Observatório Europeu da
Droga e da Toxicodependência

ISSN 1609-6185

RELATÓRIO ANUAL 2004

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

PT

Observatório Europeu da
Droga e da Toxicodependência

RELATÓRIO ANUAL 2004

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

Nota

A presente publicação é propriedade do Observatório Europeu da Droga e da Toxidependência (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.int)**.

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

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 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, 2004

ISBN 92-9168-203-9

© Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2004

Reprodução autorizada mediante indicação da fonte

Printed in Belgium

IMPRESSO EM PAPEL BRANQUEADO SEM CLORO

Observatório Europeu da
Droga e da Toxicodependência

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

Índice

Prefácio 5

Agradecimentos 7

Nota introdutória 7

De relance — Panorâmica global da evolução do fenómeno da droga na União Europeia 9

Capítulo 1
Evolução das políticas e legislações 15

Capítulo 2
Prevenção da toxicodependência — Colaborar com as comunidades e orientar a acção para os grupos de risco 24

Capítulo 3
Cannabis 28

Capítulo 4
Estimulantes do tipo das anfetaminas, LSD e outras drogas sintéticas 34

Capítulo 5
Cocaína e cocaína *crack* 44

Capítulo 6
Heroína e consumo de droga injectada 50

Capítulo 7
Tratamento — Responder às necessidades das pessoas em dificuldade 63

Capítulo 8
Questões de criminalidade e detenções 70

Tema específico 1
Avaliação das «estratégias nacionais de luta contra a droga» na Europa 75

Tema específico 2
Contextualização dos problemas relacionados com o consumo de *cannabis* — Compreender o aumento da procura de tratamento na Europa 82

Tema específico 3
Co-morbilidade 94

Referências 105

Pontos focais nacionais Reitox 111

Prefácio

A edição deste ano do relatório anual do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) abrange dados provenientes dos 25 Estados-Membros da União Europeia e da Noruega. A quantidade de informação apresentada não só ajuda a compreender melhor em que medida os problemas relacionados com a droga afectam os cidadãos europeus e as comunidades em que vivem, como permite ainda reflectir sobre as políticas e as acções desenvolvidas pelos Estados-Membros em resposta ao desafio complexo e multifacetado que constitui o consumo de droga.

As pessoas familiarizadas com os anteriores relatórios do OEDT sobre a evolução do fenómeno da droga na Europa irão provavelmente estranhar as diferenças consideráveis decorrentes desta perspectiva alargada. É necessário rever e adaptar muitas das hipóteses que temos formulado em relação à natureza e ao sentido das tendências registadas ao nível do fenómeno da droga, por forma a reflectir a realidade das situações mais complexas, dinâmicas e diversas enfrentadas actualmente pela Europa.

Nem todos os países podem prestar informações em todas as áreas e nem todos os dados disponíveis podem ser objecto de mera comparação. Por este motivo são apresentadas notas metodológicas. Chamamos ainda a atenção do leitor para a prudência necessária aquando da extracção de conclusões. Não obstante, a informação actualmente disponível sobre o fenómeno da droga é substancial e cada vez mais sólida. Congratulamo-nos com o facto de, nos próximos anos, irmos fornecer ao público um conjunto de dados cada vez mais abrangente, à medida que os investimentos actualmente realizados pelos Estados-Membros comecem a produzir efeitos. O leitor mais ciente da parte técnica, ou o leitor que deseje receber dados mais específicos sobre este ou aquele aspecto do presente relatório, poderá consultar os quadros que contêm todas as informações e fundamentam a síntese aqui apresentada, quadros esses acessíveis quer no Boletim Estatístico de apoio quer na versão alargada da presente publicação disponível em linha. O leitor que necessite apenas de uma visão concisa dos acontecimentos encontrará na secção «De relance» um resumo dos principais desenvolvimentos aprofundados no corpo do relatório.

Estamos conscientes do facto de a informação constante do presente relatório ser o resultado de uma parceria e depender do trabalho dos nossos parceiros da rede Reitox e dos peritos científicos que contribuíram para os grupos de trabalho formados à escala nacional e comunitária.
O relatório beneficia ainda, nomeadamente no plano informativo, da nossa actividade desenvolvida actualmente com a Comissão Europeia e que contribui para a avaliação do plano de acção da União Europeia contra a droga (2000-2004).

Alguns comentadores incidem sobre as dificuldades susceptíveis de emanar da integração da Europa alargada, sobretudo as possibilidades oferecidas à criminalidade organizada de beneficiar da abertura das fronteiras e da livre circulação de pessoas e bens. O presente relatório não ignora esses desafios, mas veicula também uma outra mensagem. Partilhamos cada vez mais, enquanto cidadãos europeus, os problemas comuns resultantes do consumo de droga, mas levamos também a debate as nossas experiências e perspectivas históricas diferentes. Os dados contidos no presente relatório são testemunho do esforço comum envidado pelos Estados-Membros, no sentido da recolha e utilização de informações comparáveis, por forma a facilitar o desenvolvimento de políticas e respostas mais eficazes e melhor orientadas para os objectivos.
O alargamento da União Europeia proporciona uma nova oportunidade de partilha das nossas experiências, dos nossos êxitos, bem como de cooperação mais estreita com vista ao desenvolvimento de actividades mais coordenadas. Neste esforço, o OEDT compromete-se a desempenhar o seu papel de cooperação com os Estados-Membros, de molde a reunir os conjuntos de dados de alta qualidade necessários à manutenção de um debate informado.

Marcel Reimen
Presidente do Conselho de Administração do OEDT

Georges Estievenart
Director-Executivo 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 Grupo Pompidou do Conselho da Europa, o Programa das Nações Unidas para o Controlo Internacional da Droga, a Organização Mundial de Saúde, a Europol, 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 (EuroHIV);
- o Centro de Tradução dos Organismos da União Europeia e o Serviço das Publicações Oficiais da União Europeia;
- Prepress Projects Ltd;
- eLg Language Integration.

Nota introdutória

O presente relatório anual baseia-se em informação fornecida ao OEDT pelos Estados-Membros da UE e a Noruega (que participa no trabalho do OEDT desde 2001) através dos respectivos relatórios nacionais. Os dados estatísticos aqui incluídos referem-se ao ano de 2002 (ou ao último ano disponível). Relativamente às respostas ao consumo de drogas e para temas específicos, poderão ser utilizados dados mais recentes.

Os relatórios dos pontos focais Reitox estão disponíveis na seguinte página do *website* do OEDT (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435).

Em http://annualreport.emcdda.eu.int, poderá encontrar uma versão em linha do relatório anual, disponível em 20 versões linguísticas. O material que, nas notas de pé-de-página, aparece com a menção «OL» (*on line*) existe unicamente na versão em linha, em inglês. Trata-se de gráficos, quadros complementares e informações de fundo.

O Boletim Estatístico OEDT 2004 contém todos os quadros-fonte em que se baseia a análise estatística (http://statistics.emcdda.eu.int). Contém, igualmente, mais informação sobre a metodologia utilizada.

De relance — Panorâmica global da evolução do fenómeno da droga na União Europeia

Na presente secção panorâmica do relatório, são destacados alguns dos principais aspectos referidos no Relatório Anual de 2004 do OEDT. Para uma análise mais aprofundada, o leitor deverá consultar o texto completo do relatório.

Políticas e quadro jurídico

Um dos principais aspectos da evolução política referidos no relatório é a avaliação intercalar do plano de acção, na sequência da sessão especial da Assembleia Geral das Nações Unidas de 1998 sobre o problema da droga a nível mundial (UNGASS). O OEDT está também a contribuir para a avaliação do plano de acção da União Europeia em matéria de luta contra a droga (2000-2004), que terminará em 2004.

Em Junho de 2003, o Conselho de Ministros adoptou uma recomendação relativa à prevenção e redução dos efeitos nocivos para a saúde da toxicodependência. Os principais aspectos abordados incluem a protecção da saúde e a redução dos riscos, a redução da incidência de doenças transmitidas pelo sangue nos consumidores de droga (VIH, hepatite C e tuberculose), a redução da mortalidade associada à droga e a criação de mecanismos de avaliação adequados. Em 2003, o Conselho de Ministros chegou também a um acordo político relativamente a uma decisão-quadro sobre o tráfico ilícito de droga. Este acordo incidia sobre a harmonização das sanções e o alargamento da acção penal às organizações criminosas e terroristas que financiam as suas actividades ilegais através do tráfico de droga.

Dando continuidade ao seu trabalho na área do controlo de novas drogas sintéticas na UE, o Conselho de Ministros tomou em 2003 a decisão de aplicar medidas de controlo e sanções penais para as novas drogas sintéticas 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7 e TMA-2.

O número de países cujas políticas em matéria de luta contra a droga se integram numa estratégia global nacional aumentou em 2003, tendo a Dinamarca, a Alemanha, a Lituânia e a Eslovénia adoptado planos de luta contra a droga. Quando, conforme previsto, a Estónia e a França seguirem esse exemplo, em 2004, mais de três quartos dos Estados-Membros da União Europeia terão adoptado esta abordagem. São temas comuns das estratégias nacionais o compromisso de adopção de uma abordagem equilibrada no que diz respeito às actividades de redução da procura e da oferta de droga, bem como o reconhecimento explícito da importância da coordenação.

As avaliações da política em matéria de luta contra a droga podem permitir extrair ensinamentos importantes para o futuro. Para o ano de 2003, os Estados-Membros comunicaram actividades de monitorização ou avaliação em áreas como o impacto da nova legislação em matéria de droga, o impacto da alteração de disposições legais relativas à posse de droga para consumo pessoal, sobretudo à posse de *cannabis*, medidas para permitir que as autoridades locais actuem contra instalações associadas ao tráfico de droga ou a perturbações da ordem pública, programas destinados a encaminhar os consumidores com problemas de droga para organismos exteriores ao sistema de justiça penal, e medidas de luta contra actividades de tráfico de droga e de branqueamento de capitais. As abordagens adoptadas nos Estados-Membros para avaliar as estratégias nacionais de luta contra a droga são referidas num tema específico sobre avaliação.

Dois países (Bélgica e Reino Unido) informaram que a classificação jurídica da *cannabis* tinha sido alterada. Nesses dois países, o consumo problemático de *cannabis* é explicitamente abordado na legislação ou em orientações. As alterações jurídicas instituídas assumem dimensões importantes, por vezes ignoradas pela comunicação social quando noticia essas medidas.

Um domínio de actividade futura e cooperação internacional que assume uma importância crescente é o da criação de medidas que permitam confiscar os activos dos traficantes de droga e das organizações criminosas. A Espanha, a França, a Irlanda e o Reino Unido anunciaram novas medidas neste domínio.

A questão da condução sob o efeito de drogas e das medidas a tomar nesse domínio continua a constituir uma preocupação importante em muitos Estados-Membros. Três países (França, Áustria e Finlândia) introduziram em 2003 mudanças significativas, com vista a clarificar ou reforçar a legislação neste domínio.

Prevenção da toxicodependência

A prevenção da toxicodependência na Europa divide-se entre a prevenção que visa a população em geral (prevenção universal) e a que visa os grupos vulneráveis (prevenção selectiva) ou os indivíduos vulneráveis (prevenção adequada). Os modelos mais desenvolvidos de prevenção universal são programas dirigidos à população escolar, cujo conteúdo e execução assentam numa base de provas sólidas. Vários países notificaram progressos encorajadores na cobertura e na execução de programas

de prevenção em meio escolar. Porém, em muitos países há um grande potencial de melhoramento tanto ao nível da cobertura como ao nível da qualidade do trabalho de prevenção universal. O esforço de prevenção universal fora do ambiente escolar oferece também um potencial considerável, apenas explorado nalguns países.

Se bem que esteja a ser atribuída uma importância crescente ao desenvolvimento de um trabalho de prevenção junto dos grupos e indivíduos mais vulneráveis, mantém-se ainda uma necessidade substancial de investir neste tipo de prevenção direccionada.

Cannabis

A *cannabis* continua a ser a substância ilícita mais comummente consumida em toda a UE, com um elevado grau de variação entre os vários países. Inquéritos recentes a estudantes de 15 anos sugerem que a prevalência do consumo de *cannabis* varia entre abaixo dos 10% e acima dos 30%, pertencendo as taxas de prevalência mais elevadas aos jovens do sexo masculino no Reino Unido (42,5%). Uma percentagem reduzida mas significativa (cerca de 15%) dos estudantes de 15 anos que consumiram *cannabis* nos últimos doze meses refere tê-lo feito em 40 ou mais ocasiões. Este consumo intensivo é preocupante, nomeadamente devido à possibilidade de este grupo incorrer no risco de vir a sofrer consequências negativas. Este problema, bem como o aumento dos pedidos de tratamento da *cannabis* notificados na Europa, é abordado com mais pormenor num tema específico. As taxas mais elevadas de prevalência do consumo recente (últimos 12 meses) de *cannabis* incidem sobre os jovens adultos (15-34 anos), situando-se na maior parte dos países entre 5% e 20%. O consumo de *cannabis* terá aumentado acentuadamente na década de 1990 na maioria dos países da UE, mas actualmente estabilizou, pelo menos nalguns deles.

A *cannabis* apreendida na Europa é proveniente de mais de 30 países, o que ilustra o carácter global da produção desta droga. A Europa é o maior mercado mundial de resina de *cannabis*, proveniente na sua maioria de Marrocos, que é actualmente o maior produtor mundial desta forma da droga. A *cannabis* já é também cultivada na maior parte dos países da União Europeia, se bem que os produtos de *cannabis* importados predominem em todos os países, à excepção dos Países Baixos. A potência dos produtos derivados da *cannabis* que entram na União Europeia parece ter-se mantido relativamente estável ao longo de vários anos. A *cannabis* cultivada na UE por métodos intensivos tem geralmente uma potência mais elevada, mas há uma grande sobreposição entre os dois produtos.

Estimulantes do tipo das anfetaminas, LSD e outras drogas sintéticas

As anfetaminas são tradicionalmente a substância ilícita mais consumida na Europa depois da *cannabis*. No entanto, esta tendência parece estar a mudar em vários países, nomeadamente na Alemanha, Espanha, Países Baixos, Finlândia e Reino Unido, onde inquéritos recentes sugerem que o consumo de *ecstasy* atingiu ou ultrapassou o das anfetaminas. Apesar deste crescimento do consumo de *ecstasy*, a maior parte das apreensões de anfetaminas a nível mundial (86%, em volume) em 2002 tiveram lugar na Europa. A prevalência do consumo de anfetaminas ao longo da vida entre a população adulta (15-64 anos) oscila entre os 0,5% e 7%, se bem que essas taxas sejam ligeiramente mais elevadas entre os adultos jovens do sexo masculino. Por exemplo, as taxas de prevalência ao longo da vida entre os indivíduos do sexo masculino dos 15 aos 24 anos variam entre os 11% e os 17% na República Checa, em Espanha, nos Países Baixos e no Reino Unido. De um modo geral, o consumo de *ecstasy*, que aumentou na década de 1990, parece ter estabilizado, e só nalguns países se continua a verificar uma tendência ascendente. Estudos de populações específicas demonstram que o consumo de *ecstasy* continua a ser mais comum entre as pessoas que frequentam eventos de dança, se bem que dados recentes sugiram que essa relação possa estar a diminuir.

As mortes relacionadas com o consumo de *ecstasy* são raras em comparação com as mortes relacionadas com opiáceos, mas suscitam séria preocupação pública. A análise deste tema é dificultada por problemas de definição e medição. Foram comunicadas ao OEDT menos de 100 mortes relacionadas com o *ecstasy* no último ano em que há dados disponíveis. Porém, este número tem de ser interpretado com cuidado, pois alguns países não apresentaram dados e nos casos em que estava disponível informação toxicológica era detectada com frequência a presença de outras substâncias. Cerca de dois terços de todas as mortes relacionadas com o *ecstasy* comunicadas ao OEDT verificaram-se no Reino Unido, onde se regista uma tendência crescente. Não se sabe ao certo em que medida este facto reflecte uma prevalência mais elevada do consumo de *ecstasy* ou diferenças nas práticas de notificação.

Os Estados-Membros continuam a privilegiar a luta contra o consumo em contextos recreativos, através de vários programas de prevenção e de redução dos danos, havendo uma aparente actividade neste domínio em alguns dos novos Estados-Membros. O consumo de estimulantes do tipo das anfetaminas só muito raramente está na base da procura de tratamento da toxicodependência, excepto na Suécia e Finlândia, países com um longo historial de consumo crónico de anfetaminas, e na República Checa, onde se registam há algum tempo problemas causados pelo

consumo de «pervitin», um tipo de metanfetamina produzida a nível local.

Se bem que o consumo de metanfetaminas constitua um problema crescente a nível global, esse consumo só é significativo dentro do espaço europeu na República Checa. Porém, vários outros países europeus estão a comunicar esporadicamente casos de consumo de metanfetaminas, o que suscita o receio de uma possível difusão desta forma particularmente perigosa de consumo de drogas.

Cocaína

Inquéritos recentes sugerem que entre 0,5% e 6% da população adulta reconhece ter experimentado cocaína pelo menos uma vez (prevalência ao longo da vida). Entre os jovens adultos (15-34 anos), as taxas de prevalência ao longo da vida oscilam entre 1% a 10%. Cerca de metade dos que referem ter experimentado cocaína fizeram-no nos últimos 12 meses. Os números relativos ao consumo são mais elevados em Espanha e no Reino Unido — nesses dois países, a prevalência do consumo recente (nos últimos 12 meses) entre os adultos é superior a 2%, em comparação com menos de 1% na maior parte dos outros países. Isto significa que actualmente a prevalência do consumo recente de cocaína em Espanha e no Reino Unido é semelhante à dos EUA, se bem que as taxas de prevalência ao longo da vida continuem a ser mais baixas. É difícil identificar as tendências nacionais do consumo de cocaína, mas os dados disponíveis sugerem que o consumo recente de cocaína entre os jovens aumentou em certa medida na Dinamarca, na Alemanha, em Espanha, nos Países Baixos e no Reino Unido, tendo a Grécia, a Irlanda, a Itália e a Áustria comunicado também aumentos, com base em informações locais ou qualitativas.

O número de apreensões de cocaína aumentou entre 1997 e 2002 em todos os países, excepto na Alemanha e em Itália. As tendências identificadas com base nos dados disponíveis sugerem que, sempre que seja possível uma análise completa, se venha a confirmar um acréscimo do número de apreensões de cocaína a nível europeu em 2002. Na maioria dos países, o preço da cocaína terá também descido no mesmo período.

O consumo de *crack* (cocaína de base) para fumar continua a restringir-se a algumas grandes cidades da Europa, onde esse consumo parece ser mais comum entre os grupos marginalizados. Por exemplo, dados obtidos em estudos efectuados a nível de salas de consumo vigiado revelam que as taxas de consumo de cocaína para fumar são particularmente elevadas entre as mulheres profissionais do sexo. O consumo de cocaína para fumar, sendo embora raro na população em geral, está associado especificamente a elevados riscos de saúde e a problemas sociais.

A análise toxicológica demonstra que, nalguns países, a cocaína é frequentemente encontrada conjuntamente com opiáceos, no quadro das mortes relacionadas com drogas. As mortes relacionadas com o consumo de cocaína sem indícios de consumo de opiáceos continuam a ser raras, mas podem estar a aumentar. No Reino Unido, o número de referências à cocaína em certificados de óbito foi oito vezes maior no período de 1993 a 2001 e, nos Países Baixos, o número de mortes atribuídas exclusivamente à cocaína aumentou de dois casos em 1994, para 26 em 2001. A cocaína pode contribuir também para a ocorrência de morte devido a problemas cardiovasculares, mas estes casos podem estar mal representados nos dados estatísticos.

As opções de tratamento para as pessoas com problemas de consumo de cocaína tendem a ser genéricas, geralmente sem a componente farmacológica. Estão actualmente em curso estudos destinados a aumentar a eficácia das intervenções farmacológicas, mas, além da prescrição de medicamentos destinados a atenuar os sintomas, não há consenso sobre o que poderá ser considerado como boa prática nesta área. A gestão do tratamento dos consumidores de *crack*, em especial, pode colocar problemas aos centros de tratamento.

Consumo problemático de droga, consumo de heroína e consumo de droga injectada

O consumo de heroína e o consumo de droga injectada formam a principal componente do indicador de consumo problemático de droga do OEDT. Este indicador é uma medida composta que se destina a facilitar as estimativas relativas à dimensão do problema do consumo regular de droga, que é em grande medida um problema oculto. As estimativas relativas à prevalência do consumo problemático de droga variam entre 2 e 10 casos por 1 000 na população adulta. As estimativas da dimensão da população de consumidores problemáticos de droga variam também consideravelmente de país para país e dentro de cada país, mas as mais elevadas foram as comunicadas pela Dinamarca, Itália, Luxemburgo, Portugal e Reino Unido.

Os consumidores problemáticos de droga da União Europeia parecem tender a ser um grupo cada vez mais heterogéneo. Em muitos países, a maioria dos consumidores problemáticos de droga eram historicamente consumidores de heroína, mas o policonsumo e o consumo de estimulantes estão a adquirir um peso crescente. Sendo embora difícil fazer estimativas, em muitos países o consumo de heroína manter-se-ia a um nível relativamente estável e os níveis de recrutamento de novos consumidores (incidência) desceram em comparação com a situação na década de 1990. Porém, esta análise pode não ser aplicável aos novos países da UE.

A Europa é responsável por um pouco mais de um quarto das apreensões de heroína efectuadas em todo o mundo. Não é possível detectar uma tendência clara no volume de heroína apreendida na UE, que, de um modo geral, parece ser relativamente estável. Em termos de volume e de número de apreensões, o Reino Unido, seguido pela Espanha, comunicam mais apreensões do que os outros países.

A produção de drogas opiáceas na UE não é significativa, limitando-se a produtos obtidos a partir da papoila para consumo local. Os dados recentes não permitem identificar tendências claras, quer no que se refere à pureza da heroína quer ao preço da heroína vendida na rua.

As drogas opiáceas continuam a ser a principal causa de mortalidade relacionada com o consumo de substâncias ilícitas na União Europeia. Registam-se anualmente nos países da UE entre 8 000 a 9 000 mortes por *overdose*, sendo quase certo que os números reais sejam mais elevados. A maioria das vítimas de *overdose* são homens jovens já no final da casa dos 20 ou na casa dos 30 anos, mas regista-se uma tendência para o aumento da idade das vítimas. Apesar de as tendências variarem consideravelmente de país para país, de um modo geral, nas décadas de 1980 e de 1990, observou-se na UE um aumento consistente do número de mortes relacionadas com o consumo de drogas. Entre 2000 e 2001, muitos países comunicaram uma diminuição do número de mortes relacionadas com o consumo de drogas, do que resultou um decréscimo global do número de casos de 8 838 para 8 306, representando uma redução modesta, mas estatisticamente significativa. Contudo, numa perspectiva histórica, o número de mortes continua a ser elevado.

Um desenvolvimento recente preocupante diz respeito do tráfico de fentanil, um opiáceo sintético cerca de cem vezes mais potente do que a heroína. Foram comunicadas recentemente apreensões em alguns países do mar Báltico e na Federação Russa. Na Estónia, o fentanil surgiu nos mercados da droga como substituto da heroína em finais de 2001 e na Finlândia foi apreendido um grande carregamento de metilfentanil em 2002.

Análises dos índices de utilizadores de heroína em tratamento dão conta de acentuadas diferenças entre países na prevalência do consumo de droga injectada ou fumada. Dos novos pedidos de tratamento por parte dos consumidores de heroína, menos de metade indicam consumir esta droga por injecção, sendo que esta tendência parece ter vindo a diminuir nalguns países. Em contrapartida, noutros países — e sobretudo, mas não exclusivamente, nos novos Estados-Membros — o consumo de heroína injectada continua a ser a regra entre os consumidores de heroína. A nível global, as estimativas referentes à prevalência do consumo de droga injectada apontam para dois a seis casos por cada 1 000 habitantes adultos.

A epidemia de VIH está a alastrar rapidamente em alguns dos novos Estados-Membros da UE e nos países seus vizinhos, se bem que os índices de prevalência nos países da UE variem grandemente. Na Europa Ocidental, onde se verificara uma estabilização ou uma redução aparente da prevalência do VIH, alguns novos surtos locais ocorridos desde os meados da década de 1990, bem como as taxas de infecção elevadas e persistentes detectadas nalgumas populações, são motivo de preocupação.

As taxas de infecção pela hepatite C (VHC) continuam a ser elevadas entre os consumidores de drogas injectadas da União Europeia; de acordo com alguns estudos, entre um quarto e a quase totalidade dos consumidores de drogas injectadas apresentavam anticorpos do vírus. Nalguns casos pode observar-se uma correlação directa entre as taxas de infecção pelo VHC e pelo VIH. A infecção pela hepatite B é também comum entre os consumidores de drogas injectadas (CDI) da União Europeia, apesar de estar disponível uma vacina. Com a possível excepção de alguns países bálticos, a prevalência da tuberculose entre os CDI nos países da União Europeia continua a ser baixa, mas nalguns países vizinhos da UE as taxas de infecção são elevadas.

De um modo geral, o investimento em programas de troca de agulhas e seringas dirigidos aos consumidores de drogas injectadas parece ter aumentado em toda a UE. Na Estónia e na Lituânia está a verificar-se uma rápida expansão de novos serviços e estes programas foram também introduzidos na Irlanda do Norte e na Flandres (Bélgica). Porém, nalguns países onde esses programas já existiam o número de seringas distribuídas diminuiu, reflectindo possivelmente níveis de injecção mais baixos. As principais tendências que se fazem sentir no que se refere à prestação de serviços de baixo limiar vão no sentido de uma integração acrescida com outros serviços orientados para a sobrevivência, por exemplo, centros de abrigo e cuidados de saúde primários, bem como do alargamento dos horários de atendimento. Em três Estados-Membros são disponibilizadas «salas de consumo vigiado»; o OEDT publicou em 2004 um estudo detalhado sobre estas estruturas.

Tratamento da toxicodependência

Na maior parte dos Estados-Membros, o tratamento da toxicodependência dirige-se principalmente aos consumidores de opiáceos ou aos policonsumidores que consomem também opiáceos. O tratamento de substituição continua a ser a opção terapêutica predominante no tratamento deste grupo de consumidores, se bem que nos novos Estados-Membros o acesso ao tratamento de substituição seja limitado e os regimes de tratamento livres de droga sejam os mais comuns. Observe-se também que na República Checa, na Finlândia e na Suécia os

consumidores de anfetaminas injectadas continuam a representar uma percentagem importante dos consumidores em tratamento.

Os dados disponíveis sobre os consumidores de droga que procuram tratamento sugerem que as características das pessoas que precisam de ajuda são hoje mais diversificadas. Além do consumo de heroína injectada e não injectada, são comunicados actualmente outros problemas de policonsumo e de consumo de estimulantes e de *cannabis*. O indicador de procura de tratamento do OEDT demonstrou em 2002 pela primeira vez que, nos 11 países nos quais existem dados, a *cannabis* substituiu os opiáceos enquanto a droga que estava na origem do tratamento em ambulatório especializado. A medida em que esta evolução reflecte alterações das práticas de notificação, a expansão da prestação de serviços ou alterações das características dos consumidores de droga que procuram ajuda é discutida em pormenor no tema específico «Contextualização dos problemas relacionados com o consumo de *cannabis*».

É cada vez mais aceite que os serviços de tratamento da toxicodependência devam ser integrados com outros serviços de saúde, principalmente com serviços dirigidos aos grupos marginalizados e socialmente desfavorecidos. É particularmente difícil responder eficazmente aos consumidores problemáticos que têm também problemas de saúde mental. Este problema é analisado no tema específico dedicado à co-morbilidade psiquiátrica.

O problema das prisões

Em comparação com a população em geral, os consumidores de droga estão sobre-representados entre a população prisional. A prevalência ao longo da vida do consumo de drogas entre os reclusos varia muito, de 22% a 86%, dependendo da população prisional, do centro de detenção e do país. Dado que a prevalência ao longo da vida do consumo de droga injectada entre os reclusos é relativamente elevada, os estabelecimentos prisionais são locais de alto risco para a propagação de doenças infecto-contagiosas. As medidas de luta contra este risco incluem a introdução de tratamentos de substituição e de programas de troca de agulhas e seringas nos estabelecimentos prisionais. As consequências do consumo de drogas para a saúde nos estabelecimentos prisionais, agravados pelo acesso restrito dos reclusos a serviços de saúde e o isolamento dos serviços de saúde nas prisões do regime de saúde geral, são cada vez mais abordados no contexto dos sistemas nacionais de saúde e de protecção social. As alternativas à prisão, introduzidas através de inovações da política penal, estão a encaminhar os toxicodependentes para o tratamento quase compulsivo ou para a prestação de serviço comunitário, no pressuposto de que essas intervenções dão uma resposta mais adequada às suas necessidades.

Capítulo 1
Evolução das políticas e legislações

Neste capítulo, descreve-se a evolução das políticas em matéria de droga na UE considerada no seu todo, bem como nos Estados-Membros individualmente. Na maioria dos casos, a informação fornecida baseou-se em alterações ocorridas em 2003, ano que marcou o início da segunda metade do plano de acção da União Europeia em matéria de luta contra a droga (2000-2004). O ano de 2003 anunciou também o fim do prazo concedido aos Governos nacionais para procederem a uma avaliação intercalar da situação no que respeita à elaboração e aplicação de uma estratégia nacional de controlo da droga, em consonância com a Declaração sobre os Princípios Orientadores da Redução da Procura de Droga saída da sessão especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre drogas de 1998 (UNGASS) ([1]). Uma vez que o plano de acção da UE 2000-2004 termina este ano, parece oportuno analisar os progressos registados através da avaliação desta acção. O OEDT desempenha um papel pleno e activo neste processo que, esperamos, permitirá lançar políticas consistentes no domínio da droga. É, sobretudo, desta perspectiva que serão analisadas as estratégias e acções legislativas, quer a nível nacional quer a nível da União Europeia.

Evolução a nível da UE

Em 2003, foram adoptados, a nível da UE, dois novos instrumentos legais para combater o problema das drogas. Um deles visa a saúde pública e o outro o tráfico de drogas ilícitas. Outros aspectos tratados durante o ano de 2003 foram a criação de medidas para ter em conta as novas drogas sintéticas, a implementação de actividades e instrumentos de coordenação e o papel do OEDT.

Saúde pública

Em 23 de Setembro de 2003, o Parlamento Europeu e o Conselho aprovaram o novo Programa de Acção Comunitária no Domínio da Saúde Pública (2003-2008). O programa baseia-se em três objectivos gerais: melhorar a informação sobre saúde pública, aumentar a capacidade de resposta rápida a ameaças para a saúde e promover a saúde fazendo face aos factores determinantes da saúde. As acções no âmbito da informação sobre saúde e da promoção da saúde são especialmente pertinentes na área das drogas.

Em Junho de 2003, o Conselho de Ministros adoptou uma recomendação sobre «Prevenção e redução dos riscos associados à toxicodependência», elaborada por iniciativa da Comissão Europeia em Maio de 2002. Esse documento é um marco importante, já que constitui a primeira recomendação da UE no domínio da saúde pública que incide sobre as drogas. Mais concretamente, a recomendação visa a redução dos riscos para a saúde associados à toxicodependência ([2]). Muitos Estados-Membros já incorporaram as conclusões desse texto nas suas estratégias nacionais de luta contra a droga.

O documento faz as seguintes recomendações:

- Os Estados-Membros, no intuito de assegurar um elevado nível de protecção, deverão estabelecer como objectivo de saúde pública a prevenção da toxicodependência e a redução dos riscos a ela associados, e elaborar e aplicar estratégias globais nesse sentido.

- Os Estados-Membros, a fim de reduzir de forma substancial a incidência dos efeitos nocivos das drogas para a saúde (VHI, hepatites B e C e tuberculose) e o número de mortes relacionadas com o consumo de drogas, deverão disponibilizar, no quadro das suas políticas globais de prevenção das drogas e de tratamento, toda uma gama de serviços e facilidades de diversa índole, tendo sobretudo em vista a redução dos riscos.

- Os Estados-Membros deverão empreender um conjunto de medidas específicas no intuito de levar a cabo uma avaliação pertinente com vista a dotar de maior eficácia e eficiência a prevenção da toxicodependência e a redução dos riscos para a saúde relacionados com as drogas.

Além disso, sugere-se que os Estados-Membros informem a Comissão sobre a aplicação desta recomendação dois anos após a sua adopção e, posteriormente, sempre que a Comissão o solicite. Este procedimento permitirá fazer o seguimento, a nível comunitário, da implementação da recomendação e a subsequente adopção de medidas adequadas para ir ao encontro do plano de acção da UE em matéria de luta contra a droga.

([1]) http://www.unodc.org/adhoc/gass/content.htm.

([2]) Para uma panorâmica do papel das políticas de redução da procura, ver caixa 1 OL (em linha): papel da redução da procura.

A recomendação convida o OEDT a dar apoio técnico à Comissão Europeia na preparação de um relatório em conformidade com o plano de acção da União Europeia em matéria de luta contra a droga (2000-2004) tendo em vista a revisão e a actualização da recomendação.

Tráfico de droga

Na sequência das conclusões de uma reunião extraordinária do Conselho Europeu realizada em 1999 em Tampere, na Finlândia, e para ir ao encontro das solicitações da estratégia e do plano de acção da UE em matéria de luta contra a droga, a Comissão Europeia apresentou ao Conselho e ao Parlamento Europeu uma proposta de decisão-quadro que estabelece «disposições mínimas relativas aos elementos constitutivos das infracções penais e das sanções aplicáveis no domínio do tráfico ilícito de droga». Em Novembro de 2003, o Conselho de Ministros chegou a um acordo político relativamente a esta primeira decisão-quadro considerada um instrumento fundamental para combater o tráfico de droga, tendo em conta que, numa UE alargada, assume cada vez maior importância a harmonização das sanções aplicáveis a infracções relacionadas com tráfico de droga previstas pelos Estados-Membros.

De acordo com o princípio subjacente a essa decisão-quadro, os Estados-Membros devem penalizar não só o tráfico de drogas mas também as tentativas de tráfico de drogas, o incitamento ao tráfico de drogas e a cumplicidade. As medidas incluídas na decisão-quadro visam os traficantes de droga, bem como as organizações criminosas e terroristas que financiam as suas actividades ilegais através do tráfico de droga.

Pretende esta decisão-quadro impor sanções a quem participe em qualquer fase do tráfico de substâncias incluídas nas convenções das Nações Unidas e nas decisões da CE: produção, comercialização, transporte, distribuição e detenção ou aquisição com intenção de traficar. Pede-se aos países que garantam que as infracções sejam passíveis de sanções penais de 1 a 3 anos de pena privativa de liberdade ou de 5 a 10 anos de pena privativa de liberdade quando estejam envolvidas grandes quantidades de droga ou as drogas mais prejudiciais para a saúde. O ponto fulcral da decisão-quadro é o estabelecimento da definição comum daquilo que se considera, a nível da UE, tráfico de droga e a recomendação de sanções para essa infracção dentro da UE. Para obter o acordo de todos os Estados-Membros, foi necessário superar as diferenças nacionais da definição do conceito de posse para consumo pessoal. Consequentemente, as infracções relacionadas com o consumo pessoal de droga tal como definidas pelas legislações nacionais dos Estados-Membros são excluídas desta decisão-quadro.

A decisão-quadro entrará em vigor a partir da data da sua publicação no *Jornal Oficial da União Europeia*, e os Estados-Membros disporão de 18 meses para tomar as medidas necessárias para cumprimento do disposto nesse instrumento.

Novas drogas sintéticas

Dando continuidade ao seu trabalho na área do controlo de novas drogas sintéticas, o Conselho de Ministros, em Novembro de 2003, adoptou uma decisão relativa a medidas de controlo e sanções penais respeitantes às novas drogas sintéticas 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7 e TMA-2. As referidas substâncias, que não estão incluídas nas listas da Convenção das Nações Unidas de 1971 sobre Substâncias Psicotrópicas, passarão a ser objecto de medidas de controlo e sanções penais nos Estados-Membros.

Em Outubro de 2003, a Comissão apresentou uma proposta de decisão do Conselho relativa ao intercâmbio de informações, avaliação de risco e controlo dos novos estupefacientes e das novas drogas sintéticas, para substituir a acção comum de 17 de Junho de 1997 ([3]). Trata-se de uma iniciativa directamente relacionada com o resultado da avaliação externa da acção comum organizada pela Comissão em conformidade com o estipulado no plano de acção da UE em matéria de drogas (2000-2004). O novo instrumento legal pretende clarificar as definições e os procedimentos e alarga o âmbito de aplicação a todas as drogas sintéticas, bem como a todos os novos estupefacientes.

Coordenação

Também em Novembro de 2003, a Comissão adoptou uma comunicação sobre a coordenação em matéria de droga na UE. Esta comunicação tem por base as conclusões de um estudo sobre disposições e mecanismos de coordenação existentes nos Estados-Membros ([4]), efectuado pelo OEDT em cooperação com a Comissão, e confirma que a coordenação é essencial para uma resposta eficaz da UE à complexidade do fenómeno da droga e suas consequências.

Papel do OEDT

Finalmente, em Dezembro de 2003, a Comissão propôs a reformulação dos regulamentos que regem o OEDT. A proposta, que deverá ser discutida pelo Conselho em 2004, cobre diversos domínios, como modificações aos regulamentos base, modificações visando o reforço do papel do OEDT no contexto dos padrões de consumo de novas drogas e do alargamento da UE e modificações para ter em linha de conta o papel do OEDT como contribuinte para a avaliação do plano de acção da UE em matéria de luta contra a droga.

([3]) JO L 167 de 25.6.1997, p. 1-3.

([4]) http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1356.

Políticas nacionais

«Estratégias de luta contra a droga» ([5])

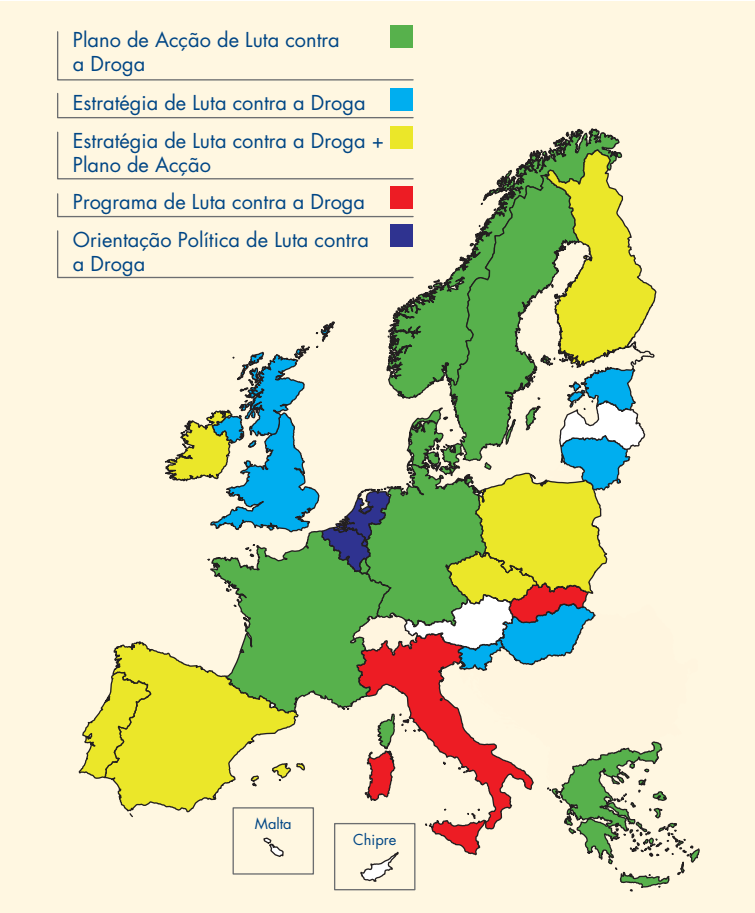
A tendência da adopção de uma «estratégia nacional de luta contra a droga», pedra angular da política da UE em matéria de luta contra a droga, pelos Estados-Membros referenciada no relatório anual do ano passado manteve-se em 2003 (figura 1). Em 2003, a Dinamarca, Alemanha, Lituânia e Eslovénia adoptaram planos e programas de luta contra a droga, prevendo-se que a França e a Estónia ([6]) façam o mesmo em 2004, elevando o número de Estados-Membros dotados de uma política sobre drogas no âmbito de uma estratégia nacional de luta contra a droga para 21 de um total de 25 (22 de 26, se incluirmos a Noruega) ([7]) ([8]).

O facto de as «estratégias nacionais de luta contra a droga» terem sido implementadas de forma tão extensa num período de tempo relativamente curto (1997-2004) ([9]) e numa área geográfica definida permite estabelecer comparações do fenómeno em diversos Estados-Membros e obter uma perspectiva a nível da UE.

Uma primeira conclusão é que está a tornar-se cada vez mais usual adoptar uma abordagem holística no que se refere à política em matéria de droga, integrando actividades de redução tanto da procura como da oferta — a chamada «abordagem equilibrada» ([10]). Todos os documentos analisados mostraram essa característica. A segunda, é que a coordenação vem tendo um papel cada vez mais importante. As estratégias nacionais de luta contra a droga são, cada vez mais, levadas a cabo de modo coordenado a nível central [grande parte dos países da UE dispõe de agências de coordenação nacional e de coordenadores nacionais ([11])], ainda que em estreita cooperação com agências regionais e locais. A terceira, é que vem sendo prestada maior atenção a intervenções no terreno e à observação e avaliação da aplicação como instrumentos de garantia da responsabilidade dos centros de tomada de decisão (ver Avaliação, p. 75).

Verificam-se, contudo, diferenças significativas, quer na estrutura quer no conteúdo das «estratégias nacionais de luta contra a droga». Assim, por exemplo, o nível de

Figura 1: Variedade de «Estratégias Nacionais de Luta contra a Droga»



Notas: A distinção teórica entre uma Política de Luta Contra a Droga, uma Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga (que deverá identificar princípios gerais, assim como um enquadramento e uma orientação) e um plano de acção (que põe a estratégia em prática, estabelecendo acções específicas pormenorizadas) nem sempre é mantida nos diferentes documentos nacionais. Devido à diversidade que existe entre os países, descrevemos os documentos de estratégia nacionais tal como oficialmente apresentados, sem qualquer tentativa de consolidar as definições ou de efectuar comparações.

Fonte: Estratégias Nacionais dos Estados-Membros.

([5]) Tendo em conta que a estrutura e o conteúdo das estratégias nacionais de luta contra a droga são consideravelmente diferentes de país para país, neste relatório não se fez qualquer tentativa de harmonização de definições e conceitos. Assim, a expressão «estratégia nacional de luta contra a droga» referida entre aspas significa qualquer documento oficial aprovado por um Governo em que sejam identificados princípios gerais e acções/objectivos específicos a empreender e a atingir (num determinado espaço de tempo) no domínio da droga, quer apresentado oficialmente como estratégia de luta contra a droga quer como plano de acção, notas políticas ou outra designação. Para mais informações, ver relatório do OEDT *National strategies and coordination mechanisms* (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1354).

([6]) Ver caixa 1 OL: «Estratégias nacionais de luta contra a droga» adoptadas recentemente.

([7]) A Noruega, apesar de não ser membro da UE, é membro do OEDT. Dos 25 Estados-Membros da UE, apenas quatro países não dispõem (por enquanto) de uma estratégia nacional em matéria de droga: Chipre, Letónia, Malta e Áustria. Em Chipre e na Letónia, está em curso a elaboração de uma estratégia. Na Áustria, cada província dispõe de um plano próprio, embora não exista uma estratégia a nível federal.

([8]) Ver quadro 2 OL: «Estratégias nacionais de luta contra a droga» actualmente existentes nos países da UE.

([9]) Estão incluídos neste período de tempo os Países Baixos, cuja política em matéria de droga está consignada numa nota política intitulada *Drug policy in Netherlands: continuity and change* (1995) e em vários outros documentos (XTC: 2001, cocaína: 2002, *cannabis*: 2004).

([10]) O princípio de uma abordagem equilibrada foi estabelecido pela declaração política da UNGASS em 1998: «Será adoptada uma abordagem equilibrada que associe redução da procura e redução da oferta e os dois aspectos reforçar-se-ão mutuamente, no âmbito de uma estratégia integrada que vise dar solução ao problema da droga». Neste capítulo não se pretende avaliar em que medida os Estados-Membros conseguiram uma «abordagem equilibrada»; antes se chama a atenção para o facto de tal abordagem estar a ser alvo de atenção crescente.

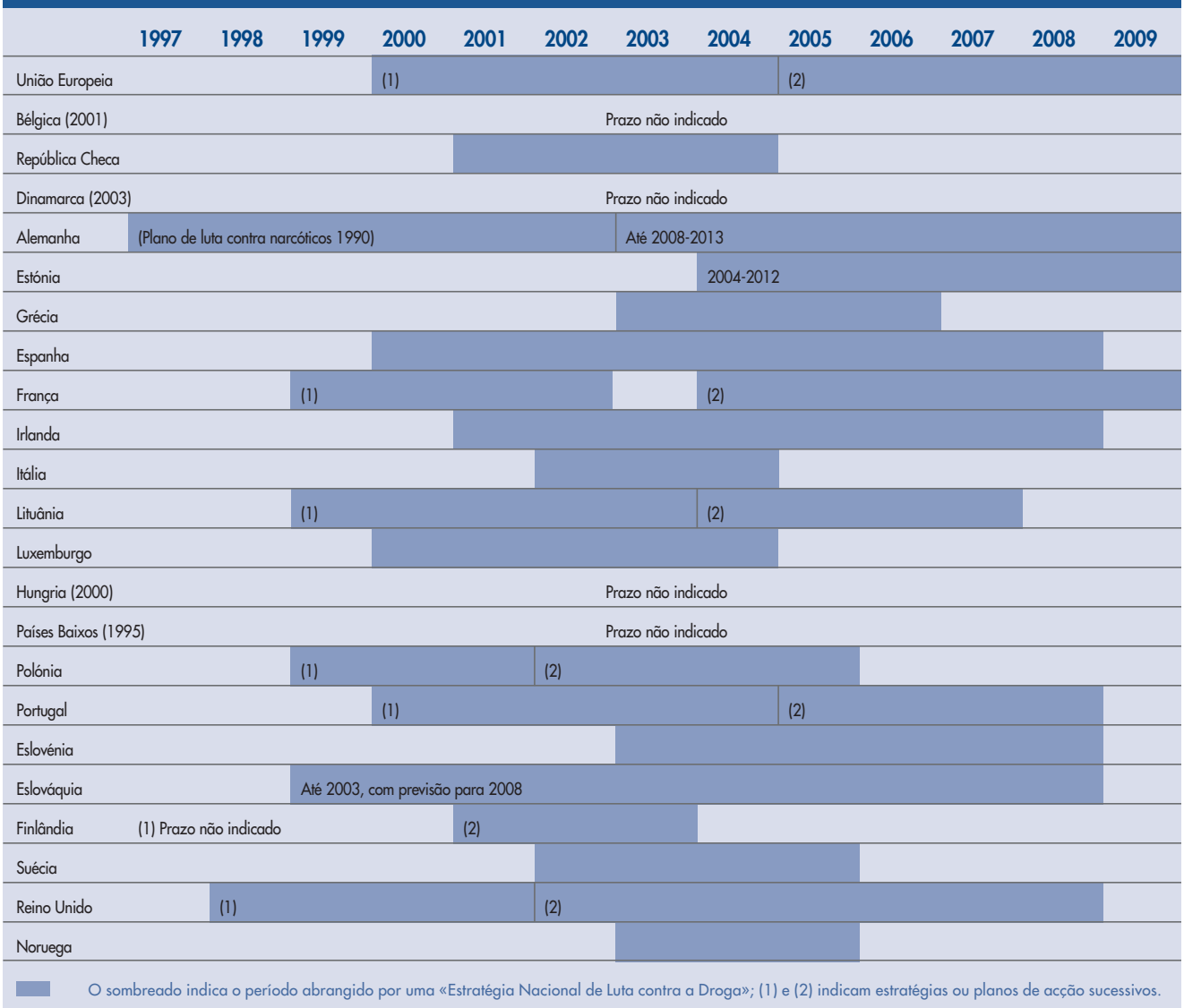
([11]) Para mais pormenores: http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1360.

pormenor e o tipo de acções e objectivos em que é colocada a tónica variam consideravelmente. Alguns documentos são estruturados de forma a permitir o seguimento de acções determinadas e da implementação global; outros apresentam menos pormenor, indicando objectivos gerais mas sem os ligar a objectivos operacionais, a alvos ou a indicadores de desempenho. Os documentos de política em matéria de drogas também diferem bastante na terminologia usada: alguns países adoptaram planos de acção, outros têm estratégias e outros lançaram programas. Com efeito, os diferentes objectivos e programas políticos configuram um panorama muito vasto em que cenários diversos são representados sob a expressão «estratégia nacional de luta contra a droga» (figura 1). Seja como for, estas três expressões, embora podendo ser utilizadas como sinónimos ([12]) não traduzem, necessariamente, diferenças de objectivos ou programas políticos.

Outro aspecto que varia de Estado-Membro para Estado-Membro é o período coberto pela estratégia nacional. A maioria dos países adoptou um período de 3-5 anos; outros adoptaram um período de 8-10 anos, enquanto noutros não é indicado qualquer calendário (quadro 1). Neste ponto, dever-se-ia ter em conta a articulação entre as «estratégias nacionais de luta contra a droga» e o plano de acção da UE em matéria de luta contra a droga.

As diferenças de conteúdo podem ser reflexo de objectivos políticos diferentes ou de dissemelhanças nas características nacionais do fenómeno da droga. No presente relatório, fazemos referência às duas áreas em que as divergências

Quadro 1: Prazos das «Estratégias Nacionais de Luta contra a Droga»



([12]) Uma estratégia de luta contra a droga pode ser definida como «tema unificador, quadro para decisão, coerência e orientação» e um plano de acção como «sistema ou programa para acções específicas pormenorizadas» (*Strategies and coordination in the field of drugs in the European Union, a descriptive review*, Novembro de 2002: http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1354).

Quadro 2: «Drogas lícitas» nas Estratégias Nacionais de Luta contra a Droga

País	Álcool	Tabaco	Plano de Acção — Álcool (1)
Bélgica	●	●	Não
República Checa	●	●	Não
Dinamarca	–	–	Sim
Alemanha	●	●	Sim
Estónia	○	○	Sim
Grécia	●	–	–
Espanha	●	●	Não
França	●	●	Sim
Irlanda	●	○	Sim
Itália	○	–	Sim
Lituânia	–	–	Sim
Luxemburgo	–	–	Não
Hungria	●	○	Sim
Países Baixos	●	●	Sim
Polónia	○	○	Sim
Portugal	●	○	Sim
Eslovénia	○	○	Não
Eslováquia	●	●	Não
Finlândia	–	–	Sim
Suécia	–	–	Sim
Reino Unido	○	○	Sim
Noruega	●	●	Sim

● Acção prevista; ○ substância referida; –: dados não disponíveis.

(1) Base de dados da OMS relativos ao álcool (http://www.euro.who.int/alcoholdrugs).

são mais notórias: as substâncias abrangidas e a principal finalidade das estratégias.

Embora as estratégias de luta contra a droga se centrem, normalmente, em drogas incluídas nas listas da Convenção das Nações Unidas, muitos documentos abrangem, também, as chamadas drogas legais, sobretudo o álcool e o tabaco, em particular quando se tem em consideração os domínios da educação, da prevenção e do tratamento (quadro 2). Em alguns países, estas drogas legais são alvo de acções e projectos específicos, enquanto que noutros países apenas é feita menção a «drogas legais». Em muitos países que incluem o álcool nas suas estratégias «contra a droga» existe igualmente um plano de acção nacional contra o abuso de bebidas alcoólicas.

Apesar de todos os países partilharem os mesmos objectivos gerais (redução da procura, redução da oferta, etc.) e de o plano de acção da UE 2000-2004 estabelecer seis objectivos comuns ([13]), a forma como as estratégicas se propõem atingir tais objectivos varia consoante os objectivos gerais da política em matéria de droga. A maior diferença reside em que, em alguns países, se pretende atingir uma «sociedade sem droga», enquanto que noutros o principal objectivo é reduzir as consequências negativas da droga, quer para as pessoas individualmente quer para a sociedade. A situação não é, porém, muito definida: quase todas as «estratégias nacionais de luta contra a droga» combinam os dois objectivos (podendo, até, acrescentar outros), conferindo mais peso a um ou a outro. O objectivo escolhido (e a ênfase que é colocada na sua consecução) condiciona as acções decorrentes das «estratégias nacionais de luta contra a droga».

Embora se reconheça a necessidade de tratar de forma diferente com programas políticos específicos, bem como com as características e culturas locais, tem sido envidado um esforço considerável na coordenação a nível europeu. A adopção de uma abordagem coordenada da UE à problemática da droga (Estratégia da UE de luta contra a droga e plano de acção da UE 2000-2004), que foi consolidada e estruturada nos anos últimos anos, deve continuar no futuro.

A orientação futura da política em matéria de droga na UE alargada, bem como a questão de saber se 25 estratégias nacionais diferentes em matéria de droga (sem contar com as estratégias regionais e locais) virão a ser articuladas sob a égide da estratégia da UE, mantêm-se em aberto. Contudo, aspectos como os tipos de instrumentos (estratégia, programa, plano de acção), bem como a sua duração, princípios constitutivos e critérios e, ainda, principais objectivos e metas, podem vir a ser discutidos colegialmente pelos Estado-Membros.

Políticas nacionais: avaliação das legislações ([14])

Nos últimos anos, tem-se verificado uma tendência crescente para avaliar a nova legislação (no que respeita à sua aplicação e/ou impacto) ou para comunicar os resultados dessa avaliação. No domínio da droga, existem muitas vezes sistemas para monitorizar ou avaliar diversos aspectos do controlo das substâncias, nomeadamente a legislação de base que proíbe o consumo ou a detenção, as respostas aos delitos relacionados com droga e a luta contra o tráfico e o branqueamento de capitais. Alguns

([13]) 1) Reduzir consideravelmente, num prazo de 5 anos, a prevalência do consumo de drogas ilícitas, bem como o número de novos consumidores, nomeadamente entre os jovens com menos de 18 anos de idade; 2) reduzir consideravelmente, num prazo de 5 anos, a incidência de riscos para a saúde relacionados com o consumo de droga (HIV, hepatite, tuberculose, etc.) e o número de mortes relacionadas com o consumo de droga; 3) aumentar consideravelmente o número de toxicodependentes tratados com êxito; 4) reduzir consideravelmente, num prazo de 5 anos, a disponibilidade de drogas ilícitas; 5) reduzir consideravelmente, num prazo de 5 anos, o número de crimes relacionados com a droga; 6) reduzir consideravelmente, num prazo de 5 anos, o branqueamento de capitais e o tráfico de precursores.

([14]) Para uma versão alargada desta secção, ver caixa 2 OL: Políticas nacionais: avaliação das legislações.

países põem em prática experiências-piloto e procedem à sua avaliação antes de alargarem os sistemas a todo o país.

Por exemplo, desde 1999 que a Bélgica, a República Checa, a Alemanha, a Hungria, a Suécia e o Reino Unido dão conta da utilização de mecanismos de monitorização e avaliação de vários aspectos das disposições legais de base aplicáveis às infracções de consumo e detenção de drogas ilícitas. Tais mecanismos estiveram na origem de alterações substanciais da legislação sobre as drogas na Bélgica, Hungria e no RU.

A estimativa do efeito da criminalização tem estado no centro do debate e da avaliação. Entre as iniciativas de avaliação, destacamos duas situações aparentemente semelhantes que tiveram resultados opostos. A Hungria e a Bulgária fizeram recentemente uma avaliação dos efeitos da criminalização. Em 1990, a Hungria tinha modificado o seu código penal tornando o consumo de drogas uma infracção criminal e limitando a possibilidade de obrigar os infractores a submeter-se a tratamento aos consumidores toxicodependentes. Estudos científicos posteriores a estas alterações mostraram que os objectivos de redução do abuso, do consumo e da oferta de estupefacientes não estavam a ser alcançados: o número de novos consumidores e de infracções e infractores notificados continuava a aumentar. Mais ainda, as alterações introduzidas na lei não só dificultaram a classificação das drogas e complicaram os procedimentos legais como tiveram um efeito negativo sobre o comportamento dos intervenientes no mercado de drogas. Os autores do estudo concluíram que as sanções eram demasiado rigorosas e não tinham em conta que os jovens são levados a consumir drogas não porque tenham uma propensão natural para o crime, mas por circunstâncias de vida. Consequentemente, estas alterações foram revogadas pela legislação que entrou em vigor em 1 de Março de 2003 e na qual foram tidos em conta os resultados dos estudos.

Na Suécia, em 2000, o Conselho Nacional para a Prevenção da Criminalidade fez um estudo dos efeitos do regulamento de 1988 (reforçado em 1993) que tornou ilícito o consumo de drogas. A investigação revelou que a sua aplicação levou a um aumento acentuado das detenções por crimes de menor gravidade ligados à droga. Entre os detidos, na sua maioria consumidores confirmados conhecidos das autoridades, havia uma percentagem de jovens até então desconhecidos. Uma das razões da adopção do regulamento foi justamente a identificação de jovens numa fase precoce da sua carreira de consumidores e esse objectivo, como concluiu o estudo, foi alcançado. Quanto ao impacto do regulamento no mercado da droga (que registou um recrudescimento), o estudo concluiu que não havia indicações claras de que a criminalização do consumo tivesse tido um efeito dissuasivo sobre os jovens.

Relativamente a outros tipos de respostas, no Reino Unido estão em curso ou foram concluídas avaliações de vários instrumentos legais em vigor para tratar dos delitos relacionados com a droga, como testes na sequência de um primeiro delito (delito despoletador), instâncias para julgamento de ilícitos relacionados com drogas e encaminhamento para tratamento. Estão também em curso avaliações de novos métodos na Alemanha (tratamento em vez de sanção), Irlanda (encaminhamento para tratamento) e Países Baixos (tratamento obrigatório).

Nos Países Baixos, estão também a ser utilizadas técnicas de avaliação para estimar a eficácia de novas leis de combate ao tráfico de drogas (detenção dos «correios») e ao branqueamento de capitais (contratos públicos). Na Suécia, de acordo com as directivas das autoridades governamentais, o Governo é responsável pela avaliação e implementação das acções policiais de combate às drogas. Foram também introduzidas técnicas de avaliação para melhorar as respostas dadas localmente ao tráfico de drogas e a atentados contra a ordem pública, como são exemplo a coordenação das respostas a nível local, na Irlanda, o encerramento de locais públicos, nos Países Baixos, e a possibilidade de requerer a repetição do exame de condução, na Alemanha.

Claramente, a avaliação é cada vez mais reconhecida como instrumento capital na abordagem de todos os aspectos relacionados com o problema das drogas, pois permite inferir da execução, eficácia e eficiência das leis. Nas avaliações notificadas, registou-se, no geral, uma tendência para o corroborar do valor da resposta legislativa em apreço. Não obstante, a disposição de revogar uma política com base no resultado de uma avaliação, como aconteceu na Hungria, é sintomática da confiança que começa a haver na investigação baseada em provas que nem sempre existiu. Esta bem-vinda mudança surge inserida numa tendência mais generalizada a que se assiste actualmente na administração pública que é a prestação de contas pelas acções tomadas e a adopção de conceitos típicos do sector privado, como definição de metas de desempenho e relação custo-eficácia.

Desenvolvimentos na legislação nacional

Legislação relativa à *cannabis*

No ano passado, a *cannabis* foi sujeita a reclassificação em dois países, o que em ambos os casos atraiu vasta cobertura mediática, nem sempre rigorosa. Na Bélgica, um pacote de dois instrumentos legislativos, um decreto e uma directiva ministerial, conduziu a várias modificações no enquadramento jurídico, entre as quais talvez possamos salientar, como mais significativa, a passagem dos produtos da *cannabis* para uma categoria jurídica diferente das outras drogas. Foram definidas novas infracções na sequência das quais um adulto que cometa pela primeira ou

segunda vez um delito de posse de *cannabis* para consumo pessoal, na ausência de indicações de acção danosa ou de consumo problemático, apenas incorrerá em multa e será convidado a registar-se na polícia. A directiva ministerial considera como suficiente para consumo pessoal um máximo de 3 gramas ou uma planta de *cannabis*. Contudo, a acção danosa pode ser punida com uma pena de três meses a um ano de prisão e/ou com uma multa de 5 000 a 500 000 euros, e circunstâncias agravantes, como a posse na presença de menores, levarão a penas mais severas.

No Reino Unido, a *cannabis* e seus derivados passaram respectivamente da classe e A para a classe C ao abrigo do sistema de classificação britânico. Em resultado dessa medida, a pena máxima por posse para consumo pessoal foi reduzida de cinco para dois anos de prisão, mas qualquer acto de posse de *cannabis* continua a ser considerado infracção penal. Na sequência de uma acção legislativa paralela, dois factores associados, a pena máxima por posse com intenção de traficar e o princípio da posse de *cannabis* punível com pena de privação de liberdade, mantêm-se inalterados. No entanto, orientações da *Association of Chief Police Officers* (Associação dos Chefes de Polícia) recomendavam que a polícia procedesse a detenções por posse apenas em determinadas circunstâncias, entre as quais se incluem o acto de fumar em público ou na presença de menores. Os indivíduos menores de 18 anos devem, igualmente, ser detidos, para poderem ser encaminhados para tratamento.

Tanto a Bélgica como o Reino Unido tratam especificamente do consumo problemático de *cannabis* nas respectivas legislações ou orientações, aspecto que será abordado posteriormente neste relatório.

Combate ao branqueamento de capitais

Actualmente, não é possível fazer uma estimativa exacta das receitas globais do tráfico de droga, por falta de dados fiáveis. No entanto, o valor «consensual» de 2-5% do produto interno bruto mundial tem sido avançado pela Europol (2002). O tráfico de narcóticos parece continuar a ser a maior fonte isolada de capitais branqueados. O branqueamento internacional de capitais envolve, necessariamente, a circulação transfronteiriça ilícita ou inusitada de capitais ou bens, como ouro, platina ou diamantes (OMA, 2003c).

As alterações à Directiva 91/308/CEE do Conselho, relativa ao branqueamento de capitais, estabeleceram uma definição muito mais abrangente de branqueamento de capitais, com base num leque mais alargado de delitos e alargaram a obrigação de comunicação a profissionais independentes da área da justiça.

O mandato alargado da Europol, a partir de Janeiro de 2002, confere à organização competências para todas as operações de branqueamento de capitais cujo delito de base conste do Anexo 2 da Convenção Europol (Europol, 2002).

A Interpol criou uma rede de pontos de contacto de especialistas em cada um dos países membros para que a informação sobre o branqueamento de capitais possa ser partilhada com maior celeridade e eficiência (Interpol, 2002). A rede da *Customs Enforcement Network (CEN)* (Rede alfandegária de luta contra a fraude) é um sistema electrónico de informação e comunicação desenvolvido pela OMA (Organização Mundial das Alfândegas), lançado em Junho de 2000. Desde Junho de 2003, registaram-se mais de 700 utilizadores em representação de 130 países e mais de 700 apreensões de capitais. Durante 2002-2003, o GAFI (Grupo de Acção Financeira sobre o Branqueamento de Capitais) fez progressos significativos na luta contra o branqueamento de capitais. O GAFI concluiu com êxito a revisão das suas 40 recomendações (GAFI, 2003a). Prestou-se especial atenção à luta contra o abuso de sistemas alternativos de remessas de capitais (GAFI, 2003b).

Confiscação de activos

No ano transacto, alguns países efectuaram modificações na legislação relativa a confiscação de activos relacionados com tráfico de droga ou a gestão de fundos provenientes desses activos. Na Irlanda, uma iniciativa da *Garda National Drugs Unit* prevê um trabalho conjunto com o *Criminal Assets Bureau* para identificar e visar os activos dos traficantes locais. No Reino Unido, a lei relativa a produtos do crime (*Proceeds of Crime Act*) criou uma agência para recuperação de activos (*Assets Recovery Agency)* e, ao abrigo da nova legislação, os agentes da polícia e das alfândegas têm legitimidade para proceder à busca e apreensão de dinheiro. A referida lei contém medidas que ajudarão os investigadores a rastrear o produto do crime e na investigação sobre branqueamento de capitais. Na Escócia, os poderes das autoridades judiciais e responsáveis pela aplicação da lei foram reforçados, o que permitirá aumentar a taxa de recuperação tanto nos processos penais como nos civis.

Em Espanha, uma nova lei promulgada em 2003 e que regula a apreensão de fundos resultantes do tráfico de droga revogou a lei de 1995 sobre a matéria. A nova lei pretende tornar mais rápida a transferência de documentos necessários para identificar e localizar bens apreendidos e alarga o leque de destinatários dos fundos, de forma a incluir entidades internacionais, supranacionais e governos estrangeiros. Nos Países Baixos, um estudo sobre legislação relativa a confiscação, 10 anos após a sua entrada em vigor, investigou a natureza e o volume dos activos de 52 organizações criminosas de grande dimensão que tinham sido processadas durante esse período. Concluiu que apenas 10% dos fundos considerados adquiridos por meios ilícitos podiam ser confiscados, mas que continua a ser difícil provar com exactidão qual o montante que foi adquirido ilegalmente. Os investigadores recomendam que

se aperfeiçoem os conhecimentos na área da investigação financeira penal. Em França, uma circular do Departamento de Assuntos Penais e Suspensão de Penas de 2002 estabelece as normas precisas para se poder operar e organiza o seguimento dos capitais apreendidos provenientes do tráfico de droga ou de branqueamento de capitais, por se ter percebido que o fundo da política em matéria de droga criado em 1995 não tinha recebido montantes significativos.

Drogas e condução

Três países da UE introduziram mudanças significativas nas respectivas legislações em matéria de condução sob o efeito de drogas. Na Áustria, em 2003, entrou em vigor a 21.ª emenda à lei sobre tráfego rodoviário (*Road Traffic Act)*, que permite à polícia pedir aos condutores que se submetam a uma análise de sangue caso se suspeite de condução sob o efeito de drogas. As penas em caso de resultado positivo e as consequências para o condutor que recuse submeter-se à análise são as mesmas que para a condução sob o efeito do álcool. Além disso, nos termos dessa lei, um resultado positivo não implica queixa por violação da lei dos estupefacientes *(Narcotic Substances Act)*, mas apenas notificação às autoridades de saúde locais.

Em França, uma nova lei promulgada em Fevereiro de 2003 considera crime conduzir após consumo de substâncias ou plantas classificadas como estupefacientes e torna obrigatório o teste a todos os condutores envolvidos em acidentes de viação com consequências mortais. Caso haja drogas associadas ao álcool, as penas são bastante mais severas. Acresce que os condutores envolvidos em acidentes de viação dos quais resultem feridos devem, como operação de rotina, ser submetidos a análises, caso haja razões para suspeitar que se encontravam sob o efeito de drogas. Além disso, a polícia e a *gendarmerie* podem submeter a testes condutores escolhidos aleatoriamente.

Na Finlândia, o capítulo 23 revisto do Código Penal estabelece que qualquer pessoa que conduza com uma substância estupefaciente activa ou seu derivado metabólico no sangue será acusada de condução sob o efeito do álcool, excepto se a substância tiver sido prescrita por um médico. No entanto, se a capacidade de condução se encontrar diminuída, o condutor será acusado de condução sob o efeito do álcool, independentemente de aquela substância ter ou não sido prescrita. Se a capacidade de condução se encontrar diminuída ao ponto de colocar em perigo a segurança de terceiros, a pena agravada de condução sob o efeito do álcool pode traduzir-se em multa diária correspondente a um mínimo de 60 dias ou em pena de prisão de um máximo de dois anos.

Em Junho de 2003, a Base Europeia de Dados Jurídicos relativos à Droga (ELDD) publicou um estudo comparativo ([15]) da situação jurídica em matéria de droga e condução em 16 países em que se conclui que, embora a condução sob o efeito do álcool seja crime em todos os países, existe uma grande margem de variação nos poderes da polícia para testar os condutores, nas substâncias envolvidas e nas sanções possíveis. O OEDT apresentou esse estudo no seminário sobre Tráfego Rodoviário e Substâncias Psicoactivas do Grupo Pompidou do Conselho da Europa, em Junho de 2003.

([15]) http://eldd-cma.emcdda.eu.int/comparative_doc/Drugs_and_driving.pdf.

Capítulo 2
Prevenção da toxicodependência — Colaborar com as comunidades e orientar a acção para os grupos de risco

O objectivo das medidas de prevenção da toxicodependência é reduzir o número de pessoas que se iniciam no consumo de substâncias ou atrasar o consumo para uma faixa etária o mais avançada possível e, desse modo, reduzir, pelo menos, a escala do problema da droga (Rhodes *et al.*, 2003). A prevenção da toxicodependência inclui, mas não de forma exclusiva, a educação sobre drogas e a chamada de atenção para os perigos que lhes estão associados. Com efeito, este elemento específico constitui uma ínfima parte da prevenção. Estratégias eficazes combinam informação sobre substâncias com técnicas comportamentais e cognitivas seleccionadas (crenças comuns) que têm efeitos preventivos no comportamento do consumo de drogas (Flay, 2000).

A prevenção é classificada de acordo com o grupo-alvo. A prevenção universal visa populações gerais, normalmente jovens, por exemplo, em escolas, sem considerar grupos de risco específicos, enquanto a prevenção selectiva visa grupos vulneráveis e a prevenção específica visa indivíduos vulneráveis. Contudo, embora a prevenção em meio escolar seja frequentemente prioritária do ponto de vista político, é discutível se, na realidade, constitui um dos principais pilares da prevenção. Como os fundos disponíveis para a prevenção são limitados e, em alguns países, foram reduzidos (em França, por exemplo, a subvenção do Estado para a prevenção da toxicodependência passou de 15 milhões de euros em 2001 para 11 milhões de euros em 2002), torna-se cada vez mais importante que a prevenção do consumo de drogas seja de grande qualidade e fundamentada em provas. Idealmente, as políticas de prevenção pensadas e concretizadas de uma perspectiva de saúde pública, com o objectivo de fornecer um patamar de prevenção universal básica e com uma boa relação custo-eficácia (*prêt-à-porter*) a uma vasta franja da população, deveriam ser complementadas por intervenções mais intensivas e à medida, direccionadas especificamente para grupos e indivíduos vulneráveis ([16]).

Prevenção universal

Os princípios e o conteúdo das estratégias de prevenção da toxicodependência modernas, em especial dos programas de prevenção universal em meio escolar, fundamentam-se em provas. As consequências mensuráveis a longo prazo, mesmo ínfimas (Stothard e Ashton, 2000), são um benefício considerável se obtidas para vastas populações. Os princípios básicos, aquilo que funciona e o que não funciona, já estão bem estabelecidos. Os elementos eficazes são um ensino interactivo (que envolva os pares) (Tobler e Stratton, 1997), a correcção de crenças comuns (Flay, 2000), uma forte focalização no desempenho social e alguma informação sobre as substâncias, que deve ser equilibrada e pertinente para a realidade social dos jovens (Hansen, 1992; Dusenbury e Falco, 1995; Paglia e Room, 1999; Tobler *et al.*, 2000; Tobler, 2001). Na prática, em diversos Estados-Membros, os decisores políticos e os profissionais continuam a dar prioridade a abordagens que já se verificou serem ineficazes, como a educação afectiva (por exemplo, estimular a auto-estima), o fornecimento de informação (aumentar a sensibilização) e a reflexão.

São também conhecidos os factores que contribuem para uma boa concretização ([17]) da prevenção nas escolas: obediência estrita a um currículo estabelecido e leccionado por professores com formação adequada; conteúdo claramente definido; fornecimento de manuais e material. A prevenção da toxicodependência deveria fazer parte de uma política escolar global sobre droga e promoção da saúde (Paglia e Room, 1999; Chinman *et al.*, 2004). Na prática, observa-se, no entanto, a existência de três estratégias distintas que muito raramente estão integradas. Na primeira estratégia, a prevenção faz-se através de vastos programas nacionais (República Checa, Irlanda, Lituânia, Países Baixos) ou de um conjunto de programas adoptados (Espanha, Grécia, Hungria, Suécia). Outra abordagem põe a tónica na formação de professores (Bélgica francófona, partes da Alemanha, Áustria, Reino Unido), e parte-se do princípio que os professores integrarão a mensagem de prevenção nas actividades escolares quotidianas. Por último, outros países (por exemplo, Portugal e Finlândia) optam por redes de escolas que promovem a saúde. Apenas na Irlanda e em Espanha as três abordagens são aplicadas de forma consistente em todo o país ([18]).

A prevenção universal fora do ambiente escolar ([19]) pretende, normalmente, chegar aos jovens através de três vias principais: fornecendo alternativas de ocupação, como animação sociocultural, actividades criativas e de aventuras

([16]) Ver figura 1 OL: Planos de prevenção nacionais com especificação de conteúdos e estratégias.
([17]) Ver figura 2 OL: Modalidades da prevenção em meio escolar.
([18]) Ver quadro 3 OL: Resumo dos parâmetros de prevenção em meio escolar.
([19]) Ver figura 3 OL: Prevenção junto dos jovens fora das escolas.

(Espanha, Grécia, Letónia, Luxemburgo, Reino Unido); através da animação sociocultural no desporto e clubes desportivos, de forma a levar os jovens a adoptar regras, comportamentos e atitudes de protecção de grupo (Alemanha, Itália, Finlândia); ou recorrendo a técnicas de proximidade (Dinamarca, Áustria, Polónia, Portugal, Noruega). O trabalho de prevenção no exterior da escola oferece um enorme potencial para identificar jovens em situação de risco e chegar a grupos vulneráveis, mas esse potencial apenas é explorado num pequeno número de Estados-Membros (Irlanda, Hungria, Países Baixos, Áustria, Reino Unido).

Prevenção selectiva

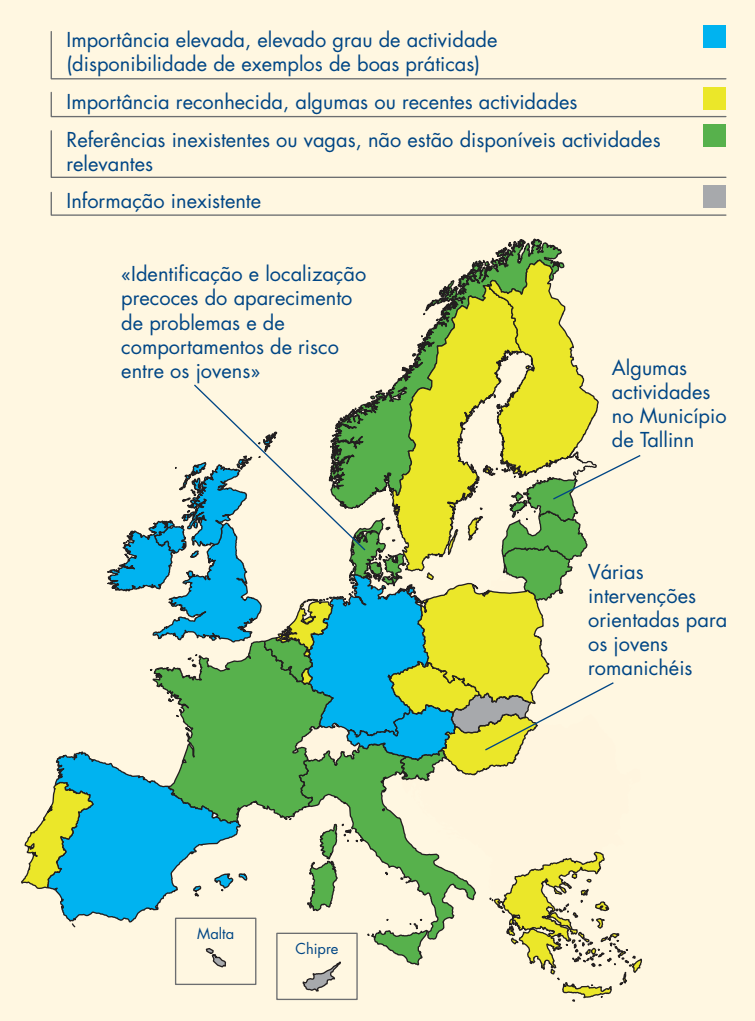
Ao contrário do enfoque larga escala/patamar mínimo da prevenção universal, as políticas de prevenção selectivas concentram-se em indivíduos ou grupos vulneráveis. A prevenção selectiva recorre à investigação existente (em condições ideais, local) sobre factores de risco, grupos vulneráveis e vizinhança problemática, a fim de orientar as soluções para os casos em que o risco de entrar na toxicodependência é mais elevado. A prevenção selectiva está a ser alvo de atenção crescente em alguns países, como a Finlândia e a Suécia, devido ao aumento do consumo de *cannabis* e álcool em contextos recreativos (ver capítulo 3) mas, por ora, limita-se a poucos Estados-Membros (figura 2), sobretudo aos que já dispõem de estratégias para a prevenção universal. Uma base teórica sólida e a avaliação são essenciais para que a selecção de grupos ou áreas-alvo se fundamente em dados de investigação e os objectivos das intervenções possam ser definidos e interligados. Na Hungria, por exemplo, numerosas intervenções são dirigidas às populações romanichéis e recorre-se à abordagem por grupo de pares. A prevenção em contextos recreativos como subgrupo específico de prevenção selectiva é descrita no capítulo 4.

Evolução recente na União Europeia alargada...

Na Grécia, Portugal e Suécia, as políticas de prevenção evoluíram para conceitos modernos e estruturas mais claras, por exemplo, a prevenção em meio escolar está, agora, mais bem definida do que anteriormente. Os programas para crianças mais novas, em jardins-de-infância e escolas básicas, conheceram alguma expansão, sobretudo na Grécia e na Áustria.

Entre os Estados-Membros, as políticas de prevenção sujeitas a sistemas de controlo de qualidade (figura 3) demonstram, regra geral, um nível estrutural mais elevado [por exemplo, execução através de programas sofisticados ([20])] e dão maior atenção à prevenção selectiva (ver figura 2). Os factores-chave para comparar políticas de prevenção europeias são a qualidade (conceitos

Figura 2: Estados-Membros nos quais a prevenção selectiva (ou seja, visando populações ou áreas vulneráveis) é referida nas estratégias e executada



Fontes: Relatórios Nacionais Reitox e *Report on selective prevention in the EU* (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1569).

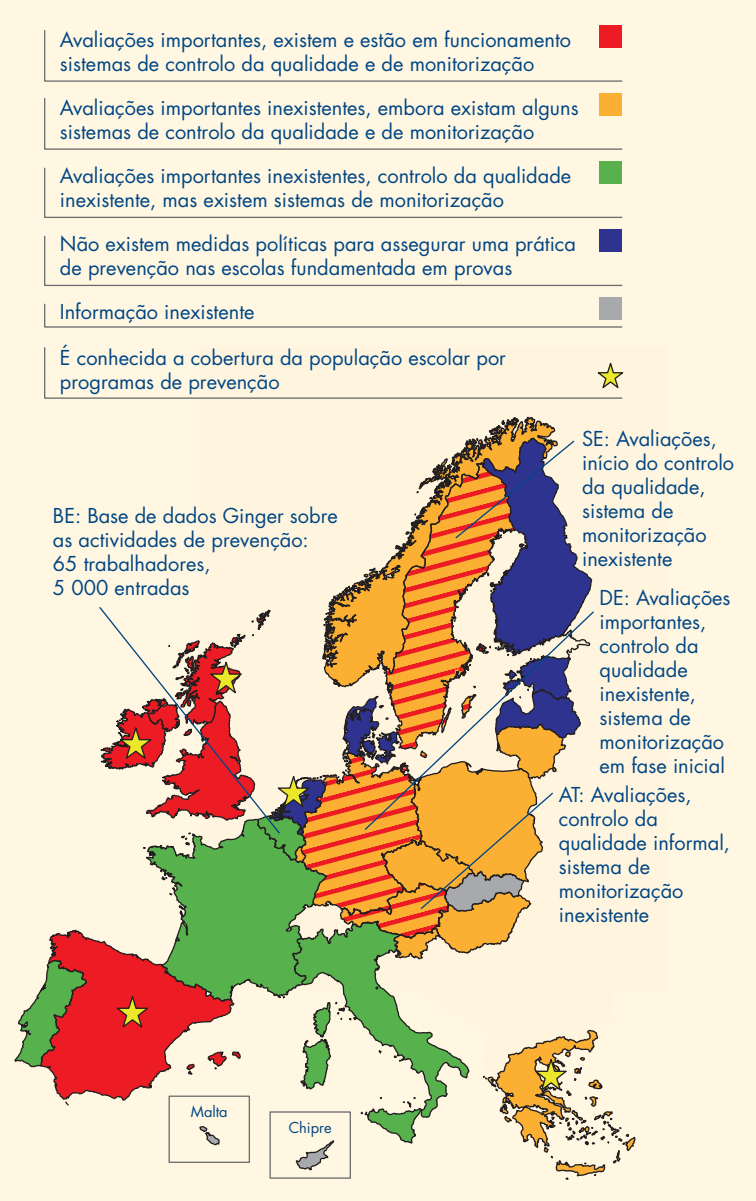
fundamentados em provas), a estrutura (como e quem organiza a execução) e a cobertura (dimensão da população abrangida).

Existem sistemas e normas de controlo de qualidade na República Checa, Lituânia, Eslovénia e Suécia, enquanto na Alemanha e Portugal estão já operacionais ou em vias de desenvolvimento novos sistemas de monitorização de intervenções de prevenção. Cada vez mais, as estratégias nacionais definem e recomendam componentes concretas de intervenções de prevenção, por exemplo, promoção das competências sociais e de tomada de decisão e aumento da auto-estima, como no caso da Lituânia e da Suécia.

A cobertura da prevenção em meio escolar expressa na percentagem de alunos que beneficiam da prevenção universal, apenas pode ser medida para a prevenção

([20]) Ver figura 1 OL: Planos nacionais de prevenção especificando conteúdos e estratégias.

Figura 3: Estados-Membros nos quais o controlo da qualidade, a monitorização e a avaliação da prevenção nas escolas são considerados prioritários e levados a cabo



Fonte: Relatórios Nacionais Reitox.

baseada em programas, e uma cobertura alargada é consagrada como objectivo em algumas estratégias (Espanha, Irlanda, Reino Unido). Em Espanha, em todas as Comunidades Autónomas, a percentagem da população escolar abrangida pelos programas de prevenção aumentou e, noutros Estados-Membros (República Checa, Grécia, Noruega), só recentemente se avaliou o grau de cobertura. Como consequência das medidas referidas, o esforço de prevenção da toxicodependência em numerosos Estados-Membros, antes caracterizado por falta de focalização (intervenções predominantemente inespecíficas e escassez de materiais preventivos adaptados e/ou adequados), de intencionalidade (deficiente formação dos técnicos envolvidos), de proactividade e de avaliação (fraca realização de investigação e ausência de procedimentos de avaliação), de continuidade (recurso frequente a acções pontuais) e de coordenação e participação (deficiente coordenação de acções) (Relatório Nacional de Portugal), está a melhorar lentamente.

... e evolução reduzida

Em diversos Estados-Membros, a evolução é lenta e prevalecem os conceitos não fundamentados em provas. Várias razões explicam tal facto — a inércia, uma importância excessiva conferida às abordagens médicas e centradas na dependência, o facto de não se valorizar a importância das influências sociais e uma centralização em variáveis pessoais. Além disso, em alguns países, a ausência de normas significa que a prevenção compete exclusivamente aos profissionais de saúde locais ou aos professores, cujos conhecimentos sobre prevenção fundamentada em provas são, frequentemente, escassos, daqui resultando que a prevenção se situa ao nível de opiniões e crenças comuns. Em vários Estados-Membros (Dinamarca, Estónia, França, Letónia e partes da Bélgica, Alemanha e Itália), a prevenção em meio escolar baseia-se ainda, sobretudo, em informação veiculada através de folhetos, seminários esporádicos, jornadas e exposições, encontros, conferências ou visitas de peritos.

Há provas, ainda que limitadas (Flay, 2000), de que uma prevenção bem sucedida nas escolas deve ser amparada por um currículo que promova a saúde e por uma política escolar em matéria de droga, e que deve tratar de aspectos da vida social e da comunidade (Paglia e Room, 1999). Contudo, o uso excessivo de frases como «promover modos de vida saudáveis», «abordagens holísticas» e «prevenção integral» esconde, muitas vezes, a ausência de uma base sólida de políticas de prevenção e um fraco empenhamento na prevenção fundamentada em provas. Não se registaram progressos dignos de nota na prevenção nas famílias. Como componente da prevenção universal, a prevenção na família continua a limitar-se a encontros ou grupos de pais (Alemanha, Grécia, Suécia), e só em Espanha, na Irlanda, Polónia, Suécia e no Reino Unido faz parte integrante da prevenção selectiva (ou seja, centrada nas famílias de risco) ([21]).

([21]) Ver quadro 4 OL: Sinopse dos principais parâmetros da prevenção.

Capítulo 3
Cannabis

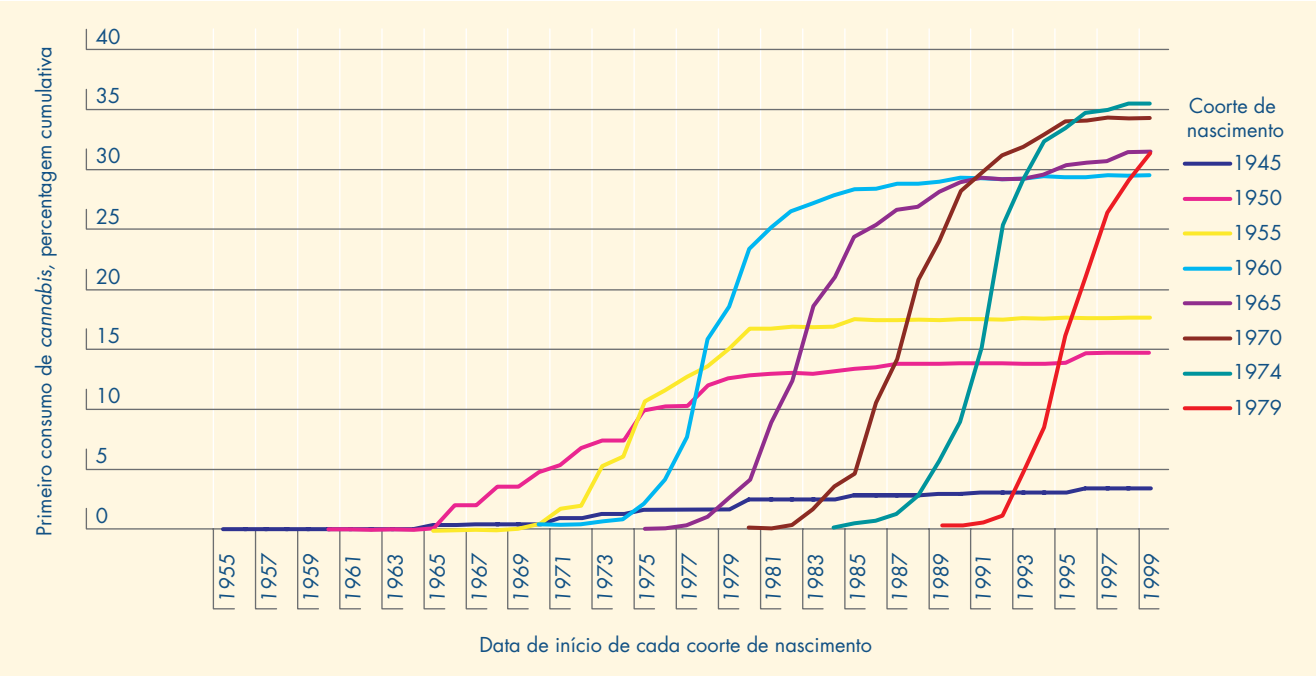
A *cannabis* é a substância ilícita mais comummente consumida em todos os países da UE, embora se verifique uma variação significativa de país para país. O consumo de *cannabis* pelos jovens começou por ser prevalente em alguns países europeus na década de 70 e alastrou-se a outros países europeus durante os anos 70 e 80 (figura 4 — o exemplo de Espanha). O consumo generalizado é um fenómeno mais recente nos novos países da EU.

Prevalência e padrões

O consumo de drogas na população em geral é avaliado por inquéritos através dos quais são feitas estimativas da percentagem da população que consome drogas em períodos de tempo determinados ([22]). Inquéritos recentes à população sugerem que parte significativa da população adulta europeia (entre os 15 e os 64 anos) experimentou esta substância pelo menos uma vez, numa percentagem que vai dos 5%-10% na Bélgica, Estónia, Hungria e Portugal a 24%-31% na Dinamarca, Espanha, França e Reino Unido. Como elemento de comparação, no Inquérito Nacional às Famílias sobre a Toxicodependência (*National Household Survey on Drug Abuse)* realizado nos Estados Unidos em 2002, 40% dos adultos (a partir dos 12 anos de idade) referiam ter experimentado *cannabis* ou marijuana pelo menos uma vez e 11% referiam ter consumido estas substâncias nos últimos 12 meses (SAMHSA, 2002) ([23]).

Os inquéritos indicam que o consumo de *cannabis* se concentra nos jovens adultos (15-34 anos) e, sobretudo, em

Figura 4: Evolução dos padrões de disseminação do primeiro consumo de *cannabis* por coorte de nascimento — O exemplo da Espanha



Notas: Dados basedados no Inquérito Nacional sobre Drogas de 1997 (*n* = 12 515; 15 a 64 anos de idade) e Inquérito Nacional sobre Drogas de 1999 (*n* = 12 488; 15-65 anos de idade).
Amostras reunidas para uma coorte de nascimentos de um ano sem diferenças significativas entre as duas amostras.

Fonte: Kraus, L. e Augustin, R. *Analysis of age of first cannabis use in Germany, Greece and Spain* (Análise da idade do primeiro consumo de *cannabis* na Alemanha, Grécia e Espanha). No relatório do OEDT CT.00.EP.14: *Technical implementation and update of the EU Databank on national population surveys on drug use and carrying out a joint analysis of data collected* (Implementação e actualização técnicas da base de dados da UE relativa aos inquéritos nacionais à população sobre o consumo de drogas e realização de uma análise conjunta dos dados recolhidos).

([22]) Ver notas metodológicas nos inquéritos à população no Boletim Estatístico de 2004.

([23]) Registe-se que o intervalo de variação de idades no inquérito dos EUA (a partir dos 12 anos) é maior do que o intervalo comunicado pelo OEDT para os inquéritos na UE (15-64 anos).

indivíduos na casa dos 20 anos. As taxas de consumo de *cannabis* são visivelmente superiores entre indivíduos do sexo masculino que do sexo feminino. Os inquéritos nacionais sugerem ainda que o consumo é mais comum em áreas urbanas ou com grande densidade populacional. Algumas das diferenças registadas a nível nacional podem reflectir, em parte, diferentes níveis de urbanização.

O número de estudantes de 15 e 16 anos que consideram a *cannabis* acessível ou muito acessível é muito superior ao dos que referem consumo de *cannabis* ao longo da vida ([24]), mas em ambos os casos se verificam as mesmas variações geográficas. As diferenças entre países são consideráveis. Inquéritos recentes a estudantes de 15 anos indicam que a prevalência do consumo de *cannabis* ao longo da vida varia de menos de 10% na Grécia, Malta, Suécia e Noruega até mais de 30% na República Checa, em Espanha, na França e no Reino Unido ([25]). As taxas de prevalência mais elevadas surgem entre jovens do sexo masculino em Inglaterra (42,5%), com uma taxa ligeiramente inferior (38%) entre jovens do sexo feminino em Inglaterra. A diferença de consumo de *cannabis* entre o sexo masculino e o feminino também varia de país para país e tende a ser menos pronunciada no norte da Europa. Na Suécia, por exemplo, a taxa de prevalência ao longo da vida é de 7,7% para rapazes e de 6,6% para raparigas, enquanto na Grécia as percentagens correspondentes são de 8% e 2,7%.

Grande parte do consumo de *cannabis* é ocasional ou irregular ao fim de algum tempo. Em quase todos os países da UE, apenas 20-40% do total de adultos que alguma vez experimentaram *cannabis* referem tê-lo feito nos últimos 12 meses e apenas 1-10% referem ter consumido nos últimos 30 dias.

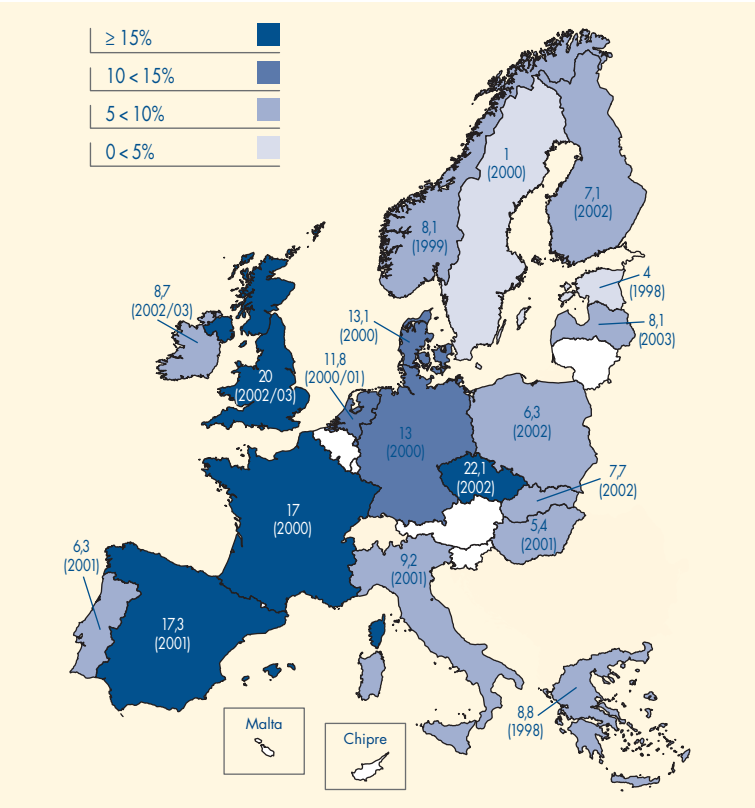
O consumo de *cannabis* nos últimos 12 meses é mais elevado entre jovens adultos (15-34 anos) do que na população adulta em geral, que se situa, na maior parte dos países, entre 5% e 20% (figura 5).

Uma parte reduzida, mas ainda assim significativa (cerca de 15%), dos estudantes de 15 anos da UE que, no último ano, consumiram *cannabis* refere tê-lo feito em 40 ou mais ocasiões (considera-se consumo «pesado»). A figura 6 mostra que os estudantes do sexo masculino têm mais do dobro da probabilidade de serem consumidores pesados do que os do sexo feminino. Entre os rapazes, a proporção de consumidores «pesados» vai de menos de 1% em quase todos os Estados em redor do mar Báltico (Estónia, Letónia, Lituânia, Finlândia e Suécia) e em Malta, até entre 5% e 10% na Bélgica, Alemanha, em Espanha, na França, Irlanda, Eslovénia e no Reino Unido. Para as raparigas, a percentagem varia entre 0% e 4,6%. O capítulo dedicado ao tema específico «Contextualização dos problemas relacionados com o consumo de *cannabis*» (p. 82) mostra até que ponto os padrões de consumo pesado de *cannabis* têm consequências a nível da saúde e no aumento da procura de tratamento ([26]).

Tendências

A ausência de séries de inquéritos coerentes a longo prazo na maioria dos países da UE impede a identificação cabal das tendências em matéria de droga. Ainda assim, diferentes tipos de inquéritos (a nível nacional ou local, a soldados recrutas ou à população escolar) demonstram que o consumo de *cannabis* aumentou acentuadamente durante

Figura 5: Consumo recente (último ano) de *cannabis* entre jovens adultos (15-34 anos) com base nos inquéritos nacionais à população

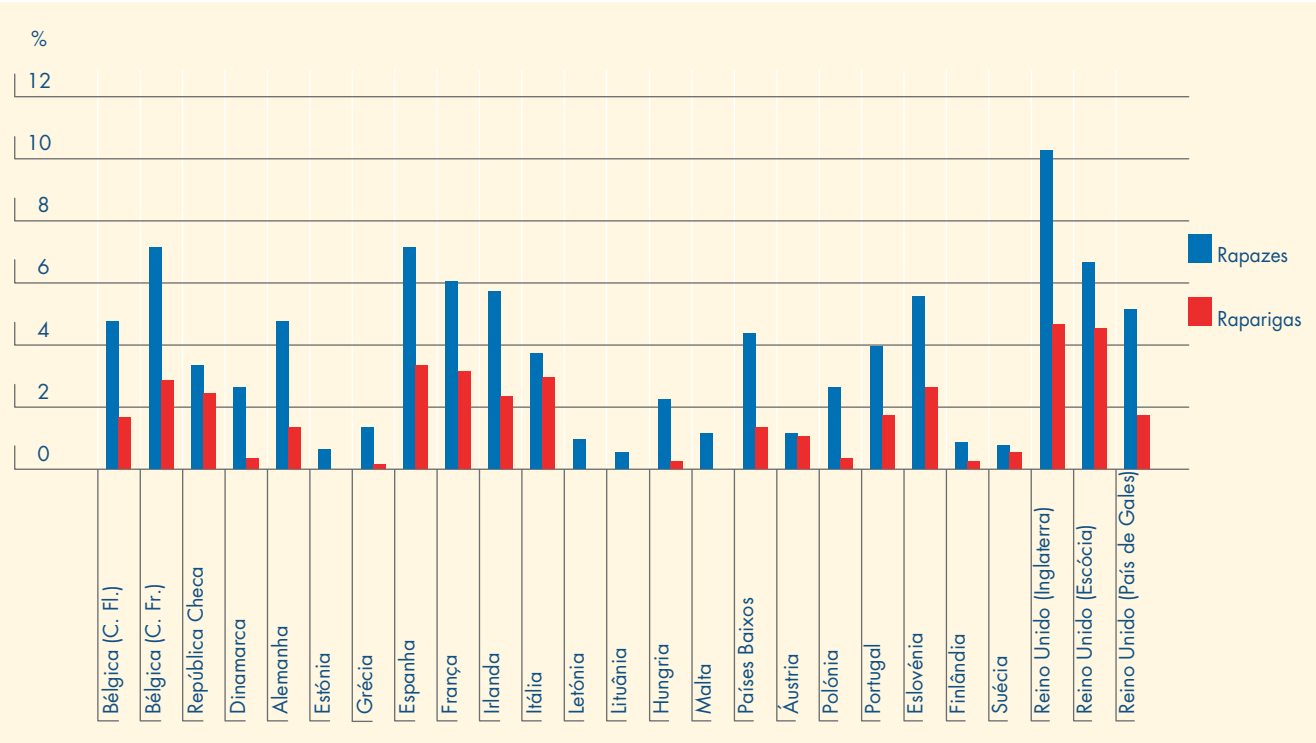


Notas: Os dados provêm dos últimos inquéritos nacionais disponíveis em cada país, excepto no caso da França, que são referentes a 2000 devido à amostra reduzida do inquérito realizado em 2002.
Para pormenores sobre o número de inquiridos por grupo etário, ver quadro 4 — Inquéritos à população geral no Boletim Estatístico de 2004.
Nem todos os dados correspondem exactamente aos intervalos etários normalizados propostos pelo OEDT (Dinamarca e Reino Unido, dos 16 aos 34 anos, Estónia, Hungria e Alemanha, dos 18 aos 34 anos). As variações dos intervalos etários podem influenciar ligeiramente algumas das diferenças nacionais. Em alguns países, os valores foram recalculados a nível nacional, a fim de se adaptarem às definições do OEDT.

Fontes: Relatórios Nacionais Reitox 2003, com base em relatórios de inquéritos e artigos científicos. Ver também quadros dos inquéritos à população no Boletim Estatístico de 2004.

([24]) Ver quadro 2 sobre Prevalência no Boletim Estatístico de 2004.
([25]) *Ibidem.*
([26]) Ver também figura 4 OL: Frequência relativa do consumo de *cannabis* entre estudantes de 15 anos que consumiram durante o último ano.

Figura 6: Prevalência do consumo intensivo de *cannabis* entre os estudantes de 15 anos de idade por género em 2001/2002



Notas: Entende-se por consumo intensivo de *cannabis* o consumo em 40 ou mais ocasiões durante o último ano. Alemanha: apenas amostra regional. Portugal: comparabilidade limitada devido à dimensão e às idades da amostra.
Fonte: Currie, C. *et al.* (2004) *HBSC International Report from the 2001/2002 WHO survey* (Relatório internacional do comportamento sanitário entre as crianças em idade escolar a partir do inquérito da OMS de 2001/2002).

a década de 90 em quase todos os países da UE, em especial entre os jovens. Em alguns casos, o aumento seguiu-se a um declínio do consumo durante a década de 80 ([27]).

Embora muitos países refiram que o consumo de *cannabis* continuou a aumentar nos últimos anos, outros há (Itália, Países Baixos, Finlândia, Suécia e Noruega) que dão conta de uma estabilização do consumo entre estudantes, soldados recrutas ou adolescentes nos últimos 2-4 anos. As conclusões do ESPAD 2003 fornecerão uma panorâmica mais pormenorizada das tendências entre os estudantes na UE ([28]).

Em suma, o consumo ocasional e recreativo de *cannabis* aumentou consideravelmente na década de 90 em muitos países europeus mas pode, agora, estar a começar a estabilizar, pelo menos em alguns países. O consumo actual possivelmente também aumentou, especialmente entre os jovens.

Apreensões e informação sobre o mercado

Em 2002, a *cannabis* continuou a ser a droga ilícita mais produzida e traficada em todo o mundo. Contudo, o alastramento global da produção de *cannabis* e a ausência de sistemas de monitorização dificultam um cálculo do total produzido (UNODC, 2003a; CND, 2004).

Interpretação dos dados sobre apreensões e mercado

O número de apreensões efectuadas num país é geralmente considerado um indicador indirecto da oferta e disponibiliade de drogas, mas reflecte também os recuros, as prioridades e estratégias dos serviços de aplicação da lei, bem como a vulnerabilidade dos traficantes face a essa aplicação. As quantidades de droga apreeendidas podem registar enormes flutuações de ano para ano; basta, por exemplo, que num ano sejam efectuadas poucas apreensões mas que as quantidades envolvidas sejam muito elevadas. Por conseguinte, vários países consideram o número de apreensões 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. A origem e o destino da droga apreendida, quanto conhecidos, podem dar indicações sobre as rotas de tráfico e as zonas de produção. Grande maioria dos Estados-Membros comunica dados sobre o preço e a pureza das drogas a nível da venda a retalho. Contudo, este tipo de informações provenientes de diferentes fontes e nem sempre comparáveis e fiáveis torna difícil fazer comparações entre países.

([27]) Ver figura 5 OL: Evolução do consumo de *cannabis* entre jovens nos países da UE medida através de inquéritos à população.
([28]) Ver caixa 3 OL: O Projecto Europeu de Inquéritos Escolares (ESPAD) sobre o álcool e outras drogas.

Produção e tráfico

Nos anos mais recentes, Marrocos foi a principal fonte mundial de proveniência da resina de *cannabis*, seguido do Afeganistão e do Paquistão, mas veio também algum produto dos países da Ásia Central, da Federação Russa, do Líbano e da Albânia (UNODC, 2003a). Em 2002, Marrocos continuava a ser o país mais referido como fonte de resina de *cannabis*, seguido da Albânia e da Índia, mas outros 31 países foram também citados como fontes, confirmando que o tráfico está bastante difundido e que o número de países abastecedores é vasto (CND, 2004). Em 2003, o Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime e o Governo de Marrocos efectuaram o primeiro inquérito sobre produção de *cannabis* em Marrocos. O inquérito revelou que 27% da terra arável na região do Rif é utilizada para o cultivo de *cannabis*, o que corresponde a uma produção potencial de 3 080 toneladas métricas de resina de *cannabis* em 2003 (UNODC e Governo de Marrocos, 2003). A grande maioria da resina de *cannabis* consumida na UE é proveniente de Marrocos. É introduzida clandestinamente sobretudo via Península Ibérica, se bem que os Países Baixos representem um centro de distribuição secundário significativo para transporte subsequente para os países da UE (Bovenkerk e Hogewind, 2002; Relatórios Nacionais, 2003).

A *cannabis* herbácea provém de vários de países um pouco por todo o mundo. Globalmente, os países mais referidos como países de proveniência em 2001 foram a Albânia, a Colômbia, a África do Sul, a Federação Russa, a Jamaica e os Países Baixos. À excepção da Europa, grande parte do tráfico da *cannabis* herbácea é inter-regional, isto é, produzida e consumida localmente ou em países vizinhos (UNODC, 2003a). A *cannabis* herbácea apreendida na UE em 2002 é referida como proveniente de diversos países, sobretudo os Países Baixos e a Albânia (CND, 2004; INCB, 2004a), mas também de países da Ásia (Tailândia), África (Malávi, África do Sul, Nigéria, Angola) e América (México, Jamaica, EUA) (Relatórios Nacionais Reitox, 2003).

O cultivo e produção locais de *cannabis* verificam-se em quase todos os Estados-Membros da UE. Embora, em alguns casos, as plantas apreendidas pudessem estar em trânsito, vindas de outro país, as apreensões de plantas de *cannabis* na UE (ver quadro 3) podem ser consideradas como indicador do cultivo local de *cannabis*. Na Bélgica, o cultivo de *cannabis* alastrou a todo o país nos últimos anos. Na República Checa, foram descobertos em 2002 os primeiros casos de cultura hidropónica em larga escala de *cannabis* — que substituem a plantação exterior para «auto-abastecimento». Na Estónia, o número de plantações de *cannabis* descobertas aumentou em 2002 e foram detectadas algumas grandes plantações. Na Hungria, a planta da *cannabis* é cultivada numa área ainda maior. Em toda a UE, o maior número de plantas de *cannabis* foi apreendido em Itália, seguida dos Países Baixos, onde o número de plantas apreendidas não tem deixado de aumentar desde 1998. No caso dos Países Baixos, este aumento deve-se, em parte, ao êxito da abordagem multi-agências a nível local (isto é, uma cooperação estreita entre autoridades locais, empresas de electricidade, serviços

Quadro 3: Apreensões de plantas de *cannabis* nos Estados-Membros da UE e na Noruega em 2001

País	Número de apreensões	Quantidades apreendidas: número de plantas (em kg sempre que o número de plantas não está disponível)
Bélgica	n.d.	n.d.
República Checa (1)	n.d.	343
Dinamarca (1)	n.d.	230
Alemanha	785	68 696
Estónia	24	6 043
Grécia	n.d.	18 821
Espanha	n.d.	(3 907 kg)
França	681	(41 kg)
Irlanda	20	365
Itália	n.d.	3 219 414
Chipre (1)	n.d.	274
Letónia (1)	n.d.	(72,7 kg)
Lituânia	n.d.	n.d.
Luxemburgo	2	11
Hungria	n.d.	n.d.
Malta	n.d.	n.d.
Países Baixos	n.d.	884 609
Áustria	120	(36 kg)
Polónia (1)	n.d.	2 550
Portugal	64	3 807
Eslovénia	426	1 925
Eslováquia (1)	n.d.	535
Finlândia	612	(16 kg)
Suécia	51	(3 kg)
Reino Unido (2)	1 875	71 507
Noruega	n.d.	(17 kg)

n.d.: dados não disponíveis.
Fonte: Pontos focais nacionais Reitox; excepto:
(1) Interpol (2003), *National statistics on illicit drug production traffic and use in 2001*, (Estatísticas nacionais sobre a produção, tráfico e consumo de drogas ilícitas em 2001), Interpol: Lyon.
(2) Corkery, J. M. e Airs, J. (2003), *Seizures of drugs in the UK 2001, Findings no. 202* (Apreensões de droga no RU em 2001), RDS-Home Office: Londres.

de pagamento de impostos, etc.). Calcula-se que, apesar de cerca de metade a três quartos da *cannabis* consumida nos Países Baixos ser de produção doméstica («nederwiet»), este país esteja a perder terreno como país abastecedor para exportação e a ganhar importância como país de trânsito de *cannabis* proveniente de outros países, especialmente à medida que aumenta o cultivo noutros países da UE.

Apreensões

Em 2002, foi apreendido em todo o mundo um total de 1 039 toneladas de resina de *cannabis* e 3 800 toneladas de *cannabis* herbácea. A grande maioria das apreensões de resina de *cannabis* continuou a ter lugar na Europa e na Ásia, respectivamente com 70% e 23%, enquanto as apreensões de *cannabis* herbácea se concentraram no continente americano (70%) e em África (19%) (CND, 2004). No que respeita ao número de apreensões e ao volume total apreendido, a *cannabis* é a droga mais apreendida em todos os países da UE, à excepção da Letónia, onde o número de apreensões de heroína é superior. A maior parte das apreensões na UE é registada pelo Reino Unido, seguido de Espanha e França ([29]). Contudo, nos últimos cinco anos e no que se refere a quantidades, a Espanha contribuiu com mais de metade do volume total apreendido na UE. A nível da UE, o número de apreensões de *cannabis* ([30]) variou dentro de uma tendência crescente até 1997, enquanto as quantidades apreendidas ([31]) sofreram um decréscimo a partir de 1999. Após uma descida em 2001, as apreensões efectuadas na UE, quer em termos de números quer de quantidades — com base nas tendências nos países para os quais dispomos de dados —, aumentaram de novo em 2002.

Alguns países investiram em novos sistemas tecnológicos a fim de melhorar a eficácia das actividades de combate ao tráfico de *cannabis*. A Espanha, por exemplo, desenvolveu recentemente o Sistema Integrado de Vigilância Externa (SIVE) — já operacional na região de Algeciras e em algumas das Ilhas Canárias —, que visa ajudar a detectar em tempo real o contrabando de *cannabis* e, simultaneamente, a imigração ilegal ([32]).

Preço e potência

Em 2002, o preço da resina de *cannabis* no mercado retalhista variava, em média, entre 2,7 euros por grama em Espanha e 21,5 euros por grama na Noruega, enquanto o preço das folhas de *cannabis* ia de um pouco menos de 2 euros por grama na Estónia e em Espanha até 14 euros por grama na Letónia ([33]). No período 1997-2002, os preços médios de resina de *cannabis* mantiveram-se estáveis ou diminuíram ligeiramente em quase toda a UE, com excepção do Luxemburgo, onde se registou um ligeiro aumento durante o mesmo período. Em 2002, registou-se a mesma tendência em todos os países à excepção da Alemanha, França, Letónia, Lituânia e Países Baixos, onde o preço de venda na rua de resina de *cannabis* aumentou. No mesmo período de cinco anos, o preço da folha de *cannabis* também se manteve estável ou desceu em quase todos os países, embora a Bélgica, a República Checa, a Lituânia e o Luxemburgo tenham registado um aumento ligeiro. Em 2002, o preço da folha de *cannabis* subiu na Alemanha, Lituânia e na Letónia, tendo-se mantido estável ou com tendência para descer nos restantes Estados-Membros.

A potência dos produtos de *cannabis* é estabelecida em função do seu teor de Δ^9-tetrahidrocanabiol (THC), o ingrediente activo (OEDT, 2004c). Em 2002, nos países relativamente aos quais havia dados disponíveis, os produtos de *cannabis* — resina ([34]) e folha ([35]) — vendidos a retalho tinham um teor médio de THC que oscilava entre menos de 1% até 15%.

([29]) Embora esta informação deva ser verificada quando estiverem disponíveis os dados em falta referentes a 2002. Estavam em falta dados sobre o número de apreensões de *cannabis* em 2002 para a Hungria, a Polónia e a Eslovénia; os dados relativos quer ao número de apreensões de *cannabis* quer às quantidades de *cannabis* apreendidas em 2002 ainda não estavam disponíveis para Chipre, Malta, Países Baixos, Eslováquia e Reino Unido.

([30]) Ver quadro 1 sobre Mercados no Boletim Estatístico de 2004.

([31]) Ver quadro 2 sobre Mercados no Boletim Estatístico de 2004.

([32]) Ver http://www.guardiacivil.es/prensa/actividades/sive03/intro.jsp.

([33]) Ver quadro 14 sobre Mercados no Boletim Estatístico de 2004.

([34]) Ver quadro 15 sobre Mercados no Boletim Estatístico de 2004.

([35]) Ver quadro 16 sobre Mercados no Boletim Estatístico de 2004.

Capítulo 4

Estimulantes do tipo das anfetaminas, LSD e outras drogas sintéticas

Introdução

Neste capítulo, tratamos do consumo de uma série de drogas produzidas sinteticamente. Algumas delas, como as anfetaminas, têm um longo historial de consumo na Europa. Outras, como as que se incluem no grupo do *ecstasy*, apenas mais recentemente começaram a ser comummente consumidas devido às suas propriedades psicoactivas. São aqui igualmente analisados os esforços para identificar o surgimento de qualquer nova droga sintética na Europa.

Anfetaminas é o termo genérico utilizado para designar anfetaminas, metanfetaminas e uma gama de outras substâncias menos conhecidas que estimulam o sistema nervoso central. As anfetaminas são, sem qualquer dúvida, as mais acessíveis na Europa. Em termos globais, os níveis de consumo de metanfetaminas estão a aumentar e são motivo de grande preocupação, pois esta substância está associada a uma vasta gama de problemas de saúde graves. Até à data, o consumo significativo de metanfetaminas parece restringir-se à República Checa, apesar de registos esporádicos suscitarem o receio de que a droga possa estar a ganhar terreno noutros países.

O grupo do *ecstasy*, por vezes referido como grupo de substâncias entactógenas, inclui substâncias sintéticas quimicamente da família das anfetaminas mas cujo efeito é, de certa forma, diferente. O membro mais conhecido do grupo *ecstasy* é o 3,4-metilenodioxi-metanfetamina (MDMA), mas é possível encontrar substâncias análogas nas pastilhas de *ecstasy*.

A prevalência global do consumo de *ecstasy*, anfetaminas e LSD na população em geral é reduzida; porém, uma análise mais profunda revela que a prevalência entre grupos mais jovens é mais elevada e que o consumo deste tipo de droga pode ser bastante elevado em determinados contextos sociais e/ou entre alguns grupos subculturais.

Prevalência e padrões de consumo

Tradicionalmente, os inquéritos à população mostram que, depois da *cannabis*, as anfetaminas são a substância ilícita mais consumida, embora a prevalência geral seja nitidamente inferior (figura 7). Todavia, em diversos países onde têm sido realizados inquéritos a um ritmo mais constante (Alemanha, Espanha, Países Baixos, Finlândia e Reino Unido), verificou-se que, nos últimos anos, o consumo de *ecstasy* atingiu ou ultrapassou o de anfetaminas ([36]). Acresce que, noutros países (República Checa, Irlanda, Portugal), inquéritos recentes, embora não incluídos numa série, sugerem que o consumo de *ecstasy* é relativamente elevado.

Segundo inquéritos recentes, a prevalência do consumo de anfetaminas ao longo da vida entre a população adulta (15-64 anos) oscila entre 0,5% e 6% nos Estados-Membros da UE, exceptuando o Reino Unido, onde atinge os 12%. O *ecstasy* foi experimentado por cerca de 0,5-7% da população.

O consumo recente (prevalência nos últimos 12 meses) de anfetaminas ou *ecstasy* por adultos é, em termos gerais, inferior a 1%, embora os números para ambas as substâncias sejam mais elevados na República Checa, em Espanha, na Irlanda (inquérito de 1998) e no Reino Unido; além disso, o consumo recente de anfetaminas é superior à média na Dinamarca e ao consumo recente de *ecstasy* nos Países Baixos.

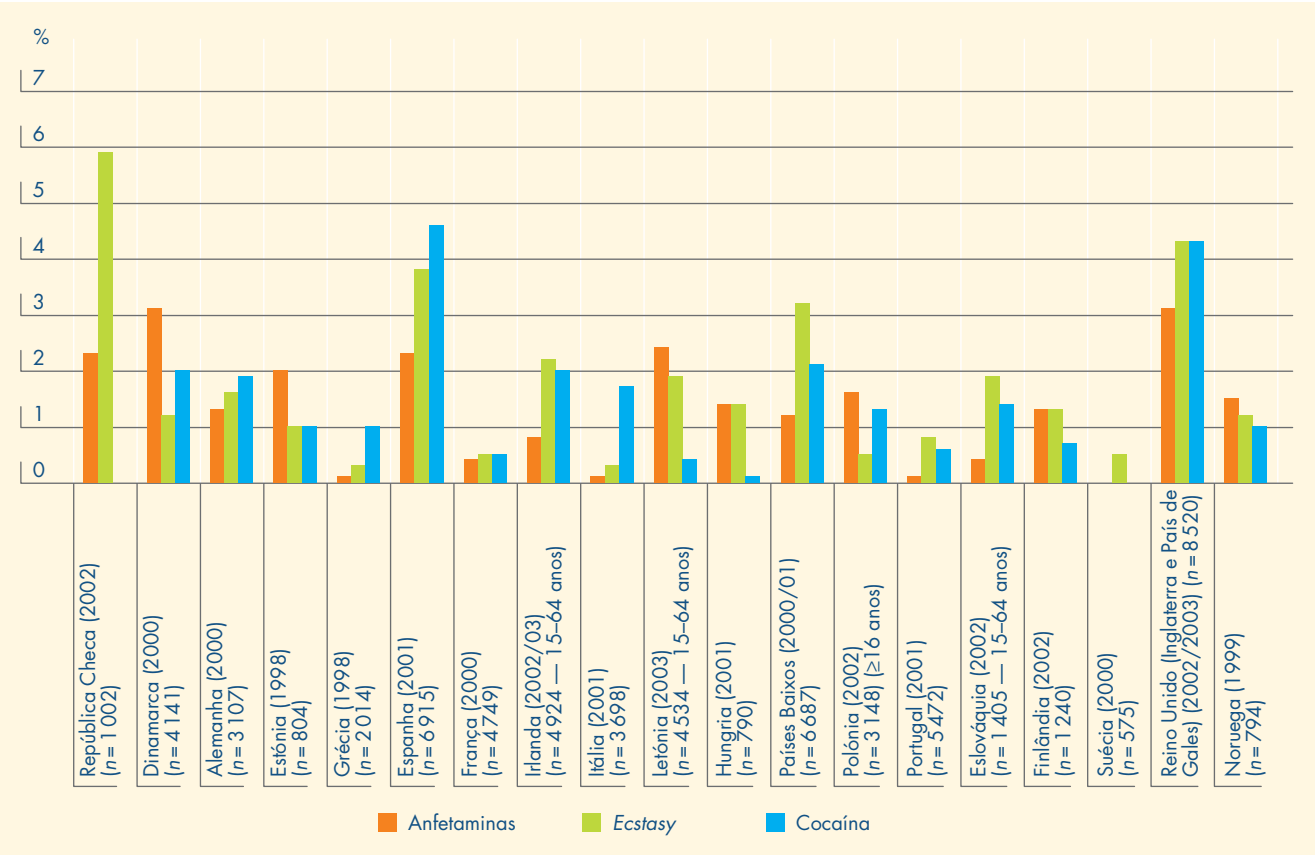
Entre a população em geral, o consumo de anfetaminas e de *ecstasy* é, sobretudo, um fenómeno de jovens. A «experiência ao longo da vida» entre jovens adultos (15-34 anos) varia entre 2% e 11% e a prevalência do consumo recente, entre 0,5% e 6%. Os inquéritos nacionais revelam uma prevalência de consumo de *ecstasy* entre os indivíduos do sexo masculino dos 15 aos 24 anos de 11-17% na República Checa, Espanha, Países Baixos e Reino Unido, e taxas de consumo recente de 5-13% na República Checa, Espanha, Irlanda (1998), Letónia, Países Baixos e Reino Unido. É provável que estes números fossem mais elevados se se considerassem apenas as populações urbanas (figura 8).

O consumo de *ecstasy* aumentou, em termos gerais, na década de 90. Se bem que o seu consumo possa estar ainda a aumentar entre os jovens, a tendência crescente entre a população em geral parece ter estabilizado, pelo menos, para já.

Como elemento de comparação, no Inquérito Nacional às Famílias sobre a Toxicodependência realizado nos Estados Unidos em 2001, 4,3% dos adultos (a partir dos 12 anos de idade) referiam «experiência ao longo da vida» de *ecstasy*

([36]) Ver figura 6 OL: Evolução do consumo recente (prevalência do último ano) de anfetaminas e *ecstasy* entre jovens adultos (15-34 anos) no Reino Unido (Inquérito Britânico sobre a Criminalidade — *British Crime Survey*).

Figura 7: Consumo recente (último ano) de anfetaminas, *ecstasy* e cocaína entre jovens adultos (15-34 anos) com base nos inquéritos nacionais à população



Notas: Os dados provêm dos últimos inquéritos nacionais disponíveis em cada país, excepto no caso da França, que são referentes a 2000 devido à amostra reduzida do inquérito realizado em 2002) [ver quadro 4 — Inquéritos à população geral, Boletim Estatístico de 2004].
As amostras (*n*) referem-se ao número de inquiridos no intervalo etário dos 15-34 anos. Para a dimensão das amostras com o número de inquiridos no total do inquérito, [ver quadro 4 — Inquéritos à população geral, Boletim Estatístico de 2004].
Nem todos os dados correspondem exactamente aos intervalos etários normalizados propostos pelo OEDT (Dinamarca e Reino Unido, dos 16 aos 34 anos, Estónia, Hungria e Alemanha, dos 18 aos 34 anos). As variações dos intervalos etários podem influenciar ligeiramente algumas das diferenças nacionais. Em alguns países, os valores foram recalculados a nível nacional, a fim de se adaptarem às definições do OEDT.
Fontes: Relatórios Nacionais Reitox 2003, com base em relatórios de inquéritos e artigos científicos. Ver também quadros dos inquéritos à população, Boletim Estatístico de 2004.

e 9% referiam ter alguma vez experimentado estimulantes (incluindo 5,3% que referiam ter consumido metanfetaminas). O consumo recente (nos últimos 12 meses) de *ecstasy* foi referido por 1,3% e o consumo recente de estimulantes por 1,4% (incluindo 0,7% que referiam ter consumido metanfetamina) ([37]).

Inquéritos e estudos entre jovens

Os dados comparáveis relativos aos jovens baseiam-se em grande parte em inquéritos realizados na escola e dirigidos aos alunos de 15 e 16 anos.

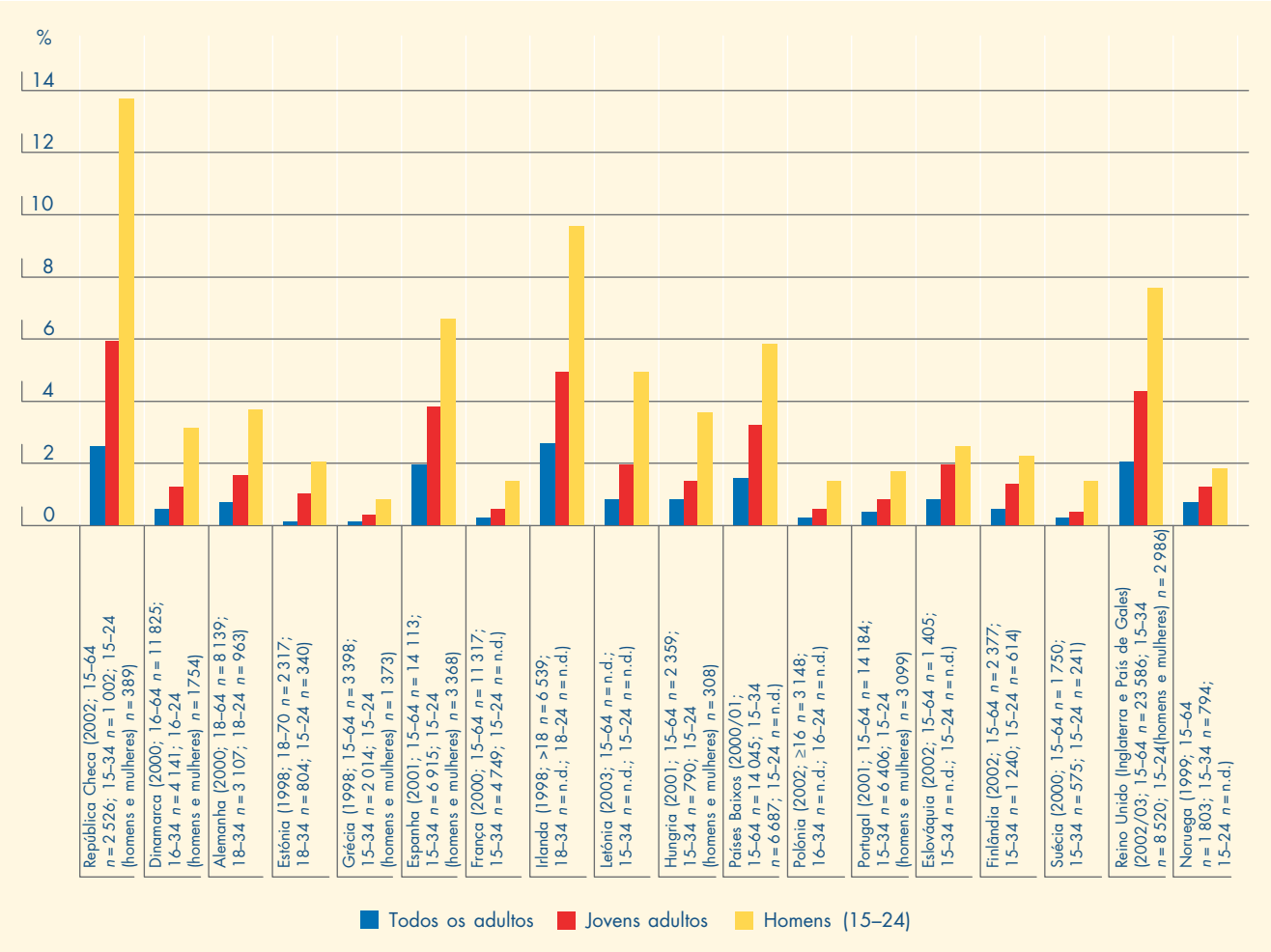
Os dados do inquérito escolar de 2001-2002 mostram que a prevalência de «experiência ao longo da vida» no que se refere ao consumo de *ecstasy* entre os alunos de 15-16 anos é estável ou está a decair em seis Estados-Membros (na Bélgica e na República Checa, em Espanha, na Itália, Hungria e Suécia). O consumo ao longo da vida de *ecstasy* nos referidos países situava-se entre 1% e 4,7% ([38]).

A Inglaterra registou um aumento em 1% na prevalência da «experiência ao longo da vida» de *ecstasy* entre estudantes de 15 e 16 anos (5,5%). O próximo relatório do Projecto Europeu de Inquéritos Escolares (ESPAD — *European School Survey Project*) ([39]) incluirá dados relativos a tendências significativos para mais Estados-Membros da UE desde 1995 e 1999.

À excepção da Hungria, a prevalência da «experiência ao longo da vida» de anfetaminas entre os alunos de 15-16 anos manteve-se estável ou diminuiu em todos os países que comunicaram novos dados para 2001-2002 ([40]).

([37]) Resultados do inquérito nacional sobre o consumo de droga e estatísticas relativas a saúde realizado nos EUA em 2002 [Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) Office of Applied Studies]. Disponível no sítio *web* da SAMHSA (http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm). Registe-se que o intervalo de variação de idades (a partir dos 12 anos) é maior do que o intervalo comunicado pelo OEDT para os inquéritos na UE (15-64 anos).
([38]) Ver quadro 1 sobre Prevalência no Boletim Estatístico de 2004.
([39]) Ver caixa 3 OL: O Projecto Europeu de Inquéritos Escolares (ESPAD) sobre o álcool e outras drogas.
([40]) Ver nota de pé de página ([38]).

Figura 8: Consumo recente (último ano) de *ecstasy* entre todos os adultos (15-64 anos), jovens adultos (15-34 anos) e homens (15-24 anos) com base nos inquéritos nacionais à população



Notas: Os dados provêm dos últimos inquéritos nacionais disponíveis em cada país, excepto no caso da França, que são referentes a 2000 devido à amostra reduzida do inquérito realizado em 2002).
Nem todos os dados correspondem exactamente aos intervalos etários normalizados propostos pelo OEDT (Dinamarca e Reino Unido, dos 16 aos 34 anos, Estónia, Hungria e Alemanha, dos 18 aos 34 anos). As variações dos intervalos etários podem influenciar ligeiramente algumas das diferenças nacionais. Em alguns países, os valores foram recalculados a nível nacional, a fim de se adaptarem às definições do OEDT.

Fontes: Relatórios Nacionais Reitox, com base em inquéritos à população e artigos científicos. Ver quadros 3 e 4 dos inquéritos à população geral, Boletim Estatístico de 2004.

Quer a «experiência ao longo da vida» quer o consumo intensivo de estimulantes do tipo das anfetaminas são, regra geral, superiores entre indivíduos do sexo masculino que do sexo feminino; exceptua-se a República Checa, onde tanto o inquérito do ESPAD como o da OMS registaram uma prevalência da «experiência ao longo da vida» no que se refere a metanfetaminas (sobretudo «pervitin») mais elevada entre as raparigas. Estes dados condizem com a observação feitas junto de jovens que frequentavam centros de tratamento de problemas relacionados com o consumo de drogas na República Checa: mais de metade dos pacientes adolescentes que procuram tratamento para problemas relacionados com o consumo de estimulantes (sobretudo «pervitin») são do sexo feminino, ao contrário dos grupos a partir dos 20 anos, onde há o dobro de pacientes do sexo masculino. Até agora, não se encontrou qualquer explicação para este fenómeno entre os adolescentes, mas a verdade é que ele marca a necessidade de monitorizar cuidadosamente a situação das mulheres e o consumo de estimulantes do tipo das anfetaminas.

Estudos recentes realizados nos Países Baixos e no Reino Unido demonstram que o consumo de *ecstasy* continua a ser muito mais comum entre as pessoas que frequentam eventos de dança do que na população em geral (Deehan e Saville, 2003; Ter Bogt e Engels, 2004). Os dados relativos à frequência do consumo de *ecstasy* e às quantidades consumidas são limitados, mas a informação disponível sugere que os padrões de consumo variam bastante. Por exemplo, um inquérito realizado em 2001 a frequentadores de festas «rave» nos Países Baixos demonstrou que mais de metade (58%) tinha consumido *ecstasy* no mês anterior. Dessa percentagem, 17% — definidos como «consumidores

actuais de *ecstasy*» — revelavam consumir *ecstasy* «algumas vezes por semana», e 22% referiam um consumo semanal. Um em cada três (32%) consumia *ecstasy* «algumas vezes por mês». Quanto às tendências para o futuro, a Espanha comunicou que a relação entre consumo de *ecstasy* e alguns tipos específicos de música ou de eventos pode estar a diminuir e que a droga pode estar a perder importância como factor de identificação de grupos específicos.

Apesar de uma preocupação bastante difundida quanto aos estimulantes e a condução, um estudo toxicológico espanhol sobre mortes em acidentes de viação realizado em 2002 detectou a presença de *ecstasy* em apenas 0,4% dos 1 441 condutores investigados.

Mortes relacionadas com o consumo de *ecstasy*

As mortes relacionadas com o consumo de *ecstasy* são raras, se comparados com as mortes relacionadas com opiáceos, mas suscitam séria preocupação pública, provavelmente devido à juventude das vítimas e ao facto de serem totalmente inesperadas. A expressão «morte relacionada com o consumo de *ecstasy*» carece de definição mais clara. Presentemente, poderia significar que a substância foi mencionada na certidão de óbito ou que foi detectada (frequentemente combinada com opiáceos, álcool, cocaína ou outras drogas) através de análise toxicológica.

Segundo dados dos relatórios Reitox relativos a 2003, as «mortes relacionadas com o consumo de *ecstasy*» são muito raras em quase todos os países da UE, sendo ainda mais raros os casos em que se pensa que o *ecstasy* esteve directamente envolvido (dois na Áustria, dois em França, uma atribuída apenas ao *ecstasy*, 19 na Alemanha, oito das quais foram atribuídos apenas ao *ecstasy*, um na Grécia e dois em Amesterdão, um deles associado ao consumo de álcool), mas os procedimentos de comunicação não são homogéneos. O Reino Unido comunicou 55 mortes relacionadas com o consumo de *ecstasy* em 2001, tendo-se registado 16 mortes deste tipo em 1998. Um estudo britânico baseado num conjunto de 202 casos comunicados ao programa nacional relativo às mortes relacionadas com o consumo de drogas *(National Programme on Substance Abuse Deaths)* entre 1996 e 2002 também refere um aumento no número de mortes relacionadas com o consumo de *ecstasy* entre 1996-1997 (12 casos) e 2001-2002 (72 casos); em 17% destas mortes (Schifano *et al.,* 2003) o *ecstasy* era a única droga mencionada. O número relativamente elevado de mortes relacionadas com o *ecstasy* no Reino Unido pode dever-se a uma maior prevalência do consumo de *ecstasy*, mas também a melhores procedimentos de monitorização e análise.

As urgências hospitalares podem também ser consideradas como um indicador de problemas de saúde agudos associados ao consumo de substâncias. Em Espanha, de 1996 a 2001 ([41]) ([42]), registou-se um aumento moderado do recurso às urgências associado ao consumo de *ecstasy* e de anfetaminas; os outros países não compilam sistematicamente dados nacionais das urgências hospitalares e não comunicaram aumentos até ao momento.

Um estudo britânico que calculava o risco de morte associada ao *ecstasy*, tendo em conta o número de consumidores, concluiu que o espectro é muito largo (0,2-5,3 por 10 000 consumidores), e realçou a necessidade de definir mais claramente os conceitos de morte associada ao *ecstasy* e de populações de risco de referência (Gore, 1999; Schifano *et al.,* 2003).

É possível impedir um número significativo de mortes relacionadas com o consumo de *ecstasy* através da adopção de medidas relativamente simples nos locais de dança (ventilação adequada e fornecimento de água) e através da educação sanitária. Alguns casos de morte relacionados com o consumo de *ecstasy* parecem ficar a dever-se a reacções idiossincrásicas que são difíceis de prever, pelo que as possibilidade de intervenção para além da prestação de assistência médica são limitadas.

Intervenções em contextos recreativos

A prevenção em contextos recreativos é, provavelmente, a forma de prevenção selectiva mais utilizada. Em alguns Estados-Membros ([43]), foram definidos há algum tempo conteúdos, orientações e serviços disponíveis. Houve um ligeiro aumento das actividades de prevenção, sobretudo nos novos Estados-Membros ([44]).

As intervenções vão desde medidas orientadas para a abstinência, como a campanha sueca «Há muitas razões para não experimentar drogas», lançada no Verão de 2003 (cujo objectivo consistia em reforçar a vontade dos que já eram contra o consumo de drogas e convencer os indecisos a escolher a via certa) até à análise às pastilhas feita a pedido dos consumidores noutros países (ver estudo abaixo) ([45]). Recentemente, porém, as abordagens estruturais assumiram maior importância num número crescente de Estados-Membros, nomeadamente os países nórdicos — sobretudo no que se refere ao álcool — e a Itália. Baseiam-se na criação de estratégias conjuntas que envolvem restaurantes, clubes e bares, a polícia, serviços de

([41]) Em Espanha, o recurso às urgências hospitalares devido a reacções agudas a substâncias psicoactivas foi, durante vários anos, monitorizado numa amostra de hospitais em todo o país, num período de uma semana por ano. Ficaram registadas «menções» a substâncias. Para pormenores metodológicos, ver o relatório nacional Reitox 2003 (p. 34-6).

([42]) Ver figura 7 OL: Percentagem de menções em emergências hospitalares devidas a intoxicações agudas relacionadas com o consumo de drogas, Espanha 1996-2001.

([43]) Ver figura 8 OL: Importância atribuída nos Estados-Membros às medidas de prevenção em contextos recreativos.

([44]) Ver quadro 5 OL: Resumo dos parâmetros de prevenção em contextos recreativos.

([45]) Ver nota de pé de página ([43]).

prevenção da toxicodependência, sindicatos de trabalhadores da restauração e outras autoridades. Normalmente, coloca-se a tónica em aspectos relacionados com a segurança, primeiros socorros, controlo de drogas e prevenção de emergências e da violência. O pessoal recebe formação que lhe permite identificar situações de risco e intervir de uma forma profissional.

Na Dinamarca, um projecto sobre a prevenção do *ecstasy* em dois «distritos modelo» centrou-se em intervenções de prevenção a nível municipal (formulação de planos de acção locais e de políticas em matéria de droga), em escolas e em meios ligados a festas. Entre as intervenções, contava-se um «guia de não tolerância» às drogas em locais de diversão nocturna e uma página *web* com material de apoio. A gerência e o pessoal de restaurantes receberam formação sobre a forma de lidar com drogas. As primeiras observações indicam uma fraca aceitação de alguns serviços específicos para o *ecstasy*, por exemplo, um número telefónico de apoio e serviços de aconselhamento. Verificaram-se poucas entradas em serviços de urgência ou centros de tratamento.

Um estudo recente realizado pelos Países Baixos, Alemanha e Áustria (Benschop *et al.*, 2002) ([46]) analisou o impacto dos serviços de análise das pastilhas no comportamento dos consumidores de droga e a consciência do risco por parte dos consumidores de *ecstasy* em três cidades europeias (Amesterdão, Hanôver e Viena). As reacções nas três cidades foram bastante semelhantes: as diferenças entre as pessoas que recorrem ao serviço de análise às pastilhas e as que o não fazem são reduzidas. As fontes de informação sobre *ecstasy* mais utilizadas são os pares, enquanto os meios de comunicação e revistas de informação geral desempenham apenas um papel ínfimo. Os consumidores informam os amigos sobre os resultados das análises. Esta via informal de informação é considerada uma das vantagens escondidas das análises às pastilhas, pois alarga a rede de prevenção da droga e diminui o limiar de contacto com os serviços de prevenção. Parece que utilizadores e não utilizadores têm redes sociais separadas e não se misturam, ainda que frequentem os mesmos locais (de dança, por exemplo). O estudo não encontrou qualquer evidência de que as análises às pastilhas estimulem o consumo de *ecstasy* ou alarguem o círculo de consumidores desta droga.

Tratamento

O consumo de estimulantes do tipo das anfetaminas (ATS) só muito raramente está na base da procura de tratamento da toxicodependência. Verificam-se, contudo, algumas excepções significativas: 52% dos pacientes na República Checa, 35,3% na Finlândia e 29% na Suécia referem os ATS como principal razão para procurar tratamento. Na República Checa, a maior procura de tratamento vem dos consumidores de «pervitin» ([47]), cerca de um terço dos quais são adolescentes (até aos 20 anos de idade), sendo que mais de metade destes são do sexo feminino. Tanto na Suécia como na Finlândia, as anfetaminas desempenharam historicamente um importante papel na definição do problema da droga a nível nacional e, até certo ponto, essa situação mantém-se.

Apreensões e informação sobre o mercado ([48])

Segundo o Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime (UNODC, 2003a), a produção de ATS — drogas sintéticas, incluindo as anfetaminas, metanfetaminas e *ecstasy*, com uma composição química aproximada — é difícil de quantificar porque tem início com químicos facilmente acessíveis obtidos em laboratórios facilmente dissimulados. Todavia, calcula-se que a produção anual de ATS esteja próxima das 520 toneladas (UNODC, 2003b). As apreensões globais de ATS atingiram um pico em 2000, com 46,2 toneladas e, desde então, decaíram para 25,7 toneladas em 2002 (CND, 2004).

Metanfetaminas

A nível global, as ATS mais importantes em termos de quantidades produzidas e traficadas são as metanfetaminas. As maiores quantidades são apreendidas no leste e no sudeste da Ásia (Tailândia, China), seguindo-se a América do Norte (UNODC, 2003a). A produção de metanfetaminas na Europa apresenta uma escala muito mais reduzida: em 2000-2001, apenas 2% dos laboratórios clandestinos de metanfetaminas desmantelados em todo o mundo estavam localizados na Europa — sobretudo na República Checa, na Federação Russa e na Eslováquia. Dentro da UE, foi também comunicada a produção de metanfetaminas, em menor escala, na Bélgica, Alemanha, Estónia, França, Letónia, Lituânia e Reino Unido (UNODC, 2003a,b). Na República Checa, a produção de metanfetaminas foi detectada desde o início dos anos 1980; a maior quantidade destina-se ao consumo local, embora alguma parte seja traficada para a Alemanha e a Áustria (UNODC, 2003a). Embora o OEDT não compile sistematicamente dados sobre apreensões de metanfetaminas, foram comunicadas apreensões de metanfetaminas em 2002 nos relatórios nacionais de 2002 da República Checa, Dinamarca, Estónia, Lituânia, Noruega e Suécia.

Em 2002, excepto para um período logo no início do ano em que o preço subiu devido à escassez do seu precursor (efedrina), o preço médio de venda a retalho de «pervitin»

([46]) EDDRA (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2828).

([47]) «Pervitin» é o nome que se dá localmente a um tipo de metanfetamina ilegalmente fabricado na República Checa. Tem um longo historial de consumo e é consumido, sobretudo, por via endovenosa. A sua produção poderá estar relacionada com a indústria legal de efedrina (Inquérito global UNODC sobre *ecstasy* e anfetaminas, 2003).

([48]) Ver no capítulo 3: Interpretação dos dados sobre apreensões e mercado (p. 30).

na República Checa manteve-se relativamente estável, a 32 euros o grama. A pureza média na venda a retalho é, segundo as informações, de 40%.

Anfetaminas

Com base no número de laboratórios desmantelados, a produção mundial de anfetaminas continua concentrada na Europa. Em 2002, foram descobertos laboratórios de anfetaminas na Polónia e Países Baixos, e alguns também na Alemanha, Estónia, França e Lituânia ([49]) (Relatórios Nacionais Reitox de 2003; CND, 2004). Os países de proveniência das anfetaminas apreendidas na UE em 2002 foram sobretudo os Países Baixos e a Polónia e, em menor escala, a Bélgica, Estónia e Lituânia.

Quase todas as apreensões de anfetaminas têm lugar na Europa Ocidental. Esta sub-região representava 86% do volume total de anfetaminas apreendidas a nível mundial em 2002, enquanto a Europa de Leste somava 10% e os países do Próximo e Médio Oriente, 3% (CND, 2004). Nos últimos cinco anos, o país da UE onde se efectuaram mais apreensões de anfetaminas foi o Reino Unido ([50]). A nível da UE, a tendência crescente no número de apreensões de anfetaminas ([51]) conheceu um pico em 1998 e as quantidades ([52]) atingiram o máximo em 1997. Com base nas tendências observadas nos países relativamente aos quais existem dados disponíveis, quer as quantidades apreendidas quer o número de apreensões parecem ter voltado a aumentar desde 2000 ([53]) e as quantidades apreendidas desde 2001. Em 2002, o preço médio das anfetaminas no consumidor oscilava entre 11 euros por grama na Hungria e na Estónia e 37,5 euros por grama na Noruega ([54]). Nos últimos cinco anos, os preços mantiveram-se estáveis ou desceram em quase todos os países com capacidade para fornecer esses dados.

A pureza média das anfetaminas vendidas a retalho, em 2002, ia dos 10% (Alemanha) aos 52% (Noruega), tendo os graus de pureza mais elevados sido encontrados nos países em redor do mar Báltico — Estónia, Letónia, Lituânia e Finlândia. Verificou-se em Portugal uma excepção digna de nota, pois neste país, em 2002, a pureza média era inferior a 1%. Nos últimos cinco anos, a pureza das anfetaminas manteve-se estável ou diminuiu em todos os países, embora, em 2002, se tenham registado aumentos na Bélgica, Estónia e Reino Unido.

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, nomeadamente à América do Norte e ao Sudeste Asiático (UNODC, 2003a; CND, 2004). No interior da Europa, grande parte da produção de *ecstasy* situa-se nos Países Baixos e na Bélgica. A título de exemplo, na Europa, no período 1999-2001, das apreensões de precursores de *ecstasy,* mais de 63% foram feitas pelos Países Baixos e 21% pela Bélgica e, dos laboratórios produtores de *ecstasy* que foram desactivados na UE, 75% situavam-se nos Países Baixos, 14% na Bélgica, 6% no Reino Unido e 4% na Alemanha. Também a Estónia, Espanha, Letónia, Lituânia, Hungria, Polónia e Noruega comunicaram ter desmantelado laboratórios de *ecstasy* (e/ou de ATS) no período 1991-2001 (UNODC, 2003a). Em 2002 foram detectados, em todo o mundo, 54 laboratórios de *ecstasy*, dos quais 18 nos Países Baixos ([55]), 3 no Reino Unido, 1 em França e 1 na Estónia (CND, 2004). Segundo as informações de que dispomos, o *ecstasy* apreendido na UE é proveniente sobretudo da Bélgica e dos Países Baixos, mas também a Estónia e o Reino Unido são referidos como países de produção em vários relatórios (Relatórios Nacionais Reitox, 2003).

O tráfico de *ecstasy* continua fortemente concentrado na Europa Ocidental, embora, tal como a produção, se tenha espalhado por todo o mundo nos últimos anos (UNODC, 2003a). Em termos de volume apreendido, em 2002 a Europa Ocidental totalizou 73% e a América do Norte 20% (CND, 2004). Nos últimos cinco anos, entre os Estados-Membros da UE, o Reino Unido foi o país que apreendeu mais *ecstasy*, numa percentagem bastante superior aos outros ([56]).

Após um declínio em 1997, o número de apreensões de *ecstasy* ([57]) a nível da UE aumentou rapidamente. Com base nas tendências observadas nos países relativamente aos quais existem dados disponíveis, o número de apreensões de *ecstasy* parece ter diminuído em 2002. Contudo, a

([49]) Embora não apareçam nesta lista, nos últimos anos, foram descobertos no Reino Unido vários laboratórios de fabrico ilegal de anfetaminas. No início de 2003, foi também detectado, pela primeira vez no Luxemburgo, um laboratório clandestino de anfetaminas.

([50]) Esta situação deverá ser verificada quando estiverem disponíveis os dados em falta referentes ao ano de 2002 no Reino Unido. Estavam em falta dados relativos ao número de apreensões de anfetaminas, em 2002, para a Bélgica, Itália, Hungria, Países Baixos e Polónia; faltavam, ainda dados relativos quer ao número de apreensões de anfetaminas quer às quantidades de anfetaminas apreendidas em 2002 para a Irlanda, Chipre, Hungria, Malta, Polónia, Eslováquia e Reino Unido.

([51]) Ver quadro 7 sobre Mercados no Boletim Estatístico de 2004.

([52]) Ver quadro 8 sobre Mercados no Boletim Estatístico de 2004.

([53]) Esta situação deverá ser verificada quando estiverem disponíveis os dados em falta referentes ao ano de 2002.

([54]) Ver quadro 14 sobre Mercados no Boletim Estatístico de 2004.

([55]) Do total de 43 locais de produção de drogas sintéticas detectados nos Países Baixos em 2002, 18 podem estar directamente relacionados com a MDMA.

([56]) Esta situação deverá ser verificada quando estiverem disponíveis os dados em falta referentes ao ano de 2002 no Reino Unido. Estavam em falta dados relativos ao número de apreensões de *ecstasy*, em 2002, para a Bélgica, Hungria, Países Baixos e Polónia; estavam em falta dados relativos quer ao número de apreensões quer às quantidades de *ecstasy* apreendidas em 2002 para a Itália, Chipre, Malta, Eslováquia e Reino Unido.

([57]) Ver quadro 9 sobre Mercados no Boletim Estatístico de 2004.

situação deverá ser verificada quando estiverem disponíveis os dados em falta referentes ao ano de 2002 — sobretudo para o Reino Unido. No atinente às quantidades de *ecstasy* apreendidas ([58]), aumentaram exponencialmente entre 1997 e 2000 e estabilizaram em 2001. Em 2002, voltaram a aumentar em quase todos os países que comunicaram dados.

Em 2002, segundo as informações fornecidas, cada comprimido de *ecstasy* custava, em média, entre 6 euros (República Checa) e 20-25 euros (Itália, Finlândia) ([59]). Todavia, muito recentemente (DrugScope, 2004), tivemos conhecimento de que o preço dos comprimidos de *ecstasy* era de 1,5 euros em alguns locais do Reino Unido. Nos últimos cinco anos, os comprimidos de *ecstasy* foram-se tornando cada vez mais baratos em quase todos os países da UE. Em 2002, a tendência manteve-se em todos os países, excepto na Estónia, onde o preço por comprimido aumentou ligeiramente.

Comparando com a situação de há cinco anos, o teor em anfetamina dos comprimidos vendidos como *ecstasy* parece ter diminuído, enquanto o *ecstasy* e substâncias afins foram encontradas numa proporção crescente. Em todos os países da UE, em 2002, a única substância psicoactiva encontrada na maioria dos comprimidos vendidos como *ecstasy* e sujeitos a análise foram *ecstasy* (MDMA) e substâncias afins (MDEA, MDA). Na Bélgica, Dinamarca, Alemanha, Lituânia, Reino Unido e Noruega mais de 95% do total de comprimidos de *ecstasy* analisados tinha essa composição. O teor em MDMA dos comprimidos de *ecstasy* varia bastante de lote para lote (inclusive entre os que apresentam o mesmo logotipo) num mesmo país e de país para país. Na maioria dos países da UE, em 2002, o teor médio de substância activa (MDMA) por comprimido era, segundo as informações, entre 60 e 80 mg, embora na Hungria e na Noruega a variação fosse superior.

LSD

O LSD é fabricado e traficado a uma escala muito inferior à das outras drogas sintéticas como as ATS. As apreensões de LSD decaíram, a nível mundial, numa percentagem de 73% entre 2000 e 2001. Em 2001, os países que apreenderam maiores quantidades de comprimidos foram os EUA, a Espanha e os Países Baixos (UNODC, 2003a). Até 2000, o país da UE que efectuava o maior número de apreensões de LSD era o Reino Unido mas, entretanto, foi superado pela Alemanha ([60]). Nos últimos cinco anos, a nível da UE, quer o número de apreensões de LSD ([61]) quer as quantidades ([62]) apreendidas, à excepção de uma situação estacionária em 2000, diminuíram drasticamente. Na UE, em 2002, o custo médio no consumidor de um comprimido de LSD ia de 5 euros no Reino Unido a mais de 20 euros em Itália ([63]).

Medidas internacionais contra o tráfico de drogas sintéticas

Em Dezembro de 2003, a Comissão Europeia, em cooperação com a Europol, elaborou um relatório sobre o ponto da situação dos grandes projectos multilaterais relativos ao mapeamento das redes de distribuição e às experiências colhidas na área a nível da UE, dos Estados-Membros e dos países candidatos. O relatório incidiu sobre a *Comprehensive Action against Synthetic Drugs in Europe* (CASE), que combina um sistema de análises especializadas para caracterização científica das anfetaminas do Laboratório Nacional de Ciência Forense da Suécia (SLK) e a compilação, a nível da UE, de dados provenientes dos serviços de aplicação da lei, visando a identificação de locais de produção de drogas sintéticas e organizações criminosas envolvidas na produção e no tráfico de drogas sintéticas e a abertura de investigações criminais. A Europol abriu um ficheiro de trabalho para fins de análise (com a denominação CASE) para contribuir para este projecto. Outro projecto analisado foi o sistema de comparação de laboratórios clandestinos de drogas ilícitas (EILCS) da Europol que compara informações técnicas e imagens fotográficas de laboratórios de produção de drogas sintéticas de toda a União Europeia na busca de pistas para investigação das ligações existentes entre diferentes laboratórios, investigação do equipamento apreendido e dos facilitadores de fornecimento de equipamento.

A Europol criou também o Sistema de Logos de Cocaína (EELS) e, todos os anos, produz um catálogo de logos que é distribuído aos serviços pertinentes de aplicação dos Estados-Membros. Neste âmbito, a Europol colabora estreitamente com o programa central de análise do *ecstasy* (CAPE) dirigido pela polícia criminal federal da Alemanha.

A Interpol lançou um projecto de combate às organizações criminosas que produzem e comercializam drogas sintéticas. O projecto SYDRUG reúne e inter-relaciona dados operacionais que permitem operações a nível multinacional ([64]). As tendências mostram que o *ecstasy* é traficado, a partir da Europa Ocidental, para a América do Norte, o Sudeste Asiático e a Oceânia (Interpol, 2002).

Está a tornar-se cada vez mais evidente a existência de ligações entre as redes que se dedicam ao tráfico de drogas e as que traficam precursores. Em Janeiro de 2003, tiveram início actividades operacionais sob a égide do *Project Prism*, uma iniciativa internacional que estuda o desvio dos principais precursores necessários ao fabrico ilegal de ATS.

([58]) Ver quadro 10 sobre Mercados no Boletim Estatístico de 2004.

([59]) Ver quadro 14 sobre Mercados no Boletim Estatístico de 2004.

([60]) Esta situação deverá ser verificada quando estiverem disponíveis os dados em falta referentes ao ano de 2002 no Reino Unido. Estavam em falta dados relativos ao número de apreensões de LSD em 2002 para a Espanha, Itália, Lituânia, Hungria e Países Baixos; faltavam dados relativos quer ao número de apreensões de LSD quer às quantidades apreendidas para a Bélgica, Irlanda, Chipre, Malta, Eslováquia e Reino Unido.

([61]) Ver quadro 11 sobre Mercados no Boletim Estatístico de 2004.

([62]) Ver quadro 12 sobre Mercados no Boletim Estatístico de 2004.

([63]) Ver nota de pé de página ([59]).

([64]) SYDRUG, Interpol's global project on synthetic drugs, Lyon, Abril de 2003.

Os traficantes recorrem, cada vez mais, a preparações farmacêuticas como fonte de precursores (INCB, 2004b).

Sistema de informação de alerta rápido

A acção comum ([65]) em que foi preconizada a criação de um sistema de alerta rápido (*EWS — Early Warning System*) foi adoptada com os objectivos de identificação de novas drogas sintéticas ([66]), avaliação dos seus riscos e adopção de um processo de tomada de decisão através do qual seja possível controlá-las. As novas drogas sintéticas continuam a constituir uma ínfima parte do mercado total de drogas sintéticas, no qual continuam a predominar o MDMA (*ecstasy*), as anfetaminas e o LSD. Apesar do êxito da acção comum na identificação de novas drogas sintéticas, convém registar que a maioria dos dados sobre novos compostos provém dos Estados-Membros que possuem elevada capacidade de análise e comunicação em termos quer de laboratórios de medicina legal e toxicológicos quer de redes operacionais de fornecedores de dados. Consequentemente, a descrição resultante pode reflectir mais o modo de funcionamento dos sistemas nacionais de alerta rápido sobre novas drogas sintéticas do que a verdadeira situação do mercado de droga europeu.

Novas drogas sintéticas sujeitas a controlo no âmbito da acção comum

Entre 1998 e 2002 cinco novas drogas sintéticas foram alvo de avalições de risco no âmbito da acção comum (MBDB, 4-MTA, GHB, cetamina e PMMA). Em 2003, o Comité Científico do OEDT, em colaboração com peritos nomeados pelos Estados-Membros e representantes da Comissão Europeia, da Europol e da Agência Europeia de Avaliação dos Medicamentos (EMEA), procedeu à avaliação de riscos de quatro novas drogas sintéticas: 2C-I (2,5-dimetoxi-4-iodofenetilamina), 2C-T-2 (2,5-dimetoxi-4-etiltiofenetilamina), 2C-T-7 (2,5-dimetoxi-4-(*n*)-propiltiofenetilamina) e TMA-2 (2,4,5-trimetoxianfetamina) ([1]). Em consequência, a 27 de Novembro de 2003, o Concelho adoptou a decisão ([2]) de submeter os quatro compostos a medidas de controlo e a sanções penais nos países da UE.

É extremamente difícil avaliar cientificamente o risco de novas drogas sintéticas devido à escassez de dados científicos validados por pares. No entanto, informações baseadas em estudos de efeitos tóxicos feitos em animais (por exemplo, para a TMA-2), o esbelecimento de analogias a compostos parcialmente similares, bem como provas provenientes de outras fontes de informação, como relatórios pessoais de consumidores, meios de comunicação social, publicações não oficiais, servem de base para as avaliações.

([1]) Os relatórios de avaliação de riscos estão disponíveis no sítio *web* do OEDT (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1584).

([2]) Decisão do Conselho 2003/847/JHA, de 27 de Novembro de 2003, sobre medidas de controlo e sanções penais relativamente às novas drogas sintéticas 2C-I,2C-T-2, 2C-T-7 e TMA-2.

Drogas monitorizadas por EWS

Em 2003, numa operação de rotina no âmbito do EWS, foram monitorizadas as nove substâncias que tinham sido submetidas a avaliação de riscos desde 1998 — MBDB, 4-MTA, PMMA, GHB e cetamina — bem como as seguintes fenetilaminas: 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7 e TMA-2. Foram ainda monitorizadas diversas substâncias sobre as quais o OEDT tinha obtido informações — entre elas, o grupo das triptaminas (5-MeO-DMT, 5-MeO-DIPT, A-MT, 5-MeO-AMT e 5-MeO-triptamina) e piperazinas (BZP e TFMPP) ([67]).

Em 2003, quer Espanha quer o Reino Unido informaram que a polícia apreendeu pequenas quantidades de MBDB. O 4-MTA, que, em 1999, foi objecto de controlo no âmbito da acção comum, parece ter desaparecido do mercado, já que não foram comunicadas apreensões nos últimos anos. Efectuou-se na Suécia uma apreensão de PMMA, enquanto na Dinamarca foram apreendidos comprimidos que continham PMMA e PMA. Na Bélgica, um laboratório comunicou ter detectado a presença de PMMA em amostras de urina; além disso, análises toxicológicas realizadas numa urgência hospitalar a uma pessoa que sofria de intoxicação revelaram PMA (combinada com MDA e MDMA). Parece que estas três substâncias — MBDB, 4-MTA e PMMA — deixaram de ser populares entre os consumidores de drogas sintéticas.

Quanto às drogas do grupo da triptamina, grande percentagem das apreensões teve lugar na Suécia e na Finlândia. No entanto, quer a França quer a Dinamarca referiram a aquisição de amostras de 5MeO-DiPT. Muitos compostos de triptamina não são controlados nem a nível internacional nem nacional e podem, portanto, ser produzidos por laboratórios comerciais e vendidos na Internet como «químicos para investigação» (sobretudo por parte de empresas dos EUA). Além disso, estão disponíveis na Internet receitas para a síntese de quase todas as drogas sintéticas, novas e «antigas».

A BZP, que muitas vezes se encontra associada à TFMPP, tem sido cada vez mais referenciada pela Suécia e foi também identificada na Bélgica, Espanha, Países Baixos e Finlândia.

Das fenetilaminas cujos riscos foram avaliados em 2003, a 2C-I, frequentemente vendida sob a forma de comprimidos

([65]) http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1564.

([66]) A acção comum de 1997 relativa ao intercâmbio de informações, avaliação de risco e controlo das novas drogas sintéticas (JO L 167 de 25.6.1997) define como novas drogas sintéticas as drogas sintéticas actualmente não incluídas em qualquer das listas da Convenção das Nações Unidas de 1971 sobre Substâncias Psicotrópicas, que constituem uma ameaça séria para a saúde pública comparável à das substâncias constantes das listas I e II da referida convenção e que apresentam valor terapêutico limitado. A presente acção diz respeito a produtos finais, distintos dos precursores.

([67]) Grande parte das novas substâncias referidas é bastante recente no mercado, motivo pelo qual ainda não existe para elas uma denominação popular.

onde está impresso o logotipo «i», parece estar a ganhar alguma popularidade — foram referidas apreensões de pequena dimensão pela Finlândia, Suécia e Reino Unido, e a droga foi detectada em França, Espanha e Países Baixos. Acresce que a 2C-H (um composto não activo em humanos mas que é precursor de 2C-I, 2C-C e 2C-B) foi apreendida em quantidades relativamente elevadas na Finlândia e nos Países Baixos, e há provas de que, neste país, a substância se destinava a ser utilizada como precursor para a produção de 2C-I.

Drogas sintéticas com potencial de disseminação

Conforme previsto pelo sistema de alerta rápido europeu e pela avaliação de riscos levada a cabo pelo Comité Científico do OEDT no quadro da acção comum, o GHB e a cetamina são duas drogas sintéticas ([68]) cujo consumo poderá registar um aumento potencial significativo em locais de diversão.

GHB

A decisão adoptada pelas Nações Unidas em Março de 2001 no sentido de colocar sob controlo a substância GHB foi implementada pela maioria dos Estados-Membros da UE. Em 2003, foram comunicadas apreensões de GHB (geralmente na forma líquida) pelos serviços de polícia e alfandegários da Bélgica, Dinamarca, Estónia, Espanha, França, Finlândia, Suécia e Noruega. As informações recebidas dão conta de algumas disparidades nas tendências associadas ao consumo de GHB. A Suécia comunicou um decréscimo de apreensões de GHB em 2003, enquanto a Noruega comunicou um aumento substancial e o Reino Unido não registou alterações nesse domínio. Também nos Países Baixos não se verificaram alterações em termos da quantidade de amostras de GHB remetidas ao sistema de controlo de informações sobre a droga (*Drug Information Monitoring System* — DIMS), se bem que o centro nacional de informações sobre substâncias venenosas (*National Poisons Centre*) naquele país tenha comunicado um ligeiro aumento do número de pedidos de informação sobre o GHB. Os Países Baixos e a Bélgica comunicaram a recepção de um pequeno número de amostras de GHB sob a forma de pó. A Estónia comunicou um aumento significativo da disponibilidade de GHB.

A Noruega e a Suécia comunicaram aumentos assinaláveis de apreensões dos precursores químicos para o GHB — GBL (gama-butirolactona) e BD (1,4-butanediol) ([69]) —, substâncias estas com inúmeras utilizações em diversos processos industriais e, por conseguinte, amplamente disponíveis (após a ingestão, qualquer delas se converte rapidamente em GHB). Na Noruega e Suécia, a disponibilidade de precursores de GHB no mercado ilícito registou, em 2003, um aumento relativamente a anos anteriores.

Cada vez mais se incluem perguntas relativas ao consumo de GHB nos inquéritos sobre o consumo de estupefacientes levados a cabo em discotecas e outros locais de diversão nocturna. Na Alemanha, o serviço federal de investigação criminal (BKA) ([70]) comunicou um aumento do consumo de GHB, enquanto em Amesterdão, segundo o estudo realizado em 2002 pelo grupo de peritos do sistema *Antenna Amsterdão* ([71]), «o GHB continuava a ser consumido em quase todas as redes de clubes; os «líderes de opinião» na matéria, porém, pareciam estar menos interessados nesta substância do que um ano antes e, aparentemente, a disseminação do GHB cessara. Na Áustria, no âmbito de um estudo sobre a testagem da pureza de «comprimidos», constatou-se que, de entre uma amostra de 225 jovens que frequentavam festas de tipo «rave» em Viena, 12,6% apresentavam experiência ao longo da vida de consumo de GHB (Benschop *et al.*, 2002).

Em 2003, a substância GHB foi detectada em colheitas de sangue humano na Bélgica, Suécia e Noruega, bem como em colheitas efectuadas a pacientes intoxicados e a pacientes objecto de emergência hospitalar em Espanha (Barcelona) e nos Países Baixos. Em Amesterdão, entre 2001 e 2002, não se verificaram alterações no número de pedidos de ajuda de emergência associados ao consumo de GHB, tendo-se verificado pouco mais de 60 casos em cada ano.

Cetamina

Em 2003, a Bélgica, Grécia, Espanha, França, Finlândia, Suécia, Reino Unido e Noruega comunicaram apreensões e/ou detecções de cetamina em colheitas de sangue humano. Na Áustria, Benschop *et al.* (2002) apuraram que, de entre a sua amostra de 225 jovens frequentadores de festas «rave» em Viena, 11,7% apresentavam experiência ao longo da vida de consumo de cetamina. A prevenção da disseminação da cetamina é dificultada pelo facto de se tratar de uma substância autorizada enquanto fármaco veterinário, parecendo por isso facilmente disponível através do desvio da produção legítima.

Riscos para a saúde decorrentes de novos padrões de consumo

Em 2003, graças ao sistema de alerta rápido, os Estados-Membros da UE puderam trocar entre si valiosas informações sobre determinadas substâncias controladas susceptíveis de apresentar sérios riscos para a saúde devido ao surgimento de novos padrões de consumo. Assim, por exemplo, com base em informações recebidas da Bélgica, França e Europol, os países da UE receberam alertas rápidos relativamente a comprimidos contendo elevadas doses de MDMA e, na sequência de informações fornecidas pela Irlanda, foram alertados para comprimidos vendidos como *ecstasy* mas contendo outras substâncias perigosas, como DOB (2,5-dimetoxi-4-bromoanfetamina).

([68]) Em rigor, nenhuma destas substâncias é uma nova droga sintética nos termos da acção comum de 1997, mas ambas estão a ser controladas na sequência da respectiva avaliação de riscos.

([69]) Relatórios intercalares do sistema de alerta rápido da rede Reitox de 2003.

([70]) *Ibidem.*

([71]) O *Antenna Amsterdam* é um sistema de controlo baseado em diversos métodos que visa identificar e interpretar novas tendências e desenvolvimentos a nível do consumo lícito e ilícito de drogas e do jogo, entre a população jovem em Amesterdão, bem como actualizar e melhorar a prevenção no domínio da droga.

Capítulo 5
Cocaína e cocaína *crack*

Introdução

Os consumidores de cocaína são normalmente vistos como sendo pessoas ricas, na moda e socialmente integradas ou, por outro lado, marginalizadas, necessitadas e excluídas da sociedade. O consumo de cocaína por fumo está particularmente associado ao consumo problemático. É importante notar que o facto de o consumo desta droga aparecer concentrado em subgrupos e áreas geográficas específicas significa que as séries de dados nacionais não reflectem adequadamente as tendências que podem ser importantes nas comunidades ou populações em que ocorrem. Não obstante, receia-se cada vez mais que o consumo de cocaína esteja a expandir-se na Europa e a atingir camadas sociais cada vez mais diversificadas.

Prevalência do consumo de cocaína

Inquéritos à população em geral

Segundo inquéritos recentemente realizados a nível nacional, entre 0,5% e 6% da população adulta reconhece ter experimentado cocaína pelo menos uma vez (isto é, ter experiência ao longo da vida de consumo desta substância), sendo a Espanha e o Reino Unido os países onde se registam as percentagens mais elevadas nesta matéria. Regra geral, menos de 1% dos adultos refere ter consumido cocaína recentemente (últimos 12 meses), embora em Espanha e no Reino Unido os índices de consumo recente sejam superiores a 2%. Estes valores são nitidamente inferiores a valores comparáveis para a *cannabis*, se bem que os níveis de consumo entre jovens adultos possam ser consideravelmente superiores às médias populacionais.

Entre os jovens adultos (idades compreendidas entre 15 e 34 anos), 1% a 10% referem ter experiência ao longo da vida de consumo desta substância. Em geral, os índices de consumo recente são aproximadamente metade dos índices de experiência ao longo da vida, tendo a Espanha e o Reino Unido comunicado valores superiores a 4%.

Entre a população em geral, o consumo de cocaína ou é descontinuado após um período de experimentação durante a juventude adulta ou é ocasional, ocorrendo sobretudo aos fins-de-semana e em contextos recreativos (bares e discotecas).

Os inquéritos levados a cabo identificaram determinados grupos entre os quais a taxa de consumo de cocaína é mais elevada do que a taxa registada entre a população em geral. Por exemplo, inquéritos recentemente realizados em cinco países (Dinamarca, Alemanha, Espanha, Países Baixos e Reino Unido) permitiram constatar que, entre a população masculina com idades entre os 15 e os 24 anos, 5% a 13% apresentam experiência ao longo da vida de consumo de cocaína, enquanto os índices de consumo recente em Espanha e no Reino Unido podem ser bastante elevados, da ordem dos 5% a 7%. É provável que nas zonas urbanas os níveis de consumo sejam substancialmente mais elevados. De referir ainda que inquéritos direccionados (não representativos) realizados junto de frequentadores de clubes de dança nocturnos apontaram para índices de experiência ao longo da vida de consumo de cocaína de 40% a 60% (OEDT, 2001).

A título de referência à situação fora da Europa, o Inquérito Nacional às Famílias sobre a Toxicodependência (*National Household Survey on Drug Abuse),* realizado nos Estados Unidos em 2002, registou experiência ao longo da vida, no que respeita à cocaína, em 14,4% dos adultos (a partir dos 12 anos de idade), um valor mais elevado do que o registado em qualquer país europeu. O consumo recente (últimos 12 meses) de cocaína foi comunicado por 2,5% dos adultos, também neste caso um valor mais elevado do que o registado em qualquer país europeu, com excepção da Espanha (2,6%) ([72]). Entre a população masculina dos EUA com idades compreendidas entre 18 e 25 anos, 18,1% apresentam experiência ao longo da vida de consumo de cocaína e 8,4% referem o consumo recente desta substância.

Tendências no consumo de cocaína

É difícil identificar as tendências associadas ao consumo de cocaína a nível nacional, pois são raras as séries de inquéritos nacionais efectuadas de forma consistente e, em alguns casos, as amostras são pequenas. As séries de

([72]) Resultados do inquérito nacional às famílias sobre a toxicodependência e estatísticas no domínio da saúde, 2002 (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA, Office of Applied Studies). Disponível no sítio *web* da SAMHSA (http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm). Registe-se que o intervalo de variação de idades no inquérito norte-americano (a partir dos 12 anos) é maior do que o intervalo comunicado pelo OEDT para os inquéritos na UE (15-64 anos). É natural que, se o inquérito dos Estados Unidos utilizasse o intervalo de variação da UE (15-64 anos), os resultados fossem mais elevados.

inquéritos consistentes contribuirão para uma mais fácil e melhor identificação de tendências, sobretudo ao concentrar as análises e as amostragens em grupos seleccionados, como o dos jovens do sexo masculino em zonas urbanas.

População em geral

O consumo recente de cocaína entre os jovens parece ter aumentado a um ritmo constante no Reino Unido, até 2002 ([73]), e possivelmente, em menor grau, na Dinamarca, Alemanha, Países Baixos e Espanha (figura 9). Outros países, nos seus Relatórios Nacionais Reitox recentemente apresentados (2001-2003), comunicaram aumentos com base em informações locais ou qualitativas (Grécia, Irlanda, Itália e Áustria).

População estudantil

A Espanha foi o único Estado-Membro que apresentou novos dados, segundo os quais, naquele país, se verificou um recente aumento da percentagem de estudantes de 15-16 anos de idade com experiência ao longo da vida de consumo de cocaína, aumento esse de 4,1% em 2000 para 5,9% em 2002 ([74]). Na Itália o aumento acusado não foi na população estudantil dos 15-16 anos, mas sim na população mais velha.

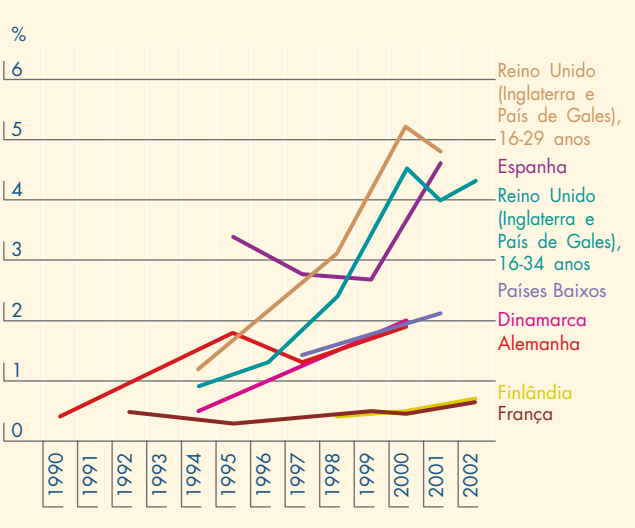
Outros indicadores

Os aumentos evidenciados pelos indicadores de consumo de cocaína [procura de tratamento ([75]), utilização de serviços de baixo limiar, número de emergências hospitalares, apreensões pelos serviços de polícia, resultados dos exames toxicológicos *post-mortem*] em determinados países constituem motivo de preocupação.

Os tratamentos por consumo de cocaína parecem estar a aumentar em todo o território da União, sendo esse aumento particularmente acentuado em alguns países. A cocaína é a segunda substância mais comummente referida nas informações sobre a procura de tratamento fornecidas pelos Países Baixos e Espanha (35% e 26% da totalidade dos pedidos, respectivamente). Na Europa, a maioria dos pedidos de tratamento parece estar associada ao consumo de cocaína em pó (geralmente, cloridrato de cocaína).

Regra geral, os padrões de consumo problemático estão particularmente associados às preparações de cocaína para fumar. Segundo informações recebidas da Alemanha, Espanha, França, Irlanda, Países Baixos, Áustria e Reino Unido, o consumo de cocaína *crack* constitui um problema emergente ou crescente em algumas das suas cidades ou regiões.

Figura 9: Prevalência do consumo de cocaína (último ano) entre os jovens adultos em alguns Estados-Membros da UE, com base nos inquéritos nacionais à população



Notas: Os dados provêm dos últimos inquéritos nacionais disponíveis em cada país. Os números e metodologia para cada inquérito podem ser consultados no quadro 4 — Inquéritos à população geral, Boletim Estatístico de 2004.
No caso dos jovens adultos, o intervalo etário normalizado proposto pelo OEDT é 15-34 anos (Dinamarca e Reino Unido a partir dos 16, Alemanha a partir dos 18, França (1992: 25-34; e 1995: 18-39).
As dimensões das amostras (inquiridos) no que se refere ao intervalo etário dos 15-34 anos para cada país e ano são apresentadas no quadro 4 — Inquéritos à população geral, Boletim Estatístico de 2004.
Na Dinamarca, o número relativo aos inquiridos de 1994 corresponde ao das «drogas duras».

Fontes: Relatórios Nacionais Reitox 2003, com base em relatórios de inquéritos e artigos científicos. Ver fontes individuais nos quadros epidemiológicos nos inquéritos à população, Boletim Estatístico de 2004.

Padrões de consumo

De um modo geral, o consumo de cocaína entre os jovens, em contextos recreativos, é ligeiro, sendo muito raro o consumo continuado. As informações fornecidas por alguns países (Alemanha, Espanha, Países Baixos, Áustria e Reino Unido) sugerem que, mesmo entre os consumidores problemáticos de droga que recebem tratamento e que acedem aos serviços de baixo limiar, os padrões de consumo de cocaína e de *crack* variam muito de utente para utente e ao longo do tempo. Contudo, são muito limitados os dados disponíveis sobre a frequência do consumo de cocaína e de *crack* e sobre as quantidades consumidas. Estudos efectuados a nível de salas de consumo revelam que, entre os profissionais do sexo que recorrem a esses serviços, é particularmente elevado o consumo de cocaína para fumar (Stöver, 2001; Zurhold *et al.*, 2001).

([73]) Embora os resultados do inquérito de 2001-2002 sugiram que esta tendência ascendente entre todos os adultos e jovens adultos parece estar a estabilizar (ver figura 7), o Ministério da Administração Interna britânico (*Home Office)* dá conta de alterações importantes (ao nível de 5%) no consumo de cocaína entre 1996 e 1998 e entre 1998 e 2000. No entanto, as diferenças entre 2000 e 2001-2002 não eram significativas. A pertinência das informações referentes a 2001-2002 deve ser verificada face às mudanças registadas em 2002-2003.

([74]) Ver quadro 1 sobre Prevalência no Boletim Estatístico de 2004.

([75]) Ver figura 20 e quadro 10 sobre Procura de tratamento no Boletim Estatístico de 2004.

Vias de consumo

Para permitir um melhor entendimento dos riscos para a saúde associados ao consumo de cocaína, bem como dos indicadores de consumo desta substância, será necessário dispor de mais e melhores informações sobre as vias de consumo da mesma. O cloridrato de cocaína (cocaína em pó) é geralmente inalado por via nasal, sendo menos comum o consumo por via endovenosa, enquanto o *crack* é fumado em cachimbos aquecidos e a cocaína de base é «aspirada» inalando os vapores produzidos quando a substância é aquecida, normalmente numa folha de alumínio colocada sobre uma chama. Há também informações segundo as quais, por vezes, a cocaína é fumada num cigarro ou numa mortalha.

Todavia, segundo profissionais de centros de tratamento da toxicodependência no Reino Unido, a cocaína *crack*, quando associada ao consumo de heroína, é por vezes injectada. À semelhança da heroína castanha, o *crack* é insolúvel e deve ser misturado com um ácido antes de se transformar na sua forma de sal, activo e solúvel ([76]).

Em termos de via de consumo habitual, a frequência com que a cocaína é fumada, tanto na forma de base como na forma de *crack* (preparações diferentes que podem ser consideradas equivalentes do ponto de vista farmacológico), registou uma diminuição em 2002, comparativamente a 2000.

Mortes relacionadas com o consumo de cocaína

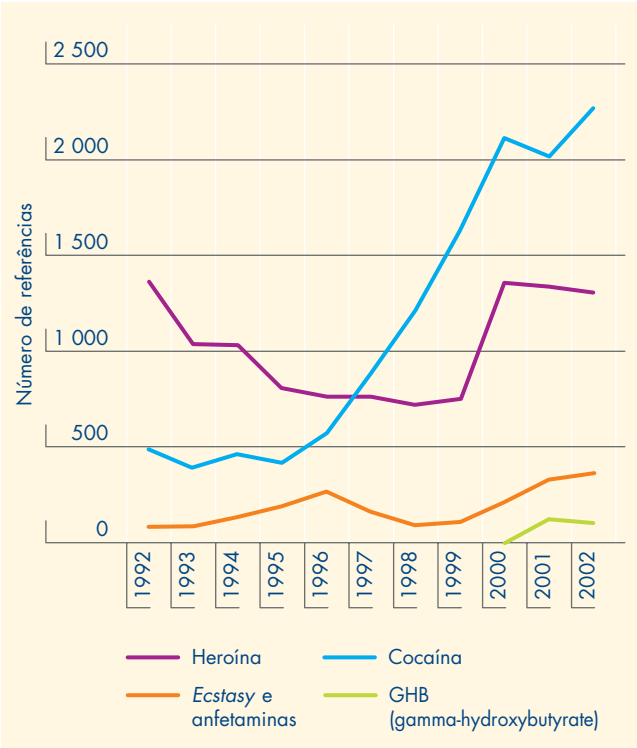
Na Europa, as mortes por intoxicação aguda relacionada com o consumo de cocaína, anfetaminas ou *ecstasy*, sem indícios de consumo de opiáceos, parecem ser pouco frequentes.

Contudo, é provável que as estatísticas actualmente disponíveis não dêem uma indicação correcta do número de mortes relacionadas com o consumo de cocaína, além de que existem diferenças na forma como as informações são fornecidas. Em alguns países, foi detectada cocaína juntamente com opiáceos numa elevada percentagem de mortes relacionadas com o consumo de drogas (Portugal 22%, Espanha 46%). Os valores noutros países poderão ser tão elevados quanto estes, só que, regra geral, quando se constata a presença de opiáceos, os sistemas de informação atribuem as mortes unicamente a estas substâncias. No Reino Unido, o número de «menções» de cocaína em certificados de óbito octuplicou no período de 1993 a 2001. Nos Países Baixos, o número de mortes atribuídas à cocaína aumentou de dois casos, em 1994, para 26, em 2001. A proporção de mortes relacionadas com o consumo de drogas atribuíveis unicamente à cocaína, sem intervenção de opiáceos, varia entre 1% e 10%, embora os valores absolutos sejam baixos.

A cocaína pode contribuir de modo assinalável para a ocorrência de morte devido a problemas cardiovasculares (arritmias, enfarte do miocárdio, hemorragias cerebrais), sobretudo em consumidores com predisposição (por exemplo, aneurisma cerebral ou defeitos cardíacos sem sintomas clínicos). Um grande número destes casos pode passar despercebido por desconhecimento da situação e/ou devido a diferenças nas circunstâncias sociais das vítimas comparativamente aos consumidores de opiáceos.

Uma indicação dos potenciais riscos associados ao consumo de cocaína chega-nos de Espanha ([77]) onde, no período de 1999-2001, a cocaína foi mencionada em 44-49% das admissões hospitalares de emergência resultantes de reacções agudas a estupefacientes. Numa elevada percentagem destes casos, a cocaína fora fumada ou injectada. Em Barcelona, a recolha de dados sobre emergências hospitalares nos principais hospitais da cidade, ao longo do ano, durante um período mais longo, permite traçar um panorama abrangente das admissões hospitalares devidas a reacções a substâncias (figura 10).

Figura 10: Número de referências a drogas em emergências hospitalares, por tipo de droga, Barcelona, 1992-2002



Notas: Uma emergência hospitalar pode incluir referências a diversas substâncias.
Fonte: Sistema d'Informació de Droges de Barcelona (2003), *La Salut a Barcelona, 2002*, Barcelona: Agència de Salut Pública, Consorci Sanitari de Barcelona.

([76]) Serviço de Ciência Forense britânico (*UK Forensic Science Service*), unidade de informações relativas à droga, *Drugs abuse trends: Crack*, n.° 24, p. 13.
([77]) Em Espanha, há vários anos que as emergências hospitalares por intoxicação aguda por consumo de substâncias psico-activas vêm sendo controladas numa amostra de hospitais espalhados pelo país, durante uma semana por ano. As «menções» de substâncias são anotadas. Para mais pormenores sobre a metodologia aplicada, ver relatório nacional Reitox de 2003 (p. 34-6).

Aos problemas sanitários directamente associados à cocaína acrescenta-se outro que suscita cada vez mais preocupações, nomeadamente o das substâncias utilizadas para «cortar» a cocaína que representam um risco sanitário suplementar. Por exemplo, a fenacetina, uma substância adulteradora encontrada em amostras de cocaína, está associada a perturbações do fígado, dos rins e do sangue e, inclusivamente, a cancros.

Respostas

Tratamento do consumo problemático de cocaína

O consumo problemático de cocaína é normalmente tratado num contexto não especificamente relacionado com esta substância, ou seja, o tratamento processa-se lado a lado com utentes que estão a ser tratados pelo consumo de outras drogas ilícitas (ou lícitas). Regra geral, as opções de tratamento limitam-se a intervenções não farmacológicas que visam modificar o comportamento de dependência da droga, independentemente das substâncias consumidas. Tais intervenções incluem medidas de baixa intensidade, como sejam o aconselhamento ou a admissão hospitalar, e intervenções de elevada intensidade, como o internamento hospitalar por um longo período de tempo. Podem igualmente ser oferecidos tratamentos alternativos, como a acupunctura (Seivewright *et al.,* 2000).

No que diz respeito ao tratamento medicamente assistido, não existe um tratamento farmacológico consagrado para o consumo problemático de cocaína. Existe apenas um conjunto limitado de tratamentos farmacológicos para os consumidores de cocaína, mas com poucos, se alguns, resultados comprovados. Duas análises bibliográficas sistemáticas permitiram constatar que não existem dados conclusivos que justifiquem a utilização clínica quer da carbamazepina anticonvulsionante quer de antidepressivos no tratamento da dependência de cocaína (Lima *et al.,* 2004a,b).

A limitada gama de intervenções destinadas a tratar especificamente os consumidores problemáticos de cocaína será acrescida de algumas iniciativas orientadas para este grupo de utentes. Nos Países Baixos, foi recentemente lançado um sítio na *web* para consumidores de cocaína e, no Reino Unido, os serviços foram ampliados na Primavera de 2003 com o desenvolvimento de novas agências, juntamente com novas orientações e uma melhor formação. Na Áustria, os serviços de tratamento estão a trabalhar na adaptação dos serviços às necessidades dos consumidores problemáticos de cocaína.

Outras implicações dos serviços de apoio a consumidores de cocaína

As observações efectuadas em salas de consumo assistido mostram que as emergências associadas ao consumo de cocaína se caracterizam por uma extrema ansiedade e frequente paranóia, sendo difícil ao pessoal saber como responder à situação (OEDT, 2004a). O aumento do número de agressões verificadas entre utentes e traficantes foi associado a um aumento no tráfico de cocaína *crack* (Stöver, 2001).

Não está esclarecido até que ponto os problemas são consequência directa da utilização das formas de cocaína para fumar, por si só, ou estão relacionados com a frequência e quantidade do seu consumo, ou com problemas pré-existentes nos planos social e psicológico ou de consumo de substâncias. Entre as respostas ao problema contam-se a produção de material informativo sobre os riscos envolvidos e sobre uma maior segurança na utilização, especificamente desenvolvido para o efeito, as salas de consumo assistido, as salas de «chill-out» (de regresso à normalidade) e os centros de dia («day-shelters») onde os utentes se podem recolher e acalmar e, ainda, o tratamento em regime de ambulatório (Stöver, 2001).

Têm sido manifestadas preocupações quanto aos riscos potenciais de expor ao comportamento e aos problemas dos consumidores de cocaína jovens consumidores que frequentam os locais de tratamento sobretudo por problemas associados ao consumo de *cannabis* (Neale e Robertson, 2004).

Apreensões e informação sobre o mercado ([78])

Produção e tráfico

A Colômbia é de longe o primeiro produtor mundial de coca, seguida do Peru e da Bolívia (Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime, UNODC, 2003a). Calcula-se que a produção mundial de cocaína em 2002 tenha sido de 800 toneladas métricas, das quais 72% provenientes da Colômbia, 20% do Peru e 8% da Bolívia. 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. Todavia, em 2002, parte da cocaína traficada na Europa foi enviada através do Brasil (e daí para Portugal) ou dos EUA (e daí para a Itália). Os principais pontos de entrada na UE são a Espanha, Portugal e os Países Baixos, e em menor grau a França e o Reino Unido (Relatórios Nacionais Reitox, 2003; UNODC, 2003a; INCB, 2004a).

Apreensões

Segundo a Comissão das Nações Unidas sobre os Estupefacientes (CND, 2004), a cocaína é a terceira droga mais traficada no mundo, depois da a *cannabis* herbácea e da resina de *cannabis*. Em termos de volume apreendido, foi no continente americano e na Europa que, em 2002, continuou a ter lugar a maior parte do tráfico de cocaína. As apreensões na Europa corresponderam a 13,5% da

([78]) Ver capítulo 3, Interpretação dos dados sobre apreensões e mercado (p. 30).

quantidade total apreendida a nível mundial (CND, 2004). Na Europa, é nos países ocidentais que se verifica a maior parte das apreensões de cocaína. Entre 1997 e 2002, a Espanha foi, em permanência, o país europeu com o mais elevado nível de apreensões de cocaína. Em 2001 e 2002 ([79]), mais de metade do total da UE, quer em termos de número de apreensões quer de quantidades apreendidas, correspondeu à Espanha.

No período de 1997-2002, verificou-se um aumento do número de apreensões de cocaína ([80]) em todos os países, com excepção da Alemanha e da Itália. A avaliar pelas tendências registadas nos países relativamente aos quais existem dados disponíveis, é provável que se venha a confirmar um acréscimo do número de apreensões de cocaína a nível europeu em 2002.

Durante o referido período de cinco anos, verificaram-se oscilações nas quantidades de cocaína apreendidas ([81]), mas com uma tendência ascendente. Após um volume recorde de apreensões de cocaína em 2001, as quantidades de cocaína apreendidas a nível da UE diminuíram substancialmente em 2002 ([82]) — sobretudo devido a uma redução das quantidades apreendidas em Espanha (e Portugal) comparativamente a 2001, se bem que alguns países (Alemanha, França, Itália e Noruega) tenham comunicado aumentos significativos das quantidades de cocaína apreendida. A diminuição das quantidades de cocaína apreendida em 2002 em Espanha, Países Baixos e Portugal, a par do aumento comunicado pela França, Alemanha e Itália, pode ser indício de uma mudança em termos da importância relativa dos pontos de entrada tradicionalmente utilizados pelos traficantes para a cocaína destinada à Europa (CND, 2004). Cabe notar que nos Países Baixos, desde a adopção, em 2002, de medidas radicais para reduzir o fluxo de «correios» de cocaína das Caraíbas para o aeroporto de Schiphol, o número de detenção de «correios» de cocaína diminuiu drasticamente.

Embora alguns países da UE tenham comunicado apreensões de cocaína *crack*, nem sempre é possível fazer a distinção entre estas apreensões e as de cocaína de base. Assim, é possível que as tendências acima descritas relativas às apreensões de cocaína incluam igualmente a cocaína *crack*.

Medidas internacionais contra o tráfico de cocaína

O tráfico de cocaína continua a ser largamente controlado por criminosos colombianos. Contudo, há grupos da Albânia e do continente africano igualmente envolvidos na distribuição desta substância. A operação «Trampolim», lançada pela Interpol, pôs a descoberto o contrabando de cocaína da Venezuela e da Colômbia para o Curaçau. Esta operação levou à identificação de várias importantes organizações de tráfico que operam a partir das Caraíbas para praticamente todas as regiões do mundo (Interpol, 2002). Durante o ano de 2003, tiveram lugar ao longo da costa atlântica da Europa várias importantes operações marítimas de combate ao contrabando de cocaína. Foram apreendidas cerca de 29 toneladas. A maioria destas operações foi levada a cabo pelas autoridades espanholas.

A operação «Purple», um programa internacional lançado em 1999 visando a detecção de fontes ilegais de produção de permanganato de potássio (utilizado na produção ilícita de cocaína), continuou a ser bem sucedida na sua acção. Em 2003, conseguiu-se impedir que quase 900 toneladas daquela substância fossem desviadas para a produção ilícita de estupefacientes.

Em 2002, a Organização Mundial das Alfândegas (OMA) e a Interpol lançaram uma iniciativa conjunta, a operação «Andes», destinada a permitir às autoridades alfandegárias e policiais nacionais trocar e analisar informações susceptíveis de contribuir para a identificação de carregamentos ilegais de precursores químicos no Chile, Bolívia, Colômbia, Argentina e Peru (OMA, 2003).

Preço e pureza

Em 2002, o preço médio da cocaína ([83]) vendida a retalho no território da UE variava muito, de 38 euros por grama em Portugal a 175 euros por grama na Noruega. Entre 1997 e 2002, o preço médio da cocaína no mercado retalhista manteve-se estável ou diminuiu em todos os países da União. Segundo as informações de que dispomos, esse panorama manteve-se em 2002, com excepção da República Checa e da Lituânia, onde os preços subiram em comparação com o ano anterior.

Comparativamente à heroína, a pureza média da cocaína ao nível do utilizador é elevada, tendo variado, em 2002, de 28%, na Estónia, a 68%, na República Checa e na Noruega. Entre 1997 e 2002, a pureza média da cocaína registou um decréscimo na maioria dos países da UE que forneceram dados sobre as tendências ao longo do tempo nesta matéria. Em 2002, a pureza da cocaína continuou a diminuir na maioria dos países, com excepção dos que comunicaram os mais elevados índices de pureza média, nomeadamente, a Bélgica, a República Checa, o Luxemburgo e a Noruega, onde se registou um aumento da pureza média da cocaína.

([79]) Esta informação deverá ser verificada quando estiverem disponíveis os dados referentes a 2002. No caso da Bélgica, da Itália, dos Países Baixos e da Eslovénia, faltam dados de 2002 sobre os números de apreensões de cocaína. No caso da Irlanda, de Chipre, da Hungria, de Malta, da Polónia, da Eslováquia e do Reino Unido, faltam dados de 2002 sobre os números de apreensões e as quantidades apreendidas.

([80]) Ver quadro 5 sobre Mercados no Boletim Estatístico de 2004.

([81]) Ver quadro 6 sobre Mercados no Boletim Estatístico de 2004.

([82]) Esta informação deverá ser verificada quando estiverem disponíveis os dados referentes a 2002.

([83]) Ver quadro 14 sobre Mercados no Boletim Estatístico de 2004.

Capítulo 6

Heroína e consumo de droga injectada

Consumo problemático de droga

O consumo regular e continuado de heroína, de droga injectada e, em alguns países, a utilização intensiva de estimulantes, são responsáveis por uma percentagem assinalável dos problemas de saúde e sociais associados à droga, na Europa. O número de indivíduos com este tipo de comportamento é baixo relativamente ao conjunto da população, mas o impacto do consumo problemático de droga é considerável. Para ajudar a compreender a dimensão do problema e permitir monitorizar as tendências ao longo do tempo, o OEDT está a trabalhar com os Estados-Membros na redefinição do conceito de «consumo problemático de droga» e no desenvolvimento de estratégias para medir quer a sua dimensão quer o seu impacto.

Em termos operacionais, o consumo problemático de droga é definido como sendo o «consumo de droga injectada ou consumo prolongado/regular de opiáceos, cocaína e/ou anfetaminas» ([84]). Da dificuldade de obter cálculos fiáveis neste domínio resultam variações nas definições e incertezas metodológicas, o que exige um cuidado especial ao interpretar as diferenças entre países e ao longo do tempo.

Prevalência

Os cálculos da prevalência do consumo problemático de droga situam-se entre dois e dez casos por cada 1 000 habitantes com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (utilizando os pontos médios das estimativas) ou até 1% da população adulta ([85]). O consumo problemático de droga afecta de forma desproporcionada algumas zonas geográficas, como as cidades de interior carenciadas, e alguns grupos específicos, nomeadamente os jovens do sexo masculino, fazendo o consumo problemático de droga parecer particularmente intenso em algumas comunidades. As estimativas mais elevadas foram as comunicadas pela Dinamarca, Itália, Luxemburgo, Portugal e Reino Unido (seis a dez casos por 1 000 habitantes com idades compreendidas entre 15 e 64 anos) e os valores mais baixos foram fornecidos pela Alemanha, Grécia, Países Baixos e Finlândia (menos de quatro casos por 1 000 habitantes com idades entre os 15 e os 64 anos; ver figura 11). De entre os novos países da UE, chegam-nos cálculos bem documentados apenas da República Checa, Polónia e da Eslovénia, com valores próximos da média do referido intervalo de variações, ou seja, 4,9, 1,9 e 5,3 casos por 1 000 habitantes com idades entre 15 e 64 anos, respectivamente.

Apesar dos consideráveis melhoramentos verificados a nível dos métodos de cálculo, a falta de dados fiáveis e consistentes relativos ao passado torna complexa a avaliação das tendências em matéria de consumo problemático de droga. As informações que nos chegam de alguns países sobre mudanças a nível dos cálculos, apoiadas por outros dados indicadores, sugerem que se tem verificado um aumento do consumo problemático de droga desde meados da década de 90. Foram fornecidas estimativas por dezanove países, nove dos quais comunicaram um acréscimo do consumo problemático de droga desde meados ou finais dos anos 90. São eles a Bélgica, Dinamarca, Alemanha, Itália, Luxemburgo, Finlândia, Suécia (entre 1992 e 1998), Reino Unido e Noruega. Os aumentos comunicados pela Bélgica, Finlândia e Noruega baseiam-se em estimativas de consumo de droga injectada. Embora não existam séries de estimativas nacionais sobre as tendências ao longo do tempo relativamente aos novos Estados-Membros, existem outros dados que sugerem que as tendências são variáveis. Na República Checa, diversos indicadores sugerem que o consumo problemático de droga estabilizou desde finais da década de 90, enquanto na Estónia se registaram acentuados aumentos em alguns indicadores do consumo problemático de droga. Atendendo à potencial vulnerabilidade aos problemas da droga dos países em situação de transição social e económica, é imperativo desenvolver capacidades de vigilância nos novos Estados-Membros.

Padrões e extensão do consumo

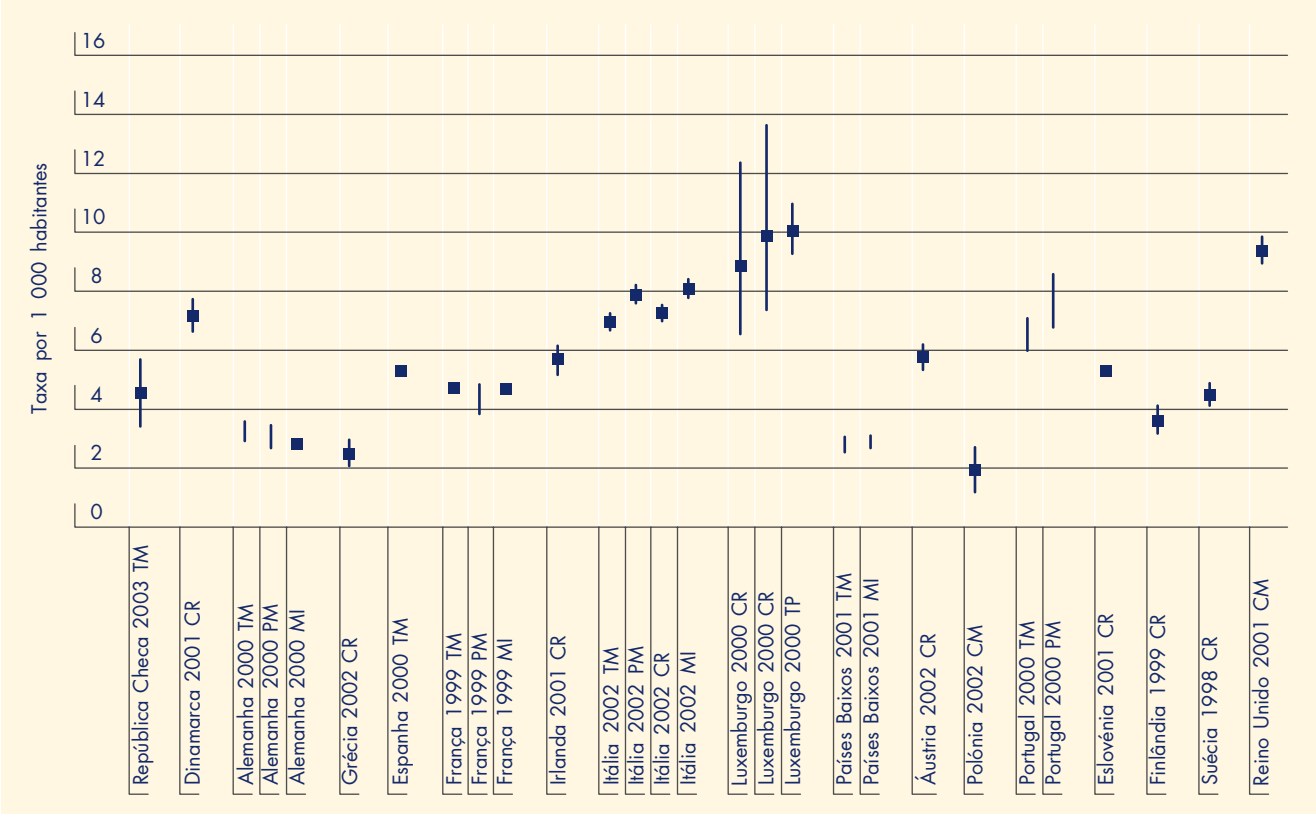
O consumo problemático de droga pode ser subdividido em vários grupos importantes. É possível estabelecer uma distinção genérica entre o consumo de heroína, que historicamente tem sido responsável pela maior parte dos problemas associados ao consumo de drogas na maioria dos países da UE, e o consumo problemático de estimulantes, predominante na Finlândia e na Suécia, onde a maioria dos consumidores problemáticos de drogas consome sobretudo anfetaminas. De igual modo, na República Checa, os consumidores de metanfetaminas têm constituído, ao longo do tempo, uma percentagem significativa dos consumidores problemáticos de droga.

Face à crescente diversidade que, cada vez mais, caracteriza o consumo problemático de droga, o OEDT está presentemente a ponderar se a definição operacional daquele conceito deverá ser reformulada, à luz das

([84]) Para mais informações, ver notas metodológicas sobre o consumo problemático de droga no Boletim Estatístico de 2004.

([85]) Ver quadros 3 e 4 sobre Prevalência no Boletim Estatístico de 2004.

Figura 11: Estimativas da prevalência do consumo problemático de droga (por 1 000 habitantes na faixa etária 15-64 anos)



Notas: CR = Captura/recaptura; TM = Multiplicador tratamento; PM = Multiplicador polícia; MI = Indicador variantes múltiplas; TP = Regressão truncada de Poisson; MC = Métodos combinados.
Os grupos-alvo podem variar ligeiramente em virtude dos diferentes métodos e fontes de dados, pelo que as comparações devem ser efectuadas com prudência. Para mais pormenores, ver quadros 3 e 4 — Prevalência, Boletim Estatístico de 2004. A estimativa sueca foi ajustada para se adaptar à definição de consumo problemático de drogas do OEDT. A estimativa espanhola não inclui o consumo problemático de cocaína; está disponível uma estimativa mais elevada nos quadros 3 e 4 — Prevalência, que tem este grupo em conta, mas que pode não ser tão fiável.

Fontes: Pontos focais nacionais. Ver também o projecto OEDT *National prevalence estimates of problem drug use in the União Europeia, 1995-2000*, (Estimativa da prevalências nacionais do consumo problemático de droga na UE) CT.00.RTX.23, Lisboa, OEDT, 2003. coordenado pelo Institut für Therapieforschung, Munique (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372).

mudanças registadas a nível do fenómeno da droga. A título de exemplo, os problemas associados ao policonsumo têm vindo a adquirir um peso crescente na maioria dos países, enquanto alguns países onde os problemas associados aos opiáceos têm tradicionalmente predominado dão agora conta de mudanças para outras drogas. Em Espanha, verifica-se uma diminuição dos índices relativos aos consumidores problemáticos de opiáceos e observa-se um aumento dos problemas associados ao consumo de cocaína, apesar de o país não dispor de estimativas fiáveis de tendências temporais do consumo problemático de cocaína. A Alemanha e os Países Baixos dão conta de uma percentagem crescente de consumidores de cocaína *crack* entre os seus grupos populacionais com problemas de consumo de substâncias, se bem que o índice global de consumidores problemáticos de droga nos Países Baixos não tenha sofrido alterações.

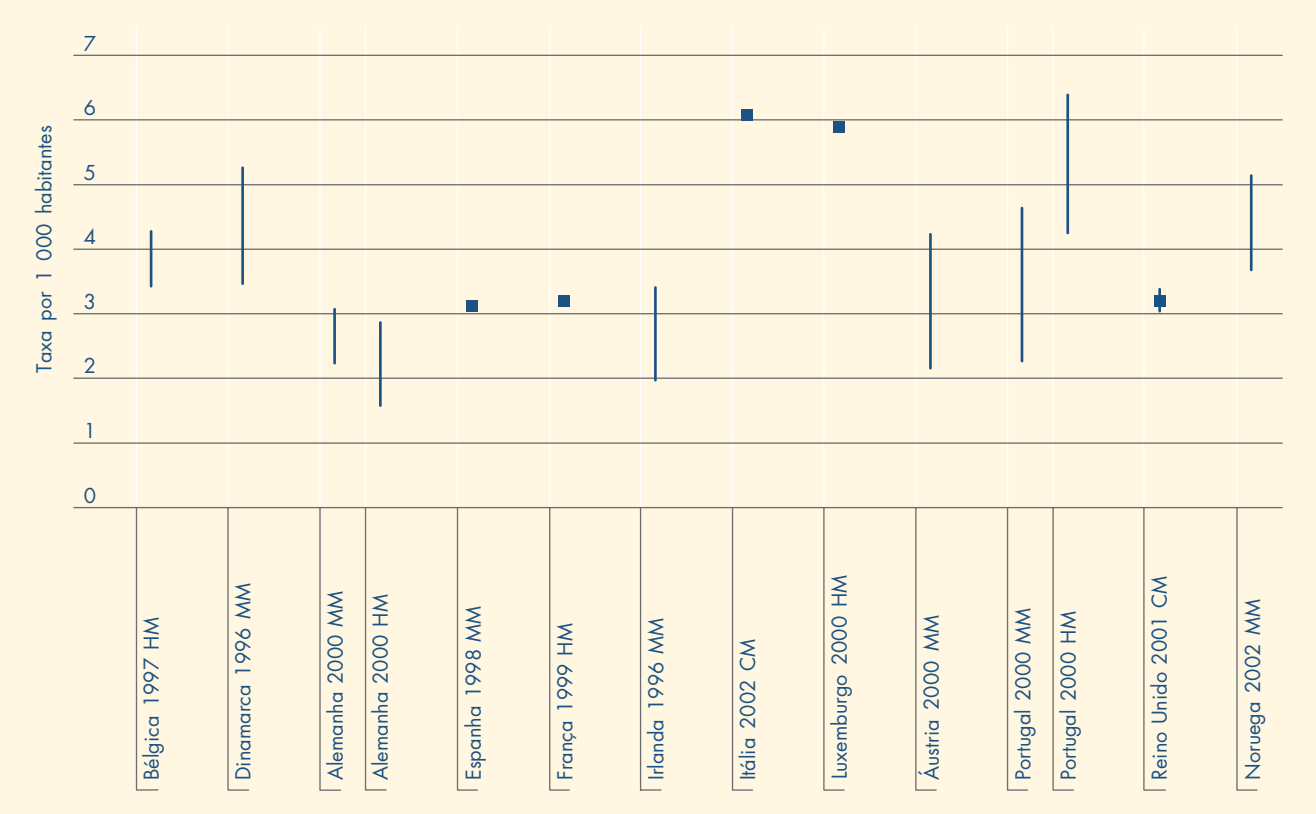
A média ponderada de consumidores problemáticos de droga na UE situa-se provavelmente entre quatro e sete casos por cada 1 000 habitantes com idades compreendidas ente 15 e 64 anos, o que se traduz em 1,2 a 2,1 milhões de consumidores problemáticos de droga na UE após o alargamento, dos quais cerca de 850 000 a 1,3 milhões são consumidores activos de droga injectada. Contudo, estas estimativas estão longe de estar adequadamente fundamentadas e terão de ser revistas quando existirem mais dados disponíveis provenientes dos novos Estados-Membros.

Consumo de droga injectada

Os consumidores de droga injectada correm elevados riscos de sofrer consequências adversas, impondo-se por conseguinte considerar o consumo de droga injectada em separado, como uma categoria nuclear do consumo problemático de droga.

Os cálculos referentes ao consumo de droga injectada são efectuados recorrendo a métodos indirectos (assentes em aspectos técnicos, de multiplicador, etc.) com base nos dados relativos à mortalidade ou à infecção pelos vírus da imunodeficiência humana (VIH) ou da hepatite C (VHC). Também aqui, a qualidade das informações e as questões metodológicas suscitam problemas de interpretação. É difícil, por exemplo, nos cálculos nesta matéria, estabelecer a distinção entre consumo actual de droga injectada e

Figura 12: Estimativas do consumo de droga injectada (por 1 000 habitantes na faixa etária 15-64 anos)



Notas: MM = Multiplicador mortalidade; HM = Multiplicador VIH; CM = Métodos combinados para estimativa CDI (consumo de droga injectada).
Os grupos-alvo podem variar ligeiramente em virtude dos diferentes métodos e fontes de dados, pelo que as comparações devem ser efectuadas com prudência. Considera-se que os multiplicadores baseados na mortalidade e na infecção por VIH dão estimativas sobre o consumo de droga injectada (sobretudo consumo regular), que faz ma parte do consumo problemático de drogas. Considera-se que os outros métodos dão estimativas sobre o consumo problemático. Para mais pormenores ver quadros 3 e 4 — Prevalência, Boletim Estatístico de 2004.

Fontes: Pontos focais nacionais. Ver também o projecto OEDT *National prevalence estimates of problem drug use in the União Europeia, 1995-2000*, (Estimativa da prevalências nacionais do consumo problemático de droga na UE) CT.00.RTX.23, Lisboa, OEDT, 2003, coordenado pelo Institut für Therapieforschung, Munique (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372).

experiência ao longo da vida de consumo por injecção, impondo-se um cuidado especial ao efectuar comparações entre países. As estimativas nacionais disponíveis sobre o consumo de droga injectada apontam para dois a seis casos por cada 1 000 habitantes com idades entre os 15 e os 64 anos (figura 12).

Análises dos índices de utilizadores de heroína injectada em tratamento dão conta de acentuadas diferenças entre países na prevalência do consumo actual de droga injectada, bem como de tendências variáveis ao longo do tempo ([86]). Os dados disponíveis mostram que menos de metade (43%) dos que recebem pela primeira vez tratamento por consumo de heroína referem o consumo actual desta droga por injecção, comparativamente a dois em cada três (62%) de todos os que recebem tratamento (médias ponderadas). Em alguns países (Espanha, Países Baixos, Portugal), parece ser relativamente pequena a percentagem de consumidores de heroína por via endovenosa, enquanto noutros países (República Checa, Eslovénia, Finlândia) o consumo de heroína injectada continua a ser a regra. Em diversos Estados-Membros que há muito integram a UE e relativamente aos quais existem dados disponíveis, o consumo de droga injectada parece ter diminuído durante a década de 90. Todavia, é preocupante constatar que noutros Estados-Membros (Alemanha, Irlanda, Finlândia) o consumo de droga injectada parece não estar a diminuir, dando mesmo sinais de estar a aumentar, enquanto que nos novos países da União, pelo menos naqueles relativamente aos quais existem dados disponíveis, quase todos os consumidores de heroína parecem fazê-lo por via endovenosa.

Apreensões e informação sobre o mercado ([87])

Produção, tráfico e apreensões de opiáceos

A maior parte do ópio e heroína produzidos ilicitamente no mundo provém de um reduzido número de países (UNODC, 2003a). Em 2002, a produção mundial ilícita de ópio foi calculada em cerca de 4 500 toneladas métricas, 76% das

([86]) Ver figura 9 OL: Tendências no consumo de droga injectada.

([87]) Ver capítulo 3, Interpretação dos dados sobre apreensões e mercado (p. 30).

quais provenientes do Afeganistão; do restante, a maior parte proveio do Sudeste asiático, sendo da ordem dos 18% a quota-parte de Myanmar e de 3% a do Laos. A produção mundial de ópio tem permanecido estável ao longo dos últimos cinco anos, 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, da produção.

A heroína consumida na UE é maioritariamente produzida no Afeganistão ou ao longo das rotas de tráfico do ópio, nomeadamente na Turquia (UNODC, 2003a), e entra na Europa através de 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, países de trânsito, esta rota subdivide-se num ramo meridional, através da antiga República jugoslava da Macedónia (ARJM), Albânia, parte de Itália, Sérvia, Montenegro e Bósnia e Herzegovina, e num ramo setentrional, através da Bulgária, Roménia, Hungria e Áustria. Desde meados da década de 90, o contrabando de heroína para a Europa tem sido progressivamente efectuado através da «Rota da Seda», que atravessa a Ásia Central, o mar Cáspio e a Federação Russa (Relatórios Nacionais Reitox, 2003; UNODC, 2003a; CND, 2004; INCB, 2004a). Sendo embora estas as rotas mais importantes, têm sido ocasionalmente efectuadas apreensões noutros pontos do globo, nomeadamente em alguns países africanos e na Colômbia.

Para além da heroína importada, algumas drogas opiáceas são produzidas na UE. Isto limita-se essencialmente a uma reduzida produção de produtos caseiros obtidos a partir da papoila (como o concentrado de papoila, obtido por trituração de caules e cabeças desta planta) em alguns países do leste da UE, como a República Checa, Estónia, Lituânia e Polónia. Existem indícios de que estes produtos caseiros estão a ser substituídos no mercado ilícito pela heroína importada.

Em termos de volume, em 2002, a Ásia (52,5%) e a Europa (28,1%) continuaram a ser responsáveis pela maior parte das apreensões de heroína efectuadas em todo o mundo (CND, 2004), tendo as apreensões na Europa tido lugar predominantemente nos seus países ocidentais. Desde 1998 que o país da UE responsável pelo maior número de apreensões de heroína e de quantidades apreendidas desta droga é o Reino Unido, seguido da Espanha ([88]). Em 2001, o Reino Unido foi responsável por um terço do número total de apreensões de heroína e por 40% da quantidade total de heroína apreendida na UE.

As quantidades de heroína apreendidas ([89]) na UE mantiveram-se estáveis até 1998, tendo registado subidas em 1999 e 2000. A avaliar pelas tendências verificadas nos países relativamente aos quais existem dados disponíveis, a quantidade total de heroína apreendida na UE parece ter permanecido estável desde 2000 ([90]), embora o número de apreensões de heroína em 2002 tenha diminuído em todos os países relativamente aos quais existem dados disponíveis ([91]).

Uma evolução preocupante é a que é apontada por recentes informações sobre tráfico de fentanil, um opiáceo sintético cerca de cem vezes mais potente do que a heroína ([92]). Foram recentemente comunicadas apreensões em alguns países ribeirinhos do mar Báltico e na Federação Russa. Na Suécia, foram efectuadas duas apreensões de fentanil em 2002 e vinte e três em 2003. Na Estónia, em finais de 2001, o fentanil e o metilfentanil surgiram nos mercados da droga como substitutos da heroína, o que conduziu a 68 apreensões de fentanil e 11 de metilfentanil em 2002. Na Finlândia, foi apreendido um grande carregamento de 3-metilfentanil em 2002. Na Lituânia, foi encontrado fentanil em seis apreensões efectuadas em 2002. O INCB (2004a) comunicou uma recente apreensão de 41 kg de fentanil na Ucrânia e o desmantelamento de três laboratórios que se dedicavam à produção desta droga sintética. Atendendo aos elevados riscos potenciais do fentanil, seria altamente preocupante se se verificasse um aumento significativo desta substância no mercado europeu de estupefacientes. Este facto é posto em evidência nas informações fornecidas pelos Estados bálticos, nos últimos dois anos, sobre casos de morte por *overdose* em cujas análises toxicológicas foi detectado fentanil, frequentemente associado à heroína. Impõe-se exercer vigilância, já que a droga pode passar despercebida, sobretudo se for misturada com heroína ilícita para aumentar a sua potência. Além disso, chegam-nos algumas informações pontuais sobre o consumo indevido de produtos de fentanil: na Grécia, por exemplo, veio a público a informação de que consumidores de droga extraem fentanil do medicamento de marca registada Durogesic®, um medicamento sob a forma de adesivo transdérmico.

A buprenorfina — um opiáceo farmacêutico — parece estar a surgir no mercado negro em alguns Estados-Membros da UE, como a República Checa, onde, em 2002, apareceu o Subutex®, e no Reino Unido, onde foram notificadas apreensões nos últimos três anos. A Finlândia comunicou importantes apreensões de Subutex® em 2001 e 2002, e a Noruega deu conta da confiscação de uma grande remessa de Temgesic®, em 2002. Até certo ponto, isto não é de estranhar, uma vez que a prescrição de buprenorfina tem aumentado consideravelmente num grande número de países. Em todo o caso, a droga está formulada como tendo um baixo potencial de utilização abusiva, sendo por conseguinte recomendável investigar mais aprofundadamente estas informações.

([88]) Esta informação deverá ser verificada quando estiverem disponíveis os dados referentes a 2002. No caso da Bélgica, Itália, Hungria, dos Países Baixos e da Polónia, faltam dados de 2002 sobre os números de apreensões de heroína. No caso da Irlanda, de Chipre, Malta, da Eslováquia e do Reino Unido, faltam dados de 2002 sobre os números de apreensões e as quantidades apreendidas.

([89]) Ver quadro 14 sobre Mercados no Boletim Estatístico de 2004.

([90]) Esta informação deverá ser verificada quando estiverem disponíveis os dados referentes a 2002.

([91]) *Ibidem.*

([92]) Em caso de consumo acidental de fentanil, tomado por heroína, o risco de toxicidade é muito elevado.

Medidas internacionais contra o tráfico de heroína

A cooperação à escala mundial tem vindo a intensificar-se a fim de fazer face ao desafio que representa o aumento da produção de heroína proveniente do Afeganistão (Europol, 2003). Desde 2002 que o projecto da Interpol NEHRO ([93]) se tem centrado numa nova rota de tráfico de heroína entre a Ásia Central e a Europa Ocidental (Interpol, 2002; Europol, 2003). Também a Organização Mundial das Alfândegas (OMA) lançou a «Operação Tamerlane», que visa a integração das acções de imposição da lei em que participam os guardas dos serviços alfandegários, policiais e de fronteira de todos os países que a «Rota da Seda» atravessa ou contorna (OMA, 2003a).

Ao longo de 2003, a «Operação Topázio», de âmbito internacional, que visa impedir o desvio de anidrido acético, uma importante substância química utilizada no fabrico de heroína, identificou redes de tráfico e empresas de fachada que se dedicavam ao desvio deste produto na Europa. O Afeganistão e outros países asiáticos aderiram à operação. A «Operação Topázio» é uma de entre uma série de actividades, coordenadas a nível internacional, representativas de uma tendência que visa rastrear os precursores químicos necessários para a produção ilícita de drogas bem como as drogas propriamente ditas.

Preço e pureza da heroína

Na Europa, a heroína apresenta-se sob duas formas: a heroína castanha (forma química de base), de maior disponibilidade, e a heroína branca (forma de sal), menos comum e mais cara, habitualmente originária do Sudeste Asiático. Segundo as informações de que dispomos, em 2002, na UE, o preço médio da heroína castanha vendida na rua variava entre 29 euros por grama, na Hungria, e 161 euros por grama, na Suécia, enquanto o preço da heroína branca variava entre 32 (Hungria) e 213 (Suécia) euros por grama ([94]). É provável que estas diferenças no preço sejam reflexo da maior ou menor pureza da droga vendida. Nos últimos cinco anos, os preços médios de retalho tanto da heroína castanha como da heroína branca mantiveram-se estáveis ou diminuíram nos países relativamente aos quais existem dados disponíveis, com excepção da República Checa, onde registaram um aumento. Em 2002, o preço médio, na rua, da heroína castanha baixou em seis dos nove países da UE que forneceram dados na matéria, enquanto no caso da heroína branca a maior parte dos países (quatro em seis) comunicaram um aumento no preço médio.

Em 2002, a pureza média da heroína castanha vendida na rua na UE variava entre 10%, no Luxemburgo, e 43%, em Espanha, enquanto a pureza média da heroína branca variava entre 7%, na Estónia e Finlândia, e 75%, na Noruega. Nos últimos cinco anos, a pureza da heroína baixou ou permaneceu estável na maioria dos países da UE. Em 2001, a pureza da heroína castanha registou um aumento na maior parte dos países que notificaram tais dados (sete num total de dez), mas esta tendência inverteu-se em 2002, ano em relação ao qual foram comunicadas descidas substanciais da pureza média desta substância por cinco (num total de sete) países: Dinamarca, Luxemburgo, Portugal, Reino Unido e Noruega. A pureza média da heroína branca vendida na rua baixou quer em 2001 quer em 2002, mas só dispomos de informações sobre as tendências ao longo de tempo relativamente a três países (Dinamarca, Estónia e Finlândia).

Doenças infecto-contagiosas relacionadas com o consumo de drogas

VIH

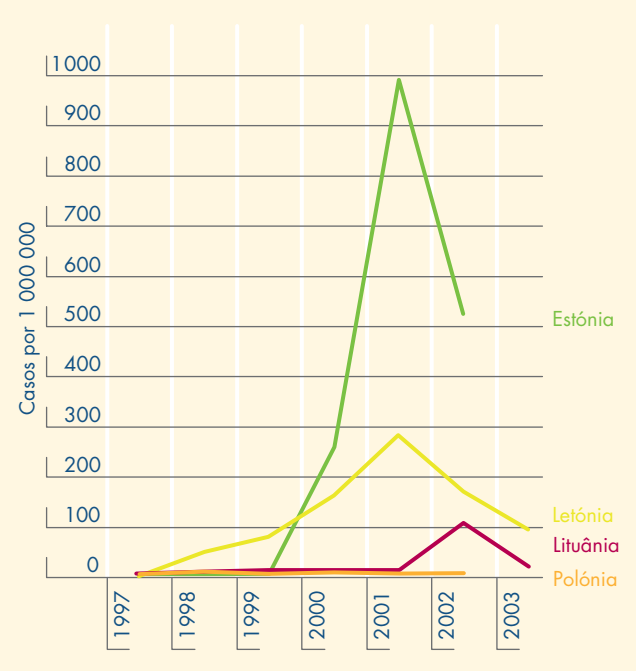
A epidemia do VIH está a alastrar rapidamente em alguns dos novos Estados-Membros da UE e nos países seus vizinhos. A Estónia, Letónia, Rússia e Ucrânia são dos países do mundo com um mais rápido crescimento desta epidemia. Os índices de prevalência variam grandemente nos outros novos países da UE, encontrando-se alguns ainda em risco de sofrer surtos semelhantes. Entre os «antigos» países da UE, alguns que até agora tinham sido poupados a grandes epidemias de VIH entre os consumidores de droga injectada (CDI) presentemente apresentam indícios de aumento dos riscos.

As análises de dados de casos notificados para os CDI sugerem que a incidência do VIH atingiu valores máximos na Estónia e na Letónia em 2001, com índices de 991 e 281 casos por cada milhão de habitantes, respectivamente, tendo-se seguido, em 2002, uma descida para índices anuais de 525 e 170 casos por milhão de habitantes, que continuam a ser demasiado elevados (figura 13) (EuroHIV, 2004). O decréscimo observado ficou a dever-se, possivelmente, a incorrecções nas notificações, saturação dos CDI ao mais alto nível de risco e/ou alterações no comportamento. De entre os novos países da UE, a Estónia (6,2%-13%), a Letónia (6,6%-14,6%) e a Polónia (6,8%-9,1%) comunicaram as mais elevadas taxas de prevalência em diferentes amostras nacionais de CDI testados em 2001-2003, enquanto a nível local foi registado, nesses anos, um valor máximo, respectivamente de 41% (de 964), 22% (de 205) e 29,7% (de 165) nos três países. Na Estónia, os dados sobre a prevalência de VIH provenientes de várias fontes parecem confirmar um abaixamento recente da prevalência entre CDI testados (6,2%, em 2002, entre uma amostra de 1 186 CDI a nível nacional, o que representa uma diminuição relativamente a 2001, em que os valores registados foram de 13% em 2 078). Na Letónia, os dados nacionais provenientes de centros de tratamento mostram também uma diminuição da prevalência nos CDI testados (13,7% em 2001 para 6,6% em 2003), mas os dados de outras fontes nacionais (hospitais e detenções: 7,8% em 2000 contra 14,6% em 2002) e de fontes regionais (várias fontes na região de Riga e em Tukums: 18,3% em 2000 contra 22% em 2003) apontam para um aumento continuado da prevalência em outras amostra de CDI. A Lituânia registou recentemente, em 2002, um acentuado aumento de novos casos de VIH, devido a um grande surto ocorrido numa prisão. Todavia,

([93]) Rota da heroína da Europa Setentrional.

([94]) Ver quadro 14 sobre Mercados no Boletim Estatístico de 2004.

Figura 13: Casos de infecção pelo VIH recentemente diagnosticados e notificados entre os CDI por milhão de habitantes nos novos Estados-Membros da UE



Fonte: Centro Europeu de Vigilância Epidemiológica da Sida (EuroHIV).

no país, a prevalência entre CDI (em 2002 e 2003: 1,0% de 2 831 e 2,4% de 1 112 CDI de várias fontes a nível nacional e 0,6% de 641 CDI e 0,4% de 235 CDI que participaram num programa de troca de seringas em Vilnius). O surto no estabelecimento prisional é ilustrativo quer da urgente necessidade de aplicar medidas de prevenção naquele país e noutras regiões onde a prevalência entre CDI permanece baixa quer do papel de peso que as prisões podem desempenhar na propagação do VIH ente CDI (Dolan, 1997-1998; Dolan *et al.*, 2003).

Na Polónia, os dados relativos à prevalência a nível nacional fornecidos por laboratórios de saúde pública sugerem uma diminuição da prevalência entre CDI, de 10% (de 3 106) em 2000 para 6,8% (de 2 626) em 2002. Esta diminuição coaduna-se com a tendência evidenciada a nível de novos casos de CDI comunicados, que baixaram de um valor elevado de 8,6 casos por milhão de habitantes, em 2000, para índices de 5,1 e 6,9 em 2001 e 2002, respectivamente. No entanto, os dados sobre a prevalência a nível local sugerem uma taxa elevada na região de Pomorskie, em 2002 (30% de 165 CDI recrutados entre utentes de serviços de tratamento da toxicodependência e na rua; 15% de 69, apenas na amostra de rua), embora haja que ter em conta que a prevalência entre CDI que recebem tratamento para a toxicodependência é susceptível de constituir uma sobreavaliação da prevalência entre a população de CDI no seu conjunto. Nos outros novos Estados da UE, a prevalência do VIH entre os consumidores de droga injectada ainda era muito baixa em 2000-2001, não existindo, na maioria dos casos, dados disponíveis mais recentes. A prevalência do VIH era, em medida, inferior a 1% na República Checa, Eslovénia e Eslováquia, à semelhança da situação registada nos países vizinhos candidatos à UE, a Roménia e a Bulgária (OEDT, 2003a). Embora estes países tenham, até ao presente, evitado epidemias de VIH entre os CDI, os aumentos registados a nível do consumo de droga injectada poderão traduzir-se em aumentos na prevalência da infecção pelo VIH e da hepatite num futuro próximo, caso as medidas de prevenção não sejam suficientes (ver secção sobre redução das infecções relacionadas com o consumo de drogas, neste capítulo).

No que se refere aos antigos 15 Estados-Membros da UE, segundo os dados fornecidos sobre casos de infecção pelo VIH, a epidemia da sida entre consumidores de droga por injecção parece, regra geral, ter estabilizado ou estar a diminuir, com índices que variaram, em 2002, entre 1,3 novos casos por cada milhão de habitantes, na Grécia, e 115,7 novos casos por milhão de habitantes, em Portugal (que registaram, em 2003, uma diminuição: 88,4) (EuroHIV, 2004). Contudo, uma vez que a notificação de casos a nível nacional não constitui prática consagrada nos países com maiores epidemias relacionadas com o consumo de droga injectada, as tendências ao longo do tempo apuradas com base nos casos comunicados podem ser erróneas a nível da UE, pelo que os dados sobre a prevalência da infecção pelo VIH entre os CDI constituem uma importante informação complementar. Os dados disponíveis sobre a prevalência a nível nacional sugerem grandes variações entre os países bem como dentro de cada país: de cerca de 0,1% na Finlândia (dados obtidos a partir dos programas de troca de seringas) a 9,7-35% em Espanha em diferentes amostras nacionais em Espanha (2001-2003) (figura 14). Em geral, a prevalência entre CDI estabilizou ou está a diminuir ([95]), se bem que a estabilização da prevalência não signifique que deixou de ocorrer transmissão, tendo havido países em que se verificaram, a nível local ou regional, aumentos da prevalência a partir de meados da década de 90. Além disso, em relação a algumas regiões que anteriormente comunicaram aumentos, não existem dados disponíveis mais recentes. Os recrudescimentos a nível da prevalência sugerem que as medidas de prevenção nessas regiões são porventura insuficientes, mesmo nas que a epidemia há muito está implantada. A continuação da transmissão entre consumidores de droga injectada é posta em evidência, em algumas regiões, pela elevada prevalência entre os jovens (idades inferiores a 25 anos) e os novos CDI (que consomem droga injectada há menos de dois anos) (OEDT, 2003b) ([96]). Nos casos em que a prevalência do VIH se manteve elevada entre CDI, é muito importante desenvolver esforços de prevenção sustentados para impedir a transmissão a novos CDI, a parceiros sexuais dos CDI e de mãe para filho.

Hepatites B e C e outras infecções

A prevalência de anticorpos (20-60%) do vírus da hepatite B (VHB) e de anticorpos (6-85%) do vírus da hepatite C (VHC) (17-95%) entre os CDI na UE é, de um modo geral, extremamente elevada, revelando uma necessidade considerável de tratamento e prevenção (figura 15).

([95]) Para mais pormenores sobre estes dados e consulta às fontes originais, ver quadros 1 e 8 sobre Doenças infecto-contagiosas no Boletim Estatístico de 2004.
([96]) *Ibidem.*

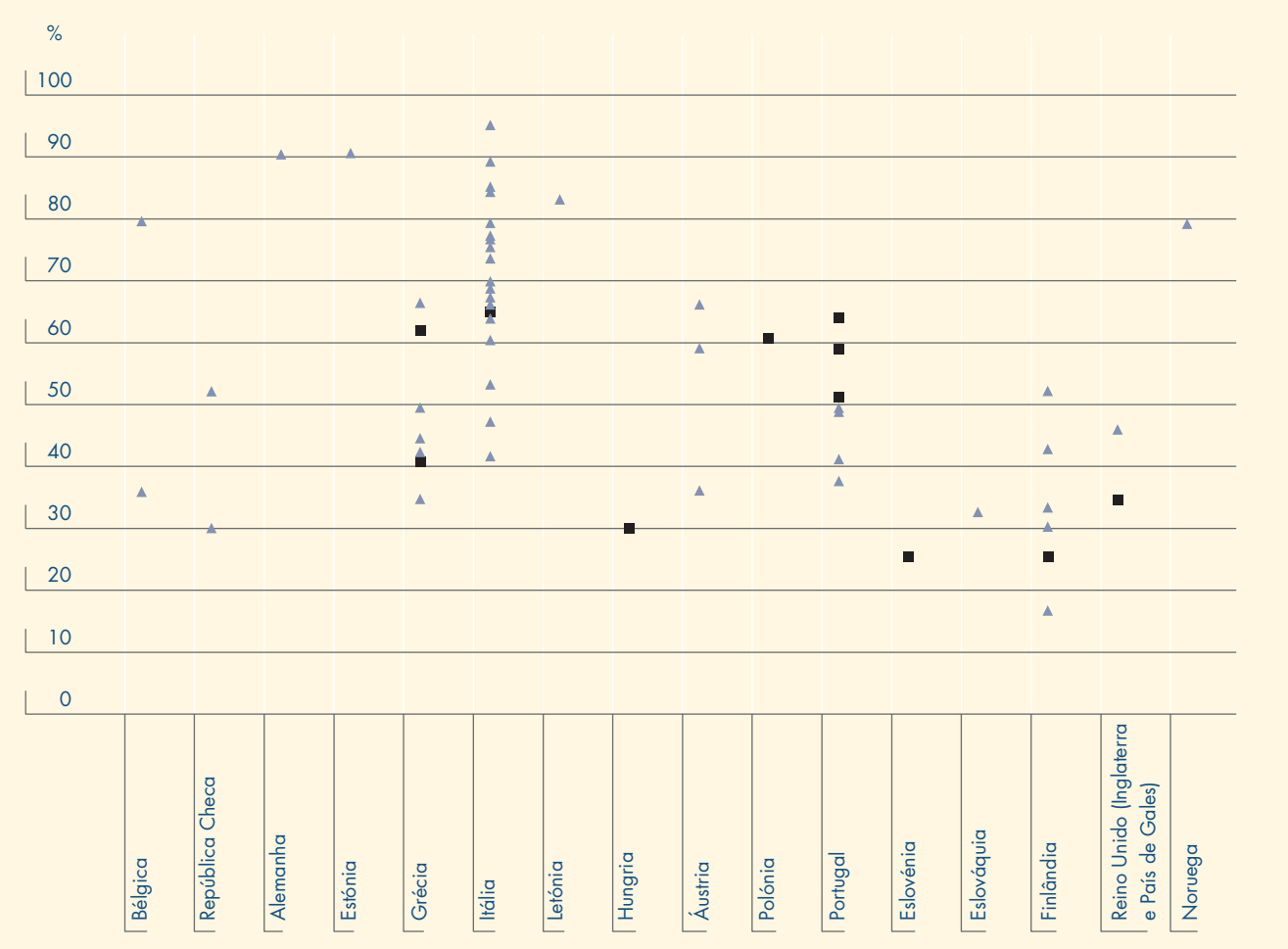
Figura 14: Prevalência da infecção pelo VIH entre os CDI — Estudos nacionais e regionais 2001-2003

Notas: ■ = amostra nacional; ▲ = amostras com cobertura local/regional.
As diferenças entre países deverão ser interpretadas com precaução, devido às diferenças dos tipos de populações e/ou métodos de estudo, bem como às diferentes estratégias nacionais relativas às amostras.
Os dados relativos a Portugal e Itália incluem não-CDI, pelo que podem subestimar a prevalência entre os CDI (percentagem de não-CDI nas amostras: Itália: 5-10%, Portugal: desconhecida). O mesmo acontece em algumas amostras da França.
Os dados relativos à Alemanha, Itália, Hungria, a Portugal e à Eslováquia limitam-se à prevalência de VIH entre os CDI em tratamento e podem não ser representativos da prevalência do VIH entre os CDI que não estão em tratamento.
Os dados relativos à Alemanha e ao Luxemburgo e parte dos dados relativos à Bélgica e França são baseados em resultados de testes notificados por iniciativa própria, que são menos fiáveis do que os testes comprovados clinicamente.
Fonte: Pontos focais nacionais Reitox. Para todos os pormenores, fontes primárias e dados ver Doenças infecto-contagiosas, quadro 8 (dados completos), Boletim Estatístico de 2004.

A prevalência do VHC é inferior (25-33%) em alguns dos países onde a prevalência de VIH também é baixa (nomeadamente alguns novos Estados-Membros: Hungria, Eslovénia e Eslováquia), o que permite inferir que, nestes países, os comportamentos de alto risco ainda não estão disseminados. Esta realidade sugere que a prevenção dessa disseminação poderá ainda ser efectuada através de intervenções de redução dos danos (ver abaixo).

O consumo de droga injectada pode ser uma via de transmissão de uma série de outras infecções; por exemplo, nos últimos anos, têm sido registados no Reino Unido surtos de tétano e de botulismo nas feridas ligados ao consumo de droga injectada, possivelmente relacionados com a contaminação da heroína e/ou com determinadas práticas de injecção (Hope *et al.*, 2004). Na UE, a prevalência de tuberculose (TB) entre os CDI parece ser, de um modo geral, baixa e não estar a aumentar, excepto, talvez, nos países bálticos (Migliori e Centis, 2002). No entanto, nos países vizinhos da Europa Oriental, a TB está a tornar-se um problema cada vez maior, devido à sua crescente resistência ao tratamento e à sua prevalência extremamente elevada entre a população reclusa, grande parte da qual é toxicodependente. As doenças sexualmente transmitidas (DST) podem ser, simultaneamente, um indicador da existência de comportamentos sexuais de risco e um factor de risco no que respeita à infecção por VIH (Estebanez *et al.*, 2001). Actualmente, a prevalência de DST está a aumentar rapidamente em diversos países da UE, sobretudo entre os homossexuais do sexo masculino. Em alguns países, nomeadamente na Irlanda e em Itália (Giuliani e Suligoi, 2004), estas doenças são muito comuns entre os toxicodependentes, ao passo que noutros (por exemplo, na Suécia e na Noruega) raramente são comunicadas; no entanto, na maioria dos países, parece não existirem dados de acompanhamento específicos sobre os toxicodependentes. Se se pretender que os dados de acompanhamento das DST sejam úteis como indicador de comportamentos de alto risco entre os CDI, com vista a aferir o potencial de transmissão do

Figura 15: Prevalência da infecção pelo VHC entre os CDI — Estudos nacionais e regionais 2001-2002



Notas: ■ = amostra nacional; ▲ = amostras com cobertura local/regional.
As diferenças entre países deverão ser interpretadas com precaução, devido às diferenças dos tipos de populações e/ou métodos de estudo, bem como às diferentes estratégias nacionais relativas às amostras.
Os dados relativos a Portugal e Itália incluem não-CDI, pelo que podem subestimar a prevalência entre os CDI (percentagem de não-CDI nas amostras: Itália: 5-10%, Portugal: desconhecida). O mesmo acontece em algumas amostras da República Checa.
Os dados relativos à Inglaterra e ao País de Gales e parte dos dados relativos à Finlândia são baseados em testes à saliva que subestimam a prevalência de infecção por VHC.
Os dados relativos à Bélgica, Itália, Hungria, a Portugal, à Eslovénia e Eslováquia limitam-se à prevalência de VHC entre os CDI em tratamento e podem não ser representativos da prevalência do VHC entre os CDI que não estão em tratamento
Fonte: Pontos focais nacionais Reitox. Para todos os pormenores, fontes primárias e dados ver Doenças infecciosas, quadro 11 (dados completos), Boletim Estatístico de 2004.

VIH por via sexual (Wiessing e Kretzschmar, 2003), é fundamental façam uma distinção entre CDI e que possibilitem um acompanhamento das tendências, especificamente, entre os CDI. De um modo geral, a situação epidemiológica das doenças infecto-contagiosas entre os CDI é grave. Esta realidade exige um rastreio sistemático dos toxicodependentes, sempre que estes entram em contacto com os serviços de saúde, assim como a garantia da existência de recursos suficientes para a prevenção e o tratamento.

Redução das infecções relacionadas com o consumo de drogas

Regista-se, desde 2001, um novo aumento no número e na cobertura geográfica dos programas de troca de agulhas e seringas (PTS) em diversos Estados-Membros ([97]). Nomeadamente na Estónia e na Letónia, está a verificar-se uma rápida expansão de novos serviços, apoiada por ajudas locais, nacionais e internacionais em resposta a uma importante epidemia de VIH. Na Escócia, em particular, o número de seringas trocadas quase triplicou entre 1997 e 2002, sendo esperados novos aumentos após o aumento para 60 do número máximo de seringas por visita do utente, facilitando a troca entre pares. A fim de preencher as lacunas geográficas remanescentes nos países da Europa Ocidental, foram agora também criados PTS na Irlanda do Norte (nas farmácias) e na Flandres (Bélgica). No entanto, na Suécia, prosseguem ainda as discussões sobre a extensão dos PTS.

([97]) Ver quadro 6 OL: Disponibilização e tipos de programas de troca de agulhas e seringas (PTS), participação das farmácias e número de seringas distribuídas/vendidas.

Nos casos em que foram levados a cabo estudos sobre o acesso a seringas, os resultados mostraram que a compra nas farmácias é a mais habitual fonte de aquisição de equipamento para injecção (por exemplo, 30-45% dos utentes dos PTS na Bélgica, 32% no Luxemburgo e 30-40% na Hungria). Há quatro países onde as farmácias desempenham um papel significativo na troca ou venda de seringas: em Espanha, Portugal e no Reino Unido, as farmácias trocam gratuitamente as seringas, e, em França, «*stérikits*» subsidiados pelo Estado são vendidos sobretudo em farmácias. Como resultado da participação das farmácias, estes quatro países conseguiram uma boa cobertura geográfica em matéria de pontos de troca de seringas. Nos outros países, os toxicodependentes têm de comprar as seringas (e outro equipamento), sendo que os elevados preços suscitam preocupação ([98]).

França e Portugal referem um decréscimo do número de seringas obtidas em farmácias. Em França, a venda de seringas registou uma diminuição de 45% entre 1999 e 2002, caindo de 16,5 milhões para 9 milhões. Estas reduções não foram contrariadas pelo aumento da actividade no âmbito dos PTS. Entre as possíveis explicações contam-se um aumento nos modos de consumo que não o consumo por via endovenosa, um maior acesso dos CDI a tratamentos de substituição, ou mesmo o aumento da partilha de seringas (Emmanuelli, 2003).

Os PTS podem ser executados através de métodos distintos: através de serviços de porta aberta, farmácias, centros de saúde e centros sociais, assim como através de pontos móveis de troca de seringas (um autocarro equipado ou trabalhadores dos serviços de proximidade) e de máquinas de distribuição especiais. Em vários dos novos Estados-Membros (República Checa, Polónia, Eslovénia e Bulgária) em especial, mas também na Bélgica, Irlanda e Reino Unido, os grupos de trabalhadores dos serviços de proximidade desempenham um papel de importância crescente no fornecimento de equipamento esterilizado aos toxicodependentes (McVeigh *et al.,* 2003).

Evolução do tratamento das infecções relacionadas com o consumo de drogas

As elevadas taxas de contaminação pelo vírus da hepatite C (VHC) entre os consumidores de droga preocupam cada vez mais os profissionais de saúde. Entre 60% e 80% dos toxicodependentes infectados por este vírus tornam-se doentes crónicos e, em mais de 20% dos casos, a doença hepática atinge o seu estádio final. Apesar disto, o acesso dos consumidores de droga ao tratamento da hepatite é baixo. O OEDT elaborou um resumo de políticas e uma monografia científica sobre a hepatite C, que podem ser consultadas em linha (OEDT, 2003c; OEDT, 2004d) ([99]).

Na maioria dos países, a situação dos consumidores de droga face ao tratamento da hepatite continua sem registar melhorias. As orientações sobre o tratamento são consideradas uma ferramenta importante para orientação da dispensa de tratamento médico e, neste contexto, em 2003/2004 ([100]), o OEDT levou a cabo uma análise das orientações sobre o tratamento da hepatite C nos consumidores de droga existentes nos 15 «antigos» Estados-Membros da UE e na Noruega. A análise concluiu que, nos vários Estados-Membros em que as orientações se encontram em curso de actualização, estão a ser tomadas em conta opções de tratamento melhoradas e a ser dada atenção reforçada à obtenção de resultados. Em alguns casos, as orientações referem explicitamente dados de investigação que documentavam os benefícios, para os consumidores de droga, do tratamento dispensado por equipas multidisciplinares integradas por hepatologistas e especialistas de consumo de drogas.

Deverá ser disponibilizado financiamento especial, através do Fundo Mundial de Luta contra a Sida, a Tuberculose e a Malária (GFATM — *Global Fund Against AIDS, Tuberculosis and Malaria)*, a fim de proporcionar tratamento anti-retroviral aos pacientes na Estónia e na Bulgária, país candidato: o número previsto de pessoas que receberão tratamento anti-retroviral é de 500 na Estónia e 200 na Bulgária (Secretariado GFATM, 2004).

Novas tendências na prestação de serviços

Entre as principais tendências na prestação de serviços de porta aberta a toxicodependentes, originalmente orientados para a troca de agulhas e seringas, incluem-se uma integração acrescida com outros serviços orientados para a sobrevivência, por exemplo, centros de abrigo, serviços médicos e cuidados de saúde, bem como o alargamento dos horários de atendimento pelo fim da tarde, noite e fins-de-semana.

Confrontado com o número cada vez maior de consumidores caóticos, que mostram pouca inclinação para contactar serviços, os serviços de atendimento a toxicodependentes dos Países Baixos puseram em prática uma táctica de persuasão «convivial» para dispensar cuidados a consumidores que habitualmente se mantêm à margem destes serviços. Esta abordagem «interferencial» permite um trabalho de proximidade e a dispensa de cuidados de saúde necessários a um grupo vulnerável de pessoas com múltiplos problemas que, apesar das condições terríveis que vivem e que deterioram seriamente a sua qualidade de vida, não recorre regularmente aos serviços de prestação de cuidados. (Roeg *et al.,* 2004).

O contacto com os toxicodependentes e com a população de risco é essencial para a transmissão de mensagens de educação para a saúde e a prevenção de danos para a saúde relacionados com o consumo de drogas. Isso tem sido conseguido, em grande medida, na República Checa, onde uma densa rede de 93 serviços, espalhados pelo país, conseguiu chegar a mais de 22 000 consumidores problemáticos de droga em 2002 — mais de metade da população estimada de consumidores problemáticos de droga (Relatório Nacional da República Checa, 2003, p. 35).

([98]) Ver quadro 7 OL: Preços para os tipos de seringas comummente usados (com agulha) em euros.

([99]) Ver caixa 4 OL: Questões-chave da hepatite C apresenta os resultados de três publicações recentes do OEDT sobre hepatite C.

([100]) Análise das linhas de orientação para o tratamento da infecção pelo vírus da hepatite C no que respeita ao acesso dos toxicodependentes a tratamento.

Vários outros países reconhecem o papel dos serviços de porta aberta como uma plataforma para a prestação de cuidados básicos de saúde, nomeadamente o tratamento de lesões e abcessos, como é o caso, por exemplo, dos «centros de enfermagem de porta aberta» noruegueses. Na Finlândia, os serviços médicos de porta aberta, chamados «centros de aconselhamento sanitário», levam a cabo, com êxito, campanhas de rastreio e vacinação. A possibilidade de receber cuidados médicos é atractiva, mesmo para os toxicodependentes que, de outra forma, são difíceis de atingir, e o contacto com o pessoal médico, muito mais do que os programas de troca de agulhas e seringas, proporciona a oportunidade de obter recursos e de encaminhamento para serviços como os de aconselhamento e rastreio da sida, cuidados de saúde e tratamentos da toxicodependência (OEDT, 2004a).

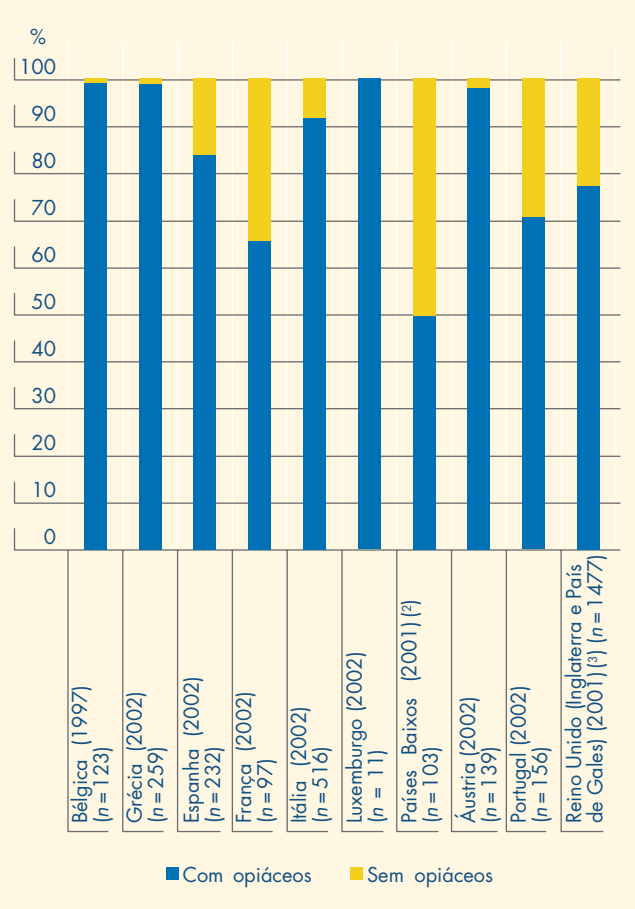
A necessidade de serviços de porta aberta é maior em países com epidemias «mais antigas», nos quais os CDI têm problemas de saúde consideráveis e estão mais marginalizados e socialmente excluídos: o crescente leque de serviços oferecidos poderá também traduzir uma dependência crescente deste grupo face a estes serviços.

Mortes relacionadas com o consumo de drogas ([101])

Os opiáceos estão presentes na maioria dos casos de «mortes relacionadas com o consumo de drogas» ([102]) devidos a substâncias ilegais registados na UE, embora, em muitos casos, tenham também sido identificadas outras substâncias durante os exames toxicológicos (figura 16) ([103]).

Entre 1995 e 2001, foram registados, anualmente, nos países da UE 8 000-9 000 mortes por *overdose* ([104]). Estes números podem ser considerados como estimativas mínimas dada a probabilidade de, na maioria dos países, existir algum défice a nível da comunicação. A maioria das vítimas de *overdose* é constituída por homens jovens (70-93%) já no final da casa dos 20 ou 30 anos, com uma idade média que varia entre 31 e 40 anos. Na maioria dos países da UE, regista-se uma tendência de envelhecimento entre as vítimas, que sugere um «efeito de envelhecimento da coorte» ([105]). Na Finlândia e, em menor grau, na Grécia e no Reino Unido, essa tendência não é visível, resultado que merece atenção, pois poderá indicar uma incidência crescente do consumo endovenoso ou do consumo de opiáceos nos últimos anos (figura 17).

Figura 16: Percentagem de mortes relacionadas com o consumo de drogas com ou sem presença de opiáceos em alguns países da UE em 2001-2002 ([1])

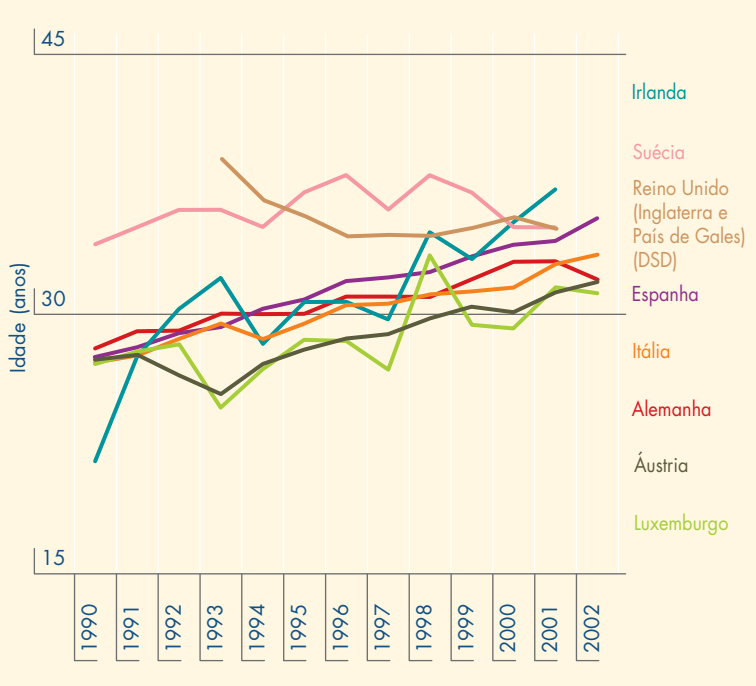


([1]) Ou último ano para o qual existe informação disponível.
([2]) Nos Países Baixos, alguns casos «sem opiáceos» referem-se a «outros narcóticos não especificados» ou «outros psicodisléptícos não especificados» e, por conseguinte, podem incluir casos que envolvam opiáceos e casos devidos a cocaína.
([3]) No Reino Unido, a informação toxicológica tem por base a np-SAD (St George's Hospital Medical School) e assenta em relatórios dos médicos legistas. Incluem-se os casos com pelo menos uma referência a opióides; poderá haver alguma sobreposição e a percentagem total poderá ser inferior.
Notas: Em alguns países, a definição de «morte relacionada com o consumo de drogas» inclui alguns casos de mortes indirectamente relacionadas com o consumo de drogas.
Fontes: Relatórios Nacionais Reitox 2003, dados obtidos a partir dos registos nacionais de óbitos ou de registos especiais (da medicina legal ou da polícia). Baseados nas definições nacionais apresentadas nas notas metodológicas «Definição de mortes por intoxicação aguda relacionada com o consumo de drogas nos Estados-Membros». Ver também quadro 1 — Mortes relacionadas com o consumo de drogas, Boletim Estatístico de 2004.

Diversos países da UE comunicam com regularidade a existência de vítimas de mortes relacionadas com o consumo de drogas, nas quais é possível identificar a presença de metadona. Como qualquer opiáceo, a metadona é uma substância potencialmente tóxica; porém, a investigação mostra claramente que os tratamentos de substituição reduzem o risco de mortalidade por *overdose* entre os participantes nesses programas. Segundo diversos estudos, é

([101]) Para uma panorâmica da situação da mortes relacionadas com o consumo de droga ver «Mortes e mortalidade relacionados com o consumo de droga entre os consumidores de droga» no Relatório Anual do ano passado (OEDT, 2003b).
([102]) Ver notas metodológicas «Mortes relacionadas com o consumo de droga — Definição do OEDT» no Boletim Estatístico. Ver Protocolo do OEDT para as mortes relacionadas com o consumo de droga (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419).
([103]) Ver quadro 1 sobre Mortes relacionadas com o consumo de droga no Boletim Estatístico de 2004.
([104]) Ver quadros 2 e 3 sobre Mortes relacionadas com o consumo de droga no Boletim Estatístico de 2004.
([105]) Ver figura 10 OL: Evolução da percentagem de pessoas com mais de 35 anos entre as vítimas de mortes relacionadas com o consumo de droga nos países da UE de 1990 até 2001-2002.

Figura 17: Idade média das vítimas de mortes relacionadas com o consumo de drogas em alguns países da UE, 1990-2002



Notas: A figura apresenta os países que referiram as idades médias das vítimas na maioria dos anos do período em causa.
Ver também figura 10 OL: Evolução da percentagem de pessoas com mais de 35 anos entre as vítimas mortais dos mortes relacionadas com o consumo de droga nos Estados-Membros da UE desde 1990 até 2001-2002.
Informação com base nas definições nacionais, tal como apresentadas nas notas metodológicas sobre as definições nacionais de mortes relacionadas com o consumo de drogas. Em Inglaterra e no País de Gales, utiliza-se a «Definição da Estratégia de Luta contra a Droga» (Boletim Estatístico de 2004).

Fontes: Relatórios Nacionais Reitox 2003, dados obtidos a partir dos registos nacionais de óbitos ou de registos especiais (da medicina legal ou da polícia).

mais provável que as mortes em que se detectou a presença de metadona tenham sido provocados por metadona obtida ilegalmente do que por metadona prescrita, sendo que outros demonstraram existir um risco mais elevado durante a fase inicial dos tratamentos de substituição com metadona. Estes resultados põem em evidência a necessidade de se garantir que os programas de substituição obedeçam a determinadas normas de qualidade.

Tendências em matéria de mortes por intoxicação aguda relacionada com o consumo de drogas

As tendências em matéria de mortes relacionadas com o consumo de drogas variam de país para país, embora seja possível identificar algumas tendências gerais nos países da UE. Durante os anos 1980 e no início dos anos 1990, observou-se um acentuado aumento do número de mortes relacionadas com o consumo de drogas ([106]). Durante o período de 1990-2000, e apesar de decréscimos em alguns países, a tendência geral de aumento manteve-se, ainda que menos acentuada. Em 2000, foram comunicados 8 838 mortes em toda a UE, em comparação com os 6 394 casos registados em 1990 (um aumento de 40%).

Entre 2000 e 2001-2002, muitos dos países da UE comunicaram uma diminuição do número de mortes relacionadas com o consumo de drogas, em alguns casos (Alemanha, Grécia, Irlanda, Itália e Portugal) com significado estatístico. Na Noruega, a política também comunicou uma diminuição acentuada das mortes relacionadas com o consumo de drogas. A nível da UE, registou-se uma diminuição global entre 2000 (8 838 casos) e 2001 (8 306 casos), o que representa uma redução modesta, embora estatisticamente significativa (6%) (figura 18) ([107]).

Poderá esperar-se uma tendência para o aumento das mortes relacionados com o consumo de drogas nos novos Estados-Membros ou nos países candidatos. Actualmente, a qualidade da informação sobre as mortes relacionadas com o consumo de drogas nestes países é muito limitada e as tendências observadas devem ser interpretadas com precaução. A Estónia, e Eslovénia mostram uma tendência crescente, sendo que na Bulgária e na República Checa não é possível discernir qualquer tendência.

Apesar da existência de factores favoráveis, tais como um decréscimo na prevalência do consumo injectado entre os consumidores de opiáceos, em vários países, e um aumento da oferta de tratamento, a diminuição registada nos últimos dois anos de mortes relacionadas com o consumo de drogas é escassa (inexistente em alguns países) e os actuais números mantêm-se elevados numa perspectiva de longo prazo.

Mortalidade global entre consumidores de opiáceos

Estudos de mortalidade levados a cabo com base em coortes mostram que a mortalidade entre os consumidores de opiáceos chega a ser 20 vezes superior à da população em geral do mesmo nível etário. O OEDT está a coordenar um projecto de cooperação sobre mortalidade, com base em coortes, em oito países, e os resultados preliminares foram apresentados em anteriores relatórios do OEDT. Estão a ser levadas a cabo novas análises, com a adição de coortes de França e da Escócia. Espera-se que os resultados sejam apresentados em futuros relatórios anuais do OEDT.

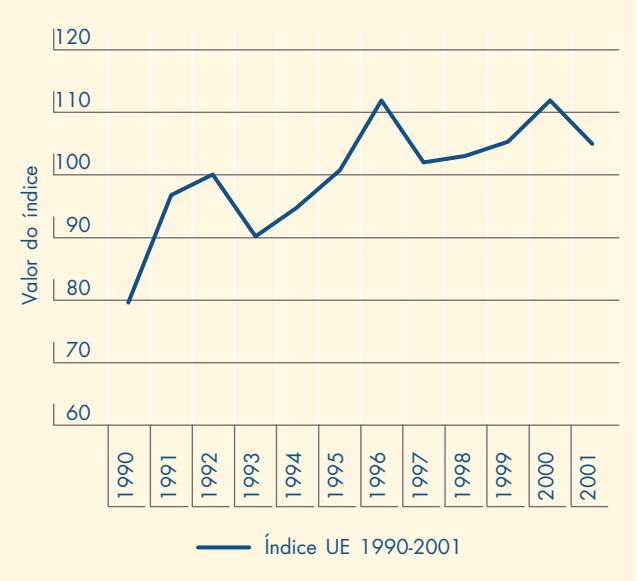
Diminuição do número de mortes relacionadas com o consumo de drogas

O conhecimento de factores de risco sociais e pessoais, dos riscos de mortes relacionadas com o consumo de drogas e das circunstâncias em que existe probabilidade de ocorrerem, especialmente *overdoses* fatais por heroína, tem vindo a aumentar desde meados dos anos noventa (por exemplo, Best *et al.*, 2000; 2001; Origer e Delucci, 2002), e os resultados permitem concluir que as abordagens médicas

([106]) Ver figura 11 OL: Tendência a longo prazo na UE de mortes por intoxicação aguda directamente relacionados com o consumo de droga (1985-2001).

([107]) Ver também figura 12 OL: Tendência em matéria de mortes por intoxicação aguda relacionada com o consumo de droga nos diferentes países da UE 1985-2001. Para o Reino Unido, ver também «Notas metodológicas sobre as definições nacionais de morte relacionada com o consumo de droga» (Boletim Estatístico): «Definição da Estratégia de Luta contra a Droga» e «Definição tradicional do *ONS* (Serviço Nacional de Estatística do RU)». A definição da Estratégia de Luta contra a Droga produz estimativas muito próximas das da definição europeia normalizada do OEDT («Selecção B»).

Figura 18: Evolução do número total de mortes por intoxicação aguda relacionada com o consumo de drogas na UE e na Noruega, 1990-2001 (indexado a 100 para a média do período compreendido entre 1990 e 2001)



Notas: Não informatizado devido a insuficiência de dados em 2002.
As tendências por país encontram-se na figura 11 OL. Dados e número de casos por país são apresentados nos quadros 2 e 3 — Mortes relacionadas com o consumo de drogas (Boletim Estatístico, 2004).
No Reino Unido, são utilizados os valores fornecidos pelo Serviço Nacional de Estatística (ONS — Office of National Statistics), por disporem de dados relativos a um período mais longo.

Fontes: Relatórios Nacionais Reitox 2003, dados obtidos a partir dos registos nacionais de óbitos ou de registos especiais (da medicina legal ou da polícia). Baseados nas definições nacionais apresentadas nas notas metodológicas sobre as definições nacionais de mortes por intoxicação aguda relacionada com o consumo de drogas (Boletim Estatístico, 2004).

e educativas apresentam um enorme potencial em matéria de redução do número de mortes. A diminuição recentemente observada em diversos países (França, Espanha) da mortes por *overdose* foi atribuída ao aumento da oferta de tratamentos de substituição (por exemplo, em França: relatório anual 2002, 2003), bem como a alterações na via de consumo, com uma redução do consumo endovenoso (OEDT, 2004b).

A redução do número de mortes relacionadas com o consumo de drogas constitui um objectivo a nível europeu (objectivo n.° 2 da Estratégia da União Europeia de Luta contra a Droga 2000-2004), reiterado num crescente número de estratégias nacionais de luta contra a droga nos Estados-Membros ([108]).

A divulgação de informação e a disponibilização de material educativo a toxicodependentes e às suas redes sociais sobre os riscos de *overdose* e a forma de actuar nessas circunstâncias (folhetos, cartazes, brochuras ou vídeos) é uma prática corrente na maioria dos antigos Estados-Membros, mas não é habitual nos restantes. São referidas por diversos países outras respostas fundamentadas em provas, tais como a intervenção dos pares em situações de emergência relacionadas com o consumo de drogas e o encorajamento dos toxicodependentes que possam ser testemunhas de *overdoses* a que chamem ambulâncias, mas não existe um conhecimento sistemático do nível de oferta destes cursos. Em alguns países é distribuído um antagonista do ópio (naloxona) a toxicodependentes para reduzir as mortes por *overdose*, estando alguns outros países a ponderar a adopção dessa medida ([109]) (OEDT, 2003a).

Em alguns países, encontram-se disponíveis para os toxicodependentes sem-abrigo que estão expostos a elevados riscos de *overdose* instalações de consumo vigiado em zonas públicas de consumo: estes serviços existem na Alemanha, Espanha e Países Baixos, estando em fase de preparação no Luxemburgo, Eslovénia e Noruega. Se a cobertura for adequada, estas instalações poderão ajudar a reduzir as mortes relacionadas com o consumo de drogas nas cidades.

Na Áustria, um projecto que funciona em departamentos de emergência visa os toxicodependentes que sofrem *overdoses* frequentes ([110]).

Salas de consumo

As «salas de consumo vigiado» onde os toxicodependentes reconhecidos podem consumir droga em condições de higiene, sob a supervisão de pessoal qualificado e sem o receio da detenção, existem em 39 cidades europeias. No *European report on drug consumption rooms* (Relatório europeu sobre salas de consumo) (OEDT, 2004a) apresenta-se uma definição de salas de consumo vigiado e descreve-se a forma como elas apareceram, a sua população alvo, os objectivos específicos que possuem e a forma como funcionam. Apresenta-se também uma síntese das provas existentes.

Enquanto serviços altamentes especializados integrados numa rede de serviços para os toxicodependentes, as salas de consumo vigiado assentam num consenso e numa cooperação activa entre profissionais de saúde, polícia, autoridades e comunidades locais. O relatório mostra que estas salas permitem o estabelecimento de contactos com um grupo extremamente problemático de toxicodependentes e melhoram o acesso destes não só aos cuidados de saúde primários de que carecem, mas também a serviços sociais e a tratamento. O acesso a equimento de injecção desinfectado e a um ambiente de consumo de drogas supervisado reduz a morbilidade, a mortalidade e os danos inerentes ao consumo de drogas em público.

([108]) Ver quadro 8 OL: Estratégias e medidas específicas para a redução das mortes relacionadas com o consumo de droga nos 25 Estados-Membros da UE e na Noruega.
([109]) *Ibidem.*
([110]) Ver Projecto de contacto austríaco EDDRA na base de dados EDDRA (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/ShowQuest?Prog_ID=2066).

Capítulo 7
Tratamento — Responder às necessidades das pessoas em dificuldade

O contacto com um centro de tratamento é benéfico para muitos dos que se tornaram toxicodependentes. Está disponível em toda a Comunidade Europeia um leque de diferentes opções que reflecte os contextos nacionais e históricos, assim como as diferentes características da população que carece de ajuda. Essas opções são apresentadas em seguida de forma sintética. A oferta de tratamento varia de país para país e, regra geral, está menos desenvolvida nos novos Estados-Membros. No entanto, parece existir a nível geral um investimento constante no aumento da capacidade neste sector, sendo notória uma melhoria das oportunidades disponíveis para os toxicodependentes.

Novidade nesta área é a utilização do potencial de comunicação de novas tecnologias como a Internet para reforçar os serviços disponíveis para toxicodependentes. Tem sido prestada uma atenção considerável ao papel desempenhado pela Internet na promoção do consumo de drogas ilegais. Por conseguinte, é positivo que alguns países, tais como os Países Baixos e a Finlândia, tenham tomado iniciativas tendentes a explorar o potencial deste meio para melhorar a informação e as opções de ajuda disponíveis. Entre estas actividades incluem-se a exploração dos elos de comunicação directa proporcionados pelo correio electrónico e os telemóveis, assim como a identificação da forma como os serviços de aconselhamento via Internet e os serviços de SMS (texto) poderão ser úteis para os toxicodependentes.

Verifica-se em toda a UE uma tendência geral para o tratamento de problemas relacionados com o consumo de drogas deixar os hospitais e passar para os centros de tratamento em instalações comunitárias. Esta evolução é menos evidente nos novos Estados-Membros, onde os hospitais psiquiátricos continuam a ser os principais prestadores destes serviços (Estónia, Letónia, Lituânia e Eslovénia), embora esta realidade possa estar a modificar-se em alguns países; por exemplo, na República Checa, estes cuidados são prestados em ambos, hospitais e centros de tratamento.

Características dos serviços de tratamento

Tratamento sem droga

O tratamento sem droga envolve a aplicação de técnicas psicológicas e educativas para a consecução de uma abstinência da droga a longo prazo. Até agora, este tratamento era prestado em regime de internamento e era de longa duração, por exemplo, em comunidades terapêuticas, mas hoje em dia também é prestado pela comunidade. Pode ser utilizada medicação para aliviar os sintomas de desabituação física. Esta medicação restringe-se exclusivamente a antidepressivos e/ou benzodiazepinas, embora em algumas comunidades terapêuticas não se administrem estas substâncias ([111]).

Uma vez que o tratamento medicamente assistido está habitualmente disponível apenas para os consumidores de opiáceos, a única opção terapêutica disponível para os toxicodependentes de substâncias que não os opiáceos será qualquer tratamento sem droga.

Tratamento medicamente assistido

O tratamento medicamente assistido da toxicodependência inclui o tratamento de substituição com agonistas e o tratamento com antagonistas. Normalmente, neste tipo de intervenção farmacológica, recorre-se à naltrexona (um antagonista) ou a um dos seguintes agonistas opióides: metadona, buprenorfina, dihidrocodeína, heroína, morfina de libertação lenta.

A metadona continua a ser a substância de substituição mais prescrita na UE alargada. No entanto, nos últimos anos, as opções de tratamento têm-se alargado. Até 2002, os 15 Estados-Membros «antigos», à excepção dos Países Baixos e da Irlanda (países que utilizam a buprenorfina apenas no quadro de tratamentos de desintoxicação) ([112]), referiam a utilização de buprenorfina. São usadas com menor frequência outras substâncias de substituição, tais como a dihidrocodeína (Bélgica, Alemanha, Luxemburgo, Áustria), a morfina de libertação lenta (Áustria) e a heroína (Alemanha, Países Baixos, Reino Unido) (Springer, 2003a) ([113]).

Em valores absolutos, o tratamento de substituição tornou-se a forma disponível mais comum de tratamento especializado da dependência de opiáceos na UE, sendo que mais de 400 000 pessoas recebem tratamento deste tipo. No entanto, com a excepção da Eslovénia, este tipo de intervenção está muito menos disponível nos novos

([111]) Ver figura 13 OL: Modos de tratamento sem droga em regime de internamento.
([112]) Na Irlanda, a buprenorfina é utilizada apenas no quadro do tratamento do síndroma da abstinência.
([113]) Ver quadro 9 OL: Substâncias de substituição aplicadas nos Estados-Membros da UE.

Estados-Membros da UE, em que predomina o tratamento sem drogas ([114]).

Critérios de acesso e admissão a tratamento de substituição

A tendência para tornar menos restritivos os critérios de admissão a tratamento de substituição mantém-se. Historicamente, estes critérios eram com frequência extremamente selectivos, limitando este tipo de tratamento a pessoas que eram vistas como tendo problemas particularmente crónicos. Hoje em dia, a admissão a tratamento de substituição está geralmente restringida às pessoas com idade igual ou superior a 18 anos, com uma história de 1-2 anos de consumo problemático de droga (por exemplo, Bélgica, Irlanda, Países Baixos). A maioria dos Estados-Membros comunica requisitos mais elevados, por exemplo, uma idade mínima de 20 anos e uma história de consumo problemático de droga de, pelo menos, cinco anos (por exemplo, na Estónia e Letónia), embora na Eslovénia se permita aos toxicodependentes receberem tratamento de substituição a partir dos 16 anos. Deparamo-nos com critérios de inclusão rígidos também na Grécia, Finlândia, Suécia e Noruega, sendo que a idade mínima para o tratamento varia entre os 20 e os 25 anos e que existe um requisito de 4-5 anos de consumo problemático.

Apesar do aumento da disponibilidade de tratamentos de substituição, uma série de países refere que a procura ainda excede a oferta, sendo mencionada a existência de listas de espera na Bélgica, República Checa, Grécia, Estónia, Hungria, Irlanda, Suécia e Noruega. O acesso pode ainda ser limitado pela forma como estão organizados os serviços nesta área; por exemplo, na Lituânia, os pacientes têm de pagar os medicamentos, o que reduz a taxa de admissão aos serviços.

Introdução dos tratamentos de substituição

Há uma variação considerável entre os Estados-Membros no que respeita à data em que implementaram os tratamentos de substituição. Alguns Estados-Membros introduziram programas de substituição com metadona logo no final dos anos 1960, início dos anos 1970, enquanto alguns outros só introduziram, de forma generalizada, este tipo tratamento nos anos 90 (Bélgica, Grécia, França, Noruega). Os tratamentos de substituição constituem um desenvolvimento relativamente recente na maioria dos novos Estados-Membros, onde os tratamentos de substituição tiveram início durante os anos 1990, tendo a Estónia lançado o seu primeiro programa apenas em 2001. A excepção é a Eslovénia, que tem programas em funcionamento desde 1990 ([115]).

Apoio psicossocial no tratamento de substituição

Embora seja geralmente aceite que os tratamentos de substituição deverão ser acompanhados de apoio psicossocial, este está longe de ser uma componente de rotina deste tratamento. Na República Checa, Alemanha e Países Baixos, a escassez de recursos limita a prestação de um apoio psicossocial suficiente. Na Noruega, embora, em teoria, qualquer utente de tratamentos de substituição tenha direito ao acompanhamento de um assistente social, na prática, nem sempre há capacidade suficiente para o permitir. Um estudo dinamarquês chegou à conclusão de que os utentes de tratamentos de substituição com metadona que não recebem qualquer apoio psicossocial utilizam uma droga secundária com uma frequência consideravelmente superior à dos que recebem esse tipo de apoio. Está actualmente em curso uma nova investigação para averiguar se um apoio psicossocial acrescido poderá melhorar o resultado dos tratamentos (Pedersen, 2001). O *Irish College of General Practitioners* aprovou orientações para tratamentos fundamentadas em provas (2003), salientando a necessidade de uma componente psicossocial.

A utilidade do apoio psicossocial depende também, no entanto, da percepção que o utente tem do valor deste tipo de opção terapêutica. A Grécia refere que os pacientes dos programas de tratamento com metadona recorrem com frequência a apoio psicossocial, enquanto na Letónia apenas alguns pacientes estão dispostos a aceitar este tipo de intervenção.

Garantia da qualidade

A garantia da qualidade do tratamento pode ser definida como a «tentativa sistemática de acompanhar, documentar e melhorar a qualidade dos serviços prestados». São geralmente aceites na UE cinco mecanismos de garantia da qualidade: acreditação dos serviços de tratamento, normas para o tratamento, formação do pessoal, acompanhamento dos pacientes e dos resultados e, por último, avaliação das taxas de retenção dos pacientes, resultados, satisfação, alta, etc. (figura 19).

Entre os novos desenvolvimentos no que se refere à garantia da qualidade dos serviços de tratamento da toxicodependência encontram-se a sua inclusão nas estratégias nacionais de luta contra a droga (Grécia, Espanha, França, Irlanda e Suécia) ou a fixação de requisitos mínimos para esses serviços (Bélgica, República Checa, Alemanha, Países Baixos, Polónia, Eslovénia e Reino Unido). Em diversos países, a acreditação dos serviços de tratamento é um mecanismo de garantia da qualidade (Alemanha, Espanha, França, Irlanda, Luxemburgo, Países Baixos, Polónia, Portugal e Reino Unido), embora alguns admitam ser ainda necessária uma aplicação maior (República Checa, Países Baixos). Muitos são os países que referem um aumento

([114]) Ver figura 14 OL: Predominância de tratamentos de substituição ou de tratamentos sem droga por consumo de opiáceos.

([115]) Ver figura 15 OL: Introdução do tratamento com metadona na UE.

da formação do pessoal, embora a verdadeira extensão e cobertura dessa formação nem sempre seja sistematicamente verificada. Uma avaliação sistemática e de grande escala dos serviços de tratamento da toxicodependência é relativamente rara, ocorrendo apenas na Dinamarca, Itália, Letónia, Luxemburgo, Polónia, Reino Unido e Noruega.

Reintegração social

A reintegração social possui três «pilares»: 1) habitação; 2) educação; e 3) emprego e formação profissional. A habitação é um requisito prévio para uma vida estável, e as intervenções visam proporcionar aos toxicodependentes (antigos ou actuais) um local para viverem e/ou um subsídio de renda. A maioria dos toxicodependentes teve uma instrução formal relativamente escassa e beneficiariam de uma melhoria das suas competências em matéria de literacia, cálculo ou outras. Por fim, as iniciativas de emprego e formação profissional visam conseguir a independência social, através da integração do utente no mercado de trabalho, quer encontrando ou mesmo subsidiando um emprego quer através da formação em competências específicas.

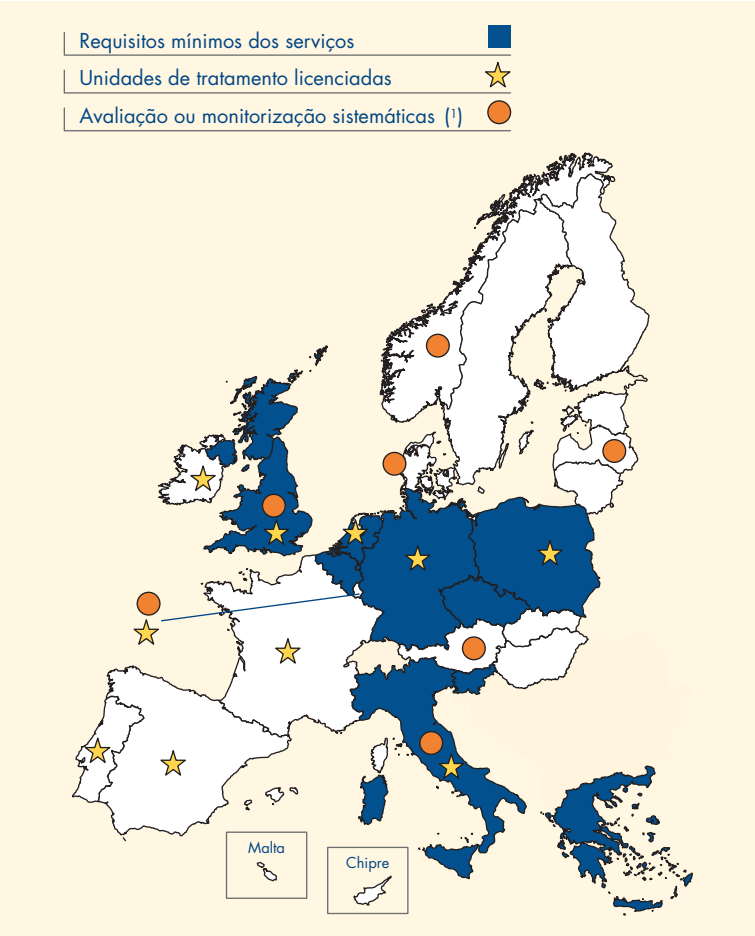
A reintegração social é uma resposta menos enraizada ao consumo problemático de droga do que o tratamento e, por conseguinte, o acompanhamento e a comunicação de dados neste campo são também mais variados. Alguns Estados-Membros referem que esta área carece de mais atenção e recursos financeiros (Alemanha, Estónia, Finlândia). No entanto, em alguns países, a reintegração social está a merecer uma atenção política crescente, através da sua inclusão nas estratégias nacionais de luta contra a droga, assim como sob a forma de apoio financeiro (Grécia, Irlanda, Inglaterra e País de Gales) ([116]).

Dados sobre a procura de tratamento

A informação sobre o número de pessoas que procuram tratamento da toxicodependência fornece-nos um conhecimento útil das tendências gerais da toxicodependência e ainda uma perspectiva sobre a organização e o acesso aos centros de tratamento na Europa. O indicador da procura de tratamento (IPT) do OEDT proporciona uma estrutura uniforme para a comunicação do número e características dos utentes encaminhados para unidades de tratamento da toxicodependência. Embora se possa considerar que os dados IPT fornecem uma representação razoavelmente sólida e útil das características dos utentes encaminhados para serviços especializados de toxicodependência, diversas razões de ordem técnica recomendam o uso de precaução na extrapolação de resultados para a clientela global destes serviços.

A imagem geral fornecida pelos mais recentes dados IPT e pelos relatórios nacionais continua a reflectir a tendência

Figura 19: Garantia da qualidade dos tratamentos relacionados com a toxicodependência



(1) Registo ou base de dados central dos pacientes e/ou da dispensa de tratamento.
Fonte: Relatórios Nacionais Reitox.

comunicada nos últimos anos, a saber, um aumento do número total de pessoas que iniciam tratamento. Apesar do aumento geral dos números relacionados com o tratamento, os valores relativos aos novos pedidos de tratamento, ou seja, o número de pessoas que iniciam tratamento pela primeira vez, parecem manter-se bastante estáveis ([117]). O aumento na procura geral pode ser explicado por uma combinação de factores, entre os quais a melhoria da cobertura do próprio sistema de comunicação de dados e a expansão em matéria de disponibilidade de tratamento ([118]).

Características dos utentes que procuram tratamento da toxicodependência

Tanto os serviços que se ocupam da toxicodependência como os seus utentes tendem a concentrar-se nas zonas metropolitanas e nas zonas urbanas, onde os problemas de toxicodependência ocorrem em combinação com um leque

([116]) Ver figura 16 OL: Panorâmica da oferta de reintegração social.
([117]) Ver figura 17 OL: Número de novos utentes nos serviços de tratamento em alguns Estados-Membros da UE.
([118]) Ver quadros 1 e 2 sobre procura de tratamento no Boletim Estatístico de 2004.

de outros problemas sociais e de saúde, com maior incidência nas comunidades mais marginalizadas e desfavorecidas.

A maioria dos utentes dá entrada em tratamentos especializados de toxicodependência quando estão na casa dos 20 ou 30 anos, sendo a idade média dos utentes que iniciam tratamento pela primeira vez inferior a 26 anos. No entanto, a distribuição etária observada no conjunto dos dados relativos à Europa não é uniforme e mostra picos entre os que têm mais de 39 anos e menos de 20. A principal razão é que a distribuição etária reflecte o facto de os consumidores problemáticos de opiáceos ou de cocaína serem tendencialmente mais velhos do que a média, enquanto os que procuram tratamento por consumo de *cannabis* ou de drogas estimulantes que não a cocaína são normalmente mais jovens ([119]). Assim, nos países que registaram um aumento notório do número de utentes encaminhados para tratamento por consumo de *cannabis*, tais como a Dinamarca, a Alemanha e a Finlândia, os utentes são normalmente mais jovens do que em países como a Grécia, Espanha e Países Baixos, onde predomina a dependência da heroína ou da cocaína. O desenvolvimento histórico da toxicodependência também desempenha um papel na aferição da idade da população em tratamento; por exemplo, na Finlândia, os utentes são relativamente jovens, reflectindo o facto de a toxicodependência ser um problema comparativamente recente. Poderiam esperar-se resultados semelhantes de muitos dos novos Estados-Membros, onde, uma vez mais, a toxicodependência é, frequentemente, em termos históricos, um fenómeno relativamente recente, embora, na sua maioria, a dependência da heroína predomine entre os que procuram tratamento da toxicodependência ([120]).

Embora predominem os toxicodependentes do sexo masculino na totalidade dos países europeus, o rácio entre os sexos masculino e feminino varia consideravelmente entre os países, de 3:1 a 6:1. Uma vez mais, as diferenças entre países reflectem o tipo de toxicodependência, assim como a região (as percentagens mais elevadas de toxicodependentes do sexo feminino encontram-se nos países do norte da Europa e nos novos Estados-Membros) e a idade dos utentes.

É interessante verificar que a maioria dos utentes que procuram tratamento devido ao consumo de heroína, cocaína e hipnóticos ou sedativos consome estas drogas diariamente, enquanto a frequência de consumo das outras drogas revela uma maior dispersão (no tempo). Esta questão é explorada com maior pormenor no tema específico dedicado à contextualização dos problemas relacionados com o consumo de *cannabis* (p. 82).

A maioria dos utentes em tratamento refere ter iniciado o consumo de drogas durante a adolescência — mais comummente entre os 15 e os 19 anos. No entanto, regista-se uma diferencia notória no que se refere à primeira experiência de consumo de heroína e cocaína, a qual ocorreu aos 25 ou mais anos de idade ([121]) em 20-30% dos utentes.

Demografia social

A informação demográfica aponta para a existência de uma probabilidade desproporcionada de os utentes em tratamento serem social ou economicamente desfavorecidos. Mais de metade dos utentes não termina o ensino secundário ([122]). A percentagem daqueles que não possuem emprego regular é elevada quando comparada com a taxa de emprego da população em geral: em alguns países, mais de metade dos toxicodependentes em tratamento são desempregados ([123]). As condições de habitação são também, com frequência, precárias: cerca de 15% das pessoas em tratamento vivem em instituições sociais ou em alojamentos instáveis ([124]). Para além disso, dever-se-á recordar que a própria condição de sem-abrigo poderá limitar a capacidade dos indivíduos de beneficiarem das opções de tratamento — o que poderá agravar quer a toxicodependência quer as suas consequências (OEDT, 2003b, p. 65).

Entre os utentes com habitação estável, um terço vive sozinho, outro terço com os pais e os restantes com um companheiro ou com terceiros. Mais de 10% vive com os filhos; os dados demonstram que os filhos dos toxicodependentes enfrentam uma série de dificuldades. A toxicodependência também torna a paternidade e a maternidade particularmente difíceis (Murphy-Lawless, 2002).

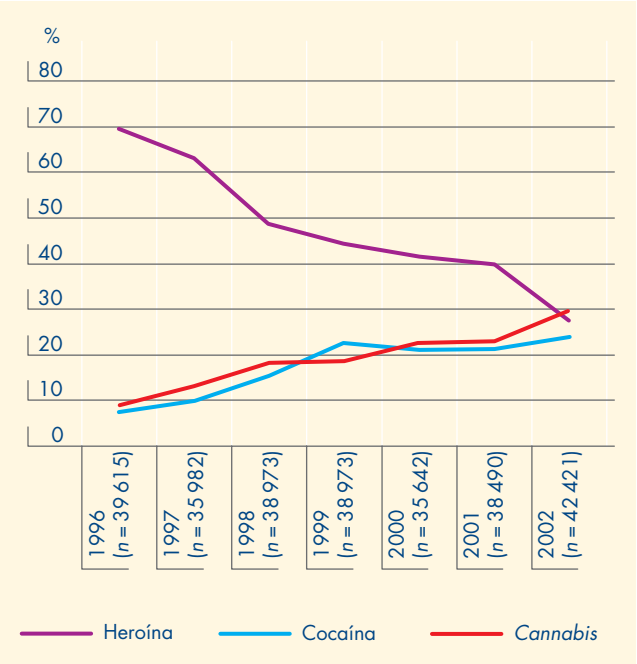
Droga de consumo

No IPT, são registadas a droga para a qual se procura tratamento e a substância de consumo secundária, se esta existe. As três substâncias registadas com maior frequência, quer como razão principal para o tratamento quer como droga secundária, são os opiáceos, a cocaína e a *cannabis* (figura 20).

Conseguir formar uma ideia clara das drogas responsáveis pela procura de tratamento por parte dos utentes é uma tarefa complicada pelo facto de os toxicodependentes habitualmente consumirem uma variedade de substâncias psicotrópicas. É muitas vezes difícil definir até que ponto os problemas de um indivíduo estão relacionados com uma substância em particular. Em todos os países, o policonsumo é comum entre os utentes em tratamento, e 40 a 80% de todos os utentes referem consumir, adicionalmente, pelo menos uma

([119]) Ver quadro 5 sobre procura de tratamento no Boletim Estatístico de 2004.
([120]) Ver quadro 4 sobre procura de tratamento no Boletim Estatístico de 2004.
([121]) Ver figura 18 OL: Idade do primeiro consumo por droga principal e quadro 4 sobre procura de tratamento do Boletim Estatístico 2004.
([122]) Ver figura 19 OL: Todos os utentes por nível de instrução e quadro 6 sobre procura de tratamento no Boletim Estatístico 2004.
([123]) Ver figura 20 OL: Todos os utentes por situação laboral e quadro 7 sobre procura de tratamento no Boletim Estatístico 2004.
([124]) Ver figura 21 OL: Condições de vida (onde) entre a totalidade dos utentes e condições de vida (com quem) entre a totalidade dos utentes.

Figura 20: Percentagem de novos utentes que recorrem aos serviços de tratamento da toxicodependência e que referem como droga principal (i) a heroína, (ii) a cocaína ou (iii) a *cannabis*, 1996-2002



Notas: Países incluídos que fornecem dados todos os anos: CZ, DK, DE, EL, ES, NL, SI, SK, FI e SE (FI: não dispõe de dado relativos a 1996-1997; SE: não dispõe de dados relativos a 2000).
Os valores dos países participantes são somados para cada ano.
Fonte: Relatórios Nacionais Reitox 2003.

substância secundária. Para muitos indivíduos, o policonsumo é comum, e a coexistência de problemas relacionados com o consumo de álcool complica frequentemente ainda mais o tratamento. Tendência preocupante é o facto de, em muitos países, o número de pessoas com problemas de policonsumo parecer estar a aumentar.

Opiáceos

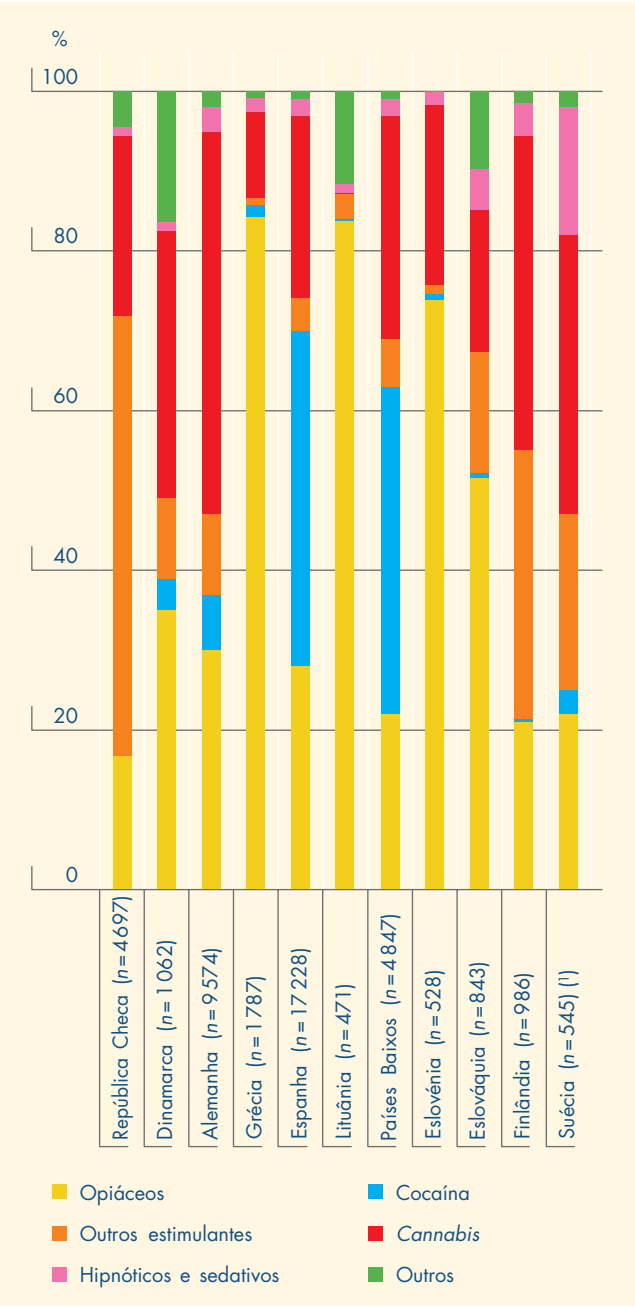
Na maioria dos países, os opiáceos (sobretudo heroína) continuam a ser as principais drogas pelas quais os utentes procuram tratamento, representando normalmente cerca de 40% a 90% de toda procura de tratamento. No entanto, é possível classificar os Estados-Membros da UE em três grandes grupos, consoante a percentagem dos consumidores de heroína em relação à totalidade da população em tratamento:

- abaixo dos 40% — República Checa, Hungria, Finlândia e Suécia;
- 40-70% — Dinamarca, Alemanha, Espanha, Países Baixos e Eslováquia;
- acima dos 70% — Grécia, Itália, Lituânia, Luxemburgo, Eslovénia e Reino Unido.

Cannabis

A *cannabis* é, em termos gerais, a segunda droga mais frequentemente citada pelas pessoas que iniciam tratamento. Isso aplica-se especialmente aos novos utentes (figura 21), dos quais praticamente um terço (29,5%) está referenciado como tendo tido a *cannabis* como droga principal. A percentagem de pessoas que procuram

Figura 21: Novos utentes em tratamento da toxicodependência em 2002, por diferentes drogas principais



Notas: Número total de casos: 42 568.
(1) Tratamento hospitalar em regime ambulatório exclusivamente.
Fonte: Relatórios Nacionais Reitox 2003.

tratamento devido à *cannabis* varia muito entre os países ([125]). A procura de tratamento devido à *cannabis* é discutida em pormenor noutra secção (p. 82) deste relatório.

Cocaína

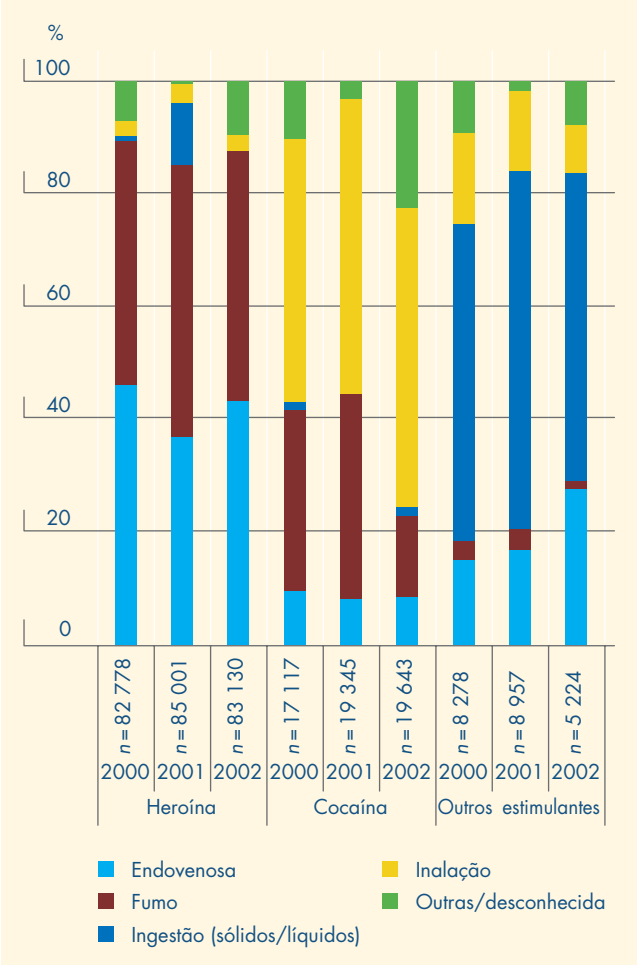
A cocaína é a terceira droga mais consumida referida pelas pessoas que iniciam tratamento da toxicodependência, embora com diferenças notórias entre os países. Por exemplo, a procura relacionada com o consumo de cocaína é extremamente baixa ou mesmo completamente inexistente nos novos Estados-Membros. Na maioria dos outros países, a cocaína como droga principal representa menos de 10% de toda a procura de tratamento, embora a percentagem seja mais elevada, aproximadamente 25%, entre os novos utentes.

Menos de 8% dos utentes que procuram tratamento devido ao consumo de cocaína referem a injecção como via de consumo habitual.

Outros estimulantes

Os estimulantes que não a cocaína são raramente referidos como a principal razão para o tratamento, excepto na República Checa, Finlândia e Suécia, onde representam entre um quarto a mais de metade de toda a procura de tratamento primário. Na República Checa, mais de 50% da procura de tratamento registada prende-se com problemas de dependência principal de metanfetaminas. Noutros casos, o consumo de drogas estimulantes como razão para se iniciar tratamento é menos comum, embora seja referido por praticamente 10% dos que deram início a tratamento na Eslováquia, 7% na Alemanha, 6% na Alemanha e 5% na Hungria. Em todos os outros países, a percentagem é ainda mais baixa. Os dados relativos a 2002 revelam também um aumento de 14% em 2000 para 27% em 2002 no número de consumidores de estimulantes que referem o consumo por via endovenosa, embora este grupo permaneça relativamente pequeno em termos de valores absolutos (figura 22).

Figura 22: Distribuição da via de consumo de heroína, cocaína e outros estupefacientes entre os utentes dos serviços de tratamento em ambulatório, 2000-2002



Notas: Dados disponíveis relativos à DK, DE, EL, ES, IE, NL, FI, SE e UK (não estão disponíveis dados da Irlanda relativos a 2002).
Números de base do número total de utentes que referem a via de consumo.

Fontes: Relatórios Nacionais Reitox (2001, 2002, 2003); dados IPT (2000, 2001, 2002) fornecidos pelos centros de tratamento em regime ambulatório.

([125]) Ver quadros 10 e 11 sobre procura de tratamento no Boletim Estatístico 2004.

Capítulo 8
Questões de criminalidade e detenções

Criminalidade relacionada com a droga

Pode considerar-se que a criminalidade relacionada com a droga engloba as seguintes categorias:

- crimes psicofarmacológicos: delitos cometidos sob a influência de uma substância psico-activa;
- crimes económicos compulsivos: delitos cometidos com o intuito de obtenção de dinheiro (ou droga) para alimentar o vício da droga;
- crimes sistémicos: delitos cometidos no âmbito do funcionamento dos mercados ilícitos, como parte do negócio de distribuição e abastecimento de drogas ilícitas;
- infracções à legislação em matéria de droga: delitos por infracção à legislação em matéria de droga (e de outra conexa).

Os dados sobre as primeiras três categorias de crimes são raros na UE, e aqueles que estão disponíveis provêm de estudos locais *ad hoc*, que, regra geral, não são conduzidos de forma rotineira, sendo difíceis de extrapolar.

Os «relatórios» ([126]) de infracções à legislação em matéria de droga (consumo, posse, tráfico, etc.) reflectem as diferenças existentes nas legislações nacionais, assim como as diferentes formas como a lei é executada e aplicada e as prioridades e recursos atribuídos a crimes específicos por órgãos da justiça penal. Para além disso, os sistemas de informação sobre infracções à legislação em matéria de droga variam consideravelmente de país para país, 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. Estas diferenças tornam bastante difícil a comparação entre os países da UE.

Ao longo do período 1997-2002, o número de «relatórios» de infracções à legislação em matéria de droga aumentou na maioria dos Estados-Membros da UE. Esse aumento foi particularmente significativo (duas vezes, ou mais) na República Checa, Estónia, Lituânia, Lituânia, Hungria, Polónia, Eslovénia e Noruega. No entanto, em 2001 e 2002, os «relatórios» de infracções à legislação em matéria de droga diminuíram em Itália e Portugal ([127]) e, em 2002, na Estónia ([128]), Irlanda, Letónia, Eslovénia e Finlândia.

Na maioria dos Estados-Membros da UE, a maior parte das infracções registadas à legislação em matéria de droga prende-se com o consumo e a posse de droga ([129]), variando entre 52% de todas as infracções à legislação em matéria de droga, na Finlândia e 90%, na Áustria. Na República Checa, 90% das infracções registadas à legislação em matéria de droga têm a ver com a compra e venda na rua *(dealing)* ou o tráfico de droga, enquanto em Itália e Espanha — onde o consumo e a posse de droga para consumo próprio não são considerados delitos penais — todos os crimes relacionados com a droga estão relacionados com a compra e venda na rua *(dealing)* e o tráfico. Por último, no Luxemburgo, Portugal e Noruega ([130]), a maioria das infracções prende-se com o consumo/compra e venda *(dealing)* e tráfico de droga.

Na totalidade dos países relativamente aos quais existem dados disponíveis, com a excepção de Portugal, a percentagem de todas as infracções à legislação em matéria de droga registadas relacionadas com o consumo/posse para consumo próprio aumentou ao longo do quinquénio de 1997-2002 ([131]). A taxa de aumento foi geralmente baixa, embora se tenham registado tendências mais nítidas de aumento na Bélgica, no Luxemburgo, na Eslovénia e na Irlanda, até 2001. Em Portugal, a percentagem de infracções à legislação em matéria de droga começou a diminuir em 2000, um ano antes da descriminalização do consumo e da posse para consumo próprio (em Julho de 2001) ([132]).

([126]) O termo «relatórios», quando se refere às infracções à legislação em matéria de droga, aparece entre aspas porque descreve conceitos diferentes nos diferentes países (relatórios policiais sobre indivíduos suspeitos de infracção à legislação em matéria de droga, acusações por infracção à legislação em matéria de droga, etc.). Para uma definição exacta por país, consultar as Notas metodológicas sobre as definições de «relatórios» no que se refere às infracções à legislação em matéria de droga no Boletim Estatístico de 2004. (O termo «detenções» foi utilizado em relatórios anuais até 2001).

([127]) A diminuição do número de «relatórios» de infracções à legislação em matéria de droga em Portugal deve-se à despenalização, em Julho de 2001, do consumo de droga/posse de pequenas quantidades de droga para consumo próprio.

([128]) A diminuição do número de «relatórios» de infracções à legislação em matéria de droga na Estónia deve-se à despenalização, em Setembro de 2002, do consumo regular de droga e da posse de pequenas quantidades de droga para consumo próprio.

([129]) Ver quadro 2 sobre Criminalidade relacionada com o consumo de drogas no Boletim Estatístico de 2004.

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

([131]) Ver quadro 4 sobre Criminalidade relacionada com o consumo de drogas no Boletim Estatístico de 2004.

([132]) A lei de descriminalização do consumo e posse de droga foi aprovada em Novembro de 2000 e entrou em vigor em Julho de 2001.

Quadro 4: Droga mais referida em «relatórios» de infracções à legislação em matéria de droga nos Estados-Membros da UE e na Noruega

País	Notas	Ano	Percentagem (%)		
			Cannabis	Heroína	Cocaína
Bélgica		2002	67	8	7
República Checa	(2)	2002	37	8	1
Dinamarca			n.d.	n.d.	n.d.
Alemanha	(2) (3)	2002	56	17	9
Estónia			n.d.	n.d.	n.d.
Grécia			n.d.	n.d.	n.d.
Espanha	(1) (4)	2002	52	7	33
França	(2)	2002	87	5	3
Irlanda	(2)	2002	65	9	6
Itália	(1) (4)	2002	42	27	28
Chipre			n.d.	n.d.	n.d.
Letónia			n.d.	n.d.	n.d.
Lituânia	(1)	2002	10	15	1
Luxemburgo	(1)	2002	28	51	21
Hungria	(2)	2002	66	16	2
Malta			n.d.	n.d.	n.d.
Países Baixos	(2) (5)	2002	37	58	
Áustria	(1)	2002	58	11	11
Polónia			n.d.	n.d.	n.d.
Portugal	(3) (4) (6)	2002	36	17	8
Eslovénia	(1)	2002	82	10	2
Eslováquia			n.d.	n.d.	n.d.
Finlândia			n.d.	n.d.	n.d.
Suécia	(1) (7)	2001	34	7	2
Reino Unido	(1)	2000	69	12	5
Noruega			n.d.	n.d.	n.d.

Notas Para uma definição exacta para cada país, consultar as notas metodológicas sobre definições de «relatórios» de infracções à legislação em matéria de droga no Boletim Estatístico de 2004.
n.d.: dados não disponíveis.
(1) Entre todas as drogas referidas (isoladamente ou não).
(2) Entre as principais drogas.
(3) Entre todas as infracções discriminadas por droga (para algumas infracções, não está disponível uma discriminação por droga).
(4) Entre as infracções relacionadas com a compra e venda de droga nas ruas (*dealing*) ou tráfico de droga (uma vez que o consumo/posse para consumo próprio não constituem delito penal).
(5) Os dados da coluna «heroína» referem-se a «drogas duras» (drogas que representam riscos inaceitáveis em termos de saúde pública, como a heroína, a cocaína, o *ecstasy*, o LSD). Algumas infracções envolvem a *cannabis* e «drogas duras» mas não foram incluídas no presente quadro, o que explica um total inferior a 100%.
(6) Esta percentagem está subavaliada, uma vez que representa infracções por cada droga considerada isoladamente, por exemplo, infracções apenas por *cannabis* (não inclui infracções por «*cannabis* + outra(s) droga(s)»).
(7) Entre as pessoas sujeitas a contra-ordenação pelo Ministério Público ou condenadas em tribunal.
Fonte: Pontos focais nacionais.

Na maioria dos Estados-Membros, a *cannabis* é a droga ilícita mais frequentemente envolvida nas infracções à legislação em matéria de droga comunicadas (quadro 4). Nos países em que isso acontece, as infracções relacionadas com a *cannabis* representam entre 34% (Suécia) e 87% (França) de todas as infracções à legislação em matéria de droga. A heroína é a droga mais frequentemente envolvida na Lituânia e no Luxemburgo, onde representa, respectivamente, 15% e 51% do total de infracções à legislação em matéria de droga, enquanto nos Países Baixos predominam as infracções que envolvem «drogas duras» ([133]). A percentagem relativa das infracções relacionadas com uma droga específica é influenciada por vários factores, tais como as prioridades operacionais das autoridades de aplicação da lei ou a existência de decisões implícitas ou explícitas para orientar as operações para determinadas infracções à legislação da droga.

Desde 1997 que a percentagem de infracções à legislação em matéria de droga relacionadas com a *cannabis* tem vindo a aumentar na Alemanha, Espanha, França, Luxemburgo, Hungria e Portugal, tendo, no entanto, permanecido estável na Bélgica, Itália, Lituânia, Países Baixos, Eslovénia e Suécia. Na Áustria, entre todas as infracções à legislação em matéria de droga, a quota-parte dos crimes relacionados com a *cannabis* aumentou até 1999, mas tem vindo a diminuir desde então ([134]).

No mesmo período, a percentagem de crimes relacionados com a heroína decresceu na totalidade dos Estados-Membros da UE relativamente aos quais existem dados disponíveis ([135]), excepto na Hungria e no Reino Unido, onde aumentou ([136]), e na Lituânia, onde tem flutuado desde 2000 ([137]). A tendência oposta pode observar-se no que respeita aos crimes relacionados com a cocaína, cuja percentagem em relação a todos os crimes associados a droga aumentou desde 1997 na totalidade dos países que forneceram dados, à excepção da Alemanha, Lituânia, Luxemburgo e Hungria, países nos quais se registaram tendências decrescentes ([138]).

Toxicodependentes e sistema prisional

Toxicodependentes reclusos

São raras as informações de rotina a nível nacional acerca do tipo e dos padrões de consumo de drogas entre os reclusos. Grande parte dos dados disponíveis na UE provém de estudos *ad hoc* efectuados a nível local, utilizando amostras de reclusos que variam muito em termos de dimensão e de processos de selecção. Além disso, as prisões que são objecto de estudo não são, as mais das vezes, representativas do sistema prisional no seu conjunto, e a

([133]) Nos Países Baixos, entende-se por «drogas duras» a heroína, a cocaína, as anfetaminas, o *ecstasy* e o LSD.
([134]) Ver quadro 5 sobre criminalidade relacionada com o consumo de drogas no Boletim Estatístico de 2004.
([135]) Os seguintes países forneceram uma discriminação por droga dos crimes relacionados com a droga ao longo do tempo: Bélgica, Alemanha, Espanha, França, Irlanda, Itália, Lituânia, Luxemburgo, Hungria, Países Baixos (apenas a *cannabis* e «drogas duras»), Áustria, Portugal, Eslovénia, Suécia e Reino Unido (apenas até 2000).
([136]) Os dados relativos ao Reino Unido apenas estão disponíveis até 2000.
([137]) Ver quadro 6 sobre criminalidade relacionada com o consumo de drogas no Boletim Estatístico de 2004.
([138]) Ver quadro 7 sobre criminalidade relacionada com o consumo de drogas no Boletim Estatístico de 2004.

falta de inquéritos sistemáticos impede, na maioria dos países, uma análise das tendências. Estes factores dificultam muito a extrapolação de resultados.

Em comparação com a população em geral, os consumidores de droga estão sobre-representados entre a população prisional. A prevalência ao longo da vida do consumo de drogas entre os reclusos varia muito, de 22% a 86%, entre as populações reclusas, centros de detenção e países ([139]). Tal como entre a população em geral, a *cannabis* é a droga ilícita mais frequentemente referida, sendo que as taxas de prevalência ao longo da vida entre os reclusos variam entre 11% e 86%. A prevalência do consumo de cocaína (e *crack*) ao longo da vida entre os reclusos é de 5-57% e a da heroína de 5-66%.

Na UE, a prevalência do consumo regular de droga ou a dependência antes do encarceramento varia de 8% a 73% ([140]).

Prisões: um desafio para a saúde pública

Alguns reclusos vêem a pena a cumprir como uma oportunidade para tratar o problema de consumo de substâncias, o que, na prática, pode ser difícil de conseguir (Long *et al.*, 2004). A maioria dos toxicodependentes reduz ou deixa de consumir aquando da admissão no estabelecimento prisional. No entanto, alguns detidos mantêm o seu padrão de consumo de drogas e outros iniciam o consumo já na prisão. Os estudos disponíveis mostram que entre 8% e 60% dos reclusos referem ter consumido droga na prisão, e 10-36% referem um consumo regular de droga ([141]).

Muitos reclusos têm um aceso restrito aos serviços de saúde. Os profissionais de saúde que trabalham nas prisões têm escasso contacto com o regime geral de saúde; para além disso, frequentemente, não conseguem ter acesso a nova formação, o que agrava o isolamento dos serviços de saúde dos estabelecimentos prisionais. Estes problemas são difíceis de solucionar, tal como se viu na Irlanda, onde, apesar dos esforços efectuados pelas autoridades dos referidos estabelecimentos e pelo pessoal de saúde, no sentido de melhorar o acesso a tratamento e a cuidados de saúde para os toxicodependentes, são muito escassas as melhorias comprovadas.

Parece notar-se a emergência de uma tendência para que a responsabilidade pelos serviços de saúde dos estabelecimentos prisionais seja transferida dos serviços penais para os sistemas nacionais de saúde. Em Espanha, uma lei recentemente aprovada, a *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud* (Lei relativa à coesão do sistema nacional de saúde), visa responder aos pedidos de integração dos sistemas de saúde prisional e público. Na Estónia, o Ministério da Justiça, em cooperação com o Ministério dos Assuntos Sociais, visa integrar os cuidados de saúde nos estabelecimentos prisionais no sistema de saúde geral até 2006. Em França, esta responsabilidade foi transferida para o Ministério da Saúde já em 1994. Em Itália, os serviços de saúde a nível local têm sido responsáveis pelos cuidados de saúde e o tratamento dos reclusos desde 2000. Em Inglaterra e no País de Gales, os cuidados de saúde nas prisões estão sob a tutela do Ministério da Saúde da Assembleia Nacional do País de Gales, respectivamente (no caso das prisões privadas, sob a tutela do Ministério da Administração Interna, em ambas as regiões). Até 2006, os cuidados de saúde de todos os estabelecimentos prisionais não privados de Inglaterra serão integrados no Sistema Nacional de Saúde ([142]).

Doenças infecto-contagiosas e sua prevenção nos estabelecimentos prisionais

É geralmente aceite que a prevalência ao longo da vida do consumo de droga injectada entre os reclusos varia entre os 15% e os 50%; no entanto, alguns estudos têm dado a conhecer valores tão baixos como 1% ou tão elevados como 69%.

Sempre que existem dados comparáveis, estes mostram que os jovens infractores têm uma menor probabilidade de consumir droga por via endovenosa do que os adultos e que as mulheres reclusas têm maior probabilidade de consumir droga por via endovenosa do que os homens ([143]). Com base em diversos estudos realizados na UE, Bird e Rotily (2002) mostraram que cerca de um terço dos reclusos adultos do sexo masculino são consumidores de droga injectada. De acordo com os dados disponíveis fornecidos pelos pontos focais Reitox, entre 0,2% e 34% dos reclusos ([144]) consumiram droga por via endovenosa nos estabelecimentos prisionais durante o cumprimento da pena. Esta realidade levanta questões relacionadas com o acesso a equipamento de injecção esterilizado, com práticas higiénicas de partilha de seringas entre a população reclusa e com a potencial propagação de doenças infecto-contagiosas no caso de estes problemas não serem abordados.

Os estabelecimentos prisionais são locais de alto risco para a propagação dessas doenças. Entre as práticas que se revelaram eficazes na redução das doenças infecto-contagiosas contam-se o tratamento de doenças sexualmente transmitidas (DST) e a disponibilização de preservativos, tratamentos de substituição, programas de vacinação e programas de troca de agulhas e seringas.

Cada vez mais, os tratamentos de substituição estão disponíveis nas prisões. Na Bélgica, Dinamarca, Áustria, Espanha e Eslovénia, todos os estabelecimentos prisionais disponibilizam tratamentos de substituição. Na Bélgica, Dinamarca, Luxemburgo e Noruega, é permitido aos reclusos iniciar tratamentos de substituição durante o cumprimento da pena. Em Itália, o tratamento de substituição é normalmente direccionado para reclusos em detenção preventiva. Na maioria dos *Länder* alemães, nos Países Baixos, na Eslovénia e em prisões de grandes cidades em Itália, existe a possibilidade de prescrição de tratamentos de substituição de

([139]) Ver quadro 1 sobre prisão no Boletim Estatístico de 2004.
([140]) Ver quadro 5 sobre prisão no Boletim Estatístico de 2004.
([141]) Ver quadro 3 sobre prisão no Boletim Estatístico de 2004.
([142]) Ver quadro 10 OL: Estratégias mais recentes de combate à droga nas prisões, directivas ministeriais e padões de serviço na UE e na Noruega.
([143]) Ver quadro 2 sobre prisão no Boletim Estatístico de 2004.
([144]) Ver quadro 4 sobre prisão no Boletim Estatístico de 2004.

redução progressiva do consumo até que seja conseguida a abstinência. No Reino Unido, os programas de manutenção são considerados adequados sobretudo para os presos preventivos ou para os que cumprem penas pequenas.

Em 2002, o *National Immunisation Committee* (Comité de Vacinação Nacional) da Irlanda recomendou um programa específico de vacinação contra a hepatite B, adaptado aos reclusos. Este programa consta de três injecções semanais consecutivas, com um reforço após 12 meses, e resulta numa protecção de 99% a 13 meses (Zuckerman, 2003).

A análise de 14 estudos internacionais sobre a eficácia dos programas de troca de agulhas e seringas em estabelecimentos prisionais permitiu concluir que estes programas são viáveis e resultam numa redução quer dos comportamentos de alto risco quer da transmissão de vírus pelo sangue sem quaisquer consequências negativas, tais como picadas acidentais com agulhas, ou o uso deliberado de agulhas como arma contra o pessoal prisional ou outros reclusos (Dolan *et al.*, 2003). Durante o ano 2002, foram implementados programas de troca de seringas em 27 centros penitenciários em Espanha, tendo sido distribuídas 12 970 seringas, sem que se registassem incidentes.

Embora em Espanha um número crescente de estabelecimentos prisionais disponibilizem a troca de agulhas e seringas, estes programas foram interrompidos nos *Länder* alemães de Hamburgo e da Baixa Saxónia (Stöver e Nelles, 2003). Apesar disso está ainda em curso um programa de troca de agulhas e seringas numa prisão para mulheres na Alemanha (Berlim) (Weilandt, comunicação pessoal, 2004). No estabelecimento prisional de Josefstadt, em Viena, está em fase de preparação um projecto-piloto, e no Luxemburgo o programa em causa visa o fornecimento de equipamento de injecção aos toxicodependentes nas prisões, ao abrigo do programa de cuidados de saúde ([145]).

Alternativas à prisão para infractores toxicodependentes

As alternativas à prisão serão objecto de um tema específico no próximo relatório anual, quando a UE dispuser de uma panorâmica detalhada e abrangente dessas medidas. O relatório anual deste ano abordará, pois, um aspecto específico das sanções alternativas para os toxicodependentes.

Iniciativas emergentes: tribunais com jurisdição própria em matéria de droga e mediação entre vítima e infractor

Os tribunais com jurisdição própria em matéria de droga fazem parte de novas estruturas desenvolvidas em alguns países que tratam dos casos de infractores toxicodependentes não violentos. A sua função é suspender a sentença e envolver no processo as pessoas tradicionalmente não envolvidas no tratamento da toxicodependência (juiz, Ministério Público e pessoal responsável pela execução da lei). A ideia é impedir o infractor de regressar ao sistema de justiça penal e ao consumo de drogas, em resultado do tratamento e da pressão exercida pelo sistema de justiça penal. Foram criados tribunais com jurisdição própria em matéria de droga na Irlanda e Escócia, países em que os sistemas penais se baseiam no direito consuetudinário. Noutros países da UE com um código de direito civil, não existem tribunais com jurisdição própria em matéria de droga, no sentido estrito do termo, mas desenvolveram-se iniciativas semelhantes.

No *Länd* alemão Baden-Wurttemberg, em 2003, avançou-se com um projecto que visa trabalhar com jovens delinquentes (*Way out* — «Saída»), semelhante aos tribunais com jurisdição própria em matéria de droga, projecto esse que resulta de uma aliança entre polícia, advogado oficial, juízes, serviços de liberdade condicional e aconselhamento em matéria de toxicodependência e intervenientes chave de três tribunais de círculo (Baudis, 2004). Da mesma maneira, em Milão, o programa «A cura vale o esforço» envolve o tribunal central em estreita colaboração com os serviços locais de saúde e de aconselhamento na área da toxicodependência. Neste caso, os infractores toxicodependentes são encaminhados para tratamento no mesmo dia em que a sentença é pronunciada.

A avaliação do tribunal com jurisdição própria em matéria de droga de Dublim (Farrell, 2002) concluiu que há fortes indícios de que o este método possibilite ao sistema de justiça criminal poupar nos custos, a longo prazo. O Ministério da Justiça alargou a área de jurisdição do tribunal de Dublim.

Uma análise do desenvolvimento, a nível internacional, de tribunais com jurisdição própria em matéria de droga e da sua eficácia, levada a cabo pelo Grupo Pompidou, em 2003, concluiu que a introdução de um tribunal com jurisdição própria em matéria de droga e com componente terapêutica deverá basear-se em necessidades comprovadas e requer apoio político, mecanismos de cooperação entre agências e apoio financeiro/estrutural adequado para um período mínimo garantido de cinco anos (Moyle, 2003).

A justiça direccionada para a reabilitação é cada vez mais utilizada para acelerar os procedimentos penais contra infractores não violentos (entre os quais se regista um elevado número de consumidores de droga). Esta abordagem está em consonância com o interesse público, na medida em que reduz os custos decorrentes dos casos de pequeno delito em sistemas de justiça penal demasiado sobrecarregados. Um dos desenvolvimentos mais significativos é a mediação extrajudicial. Este sistema pretende resolver litígios entre vítimas e infractores e solucionar diferendos no quadro dos procedimentos penais.

Nos Países Baixos, a polícia possibilita aos infractores que tenham cometido uma infracção pela primeira vez e com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, a opção de remir os seus crimes através da mediação. Na República Checa, foi criado em 2000 o Serviço de Mediação e de Liberdade Condicional, que visa sobretudo os jovens e os consumidores de droga. Registaram-se 29 291 casos em 2002, dos quais 765 envolveram delitos relacionados com drogas.

([145]) Ver quadro 11 OL: Serviços sociais e de saúde orientados para os toxicodependentes nos estabelecimentos prisionais da UE em 2002.

Tema específico 1

Avaliação das «estratégias nacionais de luta contra a droga» na Europa

Abordagens destinadas a avaliar as estratégias nacionais de luta contra a droga

Muitos países adoptaram recentemente uma «estratégia nacional de luta contra a droga» ([146]). A presente secção centra-se nos planos de avaliação destas estratégias, cuja realização foi, pela primeira vez, possível à escala europeia graças ao trabalho desenvolvido este ano pelos pontos focais nacionais. Este trabalho ajudou a clarificar referências para avaliar as «estratégias nacionais de luta contra a droga», que nem sempre são auto-explicativas ou óbvias.

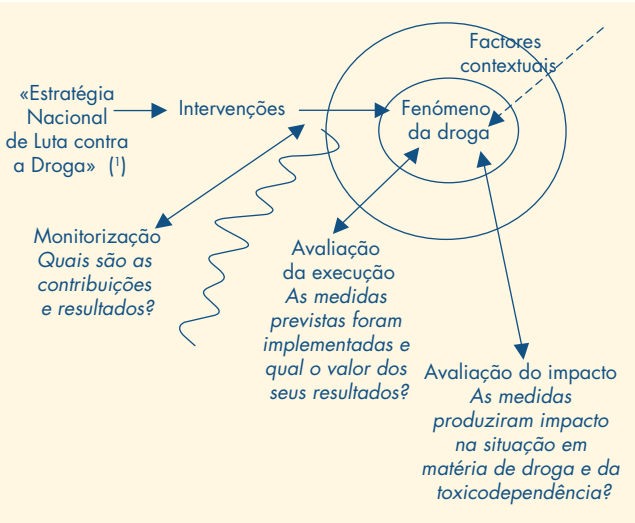
As medidas para avaliar as «estratégias nacionais de luta contra a droga» a nível europeu podem ser divididas em três actividades principais: 1) monitorização, que significa a recolha regular de dados relativos ao fenómeno da droga, bem como respostas e intervenções; 2) avaliação da implementação, isto é, avaliação do valor acrescentado oferecido pela implementação das iniciativas e pela afectação dos recursos previstos na estratégia de luta contra a droga; e 3) avaliação do impacto (geralmente designado por avaliação da eficácia), uma apreciação dos resultados (efeitos a curto prazo) e do impacto ([147]) (efeitos a longo prazo) no fenómeno da droga, produzidos (pelo menos em parte) em consequência da estratégia nacional de luta contra a droga (figura 23) ([148]).

A principal distinção entre países em termos da abordagem adoptada para avaliar as estratégias nacionais de luta contra a droga traduz-se em países que monitorizam a estratégia de luta contra a droga e países que prevêem uma avaliação da implementação e/ou impacto.

Os conceitos de monitorização e avaliação nem sempre são claramente diferenciados nas estratégias de luta contra a droga, pelo que é importante estar ciente da diferença. A monitorização é um processo contínuo e sistemático que produz regularmente dados quantitativos e qualitativos sobre o fenómeno da droga e sobre as intervenções levadas a efeito para o combater. Pode fornecer indicações regulares sobre a implementação de actividades (isto é, sobre os contributos: quais os recursos despendidos; e sobre os resultados: quais as medidas que foram implementadas, durante quanto tempo e por quem). Contudo, habitualmente, a monitorização não fornece informação sobre o impacto de uma estratégia nem respostas sobre as razões que levam uma actividade a alcançar ou não os seus objectivos. Muito embora um sistema de monitorização seja frequentemente capaz de fornecer informação sobre a evolução dos diferentes aspectos do fenómeno da droga e sobre as medidas implementadas para o combater, o sistema é, na generalidade, incapaz de determinar se essas mudanças são ou não consequência directa das medidas implementadas (imputação da causalidade).

A questão da causalidade e outras questões científicas complexas são abordadas através da avaliação (quadro 5), que significa «uma apreciação do valor de uma intervenção pública» (neste caso, uma estratégia nacional de luta contra a droga) «com referências aos critérios» (relevância, eficácia, impacto) «e padrões explícitos» (qualidade, quantidade) (definição extraída da Comissão Europeia, 1999), e que, na generalidade, obriga à realização de

Figura 23: Níveis de avaliação nas «Estratégias Nacionais de Luta contra a Droga»



(1) O termo «Estratégia de Luta contra a Droga» inclui também qualquer plano de acção decorrente dessa estratégia.

([146]) Definida no capítulo 1, p. 17.

([147]) Por uma questão de simplificação, empregamos neste caso a expressão «avaliação do impacto» para referir as avaliações quer dos resultados quer dos impactos, dois exercícios científicos absolutamente diferentes que geralmente são diferenciados na literatura específica.

([148]) Uma avaliação abrangente incluiria também a avaliação da eficácia, que avalia em termos gerais os custos dos resultados e impactos produzidos. Contudo, apenas se encontram disponíveis dados relativos a este aspecto no caso de Espanha (ver abaixo).

Quadro 5: Termos comummente utilizados em matéria de avaliação (métodos de avaliação para acções de natureza estrutural)

Avaliação geral	Avaliação de uma intervenção na sua totalidade
Coerência	Até que ponto a lógica da intervenção não é contraditória/a intervenção não contradiz outras intervenções com objectivos semelhantes
Relevância	Até que ponto os objectivos de uma intervenção são pertinentes para as necessidades, problemas e questões a tratar
Consistência	Até que ponto são maximizadas/minimizadas as consequências positivas/negativas para outras áreas da política económica, social ou ambiental
Utilidade	Até que ponto os efeitos correspondem às necessidades, problemas e questões a tratar
Eficácia	Até que ponto são alcançados os objectivos fixados
Eficiência	Até que ponto os efeitos desejados são conseguidos a custos razoáveis
Análise custo-eficácia	Instrumento de avaliação que permite aferir a eficiência
Análise custo-benefício	Instrumento de avaliação que permite aferir as vantagens da intervenção do ponto de vista de todos os grupos interessados e com base num valor monetário atribuído a todas as consequências da intervenção
Resultado	Aquilo que é financiado e conseguido (ou concretizado) com os fundos atribuídos a uma intervenção
Impacto	Uma consequência que afecta os interessados directos, uma vez terminada a sua participação numa intervenção, ou após a conclusão de uma acção pública, ou uma consequência indirecta que afecte outros interessados, que podem ser bem ou mal sucedidos

Fonte: Comissão Europeia, 1999.

estudos aprofundados. Por conseguinte, a avaliação é constituída por dois tipos de elementos: 1) provas fundamentadas em dados de boa qualidade, isto é, recolhidos através de metodologias científicas (monitorização e estudos aprofundados), da existência de causalidade entre a implementação de uma política e uma mudança ocorrida no fenómeno em estudo; e 2) uma apreciação do valor do impacto alcançado, que terá eventualmente de ser associado às tomadas de decisão.

Na prática, o conceito de «avaliação» está inevitavelmente associado ao de «monitorização»; contudo, embora alguns documentos tratem estes dois termos como sinónimos, há que ter presente que a monitorização não equivale a avaliação (ainda que a monitorização faça, obviamente, parte da avaliação).

No Reino Unido, a Estratégia Nacional de Luta contra a Droga actualizada foi publicada em 2002, na sequência de uma revisão abrangente que teve em conta dados baseadas em factos, incluindo avaliações das componentes de oferta e de procura. Neste país, a estratégia é «monitorizada», é «objecto de rastreio» e é «gerida ao nível do desempenho» mas não é «avaliada» (Relatório Nacional do Reino Unido, p. 106). Na Noruega, um dos objectivos do novo plano de acção contra o consumo de droga e álcool consiste em desenvolver um sistema susceptível de avaliar até que ponto as metas e submetas são alcançadas (Relatório Nacional da Noruega, p. 65). Na República Checa, a Estratégia da Política Nacional em matéria de Droga para 2001-2004 define metas, objectivos, planos, finalidades, indicadores de sucesso e instrumentos para a avaliação da eficácia para cada pilar da estratégia. A realização das tarefas é monitorizada regularmente; contudo, a estratégia não foi ainda objecto de uma avaliação sistemática, de acordo com os indicadores de sucesso e instrumentos de avaliação definidos. Uma das razões poderá atribuir-se aos custos consideráveis das avaliações externas (Relatório Nacional da República Checa, p. 114). O novo plano de acção da Dinamarca considera que serão «avaliadas» várias actividades específicas numa base contínua (Relatório Nacional da Dinamarca, p. 67). Na Hungria e na Polónia, as estratégias nacionais de luta contra a droga sugerem um sistema de acompanhamento na realização das tarefas (Relatórios Nacionais Reitox), enquanto na Eslovénia, embora a nova estratégia nacional preveja uma avaliação regular da implementação, até agora, não foi levada a cabo qualquer avaliação (Relatório Nacional da Eslovénia, p. 61). Na Lituânia, a implementação da Estratégia Nacional de Luta contra a Droga (2004-2008) será efectuada «de acordo com as possibilidades financeiras do país» (Relatório Nacional da Lituânia, p. 35). E na Estónia, a nova Estratégia Nacional de Luta contra a Droga «incluiu elementos de monitorização e avaliação e define os indicadores de desempenho» (Relatório Nacional da Estónia, p. 86).

Na Finlândia e na Suécia (Relatório Nacional da Finlândia, p. 113; Relatório Nacional da Suécia, p. 75-6), as estratégias nacionais de luta contra a droga dão maior ênfase à monitorização da implementação da estratégia do que à avaliação do seu impacto. Na Suécia, o coordenador no domínio da droga, nomeado em 2002, tem a responsabilidade de assegurar o acompanhamento do plano de acção nacional (relatórios anuais). Na Finlândia, também está previsto um estudo para estabelecimento de determinados parâmetros de referência através dos quais as

autoridades para o problema da droga monitorizarão e avaliarão as suas actividades. O ponto focal nacional do Luxemburgo informa que os resultados do plano para 2000-2004 serão avaliados em 2005, por forma a elaborar outras e futuras estratégias (Relatório Nacional do Luxemburgo, p. 94). Na Alemanha, o plano de acção contra a droga e toxicodependência para 2002 inclui, pela primeira vez, uma tentativa de fixar objectivos e critérios operacionais que possam ser utilizados para determinar o sucesso ou o fracasso das intervenções (Relatório Nacional da Alemanha, p. 101), enquanto que o plano trienal italiano para 2002-2004 promove a avaliação no domínio da prevenção e da reinserção social.

Entre os países que apresentam uma avaliação quer da implementação da estratégia nacional de luta contra droga quer da sua eficácia, encontram-se a Grécia, Espanha, França, Irlanda e Portugal (quadro 6). As estratégias em Espanha e Grécia referem-se à «avaliação da eficácia». Em Espanha, a estratégia nacional prevista para nove anos exorta à avaliação intercalar da sua implementação sectorial e global, em 2003 e em 2008. O objectivo é «melhorar a eficácia e eficiência das políticas públicas» (Relatório Nacional da Espanha, p. 85), avaliando a quantidade e qualidade do serviço prestado. Da mesma maneira, na Grécia, o plano de acção de luta contra a droga para 2002 refere-se à avaliação externa da eficácia global das políticas implementadas, que poderá ter lugar no futuro, tendo como base os indicadores internacionais e da UE (Relatório Nacional da Grécia, p. 110).

Em França, Irlanda e Portugal, as estratégias nacionais de luta contra a droga exortam a uma avaliação global ([149]) e sectorial, em alguns casos de eficácia (Relatório Nacional da Irlanda). Porém, os dados recebidos mostram que, de facto, as avaliações realizadas até agora têm sido mais uma apreciação do nível de implementação do que da eficácia da estratégia. Em França, a avaliação do plano de acção Trienal 1999-2002 [levada a cabo pelo *Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies* (OFDT) de 2000 a 2003] incluiu não só uma «avaliação global» mas também uma avaliação dos programas das cinco prioridades ([150]). A avaliação limitou-se à apreciação do impacto das medidas tomadas na situação global em matéria de droga. Foi, pois, essencialmente uma avaliação intercalar que aferiu da consecução dos objectivos operacionais. Na Irlanda, a estratégia nacional de luta contra a droga recomenda «uma avaliação independente da eficácia do quadro global em finais de 2004» (National Drugs Strategy 2001-2008: Building on Experience, p. 111 — Estratégia Nacional de Luta contra a Droga 2002-2008: com base na Experiência). Contudo, ao que tudo indica, a avaliação será mais uma análise do grau de implementação da estratégia e da consecução dos objectivos nela consagrados do que uma avaliação completa do impacto da estratégia no consumo de drogas. Em Portugal, as estratégias de luta contra a droga prevêem «uma avaliação externa e independente da sua implementação a nível global e sectorial» (Relatório Nacional de Portugal, p. 65). É igualmente referido um processo interno de avaliação.

Nos Estados-Membros que não possuem, *sensu stricto*, uma «estratégia nacional de luta contra a droga», a avaliação global não suscitou grande interesse nos últimos anos, mesmo em países com uma cultura de avaliação de projectos específicos no domínio da droga. Por exemplo, no caso dos Países Baixos, em que a investigação, monitorização e avaliação fazem tradicionalmente parte da política em matéria de droga, uma nova «Estratégia Governamental Directora» (2002) visa dar orientações sobre desempenho aos órgãos da administração pública (incluindo os envolvidos em cuidados de saúde e em questões relacionadas com o consumo de drogas) (Relatório Nacional dos Países Baixos, p. 83-4). E na Áustria, embora a monitorização relacionada com o consumo de drogas tenha melhorado substancialmente nos últimos anos, nem os planos provinciais (para além das avaliações preliminares em Vorarlberg) nem a política global em matéria de droga foram objecto de avaliação (Relatório Nacional da Áustria, p. 63). Nos restantes países (República de Chipre, Letónia, Malta e Eslováquia, assim como Bulgária, Roménia e

Quadro 6: Características de algumas avaliações das estratégias nacionais

	«Estratégias Nacionais de Luta contra a Droga»	Âmbito da avaliação	Objectivo da avaliação	Prazo da avaliação
Grécia	Plano de Acção 2002-2006	Geral e específico	Eficácia	Nenhum
Espanha	Estratégia Nacional de Luta contra a Droga, 2000-2008	Geral e específico	Eficácia e eficiência	2003-2008
França	Plano Trienal de Luta contra a Droga e de Prevenção das Dependências, 1999-2001	Geral e específico	Execução	2002
Irlanda	Estratégia Nacional de Luta contra a Droga, 2001-2008: prosseguir com base na experiência	Geral e específico	Execução	2004-2008
Portugal	Estratégia Nacional de Luta contra a Droga 1999; plano de acção 2000-2004	Geral e específico	Execução	2004

([149]) Avaliação global: avaliação de uma intervenção na sua totalidade (quadro 5).

([150]) 1) Os acordos regionais sobre objectivos no domínio da saúde e da justiça; 2) política interministerial sobre a formação profissional; 3) programas de política regional para a prevenção da toxicodependência; 4) experiências no domínio dos serviços de proximidade através de estruturas especializadas destinadas a prestar cuidados gerais a pessoas que revelem um comportamento de dependência; e 5) programas de redução de risco no 18.° bairro de Paris.

Turquia), a informação é insuficiente para fornecer dados sobre a avaliação das estratégias nacionais de luta contra a droga (caso existam).

Avaliações: «*ex ante*», «intercalar» e «*ex post*»

As linhas de orientação para a avaliação das actividades da UE (Comissão Europeia, 2003) identificam quatro razões principais para se proceder a avaliações: 1) contribuir para a concepção das intervenções; 2) melhorar a qualidade da intervenção; 3) contribuir para uma afectação eficaz de recursos (isto é, eficiência); e 4) dar a conhecer os êxitos da intervenção (isto é, obrigação de prestar contas). Essas linhas de orientação descrevem três fases da avaliação: *ex ante*, intercalar e *ex post*.

A avaliação *ex ante* é levada a cabo antes da implementação, supostamente destinada a avaliar a necessidade de acção e estabelecer uma base. A avaliação *ex ante* é referida nas estratégias nacionais como processo processos de análise, conduzidos por comissões parlamentares ou governamentais, ou por departamentos governamentais, que são indicados como constituindo a base de várias estratégias nacionais de luta contra a droga (Bélgica, Alemanha, Espanha, Irlanda, Portugal, Suécia).

A avaliação intercalar é mencionada nas estratégias nacionais de luta contra a droga de Espanha, Irlanda e Portugal como sendo um instrumento que permite ajustar intervenções e objectivos «ao longo do caminho». A abordagem que prevê um ajustamento ao longo do caminho não se limita aos países que levam a cabo um processo de avaliação adequado. O recurso a essa abordagem é também referido nos países que instituíram sistemas de monitorização, onde é utilizada para prestar uma informação fiável que contribua para ajustar e remodelar acções futuras. Isto implicará uma avaliação mais ilustrativa das actividades de avaliação. Uma vez mais, monitorização e avaliação estão associadas.

A avaliação *ex post* abarca todo o período de intervenção, concentrando-se habitualmente e em particular nos resultados finais da intervenção, com o objectivo de dar um contributo para posteriores intervenções. Este tipo de actividade é referido em França, em que o propósito da avaliação final do plano de acção francês foi fazer uma análise das intervenções e objectivos para um novo plano em matéria de droga, e está proposto para 2008 em Espanha, Irlanda e Portugal.

No domínio da luta contra a droga, o objectivo do processo de avaliação é sempre melhorar a qualidade das intervenções existentes e a concepção de outras. Contudo, poderá assumir-se que, quando uma estratégia de luta contra a droga sucede a uma outra, as avaliações *ex ante* e *ex post* misturam-se, resultando num processo cíclico em que os resultados finais da estratégia anterior representam um contributo para a futura estratégia (figura 24).

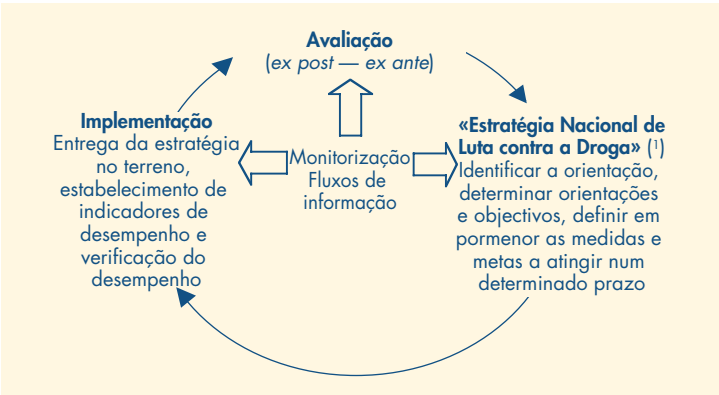
Responsáveis pela avaliação

Uma outra questão-chave das estratégias nacionais de luta contra a droga é saber se os responsáveis pela avaliação deverão ser «internos» à organização ou «externos». Há exemplos de um sistema e de outro, e cada um apresenta vantagens e desvantagens

Os avaliadores internos estão em posição de oferecer um conhecimento mais alargado das estruturas e dos mecanismos de comunicação, estão familiarizados com a organização e com a matéria em análise e têm um acesso rápido às fontes de informação. Contudo, poderão ter a tendência de justificar os fracassos na consecução dos objectivos e estão menos dispostos a fazer observações ou sugerir mudanças que possam ser vistas como uma ameaça à organização. Os avaliadores externos, pelo contrário, dão um parecer mais objectivo e fiável, na medida em que não estão envolvidos com a organização, mas poderão ter mais dificuldades em aceder às fontes de informação e correm o risco de tentar satisfazer o utente ao fornecer resultados tão bons quanto as expectativas. Além do mais, os avaliadores externos são, habitualmente, mais dispendiosos. Há, pois, que fazer uma escolha entre, por um lado, uma melhor compreensão da situação e capacidade de obter objectividade na informação e, por outro, uma maior objectividade e mestria na avaliação.

A maioria dos Estados-Membros parece ser a favor de uma abordagem mista: na Irlanda, a avaliação intercalar da estratégia de luta contra a droga será levada a cabo em 2005 por consultores externos, sob a orientação de um grupo director para os vários sectores; em Portugal, a estratégia 2000-2004 será alvo de duas avaliações: uma externa, por uma agência de consultores externos, e outra

Figura 24: A avaliação como um processo cíclico



(1) O termo «Estratégia de Luta contra a Droga» inclui também qualquer plano de acção decorrente dessa estratégia.

interna, realizada pelos técnicos que implementaram o respectivo plano de acção; e em França, os avaliadores externos e o pessoal interno do OFDT executaram diferentes aspectos da avaliação do plano de acção trienal. Em Espanha, a avaliação intercalar (2004) está actualmente a ser levada a cabo pelo pessoal que trabalha para o Plano Nacional sobre Drogas (PNSD), ao passo que o plano da Grécia exige uma avaliação externa. Na Suécia, o Instituto Nacional de Saúde Pública avaliará a política relativa à saúde pública através da análise das variáveis dos múltiplos estilos de vida. Um dos objectivos da referida política (n.° 11) visa reduzir o consumo de álcool e de tabaco, alcançar uma sociedade livre de drogas ilícitas e *doping* (dopagem) e reduzir os efeitos nefastos dos excessos no jogo.

Em todos os países em que é levado a cabo um processo de avaliação, a agência nacional de coordenação parece ser a autoridade responsável por organizar e executar o processo de avaliação: a Missão Interministerial (MILDT — Mission inter-ministériellede lutte contre la drogue et la toxicomanie) em França, o PNSD em Espanha, o IDT (Instituto da Droga e da Toxicodependência) em Portugal, a Direcção dos Serviços de Luta contra a Droga na Irlanda, o Gabinete Coordenador em matéria de Droga na Suécia e, como anunciado na estratégia belga de 2001, a Célula Geral de Luta contra a Droga na Bélgica, quando começar a funcionar. Dentro destas agências, os observatórios da droga, que habitualmente correspondem aos pontos focais Reitox, são responsáveis por fornecer a informação e os dados necessários à avaliação e, por vezes, são também tecnicamente responsáveis pela avaliação.

Metas e indicadores

Até que ponto os efeitos das acções implementadas no âmbito de uma estratégia nacional de luta contra a droga podem ser avaliados é uma questão frequentemente levantada. Na verdade, as estratégias de luta contra a droga, quer nacionais quer internacionais, referem «objectivos muito gerais», tais como «a redução de riscos para os consumidores de droga» ou «a construção de uma sociedade livre de drogas», e «objectivos operacionais», tais como «aumentar o número de admissões a tratamento» ou «criar uma agência de coordenação em matéria de droga». Quer os objectivos «gerais» quer os «operacionais» poderão beneficiar da definição de fins específicos. Os primeiros são importantes como base da política nacional em matéria de droga determinando uma direcção, mas são difíceis de medir; os últimos indicam a execução de iniciativas qualitativas e quantitativas, o que deverá facilitar a sua medição.

Os peritos e profissionais advertem que, para avaliar cientificamente uma estratégia, os objectivos têm de ser definidos de uma forma clara, inequívoca e mensurável, distinguindo, mas associando, objectivos «gerais» e «operacionais». De facto, os objectivos «operacionais» têm de ser vistos como meios para consolidar os objectivos «gerais». Logo, deverão ser fixados indicadores de desempenho para avaliar a consecução dos objectivos. Actualmente, apenas algumas estratégias nacionais de luta contra a droga podem ser incluídas nesta categoria.

Eficiência

Algumas estratégias nacionais referem frequentemente a análise custo-benefício ou custo-eficácia, com excepção da estratégia de Espanha, que afirma que a avaliação da estratégia nacional de luta contra a droga tentará também avaliar a eficiência da política pública. Muito embora os orçamentos e os custos constituam uma preocupação para as administrações públicas, verifica-se no domínio da droga (tal como identificado no último Relatório Anual, OEDT, 2003b) um desconhecimento geral dos custos globais das intervenções públicas nesta área. Este tipo de análise é geralmente considerado como um aspecto marginal e só é incluído em algumas actividades de investigação.

Limitações da avaliação

No seio da comunidade científica, reconhece-se a grande dificuldade em determinar se uma política em matéria de droga é ou não eficaz. Peritos e profissionais advertem para as dificuldades colocadas pela avaliação do impacto de uma política pública: há que considerar «níveis de complexidade» e uma «série de relações de causa e efeito». De facto, pode ser difícil detectar uma relação causal entre uma política em matéria de droga e os seus resultados e impacto, dada a variedade de intervenções e efeitos que deverão ser avaliados, bem como possíveis factores externos (factores de distorção) que influenciam a realidade (por exemplo, condições socioeconómicas, subculturas). Há alguns estudos que sugerem que o fenómeno da droga poderá depender mais de factores comportamentais e societais do que de intervenções políticas.

Além do mais, a natureza ilícita do consumo de drogas pode constituir um grave obstáculo à recolha de dados, ferramenta essencial para qualquer processo de avaliação, deixando por identificar aspectos extremamente importantes do fenómeno da droga. Assim sendo, a avaliação em matéria de luta contra a droga tem de ser cuidadosamente ponderada e os seus resultados devem ser interpretados com prudência.

Conclusão

A partir dos dados analisados, parece que as «estratégias nacionais de luta contra a droga» consideram, na generalidade, que a avaliação significa avaliar a implementação — progresso, sucessos e até fracassos — e, eventualmente, tecer considerações sobre a mesma, em vez

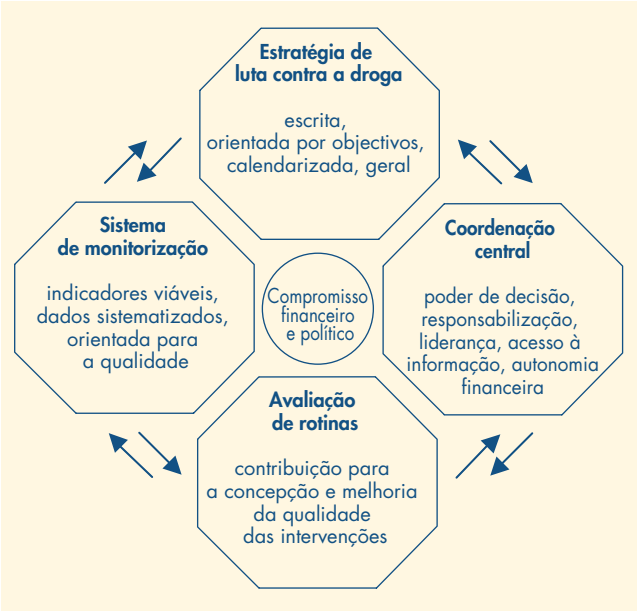
de avaliar o impacto na situação global em matéria de droga. Esta é uma conclusão importante. Muitos países que há décadas se confrontam com o problema da droga estão agora em posição (ou na disposição) de criar, através de sistemas de monitorização, uma base de avaliação do fenómeno da droga e dos efeitos dos esforços que desenvolveram. Assim, considera-se que, mais do que nunca, as políticas em matéria de droga são obrigadas a responder pelas suas opções, o que em si é uma importante conquista.

Alguns países foram mais longe, anunciando que, além do desenvolvimento dos sistemas de monitorização, irão levar a cabo uma avaliação da implementação das «estratégias nacionais de luta contra a droga», significando com isso um estudo científico que permita avaliar o mérito, ou não, de toda ou de parte da estratégia. Contudo, até agora, não são visíveis sinais de uma avaliação científica do impacto associado às estratégias nacionais globais de luta contra a droga.

Na generalidade, os países que adoptam uma abordagem mais estruturada à política em matéria de droga, isto é, que dispõem de uma «estratégia nacional de luta contra a droga» global, documentada e orientada por objectivos, de um mecanismo de coordenação central com, em última análise, um coordenador nacional e de um sistema de monitorização sólido, referem a existência de um processo de avaliação mais sofisticado (figura 25). Parece que a existência de uma abordagem mais estruturada, em si um sinal de um compromisso financeiro e político, constitui um pré-requisito para uma abordagem em matéria de avaliação mais desenvolvida à estratégia nacional de luta contra a droga. Esta hipótese deve, obviamente, ser confirmada por futuras pesquisas.

A difusão de uma cultura de monitorização e avaliação associou-se ao conhecimento do problema da droga na UE e, consequentemente, está criado um cenário que permite tomar decisões mais informadas. A avaliação é hoje claramente reconhecida nas actuais estratégias em matéria de droga como um elemento decisivo de responsabilização, desempenho e prudência financeira. Muitos já são os projectos e intervenções específicas no domínio da droga que contêm um elemento de avaliação que, se alargado a todas as estratégias importantes, contribuirá gradualmente para aferir a eficácia das estratégias nacionais e europeias de luta contra a droga.

Figura 25: Principais características de uma abordagem estruturada a uma política de luta contra a droga



Tema específico 2

Contextualização dos problemas relacionados com o consumo de *cannabis* — Compreender o aumento da procura de tratamento na Europa

Introdução

O termo «*cannabis*» é utilizado para definir vários produtos obtidos através da planta *cannabis* ou cânhamo (*cannabis sativa* L.), uma espécie anual originária da Ásia Central, que hoje em dia cresce em várias partes do mundo com clima temperado e tropical. Às muitas variedades de *cannabis sativa* correspondem uma vasta gama de características químicas e biológicas diferentes. Encontram-se três tipos de *cannabis* ilícita no mercado europeu de drogas: «*cannabis* herbácea», que consiste nas folhas, caules e botões florais secos da planta; a «resina de *cannabis*», as secreções castanhas ou pretas resinosas dos botões florais, habitualmente vendidas sob a forma de blocos prensados, mas por vezes também encontrada em pó; e, por último e de longe o menos comum, o «óleo de *cannabis*», que é um líquido espesso e viscoso.

A *cannabis* tem uma longa história de utilização pelo homem e, por vezes, tem sido utilizada por várias sociedades como fonte importante de fibras para a confecção de tecidos e cordas, como ajuda para rituais religiosos, como planta medicinal e narcótico. A *cannabis* é hoje a droga ilícita mais comummente produzida, traficada e consumida em todo o mundo (UNODP, 2003a). Apesar quer da sua longa história de consumo quer da sua actual popularidade, a nossa compreensão do impacto do consumo de *cannabis* na saúde pública continua a ser limitada. Recentemente, as provas de uma potencial associação entre o consumo de *cannabis*, em especial o consumo intensivo de *cannabis*, e uma variedade de problemas de saúde e sociais têm vindo a aumentar. Verifica-se também uma preocupação crescente em relação a um aumento visível do número de consumidores de *cannabis* que procuram ajuda junto de serviços especializados na luta contra a droga. No entanto, a dimensão e a natureza dos problemas encontrados no seio das populações de consumidores europeus de *cannabis* continuam pouco claras. Também não é claro até que ponto a informação estatística sobre o aumento da procura de tratamento reflecte mudanças na comunicação da informação e na prática de encaminhamento de consumidores em oposição ao aumento do número de indivíduos que solicitam ajuda. Para responder a estas questões, há que colocar a procura de tratamento por consumo de *cannabis* numa perspectiva mais alargada de mudança de padrões de consumo na Europa, considerar a evolução e desenvolvimento dos sistemas de informação e até a natureza mutável da própria droga. Estas matérias são abordadas neste tema específico da contextualização dos problemas relacionados com o consumo de *cannabis*, sendo o seu objectivo facilitar um debate mais bem informado sobre o potencial impacto na saúde pública da mais comum de todas as formas de consumo de drogas ilícitas.

O contexto legislativo: estatuto legal da *cannabis* na Europa

As sanções penais a aplicar aos consumidores de *cannabis* continuam a ser uma questão que suscita alguma controvérsia na UE ([151]), sendo que os Estados-Membros divergem consideravelmente na sua abordagem a esta questão.

Os extractos de *cannabis* são classificados como estupefacientes de acordo com as tabelas I e IV da Convenção Única das Nações Unidas de 1961 sobre os Estupefacientes ([152]). Esta convenção requer a adopção de medidas para assegurar que uma vasta gama de actividades — incluindo a posse de estupefacientes — sejam puníveis. Todavia, os Estados-Membros têm de interpretar e aplicar a convenção tendo em conta as suas próprias circunstâncias, e a alínea b) do n.° 1 do artigo 36.° oferece a possibilidade de opções de «tratamento, educação, pós-tratamento, reabilitação e reintegração social».

O que isto significa na prática é que, em toda a UE, a abordagem aos delitos associados ao consumo de *cannabis* é heterogénea. Alguns países emitiram linhas de orientação ao nível da acção judicial ou disposições legais que orientam a forma como determinados tipos de delitos associados ao consumo de *cannabis* deverão ser tratados, recomendando frequentemente caminhos jurídicos diferentes para o que é considerado delito menor ou mais grave. E em alguns países, a tendência aponta para a implementação de medidas terapêuticas em alternativa à acção penal para os casos de consumo e posse de pequenas quantidades de droga sem circunstâncias agravantes. Além disso, os códigos penais podem abordar o consumo problemático de *cannabis*, permitindo a suspensão (discricionária ou obrigatória) da acção judicial na condição de o infractor se submeter a tratamento ou aconselhamento especializado. Ainda que estas alternativas se apliquem habitualmente aos

([151]) Ver sítio *web* da Base de Dados Jurídicos Europeia sobre Droga (ELDD) (http://eldd.emcdda.eu.int/trends/trends_cannabis.shtml).
([152]) Ver http://www.incb.org/e/conv/1961/index.htm.

consumidores de todo o tipo de drogas, em resultado de mudanças ocorridas no ano transacto, a legislação ou as linhas de orientação na Bélgica e Reino Unido fazem actualmente uma menção específica à problemática ligada aos consumidores de *cannabis* com o objectivo de os encaminhar para assistência.

Problemas físicos, psicológicos e de desenvolvimento associados ao consumo de *cannabis* ([153])

Os relatórios nacionais dos Estados-Membros referem que o aumento na procura de tratamento por consumo de *cannabis* reflecte, provavelmente, um nível acrescido de problemas especificamente associados ao consumo intensivo de *cannabis*. Note-se, no entanto, que são largamente insuficientes os dados comparáveis e sistematizados sobre os problemas vividos pelos consumidores de *cannabis*. Está ainda em desenvolvimento uma base de conhecimentos científicos neste domínio, mas o certo é que cada vez mais fornece provas convincentes de uma associação entre o consumo de *cannabis* e uma série de problemas, muito embora a natureza da relação causal não esteja clara. Uma panorâmica da literatura sobre os problemas associados ao consumo de *cannabis* encontra-se disponível em linha (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=4811).

É importante distinguir entre os efeitos agudos (a curto prazo) da *cannabis* e o impacto a longo prazo ou crónico da droga. Há informação sobre uma variedade de efeitos agudos, quer positivos quer negativos. Os efeitos negativos incluem défices ao nível da atenção e dificuldades de concentração, efeitos adversos ao nível das funções motoras (reflexos, coordenação), problemas de memória a curto prazo, ansiedade, ataques de pânico e depressão. Os efeitos positivos incluem a euforia, o relaxamento e uma maior sociabilidade. Os efeitos agudos da droga que maior preocupação suscitam são as psicoses a curto prazo, induzidas pelo consumo da referida droga, ou ataques de pânico graves, assim como um risco acrescido de acidentes, em especial na condução ou em ambientes de trabalho de risco, e, entre os jovens, um impacto negativo no aproveitamento escolar (Hall *et al.*, 2001).

Compreender os efeitos crónicos do consumo de *cannabis* é mais complexo devido a uma série de razões, sobretudo porque é difícil fazer uma distinção entre os efeitos do consumo desta substância e os do consumo crónico de outras drogas ilícitas, do tabaco e do álcool. Contudo, entre as principais preocupações nesta área figuram o risco acrescido de cancro do pulmão e de outras doenças respiratórias e a associação com o desenvolvimento de problemas de saúde do foro psiquiátrico, incluindo depressão, psicose e esquizofrenia. Uma outra preocupação com o consumo crónico prende-se com o possível desenvolvimento de um comportamento de dependência. A questão de saber até que ponto as provas que nos levam a considerar o consumo de *cannabis* como um factor de risco, um factor causal ou simplesmente associado, através de alguma relação mais complexa, a estes problemas é analisada no estudo disponível em linha.

Na maioria dos Estados-Membros, a *cannabis* é a droga ilícita que mais figura entre os casos comunicados de infracções à legislação em matéria de droga, o que não constitui surpresa, uma vez que é também a droga de consumo mais comum ([154]). No entanto, ao contrário de outras drogas, parece não haver uma forte associação entre o consumo de *cannabis* e outros tipos de infracções.

Consumo de *cannabis* e dimensão dos problemas

Muito embora os critérios de diagnóstico convencionados internacionalmente forneçam uma orientação útil sobre as definições de consumo prejudicial de droga, consumo abusivo e dependência, surgem problemas quando se considera a *cannabis* à luz dos dados disponíveis na Europa ([155]). Em especial, há uma diferença considerável em questões-chave de avaliação. Por exemplo, não há grande consenso em torno da definição de termos como «consumo intensivo» «consumo regular» e «consumo problemático», o que dificulta a comparação entre as conclusões dos vários estudos. Além disso, só praticamente nos inquéritos é que se fizeram tentativas de medir «dependência» ou «abuso» de acordo com as definições da CID ou do DSM a nível populacional; também nestes casos, faltam actualmente instrumentos normalizados que permitiriam uma comparação convincente dos dados provenientes de diferentes estudos ou diferentes populações.

Contudo, está em curso algum trabalho nesta área. Por exemplo, um estudo actual francês pretende encontrar uma melhor definição para consumo problemático e desenvolver instrumentos específicos susceptíveis de medir a frequência do consumo, os riscos identificados e os efeitos psicológicos e físicos (Beck, 2003).

Até à data, a medida mais comummente utilizada para avaliar o consumo intensivo é o número de dias em que a droga foi consumida durante um determinado período. O consumo diário ou quase diário de *cannabis* é habitualmente considerado como um indicador de

([153]) Uma monografia específica sobre o consumo de *cannabis* e problemas relacionados com esse consumo será publicado no primeiro semestre de 2005. Para informação específica sobre os efeitos do consumo de *cannabis* a nível da saúde e físico, consultar o sítio *web* do OEDT.

([154]) Ver quadro 5 sobre criminalidade relacionada com o consumo de drogas no Boletim Estatístico de 2004.

([155]) Para uma definição de «dependência» e «consumo prejudicial», ver International Classification of Diseases (Classificação Internacional de Doenças — CID), 10.ª edição (CID-10, Organização Mundial de Saúde), códigos F10 a F19: perturbações mentais e comportamentais devido ao consumo de substâncias psicoactivas. Também se utiliza frequentemente o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (IV edição) (DSM-IV, Associação Psiquiátrica Americana), que utiliza os conceitos «dependência» e «abuso».

«consumo intensivo». Embora o consumo diário de *cannabis* não implique necessariamente dependência, é provável que uma percentagem substancial de consumidores diários apresente resultados positivos em relação à dependência ou abuso à luz dos critérios padrão de diagnóstico (CID-10, DSM-IV). Como a frequência do consumo é relativamente fácil de medir e de harmonizar em questionários, esta medida está incluída nas linhas de orientação do OEDT para o Questionário-Modelo Europeu. Actualmente, há nove países que apresentam dados sobre a frequência de consumo de *cannabis* segundo este modelo ([156]).

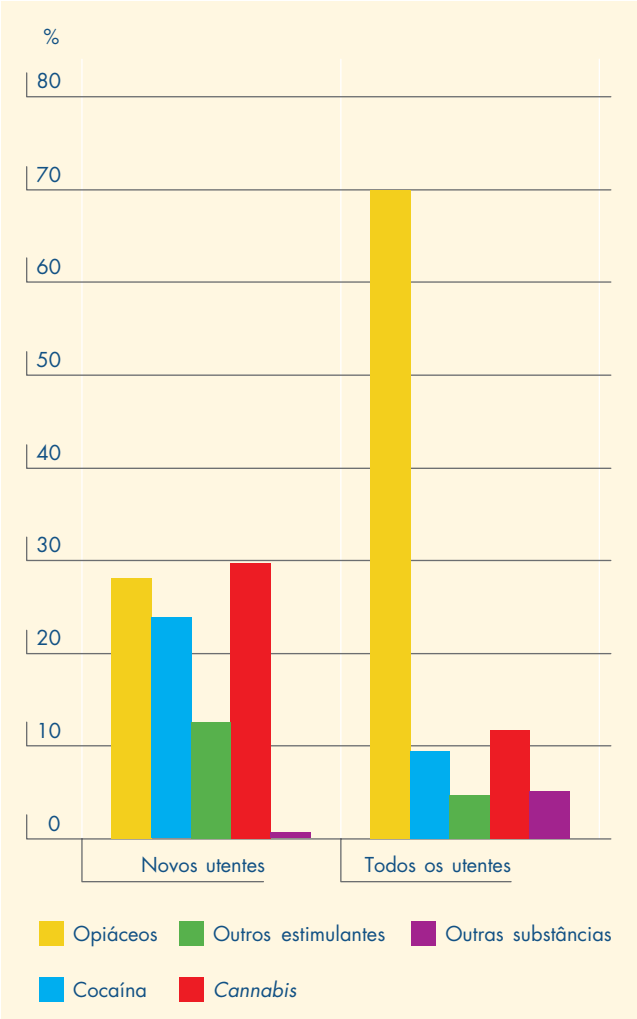
Tendências na procura de tratamento por problemas relacionados com o consumo de cannabis

Embora a *cannabis* seja a droga ilícita mais consumida na Europa, só uma pequena percentagem de pessoas que a consomem procuram tratamento. Apesar disso, em muitos países, a *cannabis* é hoje a segunda droga principal mencionada com mais frequência como a droga que leva os consumidores a receberem tratamento especializado. De acordo com os dados IPT (indicador da procura de tratamento) (ver p. 65), recolhidos de todos os tipos de serviços que prestam tratamento especializado, cerca de 12% do número total de pacientes e 30% dos que recebem tratamento pela primeira vez são referenciados como tendo um diagnóstico primário de consumo de *cannabis* (figura 26).

A percentagem de novos pacientes (isto é, os que não têm historial de tratamento) que procuram tratamento por consumo de *cannabis* varia consideravelmente entre os países, indo de zero na Lituânia a quase metade (48%) na Alemanha, mas na generalidade ultrapassa um quinto (20%) (figura 27). No entanto, nem todos os países fornecem dados sobre primeiros pedidos de tratamento e, no conjunto das séries de dados que englobam todos os tipos de pedidos de tratamento, os problemas relacionados com a *cannabis* são menos evidentes.

Entre 1996 e 2002, de acordo com os dados IPT dos países em que há dados disponíveis sobre as tendências, o número de novos pacientes que procuraram tratamento por consumo de *cannabis* como primeira droga aumentou de 3 713 para 12 493. Em 2002, calculada a média nos 11 países relativamente aos quais existem dados disponíveis, esses pacientes representavam 29% do total de novos pacientes, uma subida em relação aos 9% registados em 1996 (ver figura 20 para as fontes de informação). Embora todos estes países, à excepção da Grécia e do Reino Unido ([157]), registem um aumento de novos pacientes por consumo de *cannabis* como uma percentagem do total de novos pacientes, a dimensão do aumento variou de 6% nos Países Baixos para 31% na Alemanha. A informação adiantada pelos Relatórios Nacionais Reitox sugere que o número de

Figura 26: Droga principal notificada entre novos utentes e total dos utentes que procuraram tratamento em 2002



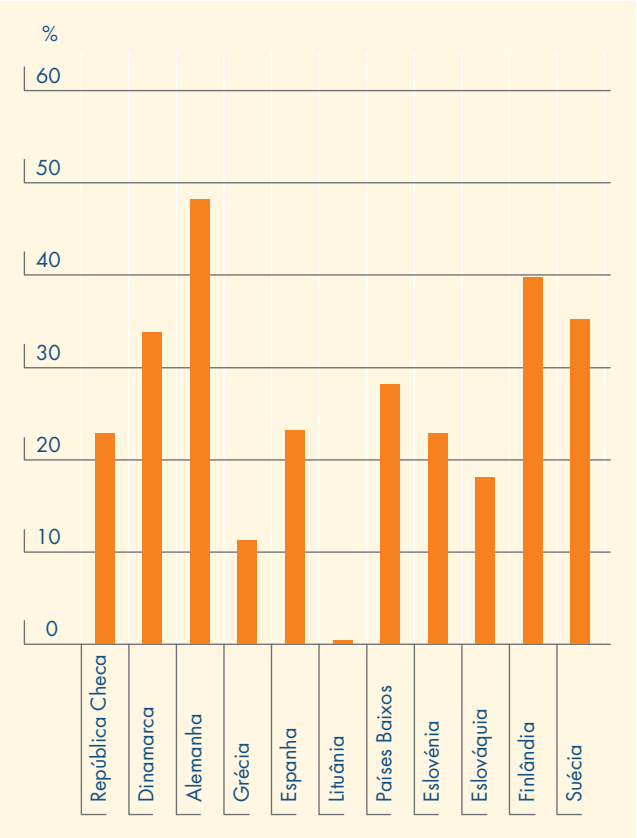
Notas: *n* = 42 568 (novos utentes), 351 372 (todos os utentes).
Países que forneceram dados (novos utentes): CZ, DK, DE, EL, ES, LT, NL, SI, SK, FI, SE.
Países que forneceram dados (todos os utentes): CZ, DK, DE, EL, ES, IT, LT, LU, HU, NL, SK, SI, FI, SE, UK.
Ponderado pelo número de utentes por país.
Fonte: Relatórios Nacionais Reitox 2003.

pessoas admitidas a tratamento por consumo primário de *cannabis* regista também um aumento em alguns dos novos Estados-Membros (figura 28). Uma análise recente da procura de tratamento por consumo de *cannabis* conduzida pelo Sistema Nacional Neerlandês de Informação sobre Álcool e Drogas (LADIS) constatou que 29% dos novos pacientes admitidos a tratamento em 2002 foram referenciados como tendo problemas relacionados com o consumo de *cannabis* e que este tipo de pacientes representa um pequeno número de indivíduos, número esse que, no entanto, tem vindo a aumentar anualmente. O relatório também constatou que, considerando a escala de consumo de *cannabis* nos Países Baixos, a percentagem

([156]) Grécia, Espanha, França, Irlanda, Itália, Letónia, Países Baixos e Portugal. Os dados da Finlândia não são apresentados devido ao pequeno número de consumidores registados no último mês que constam nos seus inquéritos (35). O número de casos e percentagens de cada país consta do quadro 7 dos Inquéritos à população geral no Boletim Estatístico de 2004.

([157]) Dados sobre novos pacientes não estão disponíveis no caso do Reino Unido, pelo que a informação é transmitida nos relatórios nacionais.

Figura 27: *Cannabis* notificada como droga principal entre os novos utentes que procuraram tratamento em 2002



Notas: Número total de casos: 42 421.
Fonte: Relatórios Nacionais Reitox 2003.

de indivíduos que procura tratamento, embora em ascensão, permanece relativamente baixa.

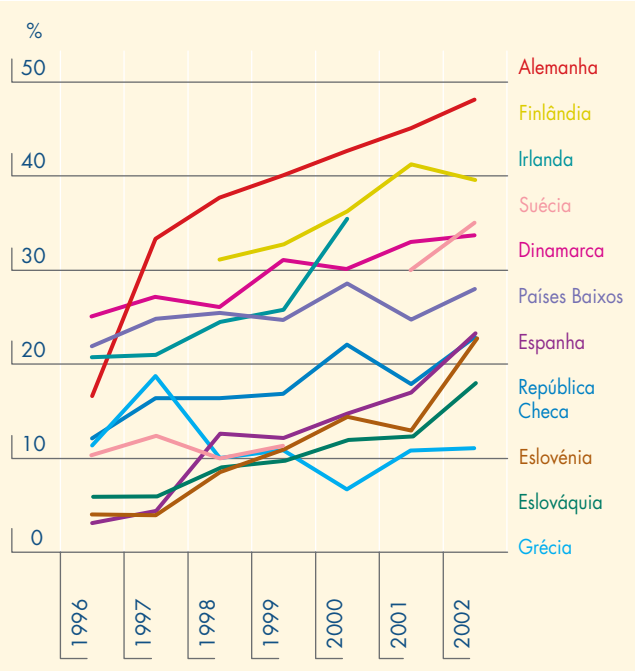
Há que adiantar uma nota de prudência quanto às generalizações que poderão ser feitas a partir do conjunto de dados europeus consolidados. Dados longitudinais sobre a nova procura de tratamento estão disponíveis em apenas 11 países. É igualmente importante referir aqui que o aumento da procura de tratamento por consumo de *cannabis* reflectido pelos dados IPT é fortemente influenciado pelos dados provenientes de Espanha e Alemanha, países onde se verificaram aumentos particularmente consideráveis nos registos de problemas relacionados com o consumo primário de *cannabis*; além do mais, em termos de números globais, Espanha é responsável por cerca de 50% do total de pedidos registados de admissão a tratamento.

O aumento da procura de tratamento por consumo de *cannabis* não se limita à Europa. Nos EUA, onde é utilizado um sistema diferente de registo de pedidos de tratamento por consumo de drogas ([158]), as admissões a tratamento por consumo de marijuana aumentaram cerca de 20 000 em 1992 para quase 90 000 em 2000 (SAMHSA, 2001; OEDT, 2003d).

Ao considerar as implicações de uma maior procura de tratamento por consumo de *cannabis*, levantam-se as seguintes questões-chave:

- Será que esta conclusão representa um aumento do número de pessoas com problemas de ordem física e psicológicos relacionados com o seu consumo de *cannabis*? Se assim for,
  - — Será que resulta de um aumento no consumo regular intensivo de *cannabis*?
  - — Será que reflecte outros factores, tais como um possível aumento na potência da *cannabis*?
- Será que este aumento pode ser explicado por factores independentes de uma necessidade crescente de ajuda, tais como:
  - — melhorias na cobertura dos sistemas de informação sobre tratamento;
  - — expansão dos tipos de unidades de tratamento disponíveis e em particular serviços de tratamento específicos direccionados para adolescentes e jovens (Relatórios Nacionais Reitox, 2003);

Figura 28: Tendências na *cannabis* notificada como droga principal entre os novos utentes que procuraram tratamento, 1996-2002



Notas: Tratamento em números gerais (% de todos as utentes).
Média das tendências (%) nos vários países.
Relativamente à Suécia, os dados de 1996 a 1999 são de tratamento hospitalar, pelo que o número de casos de *cannabis* é relativamente baixo comparado com o dos anos anteriores.
Fontes: Relatórios Nacionais Reitox 2003.

([158]) Nos EUA, registam-se as admissões a tratamento e não os indivíduos. Além disso, ao contrário da Europa, o álcool está incluído entre as substâncias de abuso. Ver sítio *web* da SAMHSA (http://www.samhsa.gov); note-se que nos EUA, Canadá e Austrália o termo «marijuana» é utilizado porque o termo «haxixe» (resina da *cannabis*) não é comum.

— alterações na forma como o consumo de *cannabis* é tratado pelo sistema de justiça penal, dentro dos estabelecimentos escolares, ou pelas agências que trabalham com jovens, registando um aumento no encaminhamento para tratamento de indivíduos que de outra forma não teriam procurado ajuda espontaneamente.

É importante compreender até que ponto cada um destes factores afecta o número de pacientes em tratamento. Um primeiro passo é considerar as características daqueles que se submetem a tratamento e que são registados como tendo um diagnóstico primário de consumo problemático de *cannabis*. Esta análise tem por base os pacientes que recorrem a unidades de tratamento em regime não residencial/ambulatório.

Pacientes por consumo de *cannabis*: características e padrões de consumo

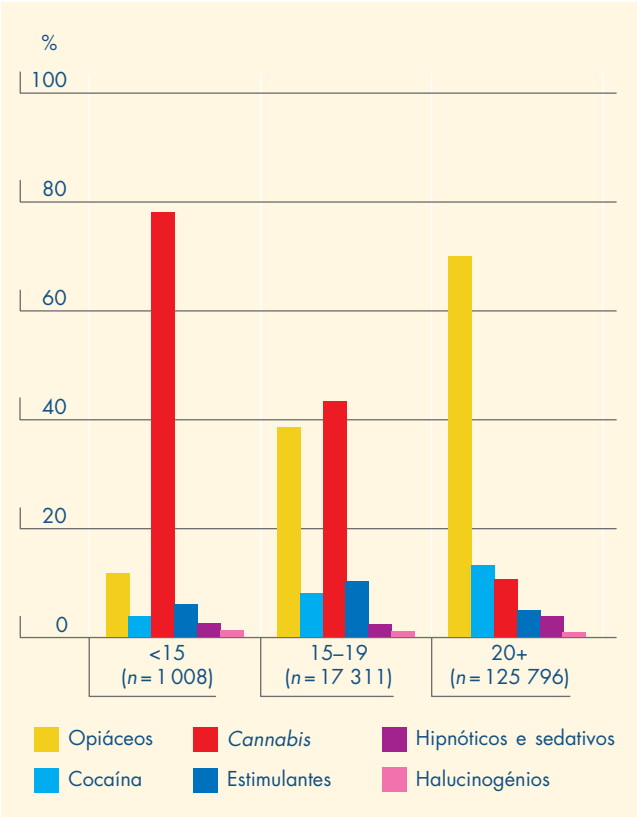
Há uma série de opções padrão disponíveis que permitem registar qual a via de encaminhamento para tratamento por consumo de drogas. Estas diferenciam os consumidores de droga que se autopropuseram a tratamento dos que foram encaminhados por outras agências, tais como agências de carácter social ou ligadas ao sistema de justiça penal. A maioria dos pacientes por consumo de *cannabis* é encaminhada para tratamento através da família ou amigos, de serviços sociais ou do sistema de justiça penal. Comparativamente aos consumidores de outras drogas, há uma percentagem mais baixa de pacientes por consumo de *cannabis* que se autopropõem a tratamento ([159]). Nos EUA e no Canadá, o cenário é semelhante, na medida em que a decisão de procurar tratamento por consumo de marijuana como droga principal não é, regra geral, tomada por iniciativa própria (OEDT, 2003d).

Uma importante diferença existente entre as vias de encaminhamento é o facto de aqueles que são encaminhados para tratamento por familiares ou serviços sociais (frequentemente estabelecimentos escolares) serem habitualmente mais jovens, com menos probabilidade de consumirem outras drogas além da *cannabis*, e estarem mais bem integrados do ponto de vista social, ao passo que os pacientes encaminhados por autoridades legais ou por iniciativa própria tendem a ser mais velhos e, na maioria dos casos, consomem outras drogas além da *cannabis* (Relatório Nacionais Reitox, 2003). Na Alemanha e Finlândia, que registam as percentagens mais elevadas de pacientes para quem a droga principal é a *cannabis*, as autoridades legais e os estabelecimentos escolares têm um papel importante no encaminhamento de pacientes para tratamento por consumo de *cannabis*.

Os pacientes por consumo de *cannabis*, pela primeira em vez em tratamento, são predominantemente jovens, do sexo masculino (83%) na casa dos 22-23 anos, ao passo que, no caso de outras drogas, a percentagem de pacientes do sexo masculino é ligeiramente mais baixa e a média de idades mais elevada. Em quase 80% dos novos pacientes classificados como «muito jovens» (com menos de quinze anos de idade) e em 40% dos que têm idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos, a droga principal responsável pela procura de tratamento é a *cannabis* (figura 29) ([160]). Estes grupos são ainda predominantemente do sexo masculino, mas incluem uma percentagem mais elevada de mulheres do que o grupo de pacientes no seu todo. As diferenças de país para país na distribuição por idade e género reflectem largamente os mesmos padrões encontrados em todos os pacientes.

A idade relativamente jovem dos pacientes por consumo de *cannabis* é reflectida pela elevada percentagem, 45%, que são ainda estudantes, comparada com apenas 8% de pacientes que recebem tratamento por problemas com outras drogas. Outros 24% dos que recebem tratamento por problemas com o consumo de *cannabis* têm um emprego regular, igual ao número dos que estão desempregados ([161]),

Figura 29: Distribuição da droga principal notificada entre utentes dos serviços de tratamento em ambulatório, por grupo etário, 2002



Notas: Todos os utentes. Países que forneceram dados: DK, DE, ES, FI, EL, LU, HU, SE, UK.
Os consumidores do sexo masculino da Dinamarca e do Reino Unido representam 56% de todos os utentes em tratamento devido ao consumo de *cannabis* com menos de 20 anos de idade, com mais 17% de Espanha.
Fontes: Relatórios Nacionais Reitox 2003; centros de tratamento em regime ambulatório IPT.

([159]) Ver figura 22 OL: Via de encaminhamento entre todos os utentes: para todas as drogas e para a *cannabis*.
([160]) Ver também quadro 4 sobre procura de tratamento no Boletim Estatístico de 2004.
([161]) Ver figura 23 OL: Estatuto laboral entre os utentes de tratamento por consumo de *cannabis* e na totalidade dos utentes.

o que contrasta em absoluto com os pacientes que consomem drogas, tais como a heroína. Além disso, é mais frequente os pacientes por consumo de *cannabis* darem-nos conta de viver em condições de habitabilidade estáveis do que os pacientes que recebem tratamento por problemas com outras drogas ([162]), reflectindo o facto de que muitos são jovens, estudantes, e vivem com os pais.

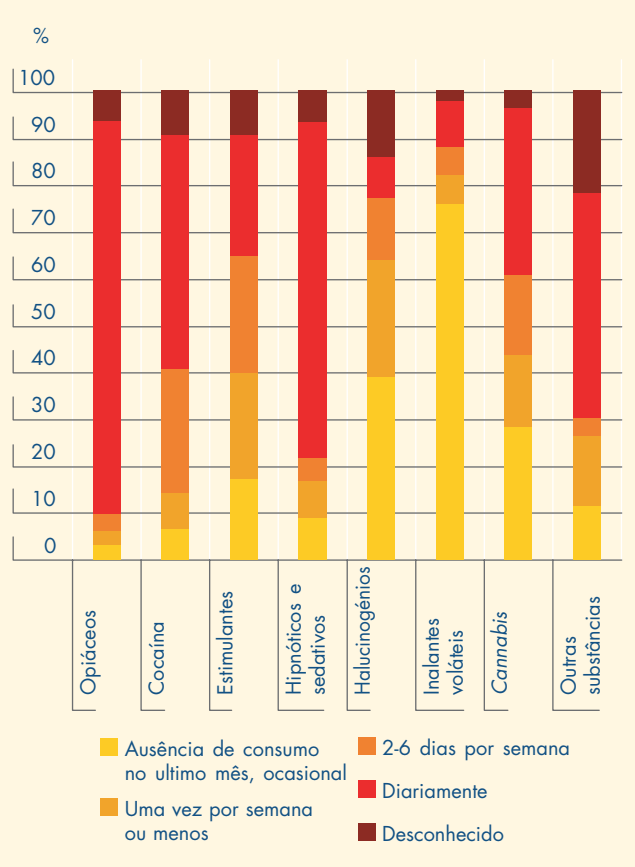
Os padrões de consumo entre pacientes que recebem tratamento em regime ambulatório por consumo de *cannabis* como primeira droga variam consideravelmente e são bastante diferentes dos encontrados para outros tipos de drogas, em especial os opiáceos (figura 30). Em 2002, entre os pacientes que receberam tratamento por consumo de *cannabis* como droga principal, apenas 36% eram consumidores diários dessa droga e apenas 17% consumiam *cannabis* mais do que uma vez por semana (2-6 vezes por semana); 15% consumiam *cannabis* uma vez por semana ou menos ainda e 28% eram consumidores ocasionais ou não tinham consumido no último mês. A contrastar com esta situação, 84% dos consumidores de opiáceos em tratamento são consumidores diários.

A percentagem de pacientes em tratamento ambulatório que consomem *cannabis* diariamente varia de país para país. As percentagens mais elevadas de consumidores diários de *cannabis* registam-se nos Países Baixos (80%) e Dinamarca (59%), enquanto a percentagem mais elevada de consumidores ocasionais se regista na Alemanha (76%) ([163]).

Quanto mais cedo se consumir pela primeira vez *cannabis* maior será o risco de desenvolver problemas com drogas no futuro (Kraus *et al.*, 2003). Na Europa, 28% de todos os pacientes em tratamento por consumo de *cannabis* em 2002 começaram a consumir antes dos 15 anos, e a maioria (80%) antes dos vinte anos de idade. Os números respectivos para os opiáceos são 9% e 42,8% e para a cocaína 6% e 26,5%.

A maioria dos países dá-nos conta de que os pacientes em tratamento com problemas por consumo de *cannabis* como droga principal apresentam frequentemente um padrão de policonsumo de drogas. Isto pode indiciar um artefacto ao nível da informação, por exemplo, se os pacientes com problemas de policonsumo de drogas forem registados, por uma questão de conveniência, como consumidores para quem a droga principal é a *cannabis*. Contudo, não há dados qualitativos disponíveis sobre a percentagem de policonsumidores entre os pacientes em geral. Existem diferenças entre os pacientes que consomem apenas *cannabis* e os que consomem *cannabis* associada a outra droga (Relatórios Nacionais Reitox, 2003): os primeiros são habitualmente mais novos e mais bem integrados socialmente (é mais provável terem emprego e um nível de habilitações mais elevado e menos provável abandonarem ou terem abandonado a escola) do que os últimos. Chega-nos a informação de que as substâncias secundárias mais comummente consumidas pelos pacientes para quem a droga principal é a *cannabis* são o álcool (32,9%) e os estimulantes (25%) ([164]), embora a distribuição varie de país para país.

Figura 30: Distribuição da frequência de consumo da droga principal notificado entre os utentes em tratamento de ambulatório em 2002



Notas: *n* = 109 699 (todos os utentes). Países que forneceram dados: CZ, DK, DE, EL, HU, LU, FI, SE, UK (CZ — todos os tipos de centros de tratamento).
Fontes: Relatórios Nacionais Reitox 2003; centros de tratamento em regime ambulatório IPT.

Alguns pacientes em tratamento por consumo de *cannabis* também admitem injectar outras drogas e alguns comunicam uma experiência ao longo da vida de injecção de drogas, apesar de, actualmente, não consumirem drogas à excepção de *cannabis*. Por exemplo, na Grécia em 2002, embora 14,7% dos utentes por consumo de *cannabis* que registam um consumo de droga secundária se tivessem injectado nos últimos 30 dias, 25,4% dos pacientes que apenas consomem *cannabis* mencionaram uma experiência ao longo da vida de injecção de outra substância (Relatório Nacional da Grécia 2003). De igual modo, a informação proveniente da República Checa (Relatório Nacional) sugere que, em certos ambientes de tratamento, metade dos pacientes por consumo de *cannabis* também se injectam.

([162]) Ver figura 24 OL: Condições de vida entre os utentes de tratamento por consumo de *cannabis* e na totalidade dos utentes.
([163]) Ver figura 25 OL: Frequência de consumo de cannabis por país.
([164]) Ver figura 26 OL: Droga secundária mais utilizada entre todos os utentes de tratamtento por consumo de *cannabis* por país e quadro 9 sobre procura de tratamento.

Tendências da procura de tratamento: factores em mudança

O aumento da procura de tratamento por problemas com a *cannabis* como droga principal deverá ser considerado no contexto de mudanças que ocorreram nas características e padrões de consumo. Entre 2000 e 2002, nos países com dados informativos, o número total de casos de encaminhamento para tratamento pelas autoridades legais, família e amigos e serviços sociais aumentou de forma excepcional, 103%, 81% e 136% respectivamente ([165]). Não se registam diferenças relevantes entre países, excepto na Alemanha, em que a percentagem de casos de encaminhamento por via do sistema de justiça penal também registou uma subida (de 21,7% para 26,7%).

Não há dados disponíveis sobre as tendências ao nível das características sociodemográficas dos pacientes por consumo de *cannabis*, muito embora alguns relatórios nacionais (República Checa, França e Luxemburgo) assinalem um aumento no número de pacientes com problemas educacionais, sociais e psicológicos. Entre 2001 e 2002, a percentagem de consumidores diários entre pacientes por consumo de *cannabis* aumentou de 31,7% para 39,2% ([166]); alguns países dão-nos conta de que a percentagem de consumidores diários é mais elevada entre pacientes mais velhos (com idades superiores a 20 anos).

Cannabis na população em geral: do consumo experimental ao consumo diário

Tal como foi referido, embora o consumo de *cannabis* tenha aumentado significativamente em quase todos os países durante a década de 1990 e embora seja a droga mais comummente consumida, grande parte do consumo continua a ser ocasional ou de curta duração. É provável que aqueles que correm maior risco de desenvolver problemas ou de se tornar dependentes sejam os consumidores intensivos da referida droga, mas é nesta área que as fontes de informação são mais insuficientes, embora se saiba que os consumidores recentes (que consumiram nos últimos trinta dias) são habitualmente jovens do sexo masculino que vivem em zonas urbanas.

O «consumo nos últimos trinta dias» constitui um indicador de consumo habitual e abrange os consumidores intensivos da droga. Nos últimos inquéritos, se se excluir a Suécia (0,1%), 1 a 7% de todos os adultos e 3 a 12% dos jovens adultos dizem ter consumido a referida droga nos últimos 30 dias. Registam-se, no entanto, diferenças entre países, e o consumo actual é mais comum na República Checa, Espanha, França, Irlanda e Reino Unido. Nos países em que é possível analisar as tendências do consumo recente ao longo do tempo, registou-se um aumento, embora não dramático.

Os dados que permitem analisar em detalhe a frequência do consumo de *cannabis* nos últimos 30 dias estão disponíveis em nove países — Grécia, Espanha, França, Irlanda, Itália, Letónia, Países Baixos, Portugal e Finlândia (não apresentados). Com uma excepção (Letónia), aproximadamente um quarto (19 a 33%) dos que consumiram *cannabis* no último mês fê-lo numa base diária ou quase diária ([167]) ([168]). Nestes países, os consumidores diários representavam 0,5 a 2,3% do total da população ([169]) e 0,9 a 3,7% dos jovens adultos (15 a 34 anos de idade) (figura 31). A maioria das pessoas (76 a 92%) que admitiram ter consumido *cannabis* no mês anterior situavam-se entre os 15 e os 34 anos de idade e, consequentemente, os consumidores diários concentravam-se também nesta faixa etária. Além disso, os consumidores diários são predominantemente do sexo masculino, embora varie de 62% nos Países Baixos para 92% na Grécia.

A partir destes dados, é possível fazer uma estimativa grosseira do número de consumidores intensivos de *cannabis* na Europa. Partindo do princípio de que aproximadamente 1% da população consomem *cannabis* diariamente, haverá então, num país com 25 milhões de habitantes (idades compreendidas entre os 15 e 64 anos), 250 000 consumidores diários de *cannabis*. Em toda a UE, com uma população que compreende no total 302 milhões de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos, a prevalência será de cerca de 3 milhões.

Mesmo entre os jovens adultos, o consumo intensivo de *cannabis* varia entre as coortes de idades e, regra geral, é mais elevado entre os grupos mais jovens. Num inquérito escolar realizado em Espanha em 2002, 3,6% dos estudantes com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos referiram um consumo diário ou quase diário (isto é, no topo do intervalo de variação entre jovens adultos com idades compreendidas entre os 15 e os 34 anos). E no inquérito francês sobre os que se situam entre os 17 e os 19 anos de idade (Escapad), o consumo diário ou quase diário de *cannabis* registado no último mês foi ainda mais elevado, sendo referido por 9,2% dos rapazes e 3,3% das raparigas (Beck e Legleye, 2003).

Os efeitos da dependência ou abuso de *cannabis* afiguram-se menos graves do que a dependência ou abuso de outras drogas. A maioria dos consumidores intensivos de *cannabis* parece ser constituída por jovens relativamente integrados, que correm mais o risco de ter outros problemas sociais (acidentes de condução, fracasso na conclusão dos seus estudos ou disfuncionalidades na família) do que outras actividades criminosas, pelo que as intervenções

([165]) Ver figura 27 OL: Via de encaminhamento entre todos os utentes, 2000-2002.

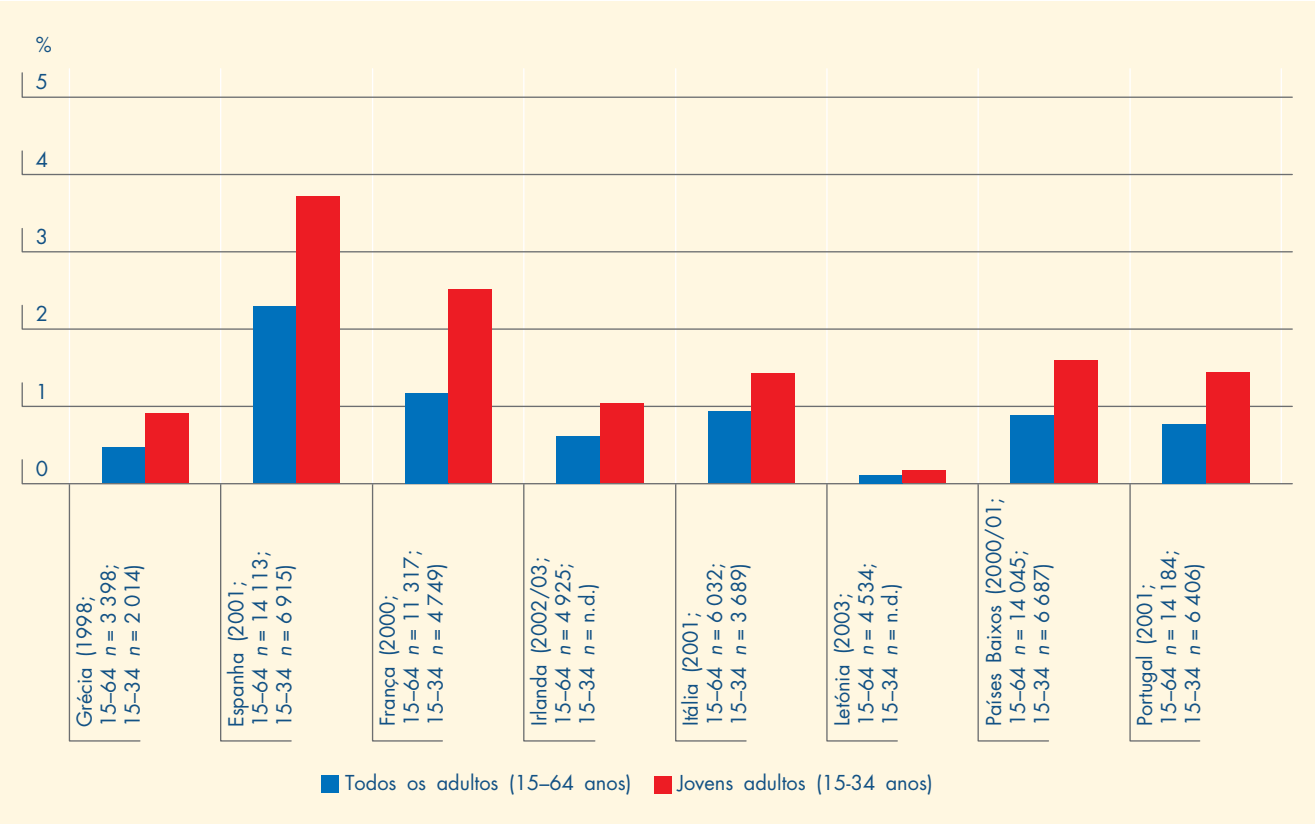
([166]) Ver figura 28 OL: Frequência de consumo entre todos os utentes por consumo de *cannabis* e quadro 8 sobre procura de tratamento no Boletim Estatístico 2004.

([167]) Nesta secção, a informação referir-se-á ao «consumo em 20 dias ou mais durante os últimos 30 dias», expressa também como «consumo diário ou quase diário». O Questionário-Modelo Europeu prevê a recolha do número exacto de dias, mas, para informação dos números nacionais, a frequência de consumo foi agrupada em quatro categorias distintas, sendo a mais elevada de «20 dias ou mais».

([168]) Ver figura 29 OL: Percentagem de consumidores diários (ou quase diários) entre os jovens adultos (15-64 anos) que consumiram *cannabis* no mês anterior.

([169]) Percentagem dos «consumidores no último mês» multiplicada pela percentagem dos «consumidores diários ou quase diários», isto é, 6% (prevalência no último mês) × 25% (percentagem relativa aos que consomem «20 vezes ou mais») = 1,5%.

Figura 31: Percentagem de consumidores diários (ou quase diários) de *cannabis* entre todos os adultos ou jovens adultos em alguns países da UE, com base em inquéritos nacionais à população



Notas: Consumo diário ou quase diário = consumo em 20 dias ou mais no mês anterior ao da entrevista.
Os dados foram obtidos a partir dos mais recentes inquéritos nacionais disponíveis em cada país.
O intervalo etário para todos os adultos é 15-64 anos (Itália 44 anos) e para os jovens adultos 15-34 anos. As variações dos intervalos etários poderão originar pequenas disparidades entre os países.
Fontes: Relatórios Nacionais Reitox 2003, com base em relatórios de inquéritos e artigos científicos. Ver também quadros epidemiológicos padrão, Boletim Estatístico de 2004.

deverão ser adequadas à situação e não criar outros problemas ou mesmo a exclusão.

Questões ligadas à potência e às doses da *cannabis*

Tem-se vindo a especular que um aumento na potência da *cannabis* é em parte responsável pelo maior número de situações problemáticas e, consequentemente, mais admissões a tratamento. Compreender as questões associadas à potência da *cannabis*, a dose que consumidores individuais tomam e o seu provável impacto nos problemas crónicos e agudos levanta uma série de questões complexas. A fim de explorar os dados científicos disponíveis sobre a potência da *cannabis*, o OEDT realizou um estudo especial, cujos resultados podem ser consultados na p. 90.

A potência da *cannabis* é apenas um factor a considerar no cálculo da dose que um indivíduo tomará durante um determinado período de tempo (Hall *et al.*, 2001). A via como é consumida, a técnica utilizada para fumar, a quantidade de *cannabis* consumida numa sessão, bem o número de sessões de fumo em que um indivíduo participa, são igualmente, ou ainda mais, importantes para o cálculo dos níveis de exposição de um indivíduo. Em certa medida, a *cannabis* de elevada potência esteve sempre disponível, pelo que a preocupação relativamente a esta questão não é nova. Também é importante notar que não se compreende se os consumidores de *cannabis* modificam o seu comportamento para alcançar um efeito de dose desejável. Por conseguinte, a questão de saber até que ponto a *cannabis* de elevada potência resulta necessariamente em altas doses requer investigação suplementar.

Resposta às necessidades dos consumidores com problemas relacionados com a *cannabis*

Compreender as necessidades dos que procuram ajuda por problemas relacionados com o consumo de *cannabis* é fundamental para o desenvolvimento de respostas eficazes. A análise da procura de tratamento e de outros dados indicadores sugere que tanto os consumidores de *cannabis* encaminhados para tratamento como o conjunto dos consumidores constituem uma população heterogénea com necessidades igualmente heterogéneas. Isto sugere a necessidade de uma continuidade ao nível das respostas,

Potência da *cannabis* (*fonte*: OEDT, 2004c)

1. Os Estados-Membros da UE dividem-se em dois grupos distintos, consoante o produto mais consumido: folhas de *cannabis* ou resina de *cannabis*. Dos países relativamente aos quais dispomos de informações, a resina de *cannabis* é mais comum na Alemanha, Irlanda, Portugal e Reino Unido, sendo as folhas de *cannabis* mais comuns na Bélgica, República Checa, Estónia, Países Baixos e Áustria.

2. Durante muito tempo, não se verificou alteração da potência das folhas de *cannabis* ou da resina de *cannabis* importadas para a Europa. Em todos os Estados-Membros da UE, com a possível excepção dos Países Baixos, a maior parte da *cannabis* consumida é importada, embora actualmente não existam dados sistemáticos sobre a disponibilidade de folhas de *cannabis* de produção em território nacional.

3. O cultivo caseiro da *cannabis* ocorre, até certo ponto, em todos os países da Europa. Nos Países Baixos, calcula-se que este produto represente mais de metade da *cannabis* consumida, mas na maioria dos países os produtos importados têm um peso maior.

4. As folhas de *cannabis* de produção caseira com recurso a métodos intensivos (por exemplo, sistemas hidropónicos com iluminação artificial, propagação por divisão de raiz e controlo da duração do dia) têm habitualmente um teor de tetrahidrocanabiol (THC) superior ao da droga importada. A potência *média* da *cannabis* de produção caseira pode ser duas ou três vezes superior à da *cannabis* importada, embora possa haver sobreposição de valores e nem toda a *cannabis* criada em sistemas hidropónicos possua uma potência mais elevada.

5. Os aumentos da potência registados em alguns países podem ser quase integralmente atribuídos a um aumento da percentagem do consumo de *cannabis* de produção caseira

6. Tendo em conta a quota de mercado dos diferentes produtos da *cannabis*, a potência real manteve-se relativamente estável em todos os países ao longo de muitos anos, situando-se em cerca de 6-8%. A única excepção são os Países Baixos, onde, até 2001, tinha atingido 16%.

7. Nos Países Baixos, a resina de *cannabis* produzida localmente possui um teor de THC particularmente elevado; porém, este material ainda não é comum neste país e praticamente desconhecido nos demais.

8. As declarações nos meios de comunicação populares de que a potência da *cannabis* aumentou 10 vezes nas últimas décadas não são corroboradas pelos dados limitados quer dos EUA quer da Europa. Os maiores aumentos da potência a longo prazo parecem ocorrer nos EUA, mas há que ter em mente que, sobretudo até 1980, a potência da *cannabis* nos EUA era inferior ao padrão europeu.

9. A conclusão geral do estudo é a de que as ligeiras alterações no teor de THC observadas em alguns países se devem ao aparecimento relativamente recente de *cannabis* cultivada intensivamente no interior da UE. Para além disso, regista-se que o teor de THC dos produtos de *cannabis* é extremamente variável. São claramente necessárias informações para desenvolver sistemas de monitorização que permitam aferir a quota de mercado dos diferentes produtos de *cannabis* e identificar as alterações ao longo do tempo. Actualmente, esta informação, em grande medida, é inexistente.

10. O estudo identifica uma série de áreas importantes que exigirão atenção, caso pretendamos avaliar devidamente as questões relacionadas com a potência da *cannabis*. Entre estas, incluem-se: um consenso quanto à nomenclatura de designação dos produtos da *cannabis*, melhor monitorização da informação sobre os mercados, melhoria dos padões de análise laboratorial e da compilação e apresentação de dados a nível europeu, estudos para avaliar a relação entre potência, consumo por fumo e níveis sanguíneos de THC/metabolitos na Europa, e a necessidade de compreender a relação entre elevada potência e risco acrescido de exposição e eventuais ligações com problemas de saúde. No mesmo estudo, refere-se que os custos e benefícios de se responder de forma distinta a diferentes produtos de *cannabis* merecem ser ponderados.

que vão desde a prevenção e actividades de redução de riscos até às actividades formais de tratamento. Uma possível preocupação é a de saber se se deve ou não encaminhar jovens que consomem *cannabis* ocasionalmente para centros especializados de atendimento a toxicodependentes. A resposta a esta questão depende muito da configuração dos serviços em questão e também de saber até que ponto os pacientes se misturam com consumidores crónicos de outras substâncias. Não obstante, a identificação de vias de encaminhamento adequadas para os consumidores com padrões de consumo de *cannabis* diferenciados continua a ser um assunto que merece maior atenção.

No aspecto da prevenção, poucas foram as iniciativas concebidas especificamente para dar resposta ao aumento do consumo de *cannabis* entre os jovens, na medida em que a prevenção raramente é orientada para uma substância específica. Contudo, alguns Estados-Membros dão-nos conta de novos desenvolvimentos nesta área, adoptando duas estratégias principais: 1) pôr em evidência o perigo de os jovens que consomem *cannabis* se verem envolvidos com o sistema de justiça penal; e 2) tentar inverter a percepção social de que o consumo de *cannabis* constitui um comportamento normativo através de campanhas de massas ou orientadas.

Na Alemanha, Grécia, Irlanda, Finlândia e Reino Unido, foram introduzidas medidas que visam reduzir as consequências psicossociais dos primeiros delitos por consumo de *cannabis* entre adolescentes. Um recente

exemplo destas medidas (2000 em diante) é o programa FRED na Alemanha, actualmente em execução em oito *Länder,* que prevê a realização de intervenções precoces e de curta duração junto dos jovens consumidores de droga, numa base voluntária ([170]). No Reino Unido, as *Youth Offending Teams* (YOT) trabalham numa base semelhante. No seguimento de uma mudança na forma como alguns aspectos do consumo de *cannabis* passaram a ser abordados pelo sistema de justiça penal e da reclassificação da droga (de classe B para classe C), a infracção é a posse e o consumo dá lugar a uma advertência. Está previsto um processo formal de advertência dos jovens, isto é, indivíduos com menos de dezoito anos. O Reino Unido também lançou uma campanha mediática para reiterar a natureza negativa e ilegal da *cannabis*.

Uma outra iniciativa recente consiste em levar a campanha de prevenção até aos «*coffee shops*» onde há acesso a pequenas quantidades de *cannabis*. Esta intervenção traduz-se num curso e num manual dirigido aos proprietários dos cafés, por forma a evitar problemas relacionados com o consumo de drogas nestes estabelecimentos. O manual contém informação sobre a *cannabis*, legislação em matéria de droga, perturbações psiquiátricas, primeiros socorros, espírito empresarial e técnicas educacionais. Nos Países Baixos, há a tradição de desenvolver abordagens directas e personalizadas ao consumo de *cannabis*, tal como ilustrado por Hash e Weed Week ([171]), em que os grandes consumidores de *cannabis* frequentam reuniões de grupo nas quais são discutidas as consequências de um consumo intensivo e as potenciais mudanças comportamentais.

Estas abordagens traduzem-se, em certa medida, numa abordagem orientada para a prevenção e a redução de danos. Contudo, apesar da tão conhecida relação entre o fumo e os problemas respiratórios e da crescente preocupação relativamente ao impacto negativo que o consumo intensivo de *cannabis* tem na saúde, as intervenções que visam a redução de danos associados ao consumo de *cannabis* continuam deficitariamente desenvolvidas em comparação com as que visam os consumidores de outras drogas.

As opções de tratamento disponíveis para os consumidores problemáticos de *cannabis* encontram-se, na maioria das vezes, em centros de tratamento que dão assistência a pacientes dependentes de drogas lícitas ou ilícitas ou com outro tipo de comportamentos de dependência. Há países (Dinamarca, Alemanha, Grécia, França, Países Baixos, Áustria, Suécia e Noruega) que referem dispor de serviços concebidos para consumidores de *cannabis*, mas, regra geral, uma assistência especializada deste tipo parece ser extremamente limitada. Em muitos países, os serviços de tratamento destinados a consumidores problemáticos de *cannabis* são integrados nas unidades de tratamento direccionadas para a generalidade dos problemas com drogas (Bélgica, República Checa, Dinamarca, Alemanha, Espanha, França, Irlanda, Itália, Luxemburgo, Países Baixos, Áustria, Portugal, Eslovénia e Noruega).

Na maioria das vezes, os consumidores problemáticos de *cannabis* recebem tratamento em conjunto com consumidores problemáticos de outras drogas ilícitas, normalmente opiáceos. Como muitos destes centros de tratamento por consumo de drogas são configurados para satisfazer as necessidades de uma população frequentemente caótica e marginalizada, a sua adequabilidade para os que têm necessidades menos agudas, como a maioria dos consumidores de *cannabis*, é discutível. Os serviços de tratamento nos Estados-Membros estão cientes destas questões, sendo que uma série de países, nos seus Relatórios Nacionais Reitox, observaram que poderia ser contraproducente e desvantajoso misturar os consumidores problemáticos de *cannabis* com os consumidores de heroína ou os policonsumidores e apontaram essa eventualidade como uma razão para os consumidores de *cannabis* não receberem assistência em regime de internamento. É mais fácil conceber programas especificamente orientados para os consumidores de *cannabis* assentes num regime ambulatório. O Relatório Nacional austríaco sugere que o tratamento em regime de internamento, se necessário, deverá ter lugar preferencialmente num departamento geral de psiquiatria para adolescentes e não numa unidade especializada de tratamento da toxicodependência. Temos informação de inovações recentes introduzidas pelos Estados-Membros para responder às necessidades dos consumidores de *cannabis,* que incluem a produção de um «manual de tratamento cognitivo» para os consumidores crónicos de *cannabis* na Suécia, a criação de um *site* de auto-ajuda na Internet para o consumo problemático de *cannabis* nos Países Baixos e a introdução de um tratamento de acupunctura na Finlândia.

Conclusões

O objectivo desta análise é inserir o aumento observado na procura de tratamento por consumo de *cannabis* num contexto analítico mais alargado. Ao fazê-lo, é óbvio que muitas questões importantes, fundamentais para um debate político informado sobre esta controversa matéria, continuam por responder. Fica igualmente óbvio que os dados disponíveis não justificam posições alarmistas, mas também não permitem quaisquer complacências.

Em alguns países, as pessoas com problemas relacionados com o consumo de *cannabis* representam uma percentagem assinalável na procura de tratamento junto de unidades especializadas e formam um subgrupo considerável dentro da generalidade da população em tratamento. A maioria é constituída por jovens do sexo masculino que rondam normalmente os vinte anos de idade e que, na maior parte das vezes, iniciaram o consumo de *cannabis* aos 16 ou 17 anos.

([170]) Para mais informação sobre esta matéria e outros programas de prevenção, consultar a base de dados EDDRA do OEDT (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2091).

([171]) http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=385.

Os pacientes consumidores de *cannabis* têm padrões de consumo de droga diferentes dos que consomem outras substâncias; além do mais, registam-se diferenças significativas dentro do próprio grupo. É provável que os perfis dos diferentes subgrupos de consumidores sejam absolutamente relevantes para a compreensão das suas necessidades e, como tal, para a oferta de respostas adequadas. As dimensões importantes a considerar nesta questão são a frequência do consumo, o consumo actual e passado de outras drogas e a via de encaminhamento. Em traços gerais, resumindo os relatórios nacionais e os dados IPT, podem observar-se claramente dois perfis de pacientes:

- consumidores mais jovens, na maioria das vezes estudantes, encaminhados para serviços de tratamento pela família ou estabelecimento escolar e consumindo apenas *cannabis* ou, por vezes, *cannabis* em conjunto com álcool ou estimulantes;
- policonsumidores de droga que, normalmente, são mais velhos e menos bem integrados socialmente, frequentemente encaminhados para tratamento pelas autoridades legais ou pelos serviços de saúde e sociais e sobrepondo-se à população dos consumidores crónicos de droga.

Além disso, há dados que comprovam a existência de um outro grupo, encaminhado para tratamento por via das autoridades legais, que não consomem outras drogas e parecem ser apenas consumidores ocasionais de *cannabis*.

Reflectindo sobre as mudanças ocorridas, ao longo do tempo, nas características da procura de tratamento por consumo de *cannabis* como droga principal, a informação disponível sugere:

- maior número de casos encaminhados a partir do sistema de justiça penal em alguns países;
- maior número de casos encaminhados por via da família e outras redes de apoio social (família, amigos, serviços sociais, escola);
- maior percentagem de consumo intensivo (diário) de *cannabis*, embora os consumidores diários continuem em minoria;
- níveis acrescidos de problemas sociais e educacionais em alguns países, ainda que os dados nesta área sejam insuficientes.

Ao considerar o aumento da procura de tratamento, parece que as mudanças na prática utilizada para encaminhar os consumidores para tratamento têm impacto, e que uma percentagem substancial daqueles que são encaminhados para tratamento não parecem ser consumidores intensivos de droga. Não obstante, pelo menos em alguns países, um número significativo de casos de procura de tratamento procede de consumidores intensivos de *cannabis*. Os problemas vividos por este grupo continuam a ser deficitariamente compreendidos e impõe-se, urgentemente, proceder a uma investigação nesta área. A observação de que uma maioria dos casos de procura de tratamento entre os mais jovens se deve ao consumo de *cannabis* sugere a necessidade de dedicar uma atenção especial às carências, às vias de encaminhamento e às respostas a dar.

É igualmente importante reconhecer que a procura de tratamento não é um indicador directo da escala e natureza dos problemas relacionados com a *cannabis*. Os dados de um inquérito à população em geral sugerem que, comparativamente ao consumo ocasional, o consumo intensivo de *cannabis* é relativamente raro. Contudo, o consumo generalizado de *cannabis* significa que um número considerável de pessoas poderá consumir intensivamente esta substância — pelo menos num determinado período da sua vida.

As estimativas sugerem que o consumo intensivo pode afectar entre 0,5% e 2% da população adulta e entre 1% e 3% dos jovens adultos. A prevalência entre os jovens do sexo masculino é susceptível de ser substancialmente mais elevada. É difícil obter, a partir dos dados do inquérito, uma ideia clara do número de consumidores problemáticos de *cannabis* ou dependentes dessa substância. Muito embora os efeitos da dependência ou abuso da *cannabis* sejam menos graves do que os da dependência ou abuso de outras drogas, o facto é que essa situação poderá ter um impacto considerável na saúde pública, em virtude da escala de consumo e do facto de muitos dos mais afectados serem jovens e poderem ser consumidores intensivos de *cannabis* durante fases importantes do seu desenvolvimento ou numa altura em que são particularmente vulneráveis. Entre as famílias ou comunidades socialmente desfavorecidas, a dependência ou o abuso de *cannabis* podem complicar os problemas individuais, ao prejudicar a educação ou as oportunidades de emprego.

Em suma, continua a verificar-se uma necessidade crucial de proceder a uma investigação que ofereça uma compreensão da relação entre os diferentes padrões de consumo de *cannabis* e o número acrescido de problemas. Até que ponto os consumidores de *cannabis* experimentam problemas e qual a natureza dos problemas que poderão ocorrer são questões que continuam a ser mal compreendidas. São necessários instrumentos metodológicos que permitam avaliar os problemas ao nível da população. Essa informação constitui um pré-requisito para o desenvolvimento, orientação e implementação de respostas eficazes, no plano da saúde pública, ao consumo de *cannabis* na Europa.

Tema específico 3

Co-morbilidade

Introdução

A co-ocorrência de doenças psiquiátricas e de perturbações causadas por consumo de substâncias, comummente designada por co-morbilidade ou diagnóstico duplo, não é um fenómeno novo. Contudo, nos últimos anos, a questão ganhou força na esfera da discussão política e profissional, à medida que se foi tornando evidente que existe um grande, e provavelmente crescente, número de pessoas que sofrem deste problema. Neste capítulo, a questão central será a coexistência das perturbações da personalidade e psiquiátricas e o consumo de drogas ilícitas. De facto, muitas das vezes, é correcto falar de multimorbilidade, na medida em que, frequentemente, os indivíduos afectados sofrem também de doenças somáticas, por exemplo, o vírus da imunodeficiência humana (VIH) ou a infecção pelo vírus da hepatite C, bem como de perturbações sociais, tais como problemas familiares, desemprego, reclusão ou a situação de sem-abrigo. Habitualmente, os serviços de assistência e tratamento estão insuficientemente equipados para fazer face ao diagnóstico e às necessidades de tratamento deste grupo de pacientes, descurando e/ou sendo incapazes de dar resposta cabal aos problemas que estes apresentam. O resultado é, frequentemente, uma situação de «porta giratória», em que os indivíduos que necessitam enormemente de tratamento são enviados de um serviço para outro, sendo que a sua situação se vai deteriorando durante todo esse tempo.

Registe-se que a relação específica entre o consumo de *cannabis* e as perturbações psiquiátricas é considerada mais em profundidade no tema específico dedicado à *cannabis* (p. 82).

Definição

Co-morbilidade, ou diagnóstico duplo, é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a «co-ocorrência no mesmo indivíduo de uma disfunção por consumo de substâncias psico-activas e uma outra perturbação psiquiátrica» (OMS, 1995). De acordo com Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime (UNODC), uma pessoa com diagnóstico duplo é uma «pessoa diagnosticada como tendo um problema de abuso de álcool ou droga em conjunto com outros diagnósticos, habitualmente do foro psiquiátrico, por exemplo alterações do estado de humor, esquizofrenia» (UNODCCP, 2000).

Por outras palavras, a co-morbilidade neste contexto remete para a coexistência temporal de duas ou mais perturbações psiquiátricas e da personalidade, sendo uma delas o consumo problemático de substâncias.

Etiologia

Determinar a etiologia da co-morbilidade acaba por ser a questão da galinha e do ovo: quem apareceu primeiro? A investigação actual sobre as relações causais entre as perturbações psiquiátricas e as perturbações por consumo de substâncias é inconclusiva. Os sintomas das perturbações mentais e os problemas da dependência interagem e influenciam-se mutuamente.

Os dados da investigação indicam que as perturbações psiquiátricas e da personalidade acontecem habitualmente antes das perturbações por consumo de substâncias, isto é, elas aumentam a vulnerabilidade dos indivíduos a esse tipo de problemas (por exemplo, Kessler *et al.*, 2001; Bakken *et al.*, 2003); contudo, as perturbações do foro psiquiátrico podem também ser agravadas pelo consumo de drogas (por exemplo, em relação à depressão: McIntosh e Ritson, 2001) ou sucedem em paralelo.

O consumo de drogas pode também ser entendido como uma componente ou sintoma de uma perturbação psiquiátrica ou da personalidade e como uma tentativa de automedicação (por exemplo, Williams *et al.*, 1990; Murray *et al.*, 2003). O facto de o consumo de substâncias atenuar sintomas de angústia encoraja o desenvolvimento da dependência. Uma vez interrompido o consumo de drogas, por exemplo, através da desabituação física ou do tratamento de substituição, os sintomas podem reaparecer. As psicoses agudas induzidas pelo consumo de drogas manifestam-se, em especial, nos consumidores de cocaína, anfetaminas e alucinogénicos e, habitualmente, serenam rapidamente. Poderá, no entanto, ser extremamente difícil diferenciar entre sintomas decorrentes do consumo de substâncias tóxicas e episódios psicóticos isolados.

Krausz (1996) sugere quatro categorias de diagnóstico duplo:

- um diagnóstico primário de doença mental, com um subsequente diagnóstico (duplo) de abuso de substâncias que afectam adversamente a saúde mental;
- um diagnóstico primário de dependência de droga com complicações psiquiátricas que conduzem à doença mental;

- diagnósticos concomitantes de abuso de droga e perturbações psiquiátricas;
- diagnóstico duplo de abuso de droga e alterações do estado de humor, ambos resultantes de uma experiência traumática subjacente, por exemplo, perturbações de *stress* pós-traumático.

Da mesma maneira, o Relatório Nacional da Suécia faz uma distinção entre os pacientes psiquiátricos que sofrem de co-morbilidade e os pacientes toxicodependentes com perturbações da personalidade que são agravadas pelo consumo de drogas e que nem sempre são devidamente diagnosticadas.

Morel (1999) faz uma distinção entre perturbações psiquiátricas não específicas que se encontram entre toxicodependentes e as complicações especificamente ligadas ao consumo de drogas. As perturbações frequentemente encontradas entre os consumidores de droga incluem:

- perturbações de ansiedade-depressão;
- perturbações do sono, resultantes da depressão, perturbações ligadas à ansiedade, ou psicoses;
- comportamento agressivo ou violento, indicando perturbações ligadas a uma personalidade anti-social, psicopática, esquizofrénica ou paranóica.

Os problemas especificamente ligados ao consumo de drogas incluem:

- farmacopsicoses induzidas por drogas alucinogénicas ou anfetaminas;
- síndromes de confusão.

Estudos neuropsicológicos e neurobiológicos recentes, bem como o aparecimento de técnicas que permitem visualizar os processos cerebrais, têm viabilizado hipóteses sobre as interacções entre o trauma físico e mental, o desenvolvimento cerebral, os efeitos da droga, o *stress* e o desenvolvimento mental. O sistema de recompensa é essencial no desenvolvimento da dependência, e esta está ligada a mudanças estruturais e adaptação do cérebro aos níveis micro e macro (Nestler, 2000).

Outras teorias ligam drogas específicas a perturbações específicas de ordem mental, por exemplo, tem sido aventada a hipótese de que a heroína poderá reduzir o *stress*, atenuar a dor e abolir vozes ameaçadoras em pacientes esquizofrénicos e com patologia *borderline;* contudo, os pacientes com doenças mentais graves não consomem heroína. A cocaína, sugere-se, poderá reduzir os estados depressivos, permitir uma desinibição do comportamento e fazer com que personalidades narcisistas se comportem com ostentação. A *cannabis* poderá aliviar a tensão e o *ecstasy* libertar as inibições sociais (Verheul, 2001; Berthel, 2003).

O Relatório Nacional da Irlanda de 2002 analisou especificamente a depressão entre os consumidores de droga, com base nos resultados de vários estudos, e concluiu que há uma forte associação entre o problema do consumo de drogas, em especial, o consumo de opiáceos e benzodiazepinas, e elevados níveis de depressão. Na Alemanha, investigações sobre a relação entre perturbações relacionadas com o consumo de substâncias, depressão e suicídio concluíram que o risco de suicídio é muito maior entre aqueles que sofrem de perturbações depressivas (Bronisch e Wittchen, 1998). É possível que alguns indivíduos em estado de depressão possam automedicar-se com opiáceos e benzodiazepinas: os pacientes integrados em programas de tratamento registam graus de depressão mais baixos do que os pacientes integrados nos serviços de porta aberta (Rooney *et al.*, 1999) ou em início de tratamento (McIntosh e Ritson, 2001).

Um inquérito realizado na Noruega (n = 2 359) concluiu que uma elevada percentagem de consumidores de drogas teve graves problemas familiares durante a infância e adolescência. Setenta por cento experimentaram problemas de aprendizagem e comportamentais na escola, 38% foram vítimas de intimidações e 21% receberam tratamento psiquiátrico durante a infância e adolescência (Lauritzen *et al.*, 1997). Os consumidores de droga do sexo feminino que sofrem de co-morbilidade psiquiátrica foram, na maioria das vezes, vítimas de abusos sexuais traumáticos (por exemplo, Beutel, 1999).

Diagnóstico

A avaliação de rotina das perturbações psiquiátricas e da personalidade nem sempre faz parte dos processos normais de diagnóstico realizados no início do tratamento nos serviços de luta contra a droga. Excepto em serviços particularmente atentos e/ou especializados, os sintomas e as perturbações mentais raramente são exploradas nos centros de tratamento por consumo de drogas.

De toda a forma, a co-morbilidade é francamente difícil de diagnosticar. A toxicodependência e o comportamento destrutivo que esta provoca dominam, na maioria das vezes, o quadro clínico e mascaram os sintomas das doenças psiquiátricas. Além disso, o abuso de drogas pode causar sintomas psiquiátricos que dificilmente se distinguem das perturbações psiquiátricas (Berthel, 2003), embora a desabituação física de uma substância ou a intoxicação aguda possam também assemelhar-se a qualquer dessas perturbações (Liappas, 2001). Por outro lado, depressão ou ansiedade podem ser consideradas como sintomas inerentes ao ciclo intoxicação-desabituação física, sintomas esses que habitualmente são atenuados pelas drogas e que passam a ser manifestos no decurso da abstinência ou do tratamento de substituição.

Há avanços metodológicos que têm melhorado o diagnóstico quer de perturbações psiquiátricas quer de perturbações por consumo de substâncias. Hoje em dia, está disponível uma vasta gama de instrumentos normalizados e validados para avaliar os sintomas de perturbações psiquiátricas e perturbações de personalidade,

como são vários os instrumentos que avaliam o nível de padrões de consumo de drogas e de dependência. O Índice de Gravidade da Dependência (ASI — *Addiction Severity Index*) é um instrumento multifuncional que pode ser utilizado no diagnóstico, no planeamento do tratamento e respectivo acompanhamento, bem como na investigação. O ASI tem a vantagem de ser multidimensional, de avaliar problemas passados e actuais em sete áreas: situação ao nível da saúde, emprego e auto-suficiência, consumo de álcool, consumo de drogas, situação legal, relações familiares e sociais e sintomas psiquiátricos (Krausz, 1999a; Öjehagen e Schaar, 2003). Trata-se de um instrumento normalizado e foi traduzido do inglês para a maioria das outras línguas europeias (EuroASI) ([172]). O Instituto Trimbos desenvolveu e testou protocolos para o diagnóstico e tratamento de pacientes toxicodependentes com a Síndrome de Hiperactividade/Défice de Atenção (ADHD) (Eland e Van de Glint, 2001).

Prevalência

Para medir a prevalência de perturbações psiquiátricas e da personalidade, bem como de padrões do consumo de drogas na população em geral e entre pacientes psiquiátricos e consumidores de droga, fora e dentro dos serviços de tratamento, realizaram-se vários estudos. Os resultados, tanto em termos de números como de diagnósticos, varia grandemente, sendo que a validade e fiabilidade dos instrumentos de diagnóstico utilizados, assim como o período do estudo, dependem da disponibilidade e selecção da população, dos métodos de amostragem, da competência e técnicas de diagnóstico.

Numa análise dos vários estudos, Uchtenhagen e Zeiglgänsberger (2000) concluíram que o diagnóstico psiquiátrico mais comum entre consumidores de droga é a perturbação da personalidade, afectando 50-90%, seguida das perturbações de ordem afectiva (20-60%) e das perturbações psicóticas(20%). Entre 10% a 50% dos pacientes apresentam co-morbilidade de mais do que uma perturbação de personalidade ou psiquiátrica.

Numa análise de estudos internacionais sobre psicopatologias em sujeitos dependentes de drogas, Fridell (1991, 1996) definiu um quadro clínico de co-morbilidade na toxicodependência que foi confirmado pelos seus próprios estudos em Lund, Suécia. É possível identificar três grupos principais de perturbações: perturbações da personalidade (65-85%), estados de depressão e ansiedade (30-50%) e psicoses (15%). Verheul (2001), na sua análise de seis estudos sobre dependentes tratados, concluiu que as perturbações da personalidade anti-social (23%), patologia *borderline* (18%) e paranóica eram particularmente prevalentes.

Muitos profissionais ligados à problemática da droga acreditam que a prevalência da dependência de drogas em combinação com perturbações mentais está a aumentar, embora alguns defendam que tal se deve a uma maior consciência desta questão e/ou a mudanças no diagnóstico e na classificação das doenças psiquiátricas e/ou na reestruturação dos sistemas de cuidados de saúde. Na Finlândia, de acordo com o Registo Hospitalar de Altas, o número de períodos de tratamentos associados a problemas relacionados com o consumo de drogas em simultâneo com outros problemas de saúde mental aumentou de 441 em 1987 para 2 130 em 2001. Os períodos de tratamento para o consumo de opiáceos combinado com outras perturbações psiquiátricas triplicaram desde 1996. Isto é coerente com o aumento no consumo de drogas, muito embora não seja sugerida uma causalidade directa. Na Irlanda, a taxa de primeiras admissões de consumidores de droga a serviços psiquiátricos de internamento quase quadruplicou entre 1990 e 2001.

O Relatório Nacional da Espanha nota que o aumento observado na co-morbilidade poderá ficar a dever-se, em parte, a um aumento da dependência de psicoestimulantes.

Prevalência de co-morbilidade em ambientes de tratamento

O quadro 7 fornece detalhes de alguns estudos de co-morbilidade em diferentes ambientes de tratamento por consumo de drogas e psiquiátricos nos Estados-Membros, tal como apresentados nos relatórios nacionais. Dados sobre as perturbações por consumo de substâncias num contexto psiquiátrico não estão tão facilmente disponíveis como dados sobre as perturbações psiquiátricas em ambientes de tratamento por consumo de drogas. Embora os estudos apresentados nesta análise não sejam comparáveis, eles dão efectivamente uma indicação da situação existente nos países da UE. Verificam-se divergências consideráveis nas populações estudadas, nos critérios seleccionados para o diagnóstico, nos instrumentos utilizados e no tempo de diagnóstico. Pelas razões acima discutidas, é provável que em muitos casos se faça um subdiagnóstico.

Um estudo comparativo realizado na Grécia e em França concluiu que, embora os níveis globais de psicopatologias nos consumidores de opiáceos em tratamento fossem bastante semelhantes nos dois países, os padrões psicopatológicos variavam: a prevalência das perturbações afectivas era mais elevada nos consumidores de droga em França do que na Grécia (19% contra 7%), ao passo que os padrões de personalidade anti-social registavam maior prevalência na amostra grega (20% contra 7%). Os autores atribuíram esta diferença à prevalência mais baixa de consumo de drogas na Grécia: quanto mais limitada for a dimensão do comportamento socialmente inaceitável maior probabilidade há de os indivíduos com um comportamento socialmente desviante estarem envolvidos no consumo de drogas (Kokkevi e Facy, 1995).

Um estudo norueguês analisou diferenças ao nível do género entre os policonsumidores de substâncias (dos quais 85% eram consumidores de heroína) e os alcoólicos puros. A amostra incluiu uma percentagem muito elevada de sujeitos com perturbações da personalidade e psiquiátricas

([172]) Ver Banco de Instrumentos de Avaliação do OEDT (http://eib.emcdda.eu.int).

Quadro 7: Prevalência da co-morbilidade em unidades de tratamento de diversos Estados-Membros da UE

País	Unidade de tratamento	População	N.º	Prevalência da co-morbilidade (%)	Diagnóstico	Fonte
Bélgica	Hospitais psiquiátricos e serviços de psiquiatria em hospitais gerais	Admissões por toxicodependência (1996-1999)	18 920	86	Esquizóide, paranóico, tipo de esquizofrenia: 86% Depressão: 50% Perturbações da personalidade: 43%	Base de dados psiquiátricos Minimum (1)
República Checa	Comunidades terapêuticas	Utentes residenciais (2001-2002)	200	35	Perturbações da personalidade: 14% Depressão: 7% Perturbações neuróticas: 6% Distúrbios alimentares: 5%	Relatório Nacional da República Checa (1)
Alemanha	Centros de tratamento	Opiómanos	272	55	*Stress* e perturbações somatoformes: 43% Perturbações da afectividade: 32% Fobias: 32% Episódios depressivos: 16%	Krausz (1999b) (1)
Grécia	Estabelecimento prisional e serviços de tratamento	Homens dependentes de opióides	176	86	Ansiedade: 32% Perturbações da afectividade: 25% Esquizofrenia: 6%	Kokkevi e Stefanis (1995) (1)
Espanha	Serviço de metadona	Pessoas dependentes de opiáceos	150	n.d.	Patologia *borderline*: 7% Perturbações anti-sociais: 6% Fobia social: 6% Depressão: 5%	Relatório Nacional da Espanha (1)
França	Serviço de metadona	Pessoas dependentes de opiáceos	3 936	n.d.	Ansiedade: 4% Depressão: 3% Perturbações comportamentais: 3% Distúrbios alimentares: 2%	Facy (1999) (1)
Irlanda	Serviços psiquiátricos em regime de internamento	Primeiras admissões com diagnóstico de toxicodependência (2001-2002)	1 874	26	Depressão: 21% Esquizofrenia e outras psicoses: 11% Perturbações da personalidade: 19%	Sistema nacional de comunicação de dados psiquiátricos de pacientes em regime de internamento (1)
Itália	Serviços de saúde mental	Toxicodependentes ao longo da vida	58	> 22	Perturbações do humor: 22% Ansiedade: 21% Esquizofrenia: 16%	Siliquini *et al.* (2002) (1)
Luxemburgo	Serviços especializados no tratamento da toxicodependência	Pacientes com contacto anterior com serviços psiquiátricos, excluindo desintoxicação (1996-2002)	380	32	n.d.	AST/RELIS (2002) (1)
Países Baixos	População neerlandesa	Toxicodependentes com idades entre os 18 e os 64 anos (1996)	n.d.	n.d.	Depressão: 29% Fobia social: 29% Doença bipolar: 24% Distimia: 22%	Ravelli *et al.* (1998) (1)
Áustria	Serviços de tratamento distintos (revisão)	Consumidores de droga	n.d.	41-96	Perturbações da personalidade, perturbações anti-sociais, patologia *borderline*, narcisismo	Relatório Nacional da Áustria (1)
Portugal	Centro de Atendimento (CAT) de Xabregas	Toxicodependentes	596	> 73	Perturbação obsessiva-compulsiva: 73% Depressão: 72% Somatização: 60% Ideação paranóide: 58%	Relatório Nacional de Portugal (1)
Finlândia	Hospitais	Períodos de tratamento hospitalar por problemas de droga (2002)	2 180	29	Ideação paranóide: 58% Distúrbios psicóticos: 32% Perturbações do humor: 28% Perturbações neuróticas: 10% Perturbações da personalidade: 29%	Registo hospitalar de alta de pacientes
Suécia	Hospital universitário, Lund	Pacientes nos serviços de desintoxicação (1977-1995)	1 052	83	Perturbações anti-sociais: 23% Qualquer psicose: 14% Perturbação depressiva: 11%	Fridell (1996) (1)
Reino Unido	Serviços de tratamento comunitários e residenciais	Pacientes toxicodependentes, 90% dependentes de opiáceos	1 075	> 33	Psicose Ansiedade Depressão Paranóia	Marsden *et al.* (2000) (1)

Nota: n.d.: dados não disponíveis. Os dados deste quadro são referentes a diferentes períodos de tempo (por exemplo, ao longo da vida ou ano anterior).
(1) Para mais pormenores sobre este estudo, consultar na versão em linha do Relatório Anual o Quadro 12 OL: Co-morbilidade por país.

(93%). Regra geral, as mulheres registam números significativamente mais elevados de grande depressão, fobia simples e patologia *borderline* do que os homens. A co-ocorrência de uma perturbação da personalidade anti-social era mais elevada em policonsumidores de substâncias do sexo masculino (Landheim *et al.*, 2003).

Prevalência — Prisões e tratamento obrigatório

A população prisional merece particular atenção. A prevalência de disfunções psiquiátricas, tal como a prevalência de consumo de drogas, é mais elevada na população prisional do que entre a população em geral. Dados provenientes da Irlanda sugerem que 48% dos reclusos do sexo masculino e 75% do sexo feminino têm perturbações mentais, enquanto 72% dos homens e 83% das mulheres na prisão referem uma experiência ao longo da vida de consumo de drogas (Hannon *et al.*, 2000). Em 1999, 23% dos consumidores problemáticos de droga detidos no Centro de Detenções da Polícia de Viena acusavam problemas psiquiátricos (Dialog, 2000). A taxa de recaída entre consumidores de droga que cumpriram penas de prisão é elevada, e cada vez mais se reconhece que a reclusão pode contribuir para um agravamento dos problemas de saúde mental. A situação é ainda mais dramática nas prisões de alta segurança e nos casos de penas de longa duração.

Na Suécia, concluiu-se que entre 72% a 84% dos adultos obrigados a receber tratamento sofrem de problemas psiquiátricos para além do consumo de substâncias (Gerdner, 2004). De 46 raparigas dependentes de substâncias obrigadas a submeterem-se a tratamento direccionado para crianças e jovens, dois terços tinham diagnósticos psiquiátricos ou perturbações de personalidade (Jansson e Fridell, 2003).

Obstáculos ao tratamento da co-morbilidade

Um dos principais obstáculos ao diagnóstico e tratamento da co-morbilidade reside no facto de o pessoal psiquiátrico possuir geralmente poucos conhecimentos de tratamento da toxicodependência e o pessoal de tratamento da toxicodependência possuir poucos conhecimentos sobre psiquiatria. Os paradigmas das duas especialidades são bastante diferenciados: um baseia-se nas disciplinas da medicina e da ciência, o outro baseia-se nos métodos e teorias psicossociais. Além disso, a filosofia dos serviços de saúde mental tem geralmente como principal preocupação preservar a segurança de cada indivíduo e do público, ao passo que os serviços de toxicodependência esperam que os seus utentes estejam motivados, até certo ponto, para seguirem o tratamento. Estes diferentes pontos de partida impedem frequentemente uma percepção global e integrada.

Tal como acima descrito, tanto as equipas psiquiátricas como os serviços relacionados com o consumo de substâncias ilícitas falham com regularidade na identificação de uma quantidade significativa de pacientes com co-morbilidade. Quando os pacientes com diagnóstico duplo procuram tratamento, os seus sintomas psiquiátricos agudos são frequentemente confundidos com sintomas induzidos pelo consumo de drogas, ou, pelo contrário, fenómenos de desabituação ou intoxicação são incorrectamente interpretados como doenças do foro psiquiátrico. É com demasiada frequência que os profissionais de saúde mental enviam pessoas com co-morbilidade para serviços de assistência à toxicodependência, que prontamente as devolvem à proveniência — ou vice-versa. A continuidade dos cuidados dispensados torna-se impossível nestas circunstâncias. Mesmo quando a co-morbilidade é diagnosticada, deixa frequentemente de ser considerada nas intervenções terapêuticas subsequentes (Krausz *et al.*, 1999). O mesmo se aplica aos pacientes em tratamento psiquiátrico e a quem são diagnosticados problemas relacionados com o consumo de drogas, os quais normalmente não são objecto de quaisquer intervenções a nível do consumo (Weaver *et al.*, 2003). Obviamente que estas generalizações não excluem o facto de alguns serviços psiquiátricos e alguns serviços de assistência à toxicodependência obterem óptimos resultados em pacientes com co-morbilidade.

Além disso, quando identificados, os toxicodependentes deparam-se frequentemente com a suspeição da parte dos serviços psiquiátricos, que podem recusar a sua admissão, o mesmo podendo suceder aos toxicodependentes que se encontram estáveis em tratamento de substituição. De modo similar, pode haver utentes excluídos de tratamento à toxicodependência devido aos seus problemas mentais. Em Espanha, por exemplo, a maior parte dos serviços psiquiátricos exclui utentes com perturbações resultantes do consumo de drogas e o pessoal dos seus quadros não possui formação adequada. Um inquérito realizado entre psicoterapeutas austríacos revelou que apenas alguns estão dispostos a admitir pacientes toxicodependentes (Springer, 2003). De Itália, vem o relato de que não existem regras claras para o encaminhamento de utentes dos serviços de tratamento da toxicodependência para os serviços de saúde mental, havendo resistência da parte dos serviços de saúde mental devido à falta de conhecimentos especializados. Na Noruega, é assinalada a dificuldade de encaminhamento para tratamento psiquiátrico a partir dos serviços de porta aberta para assistência à toxicodependência.

Na Grécia, 54% dos programas de tratamento da toxicodependência não admitem consumidores de droga com perturbações do foro psiquiátrico. No tratamento em regime de internato sem drogas, na Eslovénia e em outros países, os programas de tratamento exigem como requisito de admissão que os pacientes se encontrem livres de drogas. No caso dos pacientes com diagnóstico duplo, este facto constitui um sério impedimento, dado que a total abstinência implicaria o fim de outros tratamentos, o que nem sempre é possível.

Estruturas de tratamento

A literatura internacional descreve três modalidades de prestação de serviços para o tratamento da co-morbilidade:

1. *Tratamento sequencial ou em série.* As perturbações psiquiátricas ou por consumo de drogas são tratadas

consecutivamente, havendo reduzida comunicação entre os serviços. Primeiro, os pacientes recebem geralmente tratamento para os seus problemas mais graves, e, logo que esse tratamento esteja concluído, recebem tratamento para os restantes problemas. No entanto, esta modalidade pode dar origem a que os pacientes passem por vários serviços, sem haver um que consiga satisfazer as suas necessidades.

2. *Tratamento paralelo.* O tratamento das duas perturbações é realizado ao mesmo tempo, com os serviços de assistência à toxicodependência e os serviços de saúde mental a cooperarem entre si, de modo a prestarem os seus serviços em simultâneo. As duas necessidades de tratamento são frequentemente satisfeitas com duas abordagens terapêuticas diferentes, podendo o modelo médico da psiquiatria colidir com a orientação psicossocial dos serviços de assistência à toxicodependência.

3. *Tratamento integrado.* O tratamento é proporcionado no seio de um serviço de psiquiatria ou de tratamento da toxicodependência ou inserido num programa ou serviço especial para a co-morbilidade. É evitada a intervenção de outras entidades. Os tratamentos incluem intervenções motivacionais e comportamentais, prevenção de recaídas, farmacoterapia e abordagens de carácter social (Abdulrahim, 2001).

O estado actual do tratamento da co-morbilidade na UE, tal como descrito nos relatórios nacionais, não se deixa facilmente classificar nestes três grupos. O tratamento integrado é visto como o modelo de excelência, mas trata-se de um padrão difícil de atingir. A investigação mais relevante vem geralmente de fora da Europa. O Projecto Australiano sobre Co-Morbilidade (Commonwealth Department for Health and Ageing, 2003) concluiu, a partir de uma análise da literatura existente, que as abordagens à gestão e aos cuidados dos utentes portadores de co-morbilidade não foram sistematicamente estudadas ou avaliadas com rigor, em parte devido à dificuldade em estudar pessoas em que coexistem a doença mental e perturbações associadas à toxicodependência, entre outras razões devido ao estilo de vida irregular destas pessoas. Uma outra análise concluiu pela existência de provas de que o tratamento integrado para pessoas com diagnóstico duplo é benéfico para a obtenção de resultados quer ao nível da saúde mental quer ao nível do consumo de drogas (Drake *et al.*, 1998). Apenas um estudo comparou as abordagens integrada e paralela, mas não encontrou diferenças significativas, não tendo nenhum estudo comparado as abordagens integrada e sequencial.

Tratamento sequencial

Alguns especialistas, por exemplo na Dinamarca (Andreason, 2002), Reino Unido (Department of Health, 2002a) e Noruega (Sosial- og helsedepartementet, 1999), crêem que os serviços de tratamento, pelo menos para os portadores de doenças mentais graves com problemas de consumo de drogas, deveriam ter como base a psiquiatria, envolvendo eventualmente terapeutas externos da área da toxicodependência. Na Dinamarca, foram estabelecidas ligações formais entre os hospitais psiquiátricos e os serviços locais de tratamento da toxicodependência. No Luxemburgo e na Noruega, os serviços psiquiátricos deram início a medidas específicas para chegar até indivíduos nas fases iniciais da esquizofrenia, muitos deles com graves problemas de abuso de substâncias ilícitas, dado que a investigação indica que o tratamento precoce melhora o prognóstico.

O relatório nacional checo sugere que os problemas relacionados com a toxicodependência devem ser considerados como mais urgentes do que os problemas de saúde mental, dado ser mais difícil tratar perturbações psiquiátricas quando a toxicodependência distorce o quadro clínico. No entanto, actualmente, 10-20% dos utentes dos centros de tratamento da toxicodependência checos tomam medicação prescrita por um psiquiatra, algo que teria sido totalmente inimaginável há alguns anos atrás. Também na Grécia, a medicação prescrita para sintomas psiquiátricos é extremamente rara no tratamento dos utentes toxicodependentes. No entanto, a justiça penal grega prevê que as perturbações mentais prevaleçam sobre a toxicodependência, dando os infractores portadores de co-morbilidade entrada em hospitais psiquiátricos, quer em prisão quer em comunidade (K. Matsa, comunicação pessoal, 2004). Na Espanha, os consumidores de droga são normalmente acompanhados dentro do sistema de tratamento da toxicodependência e só são encaminhados para serviços psiquiátricos quando a gravidade das perturbações torna necessária a hospitalização.

Durante muito tempo, alguns profissionais defenderam a necessidade de evitar qualquer tipo de farmacoterapia nos toxicodependentes, devido ao risco de toxicodependência combinada, por exemplo, da heroína e das benzodiazepinas, mas este ponto de vista começa a ser reconsiderado (por exemplo, Popov, 2003). Em alguns casos, existe uma tendência para prescrever indiscriminadamente medicação psicofarmacológica aos toxicodependentes, em parte devido à falta de tempo para conduzir as necessárias investigações. O relatório nacional austríaco chama a atenção para o facto de o insuficiente cumprimento por parte dos toxicodependentes dificultar o tratamento farmacológico dos problemas psiquiátricos, podendo adicionalmente dar-se o caso de a utilização combinada de substâncias narcóticas e de medicamentos, se não for devidamente supervisionada, originar interacções entre os medicamentos ilícitos e os prescritos ou neutralizar o efeito do medicamento prescrito.

Tratamento paralelo

A responsabilidade partilhada em relação a um utente, entre um serviço de saúde mental e um serviço de tratamento da toxicodependência, numa modalidade de tratamento paralelo, parece ser algo de raro na prática. No entanto, os grupos de trabalho locais, envolvendo representantes dos serviços de tratamento da

Quadro 8: Serviços de tratamento integrados em diversos países europeus

País	Serviços de tratamento integrados
Bélgica	O desenvolvimento de serviços de tratamento integrados está em fase de estudo de viabilidade.
Alemanha	As primeiras iniciativas datam de há 20 anos. A oferta de tratamento integrado é ainda insuficiente.
Grécia	Foi iniciado um programa integrado, lançado em 1995, que fornece duas opões de tratamento, consoante a gravidade da perturbação psiquiátrica. Os resultados têm sido positivos.
Espanha	185 centros atenderam 4 803 pacientes com co-morbilidade em 2002. Existência de uma unidade integrada especializada, na Catalunha, e de uma comunidade terapêutica, na Cantábria, para pacientes com co-morbilidade que carecem de tratamento residencial.
Países Baixos	Existência de dois serviços de tratamento integrado especializado em regime de internato. Está em curso uma avaliação de processos, com vista ao desenvolvimento de melhores práticas.
Áustria	Cooperação entre o serviço de toxicodependência e um hospital psiquiátrico próximo; alguns dos psicólogos do hospital trabalham na unidade de tratamento da toxicodependência. Os utentes permanecem em tratamento da toxicodependência e apenas são encaminhados para o hospital se os sintomas psiquiátricos se tornarem demasiado graves.
Reino Unido	Existem diversos serviços integrados em várias instalações comunitárias. Médicos de diferentes especialidades nomeados, com base nos serviços que se ocupam da dependência ou das equipas de saúde mental.
Noruega	Existência de um projecto integrado ligado a um centro psiquiátrico em Oslo. Acompanhamento e avaliação até dois anos, incidindo nas necessidades de base, tais como habitação, trabalho, benefícios sociais e relações sociais.

toxicodependência e representantes dos serviços de saúde mental, constituem frequentemente um importante veículo de mudança, cooperação e trabalho em rede. Na França, Itália e Países Baixos, regulamentos oficiais ou protocolos obrigam os serviços de tratamento da toxicodependência a manter ligações de proximidade e a estabelecer preferencialmente acordos regionais formais com serviços psiquiátricos relativamente aos procedimentos para encaminhamento de pacientes e para troca de informações clínicas (Olin e Plaisait, 2003). No entanto, mais de metade dos pacientes neerlandeses com diagnóstico duplo estão convencidos de que tais acordos não conduzem a uma melhoria dos cuidados dispensados (Van Rooijen, 2001).

No Luxemburgo e na Áustria, os técnicos de tratamento da toxicodependência podem fazer o acompanhamento dos seus utentes que foram encaminhados para hospitais psiquiátricos. As linhas de orientação adoptadas no Reino Unido sublinham o facto de os serviços de tratamento da toxicodependência e os serviços de saúde mental deverem estar ambos envolvidos no planeamento dos cuidados a dispensar a um utente com diagnóstico duplo, de modo a estabelecer prioridades nas vias a seguir (Department of Health, 2002a).

Tratamento integrado

Segundo este modelo, a mesma equipa procede ao tratamento de ambas as perturbações. Este modelo tem a vantagem de o utente não ser confrontado com duas mensagens contraditórias. Em alguns países, a separação dos sistemas administrativos (por exemplo, Espanha) ou os diferentes sistemas financeiros (por exemplo, Alemanha) dificultam esta integração.

Na maior parte dos países, existem apenas alguns programas integrados especializados ou unidades para pacientes com co-morbilidade, estando a sua disponibilidade muito longe de satisfazer a sua procura, tal como demonstrado pelo quadro 8, onde é apresentada a informação disponível.

A implementação mais comum de um modelo de tratamento integrado consiste em empregar psiquiatras em serviços de tratamento da toxicodependência e/ou técnicos destes serviços em centros de saúde mental. Esta poderia ser a solução mais prática em regiões de menor dimensão, onde a existência de clínicas integradas especializadas não constitui uma solução viável. Na Espanha, desde 2002 que os clínicos gerais que trabalham no tratamento da toxicodependência têm a possibilidade de obter o título de «especialista em psiquiatria», sob condição de se submeterem a um exame e comprovarem documentalmente a sua experiência no tratamento de doentes com perturbações mentais. Em Portugal, para a acreditação e certificação de um centro de tratamento, é obrigatório que o seu quadro de pessoal integre pelo menos um psiquiatra. No entanto, nem todos os psiquiatras ao serviço de um centro de tratamento da toxicodependência possuem os conhecimentos e formação necessários para tratar toxicodependentes, podendo ser exigida formação específica adicional.

Gestão de casos

A gestão de casos, enquanto método para coordenar o tratamento dos utentes por forma a assegurar a prestação individualizada de cuidados sequenciais ou simultâneos ou também para ajudar os utentes a orientarem-se ao longo do sistema de tratamento, parece ser pouco frequente na UE. De França chega a indicação de que está a ser estabelecida cooperação entre serviços de tratamento da toxicodependência e serviços psiquiátricos com vista à organização de admissões conjuntas e gestão de casos para pacientes com distúrbios psiquiátricos e toxicodependência;

no entanto, este tipo de colaboração é frequentemente limitado a um caso particular. No Luxemburgo, assim como nos Países Baixos, os profissionais chegaram à conclusão de que a gestão de casos constitui o método mais eficaz para tratar os pacientes com diagnóstico duplo, mas trata-se de uma abordagem que envolve dispêndio de recursos e de tempo, além de requerer aptidões profissionais específicas. No entanto, em alguns países, está a ser implementado um tipo de gestão de casos conhecido como «tratamento comunitário assertivo» (ver abaixo).

Métodos de tratamento e boas práticas

O tratamento de utentes portadores de co-morbilidade é caracterizado por muitos problemas, colocando enormes exigências aos técnicos e sendo frequentemente pouco gratificante. Os utentes são muitas vezes de trato difícil, devido ao seu comportamento social disruptivo e agressivo, em especial aqueles que apresentam os tipos mais «dramáticos» de distúrbios da personalidade, e também devido à sua instabilidade emocional. É frequente a resistência ou a incapacidade para cumprir as regras e requisitos do tratamento, respeitando, por exemplo, a comparência às consultas ou tomando a medicação, sendo o consequente desapontamento agravado por relações pessoais pouco gratificantes. A taxa de sucesso é geralmente baixa e as taxas de desistência são elevadas, o que torna o tratamento dispendioso em termos de tempo e recursos gastos, além de ser frustrante para os profissionais envolvidos, os quais não é de admirar que passem por frequentes situações de impaciência, agressão reprimida e sintomas de esgotamento. A falta de procedimentos de acompanhamento e de cuidados posteriores ao tratamento conduz a elevadas taxas de recaída, fazendo com que se tornem crónicas as perturbações mentais e as causadas pela toxicodependência. Por outro lado, muitos utentes tiveram já encontros negativos com os serviços de assistência, o que os pode tornar relutantes ou indisponíveis para se submeterem a tratamento.

Apesar desta difícil situação, os profissionais procuram permanentemente encontrar e desenvolver abordagens mais eficazes. Discussões regulares e interdisciplinares sobre determinados casos e uma cooperação intensa poderiam colmatar esta falta de entendimento mútuo entre os profissionais. Este tipo de abordagem proporciona a todos os envolvidos informações mais pormenorizadas sobre os utentes e facilita o desenvolvimento de boas práticas ou estratégias para a prestação de cuidados. A qualidade do tratamento constitui o factor mais importante para a obtenção de bons resultados.

Tal como em muitas áreas relacionadas com a toxicodependência, a documentação, a avaliação e a investigação no domínio do tratamento da co-morbilidade são deploráveis. A fundamentação em provas está longe de ser clara no que se refere ao tipo de tratamento com maior êxito. A «Cochrane Collaboration» analisou programas de tratamento psicossocial (Ley *et al.*, 2003). O material em análise era limitado: seis estudos, quatro dos quais de pequena dimensão, possuindo na sua totalidade baixa qualidade de concepção e redacção. A principal constatação é que «não existem provas claras em abono da vantagem de qualquer tipo de programa de toxicodependência para os portadores de perturbações mentais graves relativamente ao valor dos cuidados clássicos». A conclusão é que «a implementação de novos serviços especializados no domínio da toxicodependência, destinados aos portadores de perturbações mentais graves, deve situar-se dentro do contexto de testes clínicos controlados, simples e bem concebidos.»

Uma análise global da investigação internacional sobre tratamento do alcoolismo e da toxicodependência deparou-se com apenas oito estudos aleatórios sobre o tratamento de toxicodependentes com graves perturbações mentais (Jansson e Fridell, 2003). A taxa de desistência já era extremamente elevada mesmo antes do início do tratamento. O acompanhamento a curto prazo revelou que o tratamento em regime de internamento, especialmente em comunidades terapêuticas, produz melhores resultados em termos de condições de vida e consumo de substâncias, mas não em termos de sintomas psiquiátricos.

Algumas características são relevantes para todas as situações de tratamento. As recomendações que se apresentam em seguida foram retiradas de análises e meta-análises de estudos controlados e aleatórios, publicados internacionalmente, sobre o tema do tratamento da toxicodependência (Berglund *et al.*, 2003):

1. Deve haver uma constante incidência sobre a alteração do(s) hábito(s) relacionado(s) com a droga.
2. As intervenções devem possuir um elevado nível de estruturação.
3. As intervenções devem continuar durante tempo suficiente para terem impacto.
4. As intervenções devem continuar durante pelo menos três meses, preferencialmente por mais tempo.

No Reino Unido, linhas de orientação do Ministério da Saúde (Department of Health, 2002b), projectos de investigação e análises de literatura (por exemplo, Crawford, 2001) trouxeram o diagnóstico duplo para a ordem do dia. No entanto, a fundamentação em provas é predominantemente norte-americana, sendo menos de 10% dos resumos de Crawford provenientes de estudos do Reino Unido.

Segundo uma análise neerlandesa de estudos internacionais, um modelo potencialmente eficaz de gestão de casos é o tratamento comunitário assertivo que inclua aspectos estruturais (casos distribuídos, trabalho em equipa, cooperação com outros profissionais de saúde), organizativos (critérios implícitos de inclusão, admissão limitada de novos utentes, serviço de intervenção permanente em caso de crise) e de conteúdo (apoio e cuidados prestados em situações diárias, uma abordagem activa, contactos frequentes) (Wolf *et al.*, 2002).
Em Birmingham, Reino Unido, equipas de tratamento comunitário assertivo estão a receber formação mediante

utilização de uma abordagem baseada em manual, tratamento comportamental cognitivo integrado. Às equipas é oferecido apoio permanente para as intervenções, sendo estas avaliadas no que se refere ao seu processamento e ao seu resultado final (Joint Meeting of the Faculty of Substance Misuse of the Royal College of Psychiatrists and the World Psychiatric Association, 2003). Na Noruega, estão a ser testadas algumas equipas integradas, baseadas no tratamento comunitário assertivo.

A análise seguinte contém a comprovação das boas práticas reportadas pelos pontos focais nacionais Reitox:

- Um estudo de acompanhamento de 219 toxicodependentes de opiáceos em tratamento nos serviços de atendimento a toxicodependentes de Hamburgo evidenciou um decréscimo no consumo de heroína e cocaína durante dois anos. Quarenta e sete por cento apresentam uma alteração positiva no que se refere a perturbações psiquiátricas (Krausz *et al.*, 1999).

- Um estudo italiano chegou à conclusão de que os resultados do tratamento de manutenção com metadona não diferiam substancialmente em pacientes com sintomas psiquiátricos graves ou ligeiros em termos de retenção ou de consumo de heroína. Parece, no entanto, que os utentes com distúrbios psiquiátricos mais graves necessitavam de doses médias de metadona mais elevadas (Pani *et al.*, 2003).

- A terapia comportamental dialéctica ([173]) constitui uma opção de tratamento que parece ser particularmente adequada para mulheres consumidoras de substâncias ilícitas e portadoras de graves perturbações da personalidade (patologia *borderline*) e/ou tendências suicidas. No entanto, a comprovação está limitada a apenas alguns estudos. Uma experiência neerlandesa controlada no domínio da terapia comportamental dialéctica concluiu que tanto o grupo experimental como o grupo «de tratamento normal» beneficiaram em termos das reduções patenteadas a nível do comportamento autodestrutivo. O grupo experimental apresentou reduções significativamente maiores de consumo de álcool, mas não foram encontradas diferenças em termos de consumo de drogas (Van den Bosch *et al.*, 2001).

- Num estudo sueco, a repetida distribuição do questionário ASI ao longo do período de tratamento, no quadro de um modelo sustentável de gestão da qualidade, revelou que, no acompanhamento dos 2 anos após a alta, 46% dos pacientes mantiveram-se abstinentes. Os pacientes com diagnóstico duplo apresentavam um perfil de problema mais grave no ASI do que os pacientes sem psicose. De um modo geral, houve pequenas alterações dos perfis de personalidade e sintomas, mas para muitos pacientes a qualidade de vida era superior e a situação de vida mais estável aquando do acompanhamento (Jonsson, 2001).

- No Reino Unido, Barrowclough *et al.* (2001) concluíram que a combinação de entrevistas motivacionais, terapia cognitiva comportamental e intervenções familiares produziram melhorias em pacientes com esquizofrenia e distúrbios resultantes do abuso de substâncias.

- Uma análise global dos estudos noruegueses sobre o tratamento de utentes com co-morbilidade concluiu que o comportamento agressivo e impulsivo tinha um melhor tratamento por meio de terapia de grupo estruturada e confrontacional. Os pacientes deprimidos ou ansiosos beneficiam mais da psicoterapia individual e da terapia de grupo de apoio (Vaglum, 1996).

Investigação

Teve início recentemente um projecto de investigação sobre diagnóstico duplo no âmbito do quinto Programa-Quadro de Investigação da Comissão Europeia. Este estudo multicentrado e prospectivo, incluindo a Dinamarca, França, Polónia, Escócia, Inglaterra e Finlândia, foi concebido para descrever a prestação de serviços a pacientes com diagnóstico duplo em sete centros psiquiátricos europeus e para comparar, durante um período de 12 meses, a morbilidade e a utilização do serviço entre pacientes com diagnóstico duplo e pacientes com diagnóstico simples. Os dados estudados incluirão a gravidade da dependência, os sintomas psiquiátricos, a conformidade do tratamento, o funcionamento psicossocial, a rede social, as recaídas e a mortalidade. São aguardados resultados em 2005 ([174]).

Formação

Na maior parte dos países, médicos e enfermeiras em formação recebem muito pouca instrução sobre toxicodependência e ainda menos sobre o tema da co-morbilidade. Na Itália, aumentou a formação conjunta de profissionais de saúde mental ou de tratamento da toxicodependência. Nos Países Baixos, o Instituto Trimbos organiza cursos de formação para profissionais das áreas da saúde mental ou da toxicodependência envolvidos no tratamento de pacientes com diagnóstico duplo. Outros países dão conta da existência de cursos de formação em exercício, mas a implementação é descoordenada e desigual.

No Reino Unido, o *Royal College of Psychiatry* levou a cabo uma análise das necessidades de formação (Mears *et al.*, 2001) com uma série de grupos profissionais, quer ao nível dos serviços de saúde mental quer dos serviços de luta contra a droga. Cinquenta e cinco por cento dos inquiridos referiram que não se sentiam devidamente preparados para trabalhar com utentes portadores de co-morbilidade e manifestaram a necessidade de aumentar a sua formação neste campo.

([173]) A terapia comportamental dialéctica (DBT — *dialectical behaviour therapy*) constitui a aplicação de uma vasta parafernália de estratégias terapêuticas cognitivas e comportamentais à patologia *borderline*, incluindo comportamentos suicidas.

([174]) Ver http://www.entermentalhealth.net/papers/kbm02.pdf.

Referências

Abdulrahim, D. (2001), *Substance misuse and mental health co-morbidity (dual diagnosis). Standards for mental health services*, The Health Advisory Service: Londres.

Andreasen, J. (2002), Ansvaret for de psykotivke stofmisbrugere skal vara psykiatriens. *Ugeskrift for læger*, 51.

AST/RELIS (2002), Point Focal OEDT Luxemburgo — Direction de la santé. Réseau national d'information sur les drogues et les toxicomanies — RELIS — Rapport national, PFN: Luxemburgo.

Bakken, K., Landheim, S. e Vaglum, P (2003), Primary and secondary substance misusers: do they differ in substance-induced and substance-independent mental disorders? *Alcohol and Alcoholism* 38: 54-9.

Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N. *et al.* (2001), Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behaviour therapy, and family intervention for patients with co-morbidity schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 158, p. 1706-13.

Baudis, R. (2004), A drug court type project for juvenile drug-related offenders in Germany. Conference's Acts: Substance Abuse, Drug Courts and Mental Health Treatment Services,. Servizi Area Penale Carceri, Milão, 5-7 de Fevereiro de 2004.

Beck, F. (2003), *Dépistage de l'usage problématique de cannabis: échelle et référence* (projecto de relatório), Escapad, OFDT: Paris.

Beck, F. e Legleye, S. (2003), Drogues et adolescence: usages de drogues et contextes d'usage entre 17 et 19 ans — évolutions récentes Escapad 2002, Paris: OFDT.

Benschop, A., Rabes, M. e Korf, D. (2002), *Pill testing — ecstasy and prevention. A scientific evaluation in three European cities*, Rozenberg Publishers, Amesterdão.

Berglund, M. *et al.* (ed.) (2003), *Treating alcohol and drug abuse. An evidence-based review*, Wiley: Londres.

Berthel, T. (2003), Psychiatrische Komorbidität. In: Beubler, E., Haltmayer, H. e Springer, A. (eds) *Opiatabhängigkeit. Interdisciplinäre Aspekte für die Praxis*, Springer: Viena.

Best, D., Lan-Ho, M., Zador, D. *et al.* (2000), Overdosing on opiates. Thematic review. Part I — causes. *Drug and Alcohol Findings*, N.° 4, p. 4-20.

Best, D., Lan-Ho, M., Zador, D. *et al.* (2001), Overdosing on opiates. Thematic review. Part II — prevention. *Drug and Alcohol Findings*, N.° 5, p. 4-18.

Beutel, M. (1999), Sucht und sexueller Missbrauch. *Psychotherapeut* 44, p. 313-19.

Bird, S. e Rotily, M. (2002), Inside methodologies for counting blood-borne viruses and injector-inmates' behavioural risks — results from European prisons. *Howard Journal* 41 (2).

Bovenkerk, F. e Hogewind, W. I. M. (2002), *Hennepteelt in Nederland: het probleem van criminaliteit en haar bestrijding*. Utrecht: Willem Pompe Instituut voor Strafrechtswetenschappen.

Bronisch, T. e Wittchen, H.-U. (1998), Komorbidität von suizidalem Verhalten, Sucht, Depression und Angststörungen. *Suizidprophylaxe* 1, p. 22-6.

Chinman, M., Imm, P. e Wandersmann, A. (2004), *Getting to outcomes 2004. Promoting accountability through methods and tools for planning, implementation, and evaluation*, RAND Corporation, Santa Mónica.

CND (2004), *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the Secretariat*, Nações Unidas, Conselho Económico e Social: Viena.

Commonwealth Department for Health and Ageing (2003), National Co-morbidity Project. Current practice in the management of clients with co-morbidity mental disorders and substance use disorders in tertiary care settings, Commonwealth of Australia, Canberra.

Crawford, V. (2001), *Co-existing problems of mental health and substance misuse («dual diagnosis»): a review of relevant literature*, Royal College of Psychiatrists: Londres.

Currie, C., Roberts, C., Morgan, A. *et al.* (2004), Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey, *Health Policy for Children and Adolescents*, N.° 4, Genebra: WHO Europe.

Deehan, A. e Saville, E. (2003), *Calculating the risk: recreational drug use among clubbers in the South East of England*, Home Office Online Report 43/03.

Department of Health (2002a), *Mental health policy implementation guide: dual diagnosis good practice guide*, Department of Health: Londres.

Department of Health (2002b), *Models of care for substance misuse treatment: promoting quality, efficiency and effectiveness in drug misuse treatment services. Full report for consultation*, Department of Health: Londres.

Dialog (2000), *Jahresbericht 1999*. Verein Dialog — Hilfs- und Beratungsstelle für Suchtgiftgefährdete und deren Angehörige, Viena.

Dolan, K. (1997-98), Evidence about HIV transmission in prisons. *Canadian HIV-AIDS Policy and Law Newsletter* 3-4, p. 32-8.

Dolan, K., Rutter, S. e Wodak, A. D. (2003), Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development. *Addiction* 98, p. 153-8.

Drake, R., Mercer-McFadden, C., Mueser, K. *et al.* (1998), Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia Bulletin* 24, p. 589-608.

DrugScope (2004), *Druglink* 19 (1) Janeiro/Fevereiro de 2004.

Dusenbury, L. e Falco, M. (1995), Eleven components of effective drug abuse prevention curricula. *Journal of School Health* 65, p. 420-5.

Eland, A. e Van de Glint, G. (2001), Diagnostiek en behandeling van ADHD binnen de intramurale verslavingszorg, Trimbos Instituut: Utreque.

Emmanuelli, J. (2003), Siamois: Tendances en matière de réduction des risques chez les usagers de drogues par voie iv. In: Bello, J.-Y., Toufik, A., Gandilhon, M. *et al.* (eds) *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002, quatrième rapport national du dispositif TREND*, p. 263-7. OFDT: Paris.

Estebanez, P., Russell, N. K., Aguilar, M. D. *et al.* (2001), Determinants of HIV prevalence amongst female IDU in Madrid. *European Journal of Epidemiology* 17, p. 573-80.

European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (EuroHIV) (2004), *HIV/AIDS Surveillance in Europe, End-year report, 2003, N.º 70.* Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire.

Comissão Europeia (1999), *Evaluating socio-economic programmes: glossary of 300 concepts and technical terms*, Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.

Comissão Europeia (2003), *Evaluating EU activities — a practical guide for Commission Services*, Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.

Europol (2002), *Serious crime overviews: counter money laundering, a European Union perspective*, Europol: Haia.

Europol (2003), *European Union organised crime report*, Europol: Haia.

Facy, F. (1999), *Toxicomanes et prescription de méthadone*, EDK: Paris.

Farrell, M. (2002), *Final Evaluation of the Pilot Drug Court*, Courts Service: Dublim. FATF (2003a), *Annual report 2002-2003* (http://www.fatf-gafi.org).

Flay, B. (2000), Approaches to substance use prevention utilizing school curriculum plus social environment change. *Addictive Behaviours* 25, p. 861-6.

Fridell, M. (1991), *Personlighet och drogmissbruk. En forskningsöversikt. PM-serie 10*, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysnings (CAN), Estocolmo.

Fridell, M. (1996), Psykisk störning och narkotikamissbruk. Socialstyrelsen. Psykiskt störda missbrukare. SoS-rapport 1996: 14, Socialstyrelsen: Estocolmo.

GAFI (FATF) (2003a), *Annual report 2002-2003* (http://www.fatf-gafi.org).

GAFI (FATF) (2003b), *Combating the abuse of alternative remittance systems: international best practices*, FATF: Paris.

Gerdner, A. (2004), *Utfall av LVM-vård: översikt och syntes av hittilsvarande studier*. Bilaga 4 till LVM-utredningen, SOU 2004: 3 Tvång och förändring — Rättssäkerhet, vårdens innehåll och eftervård, Socialdepartementet: Estocolmo.

GFATM Secretariat (2004), *The Global Fund Grant status report* (http://www.theglobalfund.org/en/files/grantsstatusreport.xls).

Giuliani, M. e Suligoi, B. (2004), Italian STI Surveillance Working Group. Differences between nonnational and indigenous patients with sexually transmitted infections in Italy and insight into the control of sexually transmitted infections. *Sexually Transmitted Diseases* 31(2):, p. 79-84.

Gore, S. M. (1999), Fatal uncertainty: death-rate from use of *ecstasy* or heroin. *Lancet* 354, p. 1265-6.

Hall, W., Degenhardt, L. e Lynskey, M. (2001), *The health and psychological effects of cannabis use*, Monograph Series no. 44, 2nd edn, Canberra: Commonwealth of Austrália: Camberra.

Hannon, F., Keleher C., e Friel, S. (2000). *General healthcare study of the Irish prison population*, Stationery Office: Dublim.

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

Hibell, B., Andersson, B., Ahlstrom, S. *et al.*, (2000), *The 1999 ESPAD Report: The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Conselho Sueco para a Informação sobre o Álcool e outras Drogas (CAN) e Conselho da Europa, Grupo Pompidou.

Hope, V., Ncube, F., de Souza, L. *et al.* (2004), Shooting up: infections in injecting drug users in the United Kingdom, 2002. *Eurosurveillance Weekly*: 8(4): 22 de Janeiro de 2004 (http://www.eurosurveillance.org/ew/2004/040122.asp).

INCB (2004a), *Report of the International Narcotics Control Board 2003*, Nações Unidas, INCB: Nova Iorque.

INCB (2004b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, Nações Unidas, INCB: Nova Iorque (http://www.incb.org).

Interpol (2002), *Activities report*, Interpol: Lyon.

Jansson, I. e Fridell, M. (2003), Psykisk och somatisk belastning hos tvångsvårdade kvinnor, LVM och LVU-vårdade kvinnor vid Lunden, SiS-rapport 1/03. Statens Institutionsstyrelse: Estocolmo.

Joint Meeting of the Faculty of Substance Misuse of the Royal College of Psychiatrists and the World Psychiatric Association (2003, Innovations in the treatment of addiction, Barcelona, 1-2 de Maio de 2003.

Jonsson, S. (2001), Långstorps vård- och behandllingshem — En ufallsstudie. *Psykologexamensuppsats* Vol. III:20, Institutionen för psykologi Lund.

Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola S., Andrade L. *et al.* (2001), Mental-substance comorbidities in the ICPE surveys. *Psychiatrica Fennica* 32, p. 62-79.

Kokkevi, A. e Facy, F. (1995), Personality traits and psychopathology in drug addiction. *European Addiction Research* 1, p. 194-8.

Kokkevi, A. e Stefanis, C. (1995), Drug abuse and psychiatric comorbidity. *Comprehensive Psychiatry* 36, p. 329-37.

Kraus, L., Augustin, R., Korf, D. *et al.* (2003), *Cannabis* use in France, Germany, Greece and Spain: has age of first use experience shifted towards younger age? (relatório).

Krausz, M. (1996), Old problems — new perspectives. *European Addiction Research* 2, p. 1-2.

Krausz, M. (1999), Editorial. Addiction and mental health. *European Addiction Research* 5, p. 53-4.

Krausz, M. (1999), Komorbidität — Psychische Störungen bei Schwerstabhängigen; Forschungsstand und klinische Konsequenzen. In: Bellebaum, C. Jellinek, e Westermann, B. (eds) *Mehr als Abhängig? Versuche mit Methadon und Heroin*, p. 100-14. Deutscher Studienverlag: Weinheim.

Krausz, M., Verthein, U. e Degkwitz, P. (1999), Psychiatric co-morbidity in opiate addicts. *European Addiction Research* 5, p. 55-62.

Landheim, A. S., Bakken, K. e Vaglum, P. (2003), Gender differences in the prevalence of symptom disorders and personality disorders among poly-substance abusers and pure alcoholics, *European Addiction Research* 9, p. 8-17.

Lauritzen, G., Waal, H., Amundsen, A. e Arner, O. (1997), A nationwide study of Norwegian drug abusers in treatment: methods and findings. *Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift* 14, p. 43-63.

Ley, A., Jeffery, D. P., McLaren, S. e Siegfried, N. (2003), Psychosocial treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse. Cochrane Review. *The Cochrane Library,* Issue 4, Wiley: Chichester, Reino Unido.

Liappas, J. (2001), Drug addiction: a multidimensional therapeutic problem. *Itaca* 6, p. 9-22.

Lima, A. R., Lima, M. S., Soares, B. G. O. e Farrell, M. (2004a), Carbamazepine for cocaine dependence. Cochrane Review. *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004 (http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/AB002023.htm).

Lima, M.S., Reisser, A. A. P., Soares, B. G. O., Farrell, M. (2004b), Antidepressants for cocaine dependence. Cochrane Review. *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004 (http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/AB002950.htm).

Long, J., Allwright, S. e Begley, C. (2004), Prisoners' views of injecting drug use and harm reduction in Irish prisons. *International Journal of Drug Policy*, no prelo.

Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D. *et al.* (2000), Psychiatric symptoms among clients seeking treatment for drug dependence. Intake data from the National Treatment outcome study. *British Journal of Psychiatry* 176, p. 285-9.

McIntosh, C. e Ritson, B. (2001), Treating depression complicated by substance misuse. *Advances in Psychiatric Treatment* 7, p. 357-64.

McVeigh, J., Beynon, C. e Bellis, M. A. (2003), New challenges for agency based exchange schemes: analysis of 11 years of data (1991-2001) in Merseyside and Cheshire, United Kingdom. *International Journal of Drug Policy* 14, p. 399-405.

Mears, A., Clancy, C., Banerjee, S. *et al.* (2001), *Co-existing problems of mental disorder and substance misuse (dual diagnosis): a training needs analysis*, Royal College of Psychiatrists: Londres.

Migliori, G. B. e Centis, R. (2002), 'Problems to control TB in eastern Europe and consequences in low incidence countries'. *Monaldi Archive of Chest Diseases* 57, p. 285-90.

Morel, A. (1999), Troubles psychiatriques associés à la toxicomanie. *Interventions* 72, p. 35-40.

Moyle, P. (2003), *International drug court developments, models and effectiveness*, Pompidou Group Drug Court Project: Estrasburgo.

Murphy-Lawless, J. (2002), *Fighting back: women and the impact of drug abuse on families and communities*, Liffey Press: Dublim.

Murray, R., Grech, A., Phillips, P. e Johnson, S. (2003), What is the relationship between substance abuse and schizophrenia? In: Murray, R., Jones, P., Susser, E. *et al.* (eds), *The epidemiology of schizophrenia*, Cambridge University Press: Cambridge.

Neale, J. e Robertson, M. (2004), Recent cocaine and crack use among new drug treatment clients in Scotland. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 11(1), p. 79-90.

Nestler, E. J. (2001), Molecular basis of long-term plasticity underlying addiction. *Nature Reviews Neuroscience* 2(2): p. 119-28.

OEDT (2001), Cocaína e *crack* (edição especial). In *Relatório Anual 2001: a evolução do fenómeno da droga na União Europeia nos países aderentes e nos países candidatos à União*. Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência: Lisboa.

OEDT (2003a), *Relatório Anual 2003: a evolução do fenómeno da droga na União Europeia nos países aderentes e nos países candidatos à União*. Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência: Lisboa.

OEDT (2003b), *Relatório Anual 2003: a evolução do fenómeno da droga na União Europeia e na Noruega*, Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência: Lisboa.

OEDT (2003c), *Drogas em destaque n.° 11 — Hepatite C: uma epidemia oculta*, Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência: Lisboa.

OEDT (2003d), *The international profile of cannabis clients, expert meeting on treatment demand — meeting with International organisations*, Lisboa, 24 de Junho de 2003 (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1881).

OEDT (2004a), *European report on drug consumption rooms*, Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, Lisboa.

OEDT (2004b), *Drogas em destaque n.° 13: Mortes*. Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência: Lisboa.

OEDT (2004c), *An overview of cannabis potency in Europe, OEDT, Insights n.° 6*. Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência: Lisboa.

OEDT (2004d), *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options. OEDT, Monographs n.° 7*. Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência: Lisboa.

Öjehagen, A. e Schaar, I. (2003), 'Mentally ill substance abusers in Sweden: a 5-year follow-up of a multisite study of co-operation between psychiatric services and social authorities'. In: Carrà, G. e Clerici, M. (eds) *Dual diagnosis: filling the gap*, John Libbey Eurotext: Paris.

Olin, N. e Plasait, B. (2003), *Drogue: l'autre cancer. Rapport de la Commission d'enquête sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites*, Sénat: Paris.

OMA (2003a), *Drug routes from Central Asia to Europe* (disponível no sítio web da OMA: http://www.wcoomd.org).

OMA (2003b), *An integrated international response to drug smuggling*, OMA: Bruxelas.

OMA (2003c), *World money laundering report*, Volume 4, Issue 10.

OMS (1995), *Lexicon of alcohol and drug terms*, OMS: Génova.

Origer, A. e Delucci, H. (2002), *Étude épidémiologique et méthodologique des cas de décès liés à l'usage illicite des substances psycho-actives. Analyse comparative (1999-2000),* Séries de recherche no. 3, Point focal OEDT Luxemburgo-CPR Santé: Luxemburgo.

Paglia, A. e Room, R. (1999), Preventing substance use problems among youth: a literature review and recommendations. *Journal of Primary Prevention* 20(1), p. 3-50.

Pani, P. P., Trogu, E., Carboni, G. *et al.* (2003), Psychiatric severity and treatment response in methadone maintenance treatment programmes: new evidence. *Heroin Addiction & Related Clinical Problems* 5, p. 23-36.

Pedersen, M. U. (2001), Substitutionsbehandling. Organiseringer, stofmisbrugere, effekter, metoder. Del 1. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet: Århus.

Popov, P. (2003), Alkohol. In: Kalina, K. a spol. (ed.) *Drogy a drogové závislosti — mezioborový přístup*, Kapitola 3/1, Praha: Úřad vlády ČR — NMC.

Ravelli, A., Bijl, R. V. e Van Zessen, G. (1998), Comorbiditeit van psychiatrische stoornissen in de Nederlandse bevolking; resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Tijdschrift voor Psychiatrie* 40, p. 531-44.

Relatórios Nacionais Reitox (2003) (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435).

Rhodes, T., Lilly, R., Fernández, C. *et al.* (2003), Risk factors associated with drug use: the importance of «risk environment». *Drugs: Education, Prevention and Policy* 10, p. 303-29.

Roeg, D. P. K., van de Goor, L. A. M. e Garretsen, H. F. L. (2004), When a push is not a shove: assertive care, Dutch-style. *Drugs and Alcohol Today,* Vol 4 (no prelo).

Rooney, S., Kelly, G., Bamford, L. *et al.* (1999), Co-abuse of opiates and benzodiazepines. *Irish Journal of Medical Science* 168: 36-41.

SAMHSA, Office of Applied Studies (2001), *Trends in initiation of substance use*, 2001 National Household Survey on Drug Abuse (NHSDA).

SAMHSA, Office of Applied Studies (2002), *Results from the 2002 National Survey on Drug Use and Health. National findings* (http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#nhsdainfo).

Schifano, F., Oyefeso, A., Corkery, J. *et al.* (2003), Death rates from *ecstasy* (MDMA, MDA) and polydrug use in England and Wales 1996-2002. *Human Psychopharmacology and Clinical Exposure* 18, p. 519-24.

Seivewright, N., Donmall, D., Douglas, J. *et al.* (2000), Cocaine misuse treatment in England. International *Journal of Drug Policy* 11, p. 203-15.

Siliquini, R., Zeppegno, P. e Faggiano, F. (2002), Patologia psichiatrica e consumo di sostanze: descrizione preliminare dei casi di uno studio caso-controllo. In: Faggiano, F. (ed.) *OED Piemonte — Rapporto 2002*, Turin: Osservatorio Epidemiologico Dipendenze.

Sosial- og helsedepartementet (1999), *Rapportane I, II, III, frå Arbeidsgruppa for å gjennomgå hjelpe- og behandlingstilbodet for rusmiddelmisbrukarar.*

Springer, A. (2003a), *Different types of medically assisted treatment.* Treatment monitoring conference, OEDT, Lisboa.

Springer, A. (2003b), Psychotherapeutische Aspekte. In: Beubler, E., Haltmayer, H. e Springer, A. (eds), *Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis*, Springer: Viena.

Stothard, B., e Ashton, M. (2000), Education's uncertain saviour. *Drug and Alcohol Findings* 3, p. 4-7, 16-20.

Stöver, H. (2001), Bestandsaufnahme «Crack Konsum» in Deutschland: Verbreitung, Konsummuster, Risiken und Hilfeangebote. Endbericht. Bremen: University of Bremen, Institute for Drugs Research (BISDRO).

Stöver, H. e Nelles, J. (2003), Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons. *International Journal of Drug Policy* 14, p. 437-44.

Ter Bogt, T. e Engels, R. C. M. E. (2004). Party style: notice for and effects of MDMA at Rave parties. *Substance Use and Misuse*, no prelo.

Tobler, N. (2001), Prevention is a two-way process. *Drug and Alcohol Findings*, Issue 5, p. 25-7.

Tobler, N. e Stratton H. H. (1997), Effectiveness of school-based drug prevention programs: a meta-analysis of the research. *Journal of Primary Prevention* 18(1), p. 71-128.

Tobler, N. S., Roona, M. R. e Ochshorn, P. (2000), School-based adolescent prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention* 20: p. 275-336.

Uchtenhagen, U. e Zeiglgänsberger, W. (2000), *Suchtmedizin — Konzepte, Strategien und therapeutisches Management*, Urban & Fischer Verlag: Munique.

UNODC (2003a), *Global illicit drug trends 2003,* Gabinete das Nações Unidas contra o Droga e o Crime, Viena.

UNODC (2003b), *Ecstasy and amphetamines: global survey 2003*, Gabinete das Nações Unidas contra o Droga e o Crime, Viena.

UNODC e Governo de Marrocos (2003), *Morocco cannabis survey 2003*, Gabinete das Nações Unidas contra o Droga e o Crime, Viena.

UNODCCP (Gabinete das Nações Unidas para o Controlo da Droga e a Prevenção da Criminalidade) (2000), *Demand reduction: a glossary of terms*, Naçôes Unidas: Nova Iorque.

Vaglum, P. (1996), Psychopathology and substance abuse: clinical Lessons from six Norwegian Studies. Psychiatric Fennica 27: 55-67.

Van den Bosch, L. M., Verheul, R. e Van den Brink, W. (2001), Substance abuse in borderline personality disorder: clinical and etiological correlates. *Journal of Personality Disorders* 15, p. 416-24.

Van Rooijen, M. (2001), Zendingswerk: dubbele diagnose klinike. *Psychiatry* 5, p. 24-8.

Verheul, R. (2001), Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry* 16, p. 274-82.

Weaver, T., Madden, P., Charles, V. *et al.* (2003), Co-morbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *British Journal of Psychiatry* 183, p. 304-12.

Wiessing, L. e Kretzschmar, M. (2003), Can HIV epidemics among IDUs «trigger» a generalised epidemic? *International Journal of Drugs Policy* 14, p. 99-102.

Williams, H., O'Connor, J. J. e Kinsella, A. (1990), Depressive symptoms in opiate addicts on methadone maintenance. *Irish Journal of Psychological Medicine* 7, p. 45-6.

Wolf, J., Mensink, C. e Van der Lubbe, P. (2002), *Casemanagement voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen: een systematisch overzicht van interventie en effect,* Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid: Utrecht.

Zuckerman, J. (2003), The place of accelerated schedules for hepatitis A and hepatitis B vaccinations. *Drugs* 63, p. 1779-84.

Zurhold, H., Kreutzfeldt, N., Degkwitz, P. e Verthein, U. (2001), *Drogenkonsumräume. Gesundheitsförderung und Minderung öffentlicher Belastungen in europäischen Grossstädten*, Lambertus: Friburgo.

Pontos focais nacionais Reitox

Belgique/België
Institut scientifique de la santé publique/Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid
Rue Juliette Wytsman 14/Juliette Wytsmanstraat 14
B-1050 Bruxelles/Brussel
Denise WALCKIERS
Tél. (32-2) 642 50 35 — Fax (32-2) 642 57 49
E-mail: BIRN@iph.fgov.be

Česká republika
Secretariat of the National Drug Commission Office of the Government of the Czech Republic
Nabř. Edvarda Beneše 4
118 01 Praha 1 — Malá Strana
CZ-Prague
Viktor MRAVČÍK
Tel. (420-29) 61 53 222/391 — Fax (420-29) 61 53 264
E-mail: mravcik.viktor@vlada.cz

Danmark
Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67 Postboks 1881
DK-2300 København S
Else SMITH/Kari GRASAASEN
Tlf. (45) 72 22 77 60 — Fax (45) 72 22 74 11
E-mail: esm@sst.dk, kag@sst.dk

Deutschland
DBDD — Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
Parzivalstraße 25
D-80804 München
Roland SIMON
Tel. (49) 89 36 08 04 40 — Fax (49) 89 36 08 04 49
E-Mail: Simon@ift.de

Eesti
National Institute for Health Development (NIHD)
Department of Epidemiology and Biostatistics
Estonian Drug Monitoring Centre (EDMC)
Hiiu 42, Room 471
EE-11619 Tallinn
Ave TALU
Tel. (372) 6593 997 — Fax (372) 6593 998
E-mail: Ave.Talu@tai.ee

Ελλάδα/Greece
Greek Reitox Focal Point — UMHRI
University of Mental Health Research Institute
Soranou Tou Efesiou, 2
(PO Box 66517)
GR-15 601 Papagou — Athens
Manina TERZIDOU
Tel. (302-10) 6536 902 — Fax (302-10) 6537 273
E-mail: ektepn@ektepn.gr

España
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPND)
C/Recoletos, 22
E-28001 Madrid
Carmen MOYA GARCÍA/Ana ANDRÉS BALLESTEROS
Tel. (34) 915 37 27 25/26 86 — Fax (34) 915 37 26 95
E-mail: anaab@pnd.mir.es

France
Observatoire français des drogues et des toxicomanies
3, avenue du stade de France
F-93200 Saint-Denis
Jean-Michel COSTES
Tél. (33) 141 62 77 16 — Fax (33) 141 62 77 00
E-mail: jecos@ofdt.fr

Ireland
Drug Misuse Research Division
Health Research Board
73 Lower Baggot Street
Dublin 2
Ireland
Hamish SINCLAIR
Tel. (353-1) 676 11 76 ext 160 — Fax (353-1) 661 18 56
E-mail: Hsinclair@hrb.ie

Italia
Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, direzione generale per la Prevenzione e il recupero dalle tossicodipendenze e alcodipendenze e per l'osservatorio nazionale
Via Fornovo 8 — Pal. C
I-00192 Roma
Mariano MARTONE/Silvia ZANONE
Tel. (39) 06 36 75 48 01/06 — Fax (39) 06 36 75 48 11
E-mail: mmartone@welfare.gov.it, szanone@welfare.gov.it

Κύπρος (Cyprus)
Cyprus National Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
Magnolia Centre, Offices 11–12,
32, Strovolos Avenue
CY-Nicosia 2018
Neoklis GEORGIADES
Tel. (357-22) 44 29 73 — Fax (357-22) 30 50 22
E-mail: neoklis@ektepn.org.cy, info@ektepn.org.cy (general matters)

Latvija
The State Centre for Drug Abuse Prevention and Treatment (Narcology Centre)
Hospitalu iela 55
LV-1013 Riga
Ieva MATISONE
Tel. (371-7) 37 77 83 — Fax (371-7) 37 23 37
E-mail: ieva.matisone@latnet.lv

Lietuva
Ministry of Health of the Republic of Lithuania
Drug Control Department under the Government of the Republic of Lithuania
Vilniaus st. 33
LT-2001 Vilnius
Ernestas JASAITIS
Tel. (3705-2) 66 14 00 — Fax (3705-2) 66 14 02
E-mail: ernestas.jasaitis@vvspt.lt

Luxembourg
Direction de la santé, point focal OEDT, Luxembourg
Allée Marconi — Villa Louvigny
L-2120 Luxembourg
Alain ORIGER
Tél. (352) 47 85 625 — Fax (352) 46 79 65
E-mail: alain.origer@ms.etat.lu

Magyarország
National Centre for Epidemiology
Gyáli út 2-6.
H-1097 Budapest
PO Box 64
Adrienn NYIRADY
Tel. (36-1) 476 11 00 — Fax (36-1) 476 12 23
E-mail: nyiradya@oek.antsz.hu

Malta
Maltese National Focal Point
Ministry of Family & Social Solidarity
Palazzo Ferreria
Valletta CMR 02
Malta
Anna GIRARD
Tel. (356) 25 90 32 17/32 20
E-mail: anna.girard@gov.mt

Nederland
Trimbos-instituut
Netherlands Institute of Mental Health and Addiction
Da Costakade 45 — Postbus 725
3500 AS Utrecht
Franz TRAUTMANN
Tel. (31-30) 297 11 86 — Fax (31-30) 297 11 87
E-mail: ftrautmann@trimbos.nl

Österreich
ÖBIG — Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
Stubenring, 6
A-1010 Vienna
Sabine HAAS
Tel. (43-1) 515 61 60 — Fax (43-1) 513 84 72
E-mail: HAAS@oebig.at

Polska
National Bureau for Drugs Prevention
ul. Dereniowa 52/54
PL-02-776 Warszawa
Janusz SIEROSŁAWSKI
Tel. (48-22) 641 15 01 — Fax (48-22) 641 15 65
E-mail: sierosla@ipin.edu.pl

Portugal
Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT)
Av. João Crisóstomo, 14
P-1000 — 179 Lisboa
Nuno FREITAS/Maria MOREIRA
Tel. (351) 213 10 41 00/41 26 — Fax (351) 213 10 41 90
E-mail: Maria.Moreira@idt.min-saude.pt

Slovenija
Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije
Trubarjeva 2
SI-1000 Ljubljana
Mercedes LOVREČIČ
Tel. (386-1) 244 14 79 — Fax (386-1) 244 15 36
E-mail: Mercedes.lovrecic@ivz-rs.si

Slovensko
Central Node of the Drug Information System
General Secretariat of the Board of Ministers for Drug Dependencies and Drug Control
Námestie slobody 1
SK-81370 Bratislava
Alojz NOCIAR
Tel. (421-2) 5729 5554 — Fax (421-2) 5729 5571
E-mail: alojz.nociar@government.gov.sk, alojz.nociar@vlada.gov.sk

Suomi/Finland
Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus
PO Box 220
(Office: Lintulahdenkuja, 4 — 00530 Helsinki)
FIN-00531 Helsinki
Ari VIRTANEN
Tel. (358-9) 39 67 23 78 — Fax (358-9) 39 67 24 97
E-mail: ari.virtanen@stakes.fi

Sverige
Statens folkhälsoinstitut
(Kontor: Olof Palmes gata 17)
S-103 52 Stockholm
Bertil PETTERSSON
Tfn (46-8) 56 61 35 13 — Fax (46-8) 56 61 35 05
E-post: Bertil.Pettersson@fhi.se

United Kingdom
Sexual Health and Substance Misuse Policy
Department of Health, Skipton House
80 London Road
London SE1 6LH
United Kingdom
Alan LODWICK
Tel. (44-20) 79 72 51 21 — fax (44-20) 79 72 16 15
E-mail: Alan.Lodwick@doh.gsi.gov.uk

European Commission/Commission européenne
Directorate-General for Justice and Home Affairs — Drugs Coordination Unit/Direction générale de la justice et des affaires intérieures — Unité «Coordination de la lutte antidrogue»
Rue de la Loi/Wetstraat 200 (Lx — 46 3/186)
B-1049 Brussels/Bruxelles
Timo JETSU/Elsa MAIA
Tél. (32-2) 299 57 84 — Fax (32-2) 295 32 05
E-mail: Timo.Jetsu@cec.eu.int, Elsa.Maia@cec.eu.int

Norge
Statens institutt for rusmiddelforskning
PB 565 Sentrum
(Office: Øvre Slottsgate 2B)
N-0157 Oslo
Knut BROFOSS/Odd HORDVIN
Tel. (47) 22 34 04 00 — Fax (47) 22 34 04 01
E-mail: kb@sirus.no, odd@sirus.no

Bălgarija
National Centre for Addictions
117, Pirotska Str.
BG-1303 Sofia
Momtchil VASSILEV
Tel. (359-2) 83 13 079 — Fax (359-2) 83 21 047
E-mail: mvassilev@mbox.infotel.bg

România
National Anti-drug Agency
37, Unirii Bulevard, BL. A4 — Sector 3
RO-Bucharest
Angela PANTEA
Tel. (40-21) 326 47 87/323 30 30 ext. 21706
Fax (40-21) 326 47 87
E-mail: angelapantea@yahoo.com

Türkiye
TADOC Müdürlüðü
Necatibey Cd. No:108
TR-Anýttepe/Ankara
Ylhami HÜNER
Tel. (90-312) 412 75 00 — Fax (90-312) 412 75 05
E-mail: ihuner@tadoc.gov.tr

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2004

Relatório Anual 2004: A evolução do fenómeno da droga na União Europeia e na Noruega

Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias
2004 — 113 p. — 21 x 29,7 cm
ISBN 92-9168-203-9

VENDAS E ASSINATURAS

As publicações editadas pelo Serviço das Publicações podem ser obtidas nos nossos agentes de vendas espalhados pelo mundo.

Como adquirir qualquer destas publicações?

Dispondo da lista dos agentes de vendas, pode escolher o que mais lhe convier e contactá-lo para fazer a encomenda.

Como obter a lista dos serviços de vendas?

- pode consultar o sítio do Serviço das Publicações na internet: http://publications.eu.int/
- ou pedi-la por fax para o número (352) 29 29-42758, recebendo-a posteriormente em papel.

16 17 5 TD-AC-04-001-PT-C

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 nos Estados-Membros da UE e na Noruega, sendo uma obra de consulta essencial para quem procura os dados mais recentes sobre este fenómeno na Europa.

Serviço das Publicações
Publications.eu.int

ISBN 92-9168-203-9
9 789291 682034