológicos, designadamente álcool, benzodiazepinas e, em alguns países, cocaína. Na Europa, a maioria dos casos de morte por consumo de opiáceos está relacionada com a heroína,

⁽¹⁹⁷⁾ Ver EuroHIV (2005). O valor refere-se às zonas ocidental e central da OMS Europa, que incluem alguns países terceiros e o total das mortes na Estónia, Letónia e Lituânia (zona leste).

⁽¹⁹⁸⁾ Esta é a definição comum acordada pelo grupo de peritos nacionais do OEDT. Actualmente, a maioria das definições nacionais são idênticas à do OEDT ou muito semelhantes a esta, embora alguns países continuem a incluir os casos devidos a medicamentos psicoactivos ou as mortes não causadas por overdose, geralmente em percentagem reduzida [ver nota metodológica do Boletim Estatístico de 2006 «Drug-related deaths summary: definitions and methodological issues» [Resumo das mortes relacionadas com o consumo de droga: definições e questões metodológicas. Secção 1: Definição do OEDT e Secção 2: Definições nacionais e «Protocolo Normalizado das Mortes relacionadas com o consumo de droga (DRD Standard Protocol), versão 3,0»]].

⁽¹⁹⁹⁾ Ver quadros DRD-2 (parte i), DRD-3, DRD-4 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽²⁰⁰⁾ Ver quadro DRD-1 (parte iii) e (parte iv) no Boletim Estatístico de 2006.

mas também pode haver outros opiáceos envolvidos (ver *infra*) ⁽²⁰¹⁾.

A *overdose* de opiáceos é uma das principais causas de morte entre os jovens europeus, em especial entre os jovens do sexo masculino residentes em zonas urbanas. Actualmente, a *overdose* também é a principal causa de morte entre os consumidores de opiáceos no conjunto da UE, designadamente em países com uma baixa prevalência de HIV entre os consumidores de droga injectada (ver «Mortalidade entre os consumidores problemáticos de droga», p. 80).

A maioria dos consumidores de droga vítimas de *overdose* é do sexo masculino ⁽²⁰²⁾, em 65% a 100% dos casos, e na maior parte dos países essa percentagem varia entre 75% e 90%, registando-se as percentagens mais elevadas de mulheres na República Checa, Polónia e Finlândia e as mais baixas na Grécia, Itália e Chipre. Estes resultados devem ser interpretados no contexto das diferentes taxas de consumo e injeção de opiáceos entre homens e mulheres.

A maioria das vítimas de *overdose* situa-se na faixa etária dos 20 aos 40 anos, com uma média de idades de trinta e cinco anos (mas com variações entre 20 e 44 anos), na maior parte dos países. A média de idades é mais baixa na Estónia, Eslovénia, Bulgária e Roménia, e mais elevada na República Checa, Países Baixos, Polónia e Finlândia. Têm sido registadas muito poucas mortes por *overdose* em pessoas com menos de 15 anos (17 casos num total de 7 516, segundo os dados mais recentes disponíveis para cada país), embora seja possível que nem todas as mortes relacionadas com o consumo de drogas ocorridas nesta faixa etária tenham sido notificadas. Os dados do OEDT incluem algumas mortes em indivíduos com mais de 65 anos, sendo apenas sete os países que referem uma percentagem superior a 5% nesta faixa etária ⁽²⁰³⁾.

Em vários dos novos Estados-Membros e dos países candidatos, a média de idades no momento da morte é relativamente baixa (Chipre, Estónia, Letónia, Eslováquia, Bulgária e Roménia), registando-se uma elevada percentagem de casos de *overdose* entre jovens com menos de 25 anos, o que poderá indicar que a população de consumidores de heroína é mais jovem nestes países. A elevada média de idades registada na República Checa está relacionada com a inclusão de muitas mortes causadas por medicamentos psicoactivos (figura 12).

Em muitos Estados-Membros, a idade das vítimas de *overdose* está a aumentar, o que sugere que o início do consumo de heroína entre os jovens está a diminuir. Esta tendência é comum nos Estados-Membros da UE-15 e já

é visível desde o início da década de 90, embora seja menos acentuada na Suécia e no Reino Unido. Nos novos Estados-Membros, a tendência é menos clara, chegando, em muitos casos, a observar-se uma diminuição da média de idades ⁽²⁰⁴⁾.

Mortes relacionadas com o consumo de metadona

Vários países mencionaram a presença de metadona numa percentagem substancial de mortes relacionadas com o consumo de droga, nos relatórios nacionais Reitox relativos a 2005. A terminologia utilizada varia consoante os países e, em alguns casos, é difícil determinar o papel desempenhado pela metadona nessas mortes.

A Dinamarca comunicou que a metadona (sozinha ou associada a outras substâncias) esteve na origem da intoxicação em 44% das mortes (95 de 214 em 2004), uma percentagem semelhante à de 2003, mas com um claro aumento relativamente a 1997; a Alemanha informou que, em 2004, 345 casos tinham sido atribuídos a «substâncias de substituição» (46 tomadas isoladamente e 299 associadas a outros estupefacientes,) com uma clara diminuição desde 2002; e o Reino Unido comunicou 216 casos em que a metadona era «mencionada» (Inglaterra e País de Gales, em 2003), também com uma clara diminuição a partir de 2002. A Espanha informou ter tido poucos casos de *overdose* que envolvessem a metadona de forma isolada (2%), mas que esta estava frequentemente presente em associação com outras drogas nas mortes por consumo de opiáceos (42%) e de cocaína (20%). Os restantes países não comunicaram mortes por consumo de metadona, ou os valores comunicados foram muito pequenos. Não se conhecem os factores subjacentes a estas diferenças, nem se há subnotificação dos casos em alguns países ⁽²⁰⁵⁾.

Muito embora os estudos demonstrem que o tratamento de substituição reduz o risco de *overdose* fatal, é importante monitorizar o número de mortes relacionadas com o consumo de metadona e as circunstâncias que as rodeiam (a origem da substância, se foi ou não consumida em associação com outras substâncias, a altura do processo de tratamento em que a intoxicação se verificou), no âmbito do controlo da garantia de qualidade dos programas de substituição.

Mortes relacionadas com o consumo de buprenorfina e fentanil

As mortes causadas por uma intoxicação aguda de buprenorfina parecem ser raras, o que é atribuído às características farmacológicas agonistas-antagonistas desta

⁽²⁰¹⁾ Ver figura DRD-1 no Boletim Estatístico de 2006.

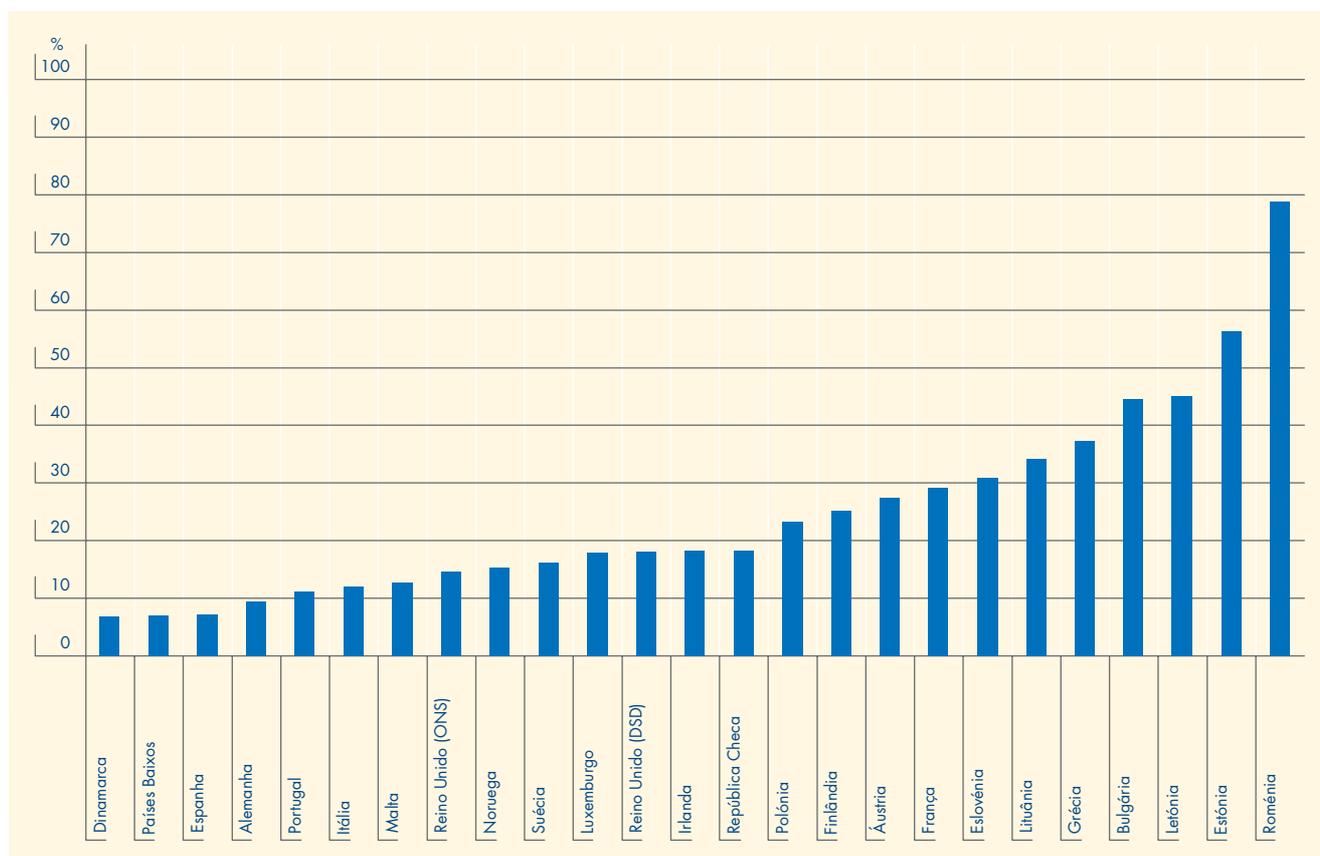
⁽²⁰²⁾ Dado que a maioria dos casos notificados ao OEDT se refere a *overdoses* de opiáceos, as características gerais das mortes por intoxicação aguda relacionada com o consumo de droga são as utilizadas na descrição dos casos de opiáceos.

⁽²⁰³⁾ Ver quadro DRD-1 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽²⁰⁴⁾ Ver figuras DRD-3 e DRD-4 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽²⁰⁵⁾ O OEDT está a realizar um ensaio de campo que visa melhorar a qualidade das informações fornecidas sobre as substâncias envolvidas nas mortes relacionadas com o consumo de drogas, incluindo as substâncias de substituição.

Figura 12: Percentagem de mortes por intoxicação aguda relacionada com o consumo de droga ocorridas abaixo dos 25 anos de idade em 2002



NB: ONS, *Office of national statistics* (Serviço de Estatísticas Nacionais), DSD, *drug strategy definition* (definição da estratégia de luta contra a droga). O ano de 2002 foi tomado como referência por ser aquele em que se dispõe de informações em relação à maioria dos países.

Fontes: Relatórios nacionais Reitox (2005), extraídos de registos de mortalidade em geral ou de registos especiais (forenses ou policiais). Com base nas «definições nacionais» apresentadas nas notas metodológicas sobre as mortes relacionadas com o consumo de droga contidas no Boletim Estatístico de 2006.

droga. Mesmo assim houve países europeus que notificaram algumas mortes.

Nos relatórios nacionais relativos a 2005, só a França e a Finlândia registaram mortes relacionadas com esta substância. Na Finlândia, a buprenorfina foi detectada em 73 mortes relacionadas com o consumo de droga em 2004, o mesmo número que em 2003, encontrando-se, normalmente, associada a benzodiazepinas, sedativos ou álcool. Estes valores elevados ocorrem em paralelo com o aumento dos tratamentos com buprenorfina na Finlândia, embora o número de pessoas tratadas seja bastante inferior às 70 000 a 85 000 pessoas que recebem buprenorfina em França, segundo as estimativas. É, pois, curioso que, em França, apenas tenham sido notificados quatro casos de *overdose* de buprenorfina em 2004 (oito casos em 2003). Mesmo tendo em conta a possibilidade de uma subnotificação das intoxicações ocorridas em França, a diferença entre os dois países é surpreendentemente grande. Além da França e da Finlândia, houve mais três países que comunicaram casos de mortes relacionadas com o consumo de buprenorfina (apenas dois ou três cada um), mas não há provas de que esta substância tenha sido o principal agente causador das mesmas.

Nos anos anteriores, foram notificadas algumas mortes causadas pelo consumo de fentanil nos países em redor do mar Báltico, mas não são feitas quaisquer menções a esse respeito nos relatórios nacionais de 2005.

Tendências em matéria de mortes por intoxicação aguda relacionada com o consumo de drogas

As tendências nacionais em matéria de mortes relacionadas com o consumo de drogas permitem entender melhor a evolução dos padrões de consumo problemático de droga em cada país, como as epidemias e os comportamentos de alto risco associados ao consumo de heroína (nomeadamente ao consumo por via endovenosa), bem como a oferta de tratamento e as diferenças quanto à disponibilidade de heroína. Além disso, é claro que também podem reflectir a eficácia das políticas aplicadas pelos serviços de emergência médica na prevenção de *overdoses* fatais ⁽²⁰⁶⁾.

Os dados disponíveis a nível da UE revelam algumas tendências gerais nas mortes relacionadas com o consumo de droga. Nos Estados-Membros da EU-15, estas aumentaram visivelmente na década de 80 e inícios da

⁽²⁰⁶⁾ Ver figura DRD-7 no Boletim Estatístico de 2006.

década de 90, possivelmente em paralelo com a expansão do consumo de heroína e do consumo de droga injectada em geral. As mortes relacionadas com o consumo de droga continuaram a crescer na década de 90 a 2000, embora de forma menos pronunciada (figura 13), tendo o seu número total, nos Estados-Membros que forneceram informações (a maioria dos Estados-Membros, antigos e novos) aumentado 14%, de 8 054 em 1995 para 9 392 no ano 2000.

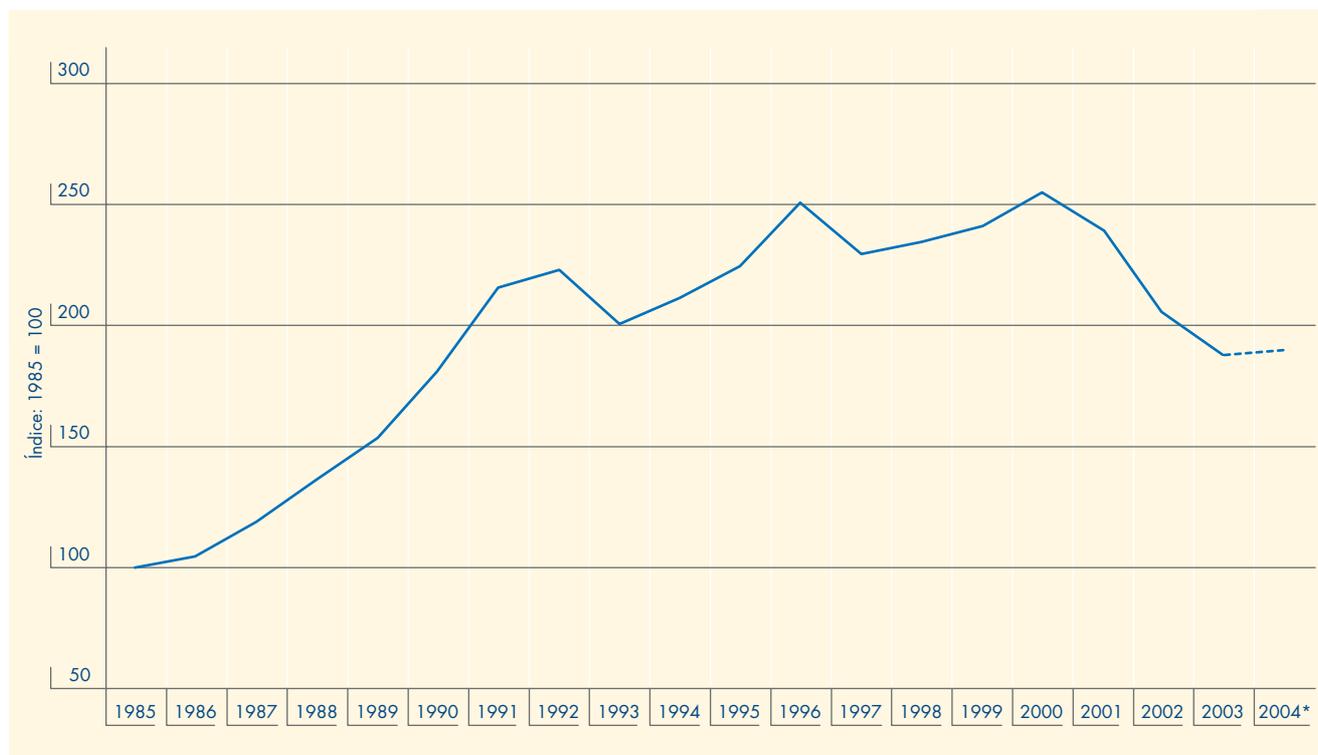
A partir de 2000, muitos países da União comunicaram uma diminuição do número de mortes relacionadas com o consumo de droga, possivelmente graças ao aumento da disponibilidade de tratamento e das iniciativas de redução dos danos, embora a diminuição da prevalência do consumo também possa ter desempenhado um papel importante. A nível europeu, estas mortes diminuíram 6% em 2001, 13% em 2002 e 7% em 2003, mas, apesar destas melhorias, ainda se registaram, nesse ano, quase 7 000 mortes relacionadas com o consumo de droga (não há dados em relação à Bélgica, à Espanha e à Irlanda). Contudo, entre os países que forneceram dados em 2004 (19), verificou-se um pequeno aumento de 3%. Ainda que se aconselhe cautela na extracção de conclusões dos dados relativos a 2004, é possível inferir que 13 dos 19 países registaram algum aumento.

As tendências registadas nos antigos e nos novos Estados-Membros mostram uma forte discrepância quanto ao número de mortes de jovens com menos de 25 anos. Nos Estados-Membros da EU-15 estas diminuíram progressivamente a partir de 1996, o que sugere uma diminuição do número de jovens que injectam opiáceos, ao passo que nos novos Estados-Membros se observou um forte aumento até 2000-2002 e só em 2003 se começou a notar alguma diminuição ⁽²⁰⁷⁾.

Também são observáveis diferenças de género. O número de mortes entre os homens aumentou progressivamente entre 1990 e 2000, seguindo-se uma clara diminuição (de 30% até 2003), ao passo que o número notificado de mortes de mulheres se manteve mais ou menos estável entre 1990 e 2000, com 1 700 a 2 000 mortes por ano, e desde então diminuiu apenas 15%. Esta situação poderá dever-se a vários motivos, incluindo uma diferente eficácia das intervenções, ou a factores de risco diferentes em função dos sexos ⁽²⁰⁸⁾.

Nos países com séries de dados mais longas, é possível detectar diferentes padrões de mortes relacionadas com o consumo de droga. Em alguns deles, estas mortes atingiram um pico no início da década de 90, tendo

Figura 13: Tendências a longo prazo nas mortes por intoxicação aguda relacionada com o consumo de droga, 1985-2004



(*) Dez países forneceram informações relativas a 2004 e seis não o fizeram. Por este motivo, o valor referente a 2004 é provisório, baseando-se numa comparação dos dados de 2003 e 2004 apenas para os países que forneceram dados relativos aos dois anos.

NB: Os novos Estados-Membros e países candidatos não estão incluídos nesta figura devido à falta de dados retrospectivos, na maioria dos casos. Ver no quadro DRD-2 do Boletim Estatístico de 2006 o número de mortes em cada país e as notas metodológicas.

Fontes: Relatórios nacionais Reitox (2005), extraídos de registos de mortalidade em geral ou de registos especiais (forenses ou policiais).

⁽²⁰⁷⁾ Ver figura DRD-5 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽²⁰⁸⁾ Ver figura DRD-6 no Boletim Estatístico de 2006.

diminuído subsequentemente, por exemplo na Alemanha, onde as mortes relacionadas com o consumo de droga atingiram o ponto mais alto em 1991-1992, em Espanha (1991), em França (1994) e em Itália (1991). Noutros países, por exemplo a Grécia, Irlanda, Portugal, Finlândia, Suécia e Noruega, as mortes relacionadas com o consumo de droga atingiram o seu nível máximo posteriormente, entre 1998 e 2001, e voltaram a diminuir. Os restantes países tinham um padrão menos claro ou apresentavam números estáveis. Embora se aconselhe cautela na interpretação destes dados, visto o número relativamente baixo de mortes relacionadas com o consumo de droga em alguns países, estes padrões poderão estar relacionados com a evolução do consumo de heroína por via endovenosa ⁽²⁰⁹⁾.

Mortes relacionadas com o *ecstasy* e as anfetaminas

As mortes relacionadas com o consumo de *ecstasy* começaram a ser notificadas na Europa na década de 90, altura em que a esta droga se popularizou, e suscitam grande preocupação, pois muitas vezes ocorrem de forma inesperada entre jovens socialmente bem integrados.

Há pouca informação sobre as mortes relacionadas com o consumo de *ecstasy*, mas os dados dos relatórios nacionais Reitox de 2005 sugerem que as mortes ligadas ao *ecstasy* continuam a ser relativamente invulgares em comparação com as mortes causadas pelo consumo de opiáceos, embora em alguns países o seu número não seja insignificante. No território europeu foram referenciadas 77 mortes, número que se deverá considerar uma estimativa mínima ⁽²¹⁰⁾. Foram comunicados vários casos na Dinamarca (2), na Alemanha (20), em França (4), na Hungria (3) e no Reino Unido (48 casos em que esta droga foi «mencionada» — 33 deles em Inglaterra e no País de Gales), talvez por terem um sistema de notificação melhor do que os restantes países. Em Espanha, o *ecstasy* figurava em 2,5% das intoxicações agudas relacionadas com o consumo de drogas.

A questão do risco do consumo de *ecstasy* tem sido frequentemente levantada. Tendo em conta a margem de erro das estimativas de prevalência baseadas nos inquéritos e a difícil notificação das mortes relacionadas com o consumo de droga, divide-se o número de vítimas mortais observado pelo número de consumidores por ano ⁽²¹¹⁾ (pessoas potencialmente em risco) e obtêm-se taxas de 5 a 8 casos e de 2 a 5 casos por 100 000 consumidores, nos dois países em relação aos quais é possível efectuar este cálculo.

A notificação de mortes relacionadas com o consumo de anfetaminas também não é frequente, embora na República Checa se tenham atribuído 16 mortes ao consumo de «pervitin» (metanfetamina) em 2004, quase o dobro do valor relativo a 2003, um aumento relacionado com o aumento

do número estimado de consumidores problemáticos de pervitin e dos pedidos de tratamento. Em relação às mortes causadas pelo consumo de GHB, ver capítulo 4, «Anfetaminas, *ecstasy*, e outras drogas psicotrópicas».

Mortes relacionadas com o consumo de cocaína

Os riscos para a saúde resultantes do consumo de cocaína suscitam crescente preocupação, devido ao aumento do consumo recreativo constatado em alguns países entre os jovens, os toxicod dependentes em tratamento e as populações marginalizadas.

O consumo de cocaína é frequente entre os consumidores de opiáceos, sendo comum encontrar cocaína nas análises toxicológicas das vítimas de *overdose* de opiáceos, bem como outras substâncias, designadamente o álcool e as benzodiazepinas. A cocaína é frequentemente consumida em conjunto com o álcool, uma associação que pode aumentar a toxicidade.

As estatísticas actualmente disponíveis na Europa são limitadas e a variação dos critérios utilizados para identificar os casos relacionados com o consumo de cocaína não permite que esses valores sejam comparáveis; além disso, algumas mortes relacionadas com o consumo de cocaína podem não ser detectadas ou notificadas, o que gera subnotificação. Os dados existentes indicam que muitas mortes relacionadas com o consumo de cocaína também envolvem opiáceos.

Entre os países que forneceram dados, foram identificadas mais de 400 mortes relacionadas com o consumo de cocaína nos relatórios nacionais de 2005, um valor que corresponde a uma estimativa mínima. Na maioria destes casos, a cocaína parece ter sido uma das causas de morte, embora os relatórios nem sempre esclareçam inteiramente esta questão. Nove países não mencionaram explicitamente a existência ou a inexistência de mortes relacionadas com o consumo de cocaína. Esta droga foi responsável por 0% a 20% das mortes por intoxicação aguda relacionada com o consumo de droga, representando 10% a 20% dessas mortes na Alemanha, Espanha, França, Países Baixos e Reino Unido. Foram comunicadas mortes causadas pela cocaína (isolada ou associada a outras drogas) pela Espanha (53), Alemanha (166), França (14), Países Baixos (20) e Reino Unido (142 mortes em que a cocaína foi «mencionada» — 113 das quais em Inglaterra e País de Gales). Nove outros países comunicaram entre zero a dois casos. Além disso, é comum encontrar cocaína nas análises toxicológicas das *overdoses* de opiáceos, em alguns países. A partir dos poucos dados disponíveis, é difícil identificar as tendências de uma forma segura, mas parece existir uma tendência crescente em todos os países com maior número de casos, isto é, Alemanha, Espanha, França, Países Baixos

⁽²⁰⁹⁾ Ver figura DRD-7 no Boletim Estatístico de 2006.

⁽²¹⁰⁾ Dependendo do país, os valores referem-se a 2003 ou 2004, no que ao *ecstasy* e à cocaína diz respeito.

⁽²¹¹⁾ Consumo nos últimos 12 meses nos inquéritos à população.

e Reino Unido, embora nos Países Baixos não tenha havido aumentos nos últimos 2 anos.

A cocaína também pode contribuir para as mortes causadas por problemas cardiovasculares (arritmias, enfarte do miocárdio, hemorragias cerebrais), sobretudo em consumidores com predisposição ou factores de risco nesse sentido (tabagismo, hipertensão, angiomas), ou mais idosos. Muitos destes casos podem passar despercebidos por desconhecimento, sendo necessários novos estudos neste domínio.

Redução das mortes relacionadas com o consumo de droga

Respostas eficazes

Chegar às populações de consumidores de droga não tratadas e criar formas de comunicar com elas é uma condição prévia para a educação e a gestão dos riscos, bem como para a mediação do acesso aos serviços, nomeadamente aos serviços de tratamento.

A investigação das situações de *overdose* tem apoiado o desenvolvimento de intervenções dirigidas a situações ou indivíduos de alto risco. Essas medidas podem contribuir para uma importante redução das mortes atribuíveis aos efeitos imediatos do consumo de drogas. O papel das diferentes intervenções na redução das mortes por *overdose* de droga foi sintetizado num documento político recente do OEDT (OEDT, 2004d).

Dado que, na Europa, a maior parte das mortes por *overdose* envolve o consumo de heroína, o aumento da percentagem de consumidores de heroína em tratamento pode ser encarado como uma medida de prevenção das *overdoses*. Vários factores poderão ser responsáveis pelas ligeiras inversões recentemente registadas na tendência das mortes por *overdose*, em alguns Estados-Membros. Neles se incluem a diminuição das taxas de prevalência e de consumo por via endovenosa, o aumento dos esforços de prevenção, a maior disponibilidade, adesão e permanência em tratamento e, eventualmente, uma redução dos comportamentos de risco.

Perfil e respostas

Na maior parte dos países, os peritos consideram que o tratamento de substituição dos opiáceos é a mais útil das

diversas estratégias de intervenção utilizadas para reduzir as mortes por *overdose* de droga ⁽²¹²⁾. Na Hungria e na Suécia, este tipo de tratamento, apesar de estar disponível, não é considerado como uma forma de reduzir as mortes relacionadas com o consumo de droga. Além disso, na Estónia e na Polónia, o baixo nível de oferta de tratamento de substituição leva a que o tratamento de substituição com metadona não seja actualmente considerado como uma resposta importante para reduzir as mortes por *overdose*.

As respostas orientadas para a informação, a educação e a comunicação são outras medidas importantes na maioria dos países europeus. A divulgação de mensagens de sensibilização para os riscos e de instruções sobre o modo de proceder em situações de *overdose*, através de publicações específicas ou de outros meios (folhetos, sítios na Internet, campanhas nos meios de comunicação social), é comum ou predominante em 19 países. Porém, em sete países (Estónia, França, Irlanda, Letónia, Hungria, Malta, Finlândia) essas medidas raramente são utilizadas e um país (Suécia) não as utiliza de todo.

Segundo os pontos focais nacionais, a integração sistemática de uma avaliação individual dos riscos nas rotinas de aconselhamento e tratamento e a organização de sessões de grupo, destinadas a consumidores de droga, sobre o modo de prevenir e responder aos riscos, constituem uma abordagem menos comum.

Uma vasta categoria de actividades pode ser definida como «intervenções antes da saída da prisão». Estas intervenções iam desde a simples divulgação de informações até ao início ou à continuação do tratamento de substituição na prisão, passando pelo aconselhamento sobre os riscos e a prevenção de *overdoses*. Contudo, as actividades incluídas neste espectro de respostas raramente foram utilizadas em treze países e não são de todo utilizadas noutros cinco (Letónia, Hungria, Polónia, Roménia e Suécia). Em Espanha, em Itália e no Reino Unido, as intervenções em meio prisional figuram entre as principais abordagens à redução das mortes por intoxicação aguda.

As situações de risco a nível local, provocadas pelo consumo público de droga injectada, levaram à abertura de salas de consumo de droga vigiadas por profissionais em quatro Estados-Membros da UE e na Noruega ⁽²¹³⁾. Estas salas destinam-se a CDI muito marginalizados e em risco, que vivem na rua (OEDT, 2004c).

⁽²¹²⁾ Resultados baseados num inquérito efectuado através de 27 PFN em 2004. O instrumento pode ser descarregado a partir do endereço <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1333>.

⁽²¹³⁾ Os Estados-Membros da UE são a Alemanha, a Espanha, o Luxemburgo e os Países Baixos.



Capítulo 8

Melhorar a monitorização do consumo problemático e múltiplo de drogas

Toxicod dependência, dependência da droga, consumo de droga, consumo prejudicial, consumo problemático de drogas: são vários os conceitos associados ao indicador do consumo problemático de droga do OEDT, cada um deles com distinções subtis próprias em termos médicos ou sociais. O indicador do consumo problemático de droga (CPD) do OEDT monitoriza «o consumo de droga injectada ou o consumo prolongado/regular de heroína, cocaína e/ou anfetaminas». Nesta definição convencionou-se incluir o consumo de outros opiáceos, como a metadona.

Esta definição do consumo problemático de droga é meramente comportamental, baseada em padrões de consumo de droga, e não mede explicitamente os problemas. No entanto, está ligada aos vários conceitos de dependência pelo entendimento de que alguém que se comporta desta forma poderá enquadrar-se, muito provavelmente, no conceito mais geral de «consumidor problemático». Importa notar, neste aspecto, que o indicador do consumo problemático de droga apenas estima um importante subgrupo de pessoas que podem ser consideradas como afectadas por algum tipo de problema relacionado com o consumo de droga. Todavia, esta abordagem é útil: como conceito comportamentalmente determinado, tem os seguintes méritos:

- permitiu que a monitorização se desenvolvesse sem estar presa às próprias definições de toxicod dependência, dependência, danos e problema;
- é relativamente fácil de operacionalizar nos estudos de investigação;
- agrupa diversos tipos de drogas e modos de administração em alternativa, sem os diferenciar especificamente entre si.

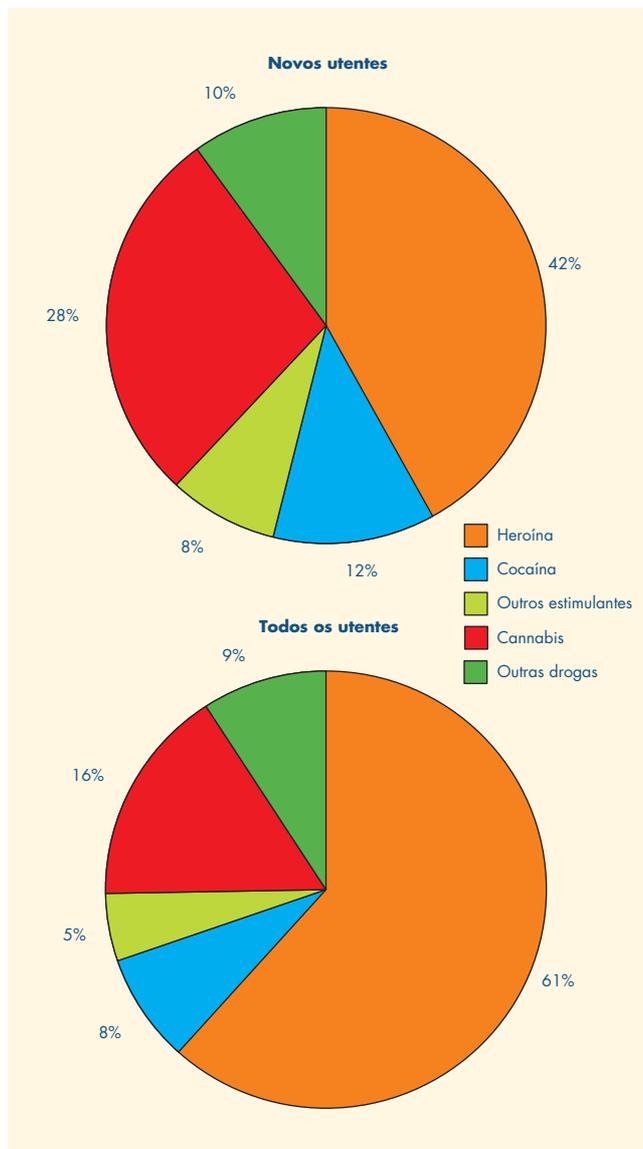
Historicamente, o indicador de monitorização do OEDT ostentava as características próprias da época em que surgiu (na década de 80 e, em grande parte da década de 90, o consumo de heroína e o consumo de droga injectada eram considerados elementos fundamentais do fenómeno da droga que careciam de avaliação). Além disso, estas formas de consumo de droga não podiam ser convincentemente medidas por meio de técnicas de inquérito. A adição da referência às anfetaminas adequou a definição a alguns dos países nórdicos que tinham um consumo significativo de anfetaminas por via endovenosa; e não obstante a inclusão da cocaína, na prática, esta

raramente era uma componente importante das estimativas. Apesar de o indicador do consumo problemático de droga ainda nos proporcionar uma perspectiva útil sobre um elemento importante do fenómeno da droga, é cada vez mais notório que ele tem de ser desenvolvido para responder às necessidades da monitorização da actual situação europeia em matéria de droga, caracterizada por maior heterogeneidade. Estamos perante um panorama cada vez mais complexo no que respeita aos problemas de droga cronicamente existentes na Europa. Para continuar a ser pertinente num mundo de drogas ilegais em mutação, o trabalho de monitorização tem de avançar e responder aos desafios da cobertura de um espectro de drogas mais vasto, abrangendo o seu consumo de forma mais circunstanciada do que até à data.

O alargamento da UE levou à inclusão de uma maior variedade de comportamentos sociais, em que o consumo de drogas ilícitas não constitui excepção. A evolução da cultura ligada à droga, o aumento das drogas sintéticas e dos medicamentos consumidos de forma ilícita, a mudança para o consumo de cocaína e a prevalência geralmente elevada do consumo de *cannabis* são aspectos que têm de ser reconhecidos para se entenderem as necessidades concretas das pessoas com problemas associados ao consumo de drogas. As secções anteriores do presente relatório permitem constatar que, apesar de os consumidores de heroína continuarem a predominar claramente na procura dos serviços de tratamento da toxicod dependência, o panorama está a mudar no caso das pessoas que iniciam o tratamento pela primeira vez e que apresentam problemas crescentes relacionados com o consumo de *cannabis* e de estimulantes (figura 14).

Esta evolução deve ser enquadrada no contexto de uma oferta de tratamento muito mais vasta para os consumidores problemáticos de opiáceos, bem como uma maior cobertura do sistema de notificação dos serviços de tratamento. Em particular o tratamento de substituição de opiáceos, que obriga à permanência dos utentes em cuidados contínuos e prolongados (situação que não é mostrada nestes diagramas, que apenas indicam as pessoas que iniciam o tratamento no presente ano), realça o papel dos opiáceos nos actuais encargos com o tratamento relativamente aos novos utentes que iniciam o tratamento. Em muitos países, porém, afigura-se provável que os indivíduos que hoje desenvolvem um problema de consumo de droga, na

Figura 14: Distribuição dos «novos» utentes e de «todos» os utentes que solicitam tratamento, de acordo com a droga principal consumida



NB: Com base nos dados da República Checa, Dinamarca, Alemanha, Grécia, Itália, Chipre, Hungria, Malta, Países Baixos, Eslovénia, Eslováquia, Finlândia, Suécia, Reino Unido, Bulgária, Roménia e Turquia.

Fontes: Pontos focais nacionais da Reitox.

Europa, sejam mais heterogéneos, pelo menos no que se refere às substâncias consumidas, do que no passado.

O indicador do CPD e a contabilização das populações ocultas de consumidores de droga

A actual abordagem do consumo problemático de droga revelou-se extremamente útil na obtenção de melhores estimativas do importante grupo de consumidores de droga que mais recorrem aos serviços de tratamento da toxicod dependência na Europa. Esta abordagem serviu

para estimular o desenvolvimento de uma série de métodos e procedimentos estatísticos para calcular a real amplitude desta população, em grande medida oculta. Em todas estas abordagens, a medição assenta na ideia de que uma percentagem dos consumidores problemáticos de droga é «administrativamente visível» uma vez que está em contacto com uma série de serviços de tratamento, jurídicos, de emergência e sociais, podendo estimar-se a dimensão da população a partir desta minoria visível, se a percentagem for conhecida. Este tipo de métodos estatísticos indirectos complementa o trabalho de inquérito à população, que, por várias razões metodológicas e práticas, se adequa menos ao cálculo da prevalência de um consumo de droga de baixa prevalência, estigmatizado e em grande medida oculto.

No que se refere à actual aplicação do indicador do CPD no território da UE, os países adaptaram a definição de modo a abranger os aspectos práticos da sua situação a nível local, o que constitui um factor de heterogeneidade. Nove países seguem, quanto ao essencial, a actual definição do OEDT, onze países apenas calculam o número de consumidores de opiáceos (ou de heroína) e outros quatro países não excluem os consumidores problemáticos de *cannabis*, se bem que os consumidores de *cannabis* em geral constituam uma parte muito pequena das suas estimativas (os critérios da inclusão dos consumidores de *cannabis* são bastante rigorosos, apenas permitindo a contabilização do consumo dependente ou muito intenso).

O consumo mais alargado de cocaína, cocaína *crack* e estimulantes em geral, juntamente com a sobreposição dos problemas de droga a outros associados ao álcool e aos medicamentos de prescrição obrigatória, levam a que, mesmo que o indicador seja aplicado de forma coerente, as estimativas abrangam actualmente uma variedade de formas de consumo superior às que abrangiam antes, com a possibilidade de existirem consequências e problemas mais variados. Para além da monitorização da dimensão global do consumo problemático de droga, é, pois, necessário monitorizar separadamente os diferentes comportamentos que constituem este indicador, isto é, o consumo de droga injectada e cada um dos tipos de droga incluídos na definição de CPD. Isto poderá ser particularmente importante à luz dos dados de alguns países, que mostram um consumo crescente de cocaína e dos padrões de consumo de anfetaminas, para além de permitir um acompanhamento detalhado das tendências do consumo de opiáceos. Se todos estes comportamentos apenas forem comunicados no total, é muito possível que não se detectem desenvolvimentos importantes e se perca a oportunidade de compreender melhor as tendências.

No início do presente relatório, foi pela primeira vez apresentada uma estimativa separada do consumo de heroína, designadamente por via endovenosa, na Europa. Além disso, constatámos a existência de uma maior disponibilidade de tratamento para o consumo problemático

de opiáceos, calculando-se que há mais de meio milhão de tratamentos de substituição de opiáceos na Europa. Esta situação sugere que a percentagem de consumidores de heroína, designadamente por via endovenosa, que tem ou teve contacto com os serviços de tratamento pode ser bastante elevada em muitos países. O OEDT está actualmente a investigar, em conjunto com os seus grupos técnicos nacionais, o valor que poderá ser acrescentado graças à reunião das informações sobre a procura e a disponibilidade de tratamento e das estimativas do consumo de heroína e do consumo de droga injectada.

Avançar para além do indicador do consumo problemático de droga (CPD)

Um outro passo em frente no desenvolvimento da nossa capacidade de compreender melhor o fenómeno da droga europeu consiste em investigar em que medida o consumo intensivo de droga pode ser integrado no exercício de monitorização, para além da monitorização do CPD. A medida em que o consumo intensivo de droga, independentemente da sua definição, está associado à dependência e aos níveis e tipos de problemas exige um estudo mais aprofundado, tendo Kandel e Davis (1992), por exemplo, estimado que nos EUA cerca de um terço dos consumidores diários de *cannabis* poderiam ser considerados dependentes. Para se progredir neste domínio é necessário formalizar o conceito de consumo frequente e intensivo de *cannabis* e outras drogas ilegais como alvo específico da monitorização. O consumo frequente ou intensivo pode ser medido nos dados resultantes dos inquéritos para complementar o seu cálculo através de métodos estatísticos indirectos. Actualmente, os dados dos inquéritos oferecem uma perspectiva útil sobre os diversos padrões de consumo de *cannabis*, mas estes não passam, em grande parte, de medidas comportamentais e de frequência do consumo. Os dados dos inquéritos poderão ser importantes se quisermos desenvolver estimativas sólidas do número de consumidores de drogas como a *cannabis* que podem ser descritos como consumidores dependentes ou em risco, pelo menos na sua própria opinião.

Este avanço para uma definição mais formal do consumo frequente e intensivo de uma série de drogas também ajudaria a desenvolver instrumentos de investigação capazes de avaliar os níveis de problemas e de dependência associados aos diferentes níveis e padrões de consumo de *cannabis*. Vários países europeus estão a trabalhar no desenvolvimento de instrumentos metodológicos para medir o consumo intensivo e os níveis de dependência e de problemas, estando o OEDT a promover a colaboração nesta área de trabalho.

A noção de consumo intensivo é, até certo ponto, específica de cada droga, facto que dificulta a identificação do consumo intensivo como indicador dos indivíduos que poderão correr mais riscos de ficar dependentes ou de ter problemas. Apesar de o consumo problemático de opiáceos

ser fortemente caracterizado por padrões de consumo diários, o mesmo não acontece, muitas vezes, no caso dos estimulantes. Com estas drogas, o consumo compulsivo é frequentemente mais comum, registando-se uma escalada do consumo, durante curtos períodos, seguida de uma diminuição, e havendo muitos consumidores que mudam para outras drogas, ou para o álcool, a fim de atenuar os sintomas desagradáveis da abstinência. Podem existir importantes factores farmacológicos e contextuais que influenciam os padrões de consumo intensivo de droga, mas é evidente que as medidas comportamentais do consumo intensivo terão de ser sensíveis aos diferentes padrões de consumo associados aos diversos tipos de drogas.

O desafio da notificação dos problemas de policonsumo de drogas

Por justificadas razões de ordem prática e metodológica, a maior parte dos relatórios sobre o consumo de droga descreve cada substância separadamente. Esta opção proporciona a clareza conceptual necessária para facilitar uma notificação baseada nas medidas comportamentais disponíveis, mas ignora o facto de muitos consumidores de droga individuais já terem consumido ou ainda consumirem várias substâncias ilegais e legais, podendo ter problemas com mais de uma droga. Os consumidores podem substituir um tipo de droga por outro, mudar de droga preferida ao longo do tempo, ou consumi-las complementarmente. Esta situação complexa coloca extremas dificuldades a um sistema de monitorização, mesmo que a análise se restrinja a simples medições comportamentais do consumo de droga em diferentes períodos. Se os conceitos de consumo problemático e dependente forem incluídos, a complexidade torna-se ainda maior, existindo muito poucos dados fiáveis a nível europeu para que seja possível uma análise informada. É, todavia, provável que alguns países possuam uma população considerável de consumidores problemáticos de droga crónicos, que sejam difíceis de classificar por substância principal e possam ter problemas por consumirem substâncias legais e ilegais em simultâneo. Para resolver este problema há que entender melhor os padrões de policonsumo de droga e utilizar esse entendimento para melhorar os relatórios nacionais e europeus.

Policonsumo de droga

No conceito geral de policonsumo de droga, devem considerar-se várias acepções específicas deste termo. Num extremo, está o consumo intensivo e caótico de várias substâncias, em simultâneo ou consecutivamente, fazendo-se, muitas vezes, a substituição de umas drogas por outras de acordo com a sua disponibilidade. Isto acontece, por exemplo, com os consumidores problemáticos que utilizam diferentes opiáceos, bem como medicamentos, cocaína, anfetaminas e álcool.

Este padrão de consumo parece existir entre alguns consumidores crónicos, possivelmente em grupos marginalizados e em pessoas que sofrem de problemas

psiquiátricos. Em muitos sistemas de registo europeus, estes casos são atribuídos aos opiáceos.

Deste modo, essas pessoas serão incluídas na definição e na monitorização dos consumidores problemáticos de droga. Resta saber, no entanto, se este policonsumo intensivo e caótico de drogas constitui uma entidade própria — uma toxicod dependência não específica que, por isso, exige medições epidemiológicas específicas e tratamento, apoio ou redução dos danos numa situação particularmente difícil. Se assim for, a monitorização dos elementos do consumo problemático de droga terá de incluir o policonsumo de droga entre esses elementos e medi-lo separadamente.

Associação de drogas

Há um segundo grupo de consumidores que toma várias substâncias sistematicamente e em simultâneo, a fim de obter os consequentes efeitos da combinação farmacológica, por exemplo o «speedballing» — consumo simultâneo de heroína e cocaína na mesma injeção.

O consumo de uma segunda droga por razões funcionais ou farmacológicas pode não ocorrer apenas em simultâneo, mas também consecutivamente, como droga substituta ou complementar. Por exemplo, as benzodiazepinas podem ser consumidas para reduzir os sintomas de abstinência, quando os opiáceos não estão disponíveis. Noutros casos, é possível que uma segunda droga seja consumida devido ao seu efeito farmacológico de compensação: é o que acontece quando o efeito estupefaciente de um opiáceo é alterado pelo consumo de cocaína, ou quando a ansiedade provocada pela cocaína ou as anfetaminas é aplacada pelo consumo de opiáceos ou de outros sedativos.

Maiores riscos devido ao policonsumo de droga

O efeito potenciador de uma droga sobre outra é, por vezes, considerável, e neste aspecto as drogas legais e os medicamentos (como o álcool, a nicotina e os antidepressivos) devem ser considerados em conjunto com as substâncias psicoactivas controladas. O nível de risco dependerá da dosagem de ambas as substâncias, havendo várias associações farmacológicas que suscitam preocupação: o álcool e a cocaína aumentam a toxicidade cardiovascular; o álcool ou os sedativos, quando tomados em conjunto com os opiáceos, aumentam o risco de *overdose*; e os opiáceos ou a cocaína tomados com o *ecstasy* ou as anfetaminas também aumentam a toxicidade aguda.

Limites dos dados disponíveis sobre o policonsumo de droga

A ausência de dados disponíveis limita a comunicação de informações sobre muitos aspectos do policonsumo de droga. Os dados disponíveis provêm dos relatórios toxicológicos das *overdoses* de droga e das informações prestadas pelos próprios utentes dos serviços de tratamento. Muito embora estas fontes permitam conhecer melhor alguns aspectos do policonsumo de droga, as

informações disponíveis são frequentemente limitadas e a representatividade dos dados tem de ser analisada.

Os resultados dos inquéritos revelam que são muitos os indivíduos que consomem mais de duas drogas no mesmo período. Contudo, esses dados poucas referências fazem a algumas formas de consumo de droga e, mesmo quando existem, é necessário desenvolver normas de notificação comparáveis. Um exemplo da disponibilidade de dados sobre o policonsumo de droga a partir dos inquéritos à população pode observar-se num recente relatório técnico do OEDT (2005b). Tomando como exemplo os dados provenientes de Espanha, a figura 15 mostra que o consumo de uma droga gera uma maior tendência, em comparação com a da população em geral, para consumir outra droga e que esta tendência varia de acordo com a droga em causa. Por exemplo, entre os consumidores de heroína, o consumo de cocaína é relativamente comum, mas o consumo de outras drogas já é menos evidente no caso dos consumidores de cocaína.

Desenvolvimento de uma definição operacional de policonsumo de droga: uma questão de tempo?

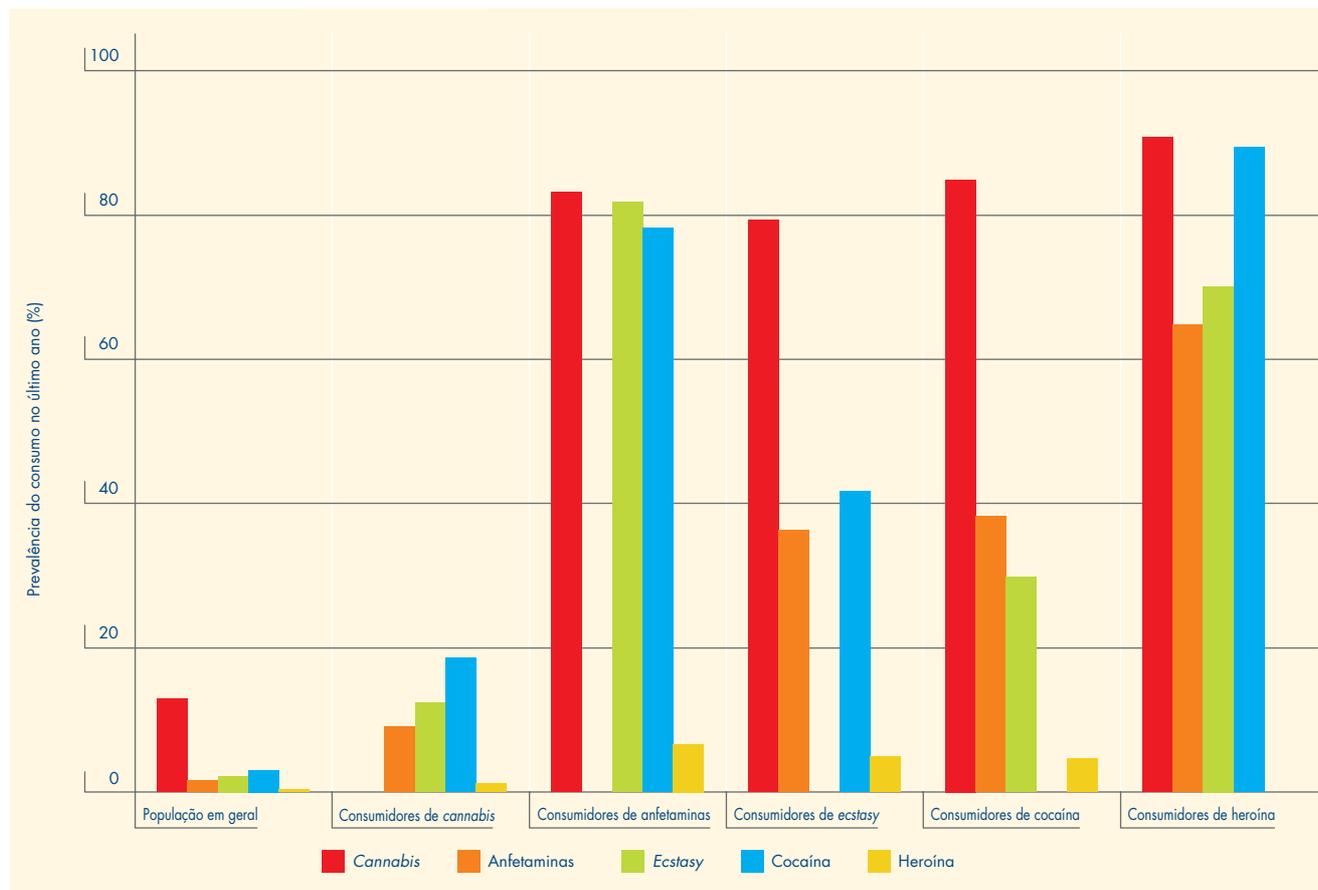
É necessário analisar que períodos devem ser seleccionados para avaliar e notificar o policonsumo de droga. De um modo geral, não é provável que as taxas de prevalência ao longo da vida sejam muito úteis ou pertinentes para as questões da saúde pública, por comparação com as medidas do consumo mais recente.

O policonsumo de droga pode ser operacionalmente definido como o consumo frequente de mais de uma substância num determinado período mínimo, por exemplo um mês. Esta definição não distingue os vários tipos de consumo atrás descritos, mas oferece uma perspectiva global do que poderá ser um grupo de alto risco. Deve abrir-se uma excepção ao princípio de não se considerar o consumo ao longo da vida para caracterizar o comportamento de policonsumo de droga no caso de indivíduos muito jovens — em idade escolar ou na universidade — relativamente aos quais o consumo de múltiplas drogas ao longo da vida pode reflectir melhor o consumo actual. Os dados dos inquéritos ESPAD, por exemplo, sugerem que os padrões de consumo de droga mais desviantes e com menor prevalência entre os estudantes (*ecstasy*, anfetaminas, alucinogénios, cocaína, heroína) estão concentrados num pequeno número de indivíduos.

Melhorar a monitorização do fenómeno da droga na Europa e a sensibilidade para o policonsumo de droga

Compreender melhor a natureza e a escala do fenómeno da droga europeu é uma das principais missões do OEDT. O consumo de droga é, todavia, uma questão complexa, que engloba diversos comportamentos associados, de

Figura 15: Consumo de droga no último ano por diferentes grupos de consumidores na população em geral entre os 15 e os 34 anos



NB: Dados relativos a Espanha, 1999. Para mais informações, ver figura GPS-34 no Boletim Estatístico de 2006.
 Fonte: OEDT (2005b).

forma variável, a uma série de importantes problemas de saúde pública e sociais. Os consumidores de droga podem ter ou estar em risco de ter problemas. Os padrões do consumo de droga variam desde o consumo experimental, episódico ou ocasional até ao consumo regular, intensivo e descontrolado. De acordo com as definições clínicas, os consumidores de droga podem ser classificados como problemáticos ou dependentes, mas para efeitos de investigação estas duas categorias podem ser elaboradas sem solução de continuidade. A complexidade é ainda maior porque muitos consumidores consomem várias substâncias e alteram os seus padrões de consumo ao longo do tempo, não havendo um instrumento de notificação único capaz de lhe dar uma resposta adequada. Na prática, a abordagem baseada em múltiplos indicadores adoptada pelo OEDT visa iluminar estes diferentes aspectos do fenómeno da droga.

O indicador do consumo problemático de droga, ao centrar-se num conjunto de comportamentos específicos, oferece uma perspectiva valiosa sobre algumas das formas mais prejudiciais e onerosas de consumo de droga. Como tal, é um elemento importante para compreender o fenómeno de droga europeu no seu conjunto. Porém, há agora uma necessidade visível de complementar

as estimativas globais do indicador do CPD com estimativas específicas sobre cada uma das substâncias que o compõem, a fim de responder à crescente heterogeneidade do fenómeno da droga europeu.

Uma vez que muitas das fontes de dados disponíveis se baseiam em relatórios comportamentais do consumo de droga, o conceito de consumo frequente ou intensivo deve ser desenvolvido nesta base. Alargar-se-á, assim, a perspectiva da monitorização dos problemas de droga, incluindo outros aspectos para além dos actualmente contidos no indicador do CPD. Localizar os dados referentes ao CPD juntamente com estas informações de carácter mais vasto também constituirá um passo em frente nos esforços do OEDT para melhorar o seu entendimento global da escala e da natureza dos problemas de droga na Europa. Paralelamente, é necessário avançar com o desenvolvimento de normas de notificação que permitam uma descrição mais adequada dos padrões do policonsumo de droga a nível europeu. Entre os primeiros passos neste sentido inclui-se o desenvolvimento de um quadro conceptual mais sofisticado para examinar os diferentes tipos de policonsumo de droga (incluindo a adopção de enquadramentos temporais apropriados) e a identificação das fontes de dados adequadas.





Referências

- ACPO Drugs Committee (2002), *A review of drugs policy and proposals for the future* [Uma análise da política em matéria de droga e propostas para o futuro], The Association of Chief Police Officers, Londres.
- Bossong, M. G., Van Dijk, J. P. e Niesink, R. J. M. (2005), *Methylone and mCPP, two new drugs of abuse?* [Metelona e mCPP, duas novas drogas consumidas abusivamente?], *Addiction biology* 10 [Biologia da Dependência] (4), p. 321 a 323.
- Burrell, K., Jones, L., Sumnall, H. et al. (2005), *Tiered approach to drug prevention and treatment among young people* [Abordagem por fases à prevenção e ao tratamento da toxicod dependência entre os jovens], National Collaborating Centre for Drug Prevention, Liverpool.
- Chen, C.-Y., O'Brien, M. S. e Anthony, J.C. (2005), *Who becomes cannabis dependent soon after onset of use? Epidemiological evidence from the United States: 2000-2001* [Quem se torna dependente da *cannabis* pouco depois de iniciar o seu consumo? Dados epidemiológicos dos Estados Unidos: 2000-20001], *Drug and alcohol dependence* 79 [Toxicod dependência e alcoolismo], p. 11 a 22.
- Chivite-Matthews, N., Richardson, A., O'Shea, J. et al. (2005), *Drug misuse declared: findings from the 2003/04 British Crime Survey* [Abuso declarado de drogas: resultados do inquérito britânico sobre a criminalidade de 2003/2004]. Home Office statistical bulletin 04/05 [Boletim estatístico do Ministério do Interior], Home Office, Londres (<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/hosb0405.pdf>).
- CND (2005), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat* [Situação do tráfico de droga a nível mundial: Relatório do Secretariado], Comissão das Nações Unidas sobre os Estupefacientes, Nações Unidas, Conselho Económico e Social, Viena.
- CND (2006), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat* [Situação do tráfico de droga a nível mundial: Relatório do Secretariado], Comissão das Nações Unidas sobre os Estupefacientes, Nações Unidas, Conselho Económico e Social, Viena.
- EuroHIV (Centro Europeu de Vigilância Epidemiológica da sida) (2005), *HIV/AIDS surveillance in Europe: End-year report 2004* [Vigilância do HIV/sida na Europa: relatório de fim de ano, 2004]. Institute de veille sanitaire: Saint-Maurice, n.º 71.
- Europol (2006), *Drugs 2006* [Drogas 2006], (comunicação ao OEDT de 16 de Janeiro de 2006, ficheiro n.º 158448), Europol, Haia.
- Farrell, M., Gowing, L., Marsden, J. et al. (2005), *Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention* [Eficácia do tratamento da toxicod dependência na prevenção do HIV], *International journal of drug policy* 16S [Revista internacional das políticas em matéria de droga], p. S67 a 75.
- Haasen, C., Prinzleve, M., Gossop, M. et al. (2005), *Relationship between cocaine use and mental health problems in a sample of European cocaine powder or crack users* [Relação entre o consumo de cocaína e os problemas de saúde mental numa amostra de consumidores europeus de cocaína em pó ou cocaína crack], *World psychiatry* [Psiquiatria no mundo], 4(3), p.173 a 176.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T. et al. (2004), *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European countries* [Relatório ESPAD 2003: o consumo de álcool e de outras drogas entre os estudantes de 35 países europeus], Conselho Sueco para a Informação sobre o Álcool e Outras Drogas (CAN) e Conselho da Europa, Grupo Pompidou.
- Higgins, S. T., Sigmon, S. C., Wong, C.J. et al. (2003), *Community reinforcement therapy for cocaine-dependent outpatients* [Terapia de reforço da comunidade para doentes dependentes da cocaína tratados em regime ambulatório], *Archives of general psychiatry* 60 [Arquivos de psiquiatria geral 60], p. 1043 a 1052.
- INCB (2006a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2005* [Relatório do Conselho Internacional para o Controlo de Estupefacientes relativo ao ano de 2005], Conselho Internacional para o Controlo de Estupefacientes, Nações Unidas: Nova Iorque.
- INCB (2006b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances* [Precusores e substâncias químicas frequentemente utilizados na produção ilegal de estupefacientes e substâncias psicotrópicas], Conselho Internacional para o Controlo de Estupefacientes, Nações Unidas: Nova Iorque.
- Kandel, D. e Davis, M. (1992), *Progression to regular marijuana involvement: Phenomenology and risk factors for near daily use* [Progressão para o consumo regular de marijuana: Fenomenologia e factores de risco do consumo quase diário], in: Glantz, M. e Pickens, R. (eds), *Vulnerability to Drug Abuse* [Vulnerabilidade ao consumo de droga] p. 211 a 253. American Psychological Association. Washington.
- Kumpfer, K. L., Molgaard, V. e Spoth, R. (1996), *The Strengthening Families Program for prevention of delinquency and drug use in special populations* [O Programa de Reforço das Famílias para prevenção da delinquência e do consumo de droga em populações específicas], in: Peters, R. and McMahon, R. J. (eds) *Childhood disorders, substance abuse,*

and delinquency: prevention and early intervention approaches [Perturbações infantis, abuso de substâncias e delinquência: abordagens de prevenção e de intervenção precoce], Sage Publications, Newbury Park, CA.

MacDonald, Z., Tinsley, L., Collingwood, J. et al. (2005), *Measuring the harm from illegal drugs using the drug harm index* [Medição dos danos devidos às drogas ilegais por meio do índice dos danos causados pelas drogas]. Home Office Online Report 24/05 [Relatório em linha 24/05 do Home Office]. Home Office, Londres (<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/rdsolr2405.pdf>).

Naber, D. e Haasen, C. (2006), *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger — Eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie* [Projecto-piloto alemão para tratamento de dependentes de opiáceos assistido com heroína — Estudo terapêutico multicêntrico, aleatório e controlado], Hamburg: Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg [Hamburgo: Centro de Investigação Interdisciplinar da Dependência da Universidade de Hamburgo] (http://www.heroinstudie.de/ZIS_H-Bericht_P1_DLR.pdf).

OEDT (2002a), *Prosecution of drug users in Europe — Varying pathways to similar objectives* [Acção judicial contra os consumidores de droga na Europa — Caminhos diferentes para objectivos semelhantes], Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, Lisboa.

OEDT (2002b), *Mortality of drug users in the EU: coordination of implementation of new cohort studies, follow-up and analysis of existing cohorts and development of new methods and outputs* [Mortalidade dos consumidores de droga na UE: coordenação da execução de novos estudos de coorte, acompanhamento e análise das coortes existentes, desenvolvimento de novos métodos e resultados], Projecto CT.00.EP.13, Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, Lisboa.

OEDT (2004a), *Relatório anual 2004: Evolução do fenómeno da droga na UE e na Noruega*, Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, Lisboa.

OEDT (2004b), *An overview of cannabis potency in Europe* [Panorâmica da potência da *cannabis* na Europa], Insights n.º 6, Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, Lisboa.

OEDT (2004c), *European report on drug consumption rooms* [Relatório europeu sobre as salas de consumo vigiado de droga], Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, Lisboa.

OEDT (2004d), *Overdose — Uma importante causa de mortalidade evitável entre os jovens*, *Drogas em foco* n.º 13, Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, Lisboa.

OEDT (2005a), *Relatório anual 2005: Evolução do fenómeno da droga na Europa*, Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, Lisboa.

OEDT (2005b), *Assistance to EMCDDA for the analysis of drug profiles from EMCDDA Databank on surveys of drug use* [Assistência ao OEDT na análise das características das drogas

contidas na base de dados do OEDT relativa aos inquéritos sobre o consumo de droga], relatório final, projecto CT.03.P1.200, Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, Lisboa.

OEDT (2005c), *Data collection to develop an inventory of social and health policies, measures and actions concerning drug users in prison in the recently incorporated Member States to the EU* [Recolha de dados tendo em vista a elaboração de um inventário das políticas, medidas e acções sociais e sanitárias relativas aos reclusos toxicodependentes nos novos Estados-Membros da UE], relatório final, projecto CT.04.P2.329, Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, Lisboa.

ONS (2006), *Health Statistics Quarterly 29* [Estatísticas de Saúde Trimestrais 29], Office for National Statistics, Londres.

Poling, J., Oliveto, A., Petry, N. et al. (2006), *Six-month trial of bupropion with contingency management for cocaine dependence in a methadone-maintained population* [Experiência de utilização da bupropiona durante seis meses, com gestão de contingência da dependência de cocaína, numa população em tratamento de manutenção com metadona], *Archives of general psychiatry* 63 [Arquivos de psiquiatria geral 63], p. 219 a 228.

Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. et al. (2004), *Cocaine use in Europe — A multi-centre study: patterns of use in different groups* [O consumo de cocaína na Europa — Estudo multicêntrico: padrões de consumo em diferentes grupos], *European addiction research* 10 [Investigação europeia da toxicodependência 10], p. 147 a 155.

Relatórios nacionais Reitox (2005) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).

Roe, E. e Becker, J. (2005), *Drug prevention with vulnerable young people: a review* [Prevenção da toxicodependência entre jovens vulneráveis: uma análise], *Drugs: education, prevention and policy* [Drogas: educação, prevenção e política], 12(2), p. 85 a 99.

Roosen, H. G., Boulogne, J. J., van Tulder, M. W. et al. (2004), «*A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction*» [Análise sistemática da eficácia da abordagem de reforço da comunidade no tratamento da dependência de álcool, cocaína e opiáceos], *Drug and alcohol dependence* 74 [Toxicodependência e alcoolismo 74], p. 1 a 13.

Schäfer, C. e Paoli, L. (2006), *Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis* [Consumo de droga e práticas da acção repressiva], Duncker & Humblot, Berlim.

Schottenfeld, R. S., Chawarski, M. C., Pakes, J. R. et al. (2005), *Methadone versus buprenorphine with contingency management or performance feedback for cocaine and opioid dependence* [Utilização alternativa da metadona ou da buprenorfina, com gestão de contingência ou *feedback* da eficácia, no tratamento da dependência da cocaína e dos opiáceos], *American journal of psychiatry* 162 [Revista americana de psiquiatria 162], p. 340 a 349.

- Shearer, J. e Gowing, L. R. (2004), *Pharmacotherapies for problematic psychostimulant use: a review of current research* [Farmacoterapias para o consumo problemático de psicoestimulantes: uma análise da investigação em curso], *Drug and alcohol review* 23 [Revista da droga e do álcool 23], p. 203 a 211.
- UNODC (2003a), *Global illicit drug trends 2003* [Tendências das drogas ilegais a nível mundial 2003], Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime, Viena.
- UNODC (2003b), *Ecstasy and amphetamines: global survey 2003* [Ecstasy e anfetaminas: inquérito mundial 2003], Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime, Viena.
- UNODC (2005), *Coca cultivation in the Andean region: A survey of Bolivia, Colombia and Peru — June 2005* [O cultivo da coca na região andina: inquérito realizado na Bolívia, Colômbia e Peru — Junho de 2005], Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime, Viena.
- UNODC (2006), *2006 world drug report* [Relatório sobre a droga a nível mundial 2006], Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime, Viena.
- UNODC e Governo de Marrocos (2005), *Morocco Cannabis Survey 2004* [Inquérito sobre a Cannabis em Marrocos]. Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime, Viena.
- Van den Brink, W. (2005), *Epidemiology of cocaine and crack: implications for drug policy and treatment* [Epidemiologia da cocaína e da cocaína crack: implicações para a política em matéria de droga e o tratamento da toxicod dependência], *Sucht* 51(4), p. 196 a 198.
- Vickerman, P., Hickman, M., Rhodes, T. e Watts, C. (2006), *Model projections on the required coverage of syringe distribution to prevent HIV epidemics among injecting drug users* [Projeções-modelo sobre a cobertura da distribuição de seringas necessária para prevenir uma epidemia de HIV entre os consumidores de droga injectada], *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* [Revista das Síndromes de Imunodeficiência Adquirida] (no prelo).
- Von Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H. et al. (2002), *What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4 year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults* [O que permite prever o consumo ocasional de cannabis e a sua progressão para o abuso e a dependência? Exame prospectivo quadrienal dos factores de risco numa amostra comunitária de adolescentes e jovens adultos], *Drug and alcohol dependence* [Toxicod dependência e alcoolismo] 8(1), p. 49 a 64.
- OMA (2005), *Customs and drugs 2004* [As alfândegas e a droga 2004], Organização Mundial das Alfândegas, Bruxelas.
- OMS (2005), *Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users. Evidence for action technical papers* [Eficácia do tratamento da toxicod dependência na prevenção do HIV entre os consumidores de droga injectada. Documentos técnicos de provas para a acção], Organização Mundial de Saúde, Genebra.
- OMS/UNODC/UNAIDS (2004), *Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention* [Terapia de manutenção e substituição na gestão da dependência de opiáceos e na prevenção do HIV/sida], documento de posição, Organização Mundial de Saúde, Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime, UNAIDS (http://www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/index.html).

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodpendência

Relatório Anual 2006: A Evolução do Fenómeno da Droga na Europa

Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias

2006 — 97 p. — 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-272-1

VENDAS E ASSINATURAS

As publicações para venda editadas pelo Serviço das Publicações estão disponíveis nos nossos agentes de vendas espalhados pelo mundo.

Para fazer a sua encomenda, procure a lista desses agentes de vendas no sítio Internet do Serviço das Publicações (<http://publications.europa.eu/>), ou peça-a pelo fax (352) 29 29-42758.

Acerca do 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 ímpar para uma grande variedade de públicos, incluindo os responsáveis políticos e seus consultores, profissionais e investigadores 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 na UE, sendo uma obra de consulta essencial para quem procura os dados mais recentes sobre este fenómeno na Europa.