



Observatório Europeu da
Droga e da Toxicodependência

ISSN 1609-6185

RELATÓRIO ANUAL 2008

A EVOLUÇÃO DO FENÓMENO DA DROGA NA EUROPA



Observatório Europeu da
Droga e da Toxicodependência

RELATÓRIO ANUAL 2008

A EVOLUÇÃO DO FENÓMENO DA DROGA NA EUROPA

Aviso legal

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

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

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

Número verde único (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

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

O presente relatório está disponível em alemão, búlgaro, checo, dinamarquês, eslovaco, esloveno, espanhol, estónio, finlandês, francês, grego, húngaro, inglês, italiano, letão, lituano, neerlandês, norueguês, polaco, português, romeno, sueco e turco. 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, 2008

ISBN 978-92-9168-336-9

© Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2008

Reprodução autorizada mediante indicação da fonte.

Printed in Luxembourg

IMPRESSO EM PAPEL BRANQUEADO SEM CLORO



Observatório Europeu da
Droga e da Toxicodependência

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

Índice

Prefácio	5
Agradecimentos	7
Nota introdutória	9
Comentário: Situação do fenómeno da droga na Europa — novas perspectivas e velhas realidades	11
Capítulo 1: Políticas e legislações	
Evolução política internacional e na UE • Estratégias nacionais • Despesa pública • Legislação nacional • Criminalidade • Investigação nacional	19
Capítulo 2: Resposta aos problemas de droga na Europa — Panorâmica geral	
Prevenção • Tratamento • Redução dos danos • Reintegração social • Respostas de saúde e sociais na prisão	30
Capítulo 3: <i>Cannabis</i>	
Oferta e disponibilidade • Prevalência e padrões de consumo • Tratamento	39
Capítulo 4: Anfetaminas, <i>ecstasy</i> e LSD	
Oferta e disponibilidade • Prevalência e padrões de consumo • Contextos recreativos • Oferta de tratamento	51
Capítulo 5: Cocaína e cocaína- <i>crack</i>	
Oferta e disponibilidade • Prevalência e padrões de consumo • Tratamento e redução dos danos	63
Capítulo 6: Consumo de opiáceos e droga injectada	
Oferta e disponibilidade de heroína • Prevalência e padrões do consumo • Consumo de droga injectada • Tratamento do consumo problemático de opiáceos	75
Capítulo 7: Doenças infecto-contagiosas e mortes relacionadas com o consumo de droga	
Doenças infecto-contagiosas • Prevenção das doenças infecto-contagiosas • Mortes e mortalidade • Redução das mortes	85
Capítulo 8: Novas drogas e tendências emergentes	
Medidas da UE em relação às novas substâncias psicoactivas • Lojas na Internet • GHB e GBL	98
Referências	103



Prefácio

Temos a honra de apresentar o 13.º Relatório Anual do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. Este relatório só é possível graças ao trabalho árduo e à dedicação dos nossos parceiros da rede Reitox de pontos focais nacionais e dos peritos de toda a Europa que contribuíram para a análise. Estamos igualmente gratos às agências comunitárias e às organizações internacionais que trabalham no domínio das drogas. O nosso relatório é produto de um esforço colectivo, e estamos gratos a todos aqueles que deram o seu contributo. O raciocínio subjacente a este trabalho é o de que uma análise desapassionada daquilo que sabemos sobre a situação do fenómeno da droga é indispensável para um debate informado, produtivo e consistente, em que as opiniões se sustentam em factos e em que aqueles que têm de fazer escolhas políticas difíceis podem compreender claramente os custos e os benefícios das opções que se lhes colocam.

Este ano conheceu uma actividade excepcional no que respeita à política em matéria de droga, tendo o OEDT tido o privilégio de apoiar a avaliação final do actual plano de acção da UE de luta contra a droga e revisão da Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas de 1998 sobre o fenómeno da droga. É gratificante observar que, à luz de referências internacionais, a Europa se destaca como uma das partes do mundo em que a capacidade de monitorização está mais desenvolvida. Não obstante, estamos cientes das limitações das nossas fontes de informação actuais e procuramos permanentemente, com os nossos parceiros, melhorar a qualidade e a pertinência dos dados disponíveis.

Um tema subjacente ao debate político sobre a droga é o dos custos, ocultos e evidentes, do problema da droga na Europa, questão que é abordada em diversas partes do presente relatório. O OEDT tem vindo a procurar identificar as despesas públicas associadas à luta contra o consumo de droga nos Estados-Membros da UE. Este trabalho é ainda incipiente, pelo que as estimativas apresentadas são mais indicativas do que rigorosas. No entanto, essas estimativas apontam para um volume de despesas considerável, com valores preliminares que oscilam entre 28 e 40 milhões de euros. Mais difíceis de quantificar em termos económicos são os danos causados pelo consumo de droga. Que custos devemos imputar à trágica perda de vidas provocada pela droga na Europa, ao impacto negativo nas comunidades em que a droga é produzida ou vendida, ou à forma como o tráfico de droga prejudica o

desenvolvimento social e a estabilidade política dos países produtores e de trânsito? Basta observar as situações preocupantes resultantes do trânsito de cocaína pela África Ocidental para nos apercebermos dos danos colaterais que este problema pode causar.

Uma nota positiva é dada pela aparente estabilização do consumo de droga na Europa e pelos progressos na forma como os Estados-Membros da UE estão a dar resposta a este problema. Em relação à maior parte das formas de consumo de droga, a nossa avaliação geral não regista aumentos, verificando-se mesmo, em certas áreas, uma tendência de queda. Quanto às respostas, praticamente todos os Estados-Membros adoptaram uma abordagem estratégica, e constata-se uma maior coesão a nível europeu. A oferta de tratamentos continua a aumentar e, em alguns países, atingiu-se o ponto de a maior parte dos consumidores de heroína, antes considerados uma população oculta, estar agora em contacto com algum tipo de serviços. Há não muitos anos, a infecção de consumidores de droga injectada com VIH constituía uma das principais prioridades do debate político sobre a droga. Entretanto, uma pragmática combinação de medidas de prevenção, tratamento e limitação dos danos passou a constituir a regra na Europa, tendo as taxas de novas infecções atribuídas ao consumo de droga diminuído substancialmente, tendência que ainda se mantém.

Como é bem sabido, as boas notícias não vendem jornais. No entanto, é importante reconhecer os progressos alcançados. Cada vez mais sabemos, na Europa, quais as medidas que podem ser eficazes no combate à droga. O reconhecimento de que as nossas actividades podem fazer — e fazem — a diferença é indispensável para garantir o investimento e o apoio político. Isto não significa que o nosso relatório não destaque muitos domínios que suscitam preocupação na União Europeia, nomeadamente o aumento contínuo do consumo de cocaína e as consideráveis diferenças que ainda existem entre os países em termos de disponibilidade e qualidade dos serviços para pessoas com problemas. É, pois, forçoso concluir que, apesar dos progressos alcançados, nos resta ainda um longo caminho a percorrer. Contudo, hoje a Europa sabe, melhor do que em qualquer outro momento no passado, qual a direcção que deve tomar.

Marcel Reimen

Presidente do Conselho de Administração do OEDT

Wolfgang Götz

Director do OEDT



Agradecimentos

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

- os directores e pessoal dos pontos focais nacionais da Reitox;
- os serviços que, nos diferentes Estados-Membros, recolheram os dados em bruto destinados ao relatório;
- os membros do Conselho de Administração e do Comité Científico do OEDT;
- o Parlamento Europeu, o Conselho da União Europeia — em especial o Grupo de Trabalho Horizontal «Droga» — e a Comissão Europeia;
- o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC), a Agência Europeia de Medicamentos (EMA) e a Europol;
- o Grupo Pompidou do Conselho da Europa, o Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime, o Gabinete Regional para a Europa da OMS, a Interpol, a Organização Mundial das Alfândegas, o projecto ESPAD, o Conselho Sueco de Informação sobre Álcool e outras Drogas (CAN) e o Centro Europeu para a Vigilância Epidemiológica da sida (EuroHIV);
- o Centro de Tradução dos Organismos da União Europeia e o Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.

Pontos focais nacionais da Reitox

Reitox é a rede europeia de informação sobre a droga e a toxicodependência. A rede é constituída pelos pontos focais nacionais dos Estados-Membros da UE, da Noruega, dos países candidatos e da Comissão Europeia. Sob a responsabilidade dos seus governos, os pontos focais são as autoridades nacionais que fornecem informações no domínio da droga ao OEDT.

Os contactos dos pontos focais nacionais encontram-se disponíveis em:

<http://www.emcdda.europa.eu/about/partners/reitox-network>



Nota introdutória

O presente relatório anual baseia-se em informação fornecida ao OEDT pelos Estados-Membros da UE, os países candidatos 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 2006 (ou ao último ano disponível). Os gráficos e quadros incluídos no presente relatório podem reflectir a situação existente num subconjunto de Estados-Membros da UE: a selecção é efectuada com base nos países que dispõem de dados em relação ao período em causa.

Os preços de venda a retalho das drogas comunicados ao OEDT reflectem o preço para o consumidor. As informações relativas à pureza ou à potência, mencionadas pela maioria dos países, são baseadas numa amostra de todas as drogas apreendidas e, geralmente, não é possível relacionar os dados comunicados com um nível específico do mercado de drogas. No que respeita à pureza ou à potência e aos preços de venda a retalho, todas as análises são baseadas em valores típicos (formais) ou, na sua ausência, em valores médios (ou medianos).

As informações sobre a prevalência do consumo de droga baseadas em inquéritos à população em geral referem-se, na sua maioria, à população nacional dos 15 aos 64 anos de idade. Entre os países que utilizam limites de idade mais altos ou mais baixos incluem-se os seguintes: Bulgária (18-60), República Checa (18), Dinamarca (16), Alemanha (18), Hungria (18-59), Malta (18), Suécia (16) e Reino Unido (16-59).

Nos relatórios sobre a procura de tratamento, entende-se por «novos utentes» as pessoas que iniciaram o tratamento pela primeira vez na vida e por «todos os utentes» todas as pessoas que iniciam o tratamento. Os utentes em tratamento contínuo no início do ano em causa não estão incluídos nos dados. Nos casos em que a percentagem dos pedidos de tratamento para o consumo de uma droga principal é indicada, o denominador é o número de casos em relação aos quais a droga principal é conhecida.

A análise das tendências baseia-se apenas nos países que fornecem dados suficientes para descrever as mudanças ao longo do período em causa. Os valores relativos a 2005 podem substituir os relativos a 2006 que estejam em falta na análise das tendências dos dados do mercado de droga; em relação à análise de outras tendências, os dados em falta podem ser interpolados. As tendências em matéria de preços são indexadas à inflação a nível nacional.

O termo «relatórios», quando se refere às infracções à legislação em matéria de droga, pode descrever conceitos diferentes nos diferentes países.

Estão disponíveis mais informações sobre os dados e os métodos analíticos no Boletim Estatístico de 2008.

O relatório anual pode ser descarregado em 23 línguas a partir do endereço <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2008>

O Boletim Estatístico de 2008 (<http://www.emcdda.europa.eu/stats08>) contém todos os quadros-fonte em que se baseia a análise estatística apresentada no relatório anual. Contém, igualmente, mais informação sobre a metodologia utilizada e cerca de 100 gráficos estatísticos adicionais.

As panorâmicas por país (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews>) fornecem um resumo dos aspectos-chave da situação do fenómeno da droga em cada país.

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



Comentário

Situação do fenómeno da droga na Europa — Novas perspectivas e velhas realidades

Uma voz forte da Europa num ano importante para a reflexão e a formulação de políticas

Em 2008, procedeu-se, na Europa, à avaliação do plano de acção de luta contra a droga de 2005-2008 e à preparação de um novo plano que leve por diante a estratégia da UE neste domínio, no seu segundo período de execução (2009-2012). Simultaneamente, 13 Estados-Membros estão a reformular ou a rever as suas estratégias ou planos de acção nacionais de luta contra a droga. A nível internacional, cumpre-se este ano uma década sobre as declarações e os planos de acção aprovados na 20.ª Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas (UNGASS), que devem ser, por isso, reexaminados. Tudo isto leva a que 2008 seja um ano sem precedentes no que respeita à reflexão europeia e mundial sobre a eficácia demonstrada, até à data, pelas políticas em matéria de droga e o rumo que deve ser tomado futuramente.

É possível constatar um crescente consenso europeu na forma como os Estados-Membros têm vindo a adoptar estratégias nacionais de luta contra a droga e no contributo que têm dado para o debate mundial sobre este tema. Com excepção de um, todos os Estados-Membros da UE já dispõem de documentos políticos nacionais nesta matéria e cerca de metade estrutura os seus documentos políticos nacionais de forma semelhante à do plano de acção da UE — o que indica uma crescente convergência política na Europa quanto ao modo como o problema da droga deve ser enfrentado. Os Estados-Membros da UE, apoiados pela Comissão, têm adoptado uma posição comunitária cada vez mais unida nos debates que têm vindo a acompanhar a revisão da UNGASS. Os contributos europeus para esses debates têm salientado a necessidade de políticas e acções amplas, equilibradas e bem fundamentadas, bem como a importância de acompanhar melhor o fenómeno mundial da droga no período pós-UNGASS.

Consumo de droga e aplicação de sanções penais: um panorama diversificado

Nos últimos anos, o OEDT tem descrito uma tendência existente nos países europeus para estabelecerem

uma maior distinção, na sua legislação em matéria de droga, entre as pessoas que traficam ou vendem drogas e as pessoas que as consomem. Esta distinção tem-se reflectido numa redução das sanções penais aplicadas ao consumo de droga em alguns países, se bem que outros tenham rejeitado as tentativas de reduzir essas sanções, ou até as tenham aumentado. Na prática, é muitas vezes difícil diferenciar o fornecedor do consumidor e os Estados-Membros variam muito quanto à forma como distinguem estas duas categorias.

A ideia de que, presentemente, os países europeus aplicam menos sanções penais por consumo de droga não é confirmada pelos dados disponíveis. Nos últimos cinco anos, o número de infracções notificadas aumentou na Europa e elas estão, na sua maioria, relacionadas com o consumo e a posse para consumo, não com a oferta. Na verdade, as infracções relacionadas com a oferta de droga aumentaram 12% e as relacionadas com a posse mais de 50%. A *cannabis* continua a ser a droga mais frequentemente associada às infracções à legislação em matéria de droga.

As razões para o aumento do número de infracções relacionadas com o consumo de droga são pouco claras e até podem estar relacionadas com o facto de, em alguns países, se ter tornado administrativamente mais simples condenar alguém por posse. No entanto, a opinião defendida por algumas pessoas de que, nos últimos anos, há menos probabilidades de os consumidores de droga, sobretudo de *cannabis*, serem acusados de infracções à legislação em matéria de droga não é confirmada pelos dados. Além disso, não se sabe ao certo até que ponto as sanções aplicadas por posse de droga mudaram, sendo esta uma questão que o OEDT irá analisar, no próximo ano, num tema específico.

Novo inquérito investiga as atitudes dos jovens face ao consumo de droga

Um inquérito Eurobarómetro recente investigou as atitudes e percepções dos jovens a respeito da droga, tendo observado um grande consenso entre os diversos

países. Globalmente, os riscos associados ao consumo de drogas como a heroína, a cocaína e o *ecstasy* eram considerados elevados por 81 % a 96 % dos inquiridos. A grande maioria dos jovens que responderam (95 %) considerava que estas drogas deveriam continuar a ser controladas na Europa. As opiniões sobre a *cannabis*, porém, estavam mais divididas, pensando 40 % dos inquiridos que a droga constituía um risco elevado, enquanto quase o mesmo número (43 %) entendia que o consumo de *cannabis* representava um «risco médio para a saúde», mais ou menos semelhante aos riscos decorrentes do hábito de fumar tabaco. As percepções dos riscos para a saúde associados ao consumo de *cannabis* reflectiam-se num menor apoio à manutenção da proibição desta substância (67 %) e na ideia defendida por uma minoria substancial (31 %) de que a *cannabis* deveria ser regulamentada de forma semelhante aos produtos do álcool e do tabaco.

Prevenção do consumo de droga: a fundamentação científica aumenta mas as práticas demoram a mudar

Não obstante o apoio quase universal à prevenção do consumo de droga, as avaliações formais neste domínio são metodologicamente difíceis e, historicamente, tem havido poucos dados disponíveis para demonstrar a eficácia das intervenções nesse domínio. Esta situação está a mudar, à medida que a fundamentação científica para a prevenção de droga continua a crescer e se realizam estudos mais rigorosos. Embora ainda seja, muitas vezes, necessário recorrer aos resultados de estudos efectuados nos EUA, cuja pertinência para o contexto europeu pode ser questionável, já existe um número crescente de trabalhos europeus. Em conjunto, as informações agora disponíveis permitem compreender melhor os tipos de actividades que poderão ser eficazes e a forma de chegar aos grupos mais vulneráveis. No entanto, há novos dados que sugerem que, em muitos países, as abordagens predominantes ainda são, muitas vezes, pouco fundamentadas e chegam, em alguns casos, a incluir actividades eventualmente contraproducentes. Para os decisores políticos o desafio pode residir no facto de, muitas vezes, os programas que produzem benefícios comprovados exigirem mais recursos e mais atenção à formação e ao controlo da qualidade.

Para apoiar a transferência de conhecimentos e melhores práticas no domínio da droga, o OEDT lançou, em 2008, um portal Internet sobre as melhores práticas. O portal, que inclui um módulo de prevenção, apresenta uma síntese dos últimos dados sobre a eficácia e a eficiência dos programas, bem como instrumentos e normas destinados a

melhorar a qualidade das intervenções, além de oferecer exemplos das práticas avaliadas em toda a Europa.

Tratamento da toxicod dependência: mais ênfase nos resultados e nas necessidades dos clientes

O número de consumidores de droga em tratamento devido à sua dependência cresceu consideravelmente nos últimos anos e, presentemente, em muitos países, uma percentagem significativa dos consumidores problemáticos de opiáceos fazem tratamento de substituição a longo prazo. Esta tendência suscitou um alargamento das opções farmacêuticas disponíveis e fez com que as políticas dessem mais atenção à qualidade e aos resultados do tratamento do que à adesão ao tratamento. Em particular, o debate evoluiu e está agora centrado na questão de saber que objectivos a longo prazo é possível definir de forma realista para o tratamento de substituição e até que ponto os utentes podem ser reintegrados socialmente e retomar um estilo de vida normal. A obtenção de emprego é um dos principais elementos para alcançar a reintegração na sociedade e constitui um bom prognóstico. Contudo, a reinserção no mercado de trabalho é frequentemente difícil devido às poucas qualificações e baixa escolaridade que caracterizam muitos consumidores crónicos de droga em tratamento a longo prazo na Europa, os quais constituem uma população geralmente envelhecida. É cada vez mais importante que os serviços de tratamento da toxicod dependência europeus cheguem a um consenso sobre a definição do que são bons resultados para as pessoas com problemas duradouros de consumo de droga e sobre as reais possibilidades de reintegrar essas pessoas na sociedade.

Embora a oferta de tratamento da toxicod dependência continue a aumentar na Europa, ainda subsistem grandes variações entre os países no que respeita à disponibilidade dos serviços e à sua capacidade para responder a diferentes tipos de problemas de droga. Além disso, apesar do reconhecimento generalizado do interesse em proporcionar opções de tratamento aos toxicod dependentes presos, esse reconhecimento ainda não tem correspondência em investimentos nos serviços em meio prisional, que na maioria dos países permanecem pouco desenvolvidos. Um importante desafio que se coloca aos serviços de tratamento da toxicod dependência na Europa é a necessidade de desenvolver modalidades de tratamento adaptadas às necessidades de uma população de consumidores de droga mais heterogénea. Uma vez que os dados mostram, de um modo geral, que não existe uma abordagem única mais eficaz do que as outras, alguns países europeus estão a desenvolver novos e interessantes métodos para tratar os consumidores de *cannabis* ou

Síntese — Estimativas do consumo de droga na Europa

As estimativas aqui apresentadas referem-se à população adulta (15-64 anos) e baseiam-se nos dados mais recentes disponíveis. Ver conjunto completo de dados e informações sobre a metodologia utilizada no Boletim Estatístico.

Cannabis

Prevalência do consumo ao longo da vida: pelo menos 71 milhões (22% dos adultos europeus)

Consumo no último ano: cerca de 23 milhões de adultos europeus ou um terço dos consumidores ao longo da vida

Consumo no último mês: mais de 12 milhões de europeus

Variação do consumo no último ano por país:

Variação global de 0,8% a 11,2%

Cocaína

Prevalência do consumo ao longo da vida: pelo menos 12 milhões (3,6% dos adultos europeus)

Consumo no último ano: 4 milhões de adultos europeus ou um terço dos consumidores ao longo da vida

Consumo no último mês: cerca de 2 milhões

Variação do consumo no último ano por país:

Variação global de 0,1% a 3,0%

Ecstasy

Prevalência do consumo ao longo da vida: cerca de 9,5 milhões (2,8% dos adultos europeus)

Consumo no último ano: mais de 2,6 milhões ou um terço dos consumidores ao longo da vida

Consumo no último mês: mais de um milhão

Variação do consumo no último ano por país:

Variação global de 0,2% a 3,5%

Anfetaminas

Prevalência do consumo ao longo da vida: quase 11 milhões (3,3% dos adultos europeus)

Consumo no último ano: cerca de 2 milhões, ou um quinto dos consumidores ao longo da vida

Consumo no último mês: menos de um milhão

Variação do consumo no último ano por país:

Variação global de 0,0% a 1,3%

Opiáceos

Consumo problemático de opiáceos: entre um e seis casos por mil adultos

Em 2005-2006, as mortes induzidas pela droga correspondiam a 3,5% das mortes de europeus entre os 15 e os 39 anos de idade, tendo sido encontrados opiáceos em cerca de 70% dos casos

Droga principal em cerca de 50% do total de pedidos de tratamento da toxicodependência

Mais de 600 000 consumidores de opiáceos receberam tratamento de substituição em 2006

de cocaína. Os complexos problemas causados pelos diversos padrões de policonsumo de droga, incluindo álcool, representam um desafio para o desenvolvimento dos serviços. É, pois, provável que, no futuro, os serviços de tratamento da toxicodependência europeus tenham de formular um conjunto de respostas cada vez mais diferenciadas para poderem suprir as necessidades cada vez mais diversificadas dos seus utentes.

Indícios mais fortes de que o consumo de cannabis pode estar a perder popularidade

Dados recentes dos inquéritos escolares e à população adulta sugerem que o consumo global de *cannabis* estabilizou ou está a diminuir em alguns países, embora se observem tendências nacionais díspares e acentuadas diferenças entre países. Este facto reflecte-se nas tendências a médio prazo, que revelam aumentos em países onde a prevalência é menor, uma estabilização em muitos outros e diminuições em alguns dos países com maior prevalência.

As diminuições da prevalência são mais visíveis nas faixas etárias mais jovens. Os novos dados de inquéritos escolares do último estudo HBSC (Health behaviour in school-aged children — comportamento sanitário das crianças em idade escolar) revelam uma tendência estável ou decrescente do consumo de droga entre os estudantes de 15 anos, na maioria dos países, no período de 2001-2006, sugerindo os relatórios preliminares que este quadro poderá ser confirmado pela última ronda do ESPAD (projecto europeu de inquéritos escolares sobre o álcool e outras drogas), cujos resultados deverão ser publicados no fim de 2008. No Reino Unido, país que costumava destacar-se pela elevada prevalência do consumo de *cannabis*, é visível uma tendência decrescente estável, mais evidente na faixa etária dos 16 aos 24 anos. Os motivos que poderão ter levado o consumo de *cannabis* a perder popularidade entre os jovens não estão bem documentados, embora se devam, possivelmente, a alterações na percepção dos riscos associados ao consumo desta droga. Alguns comentadores sugeriram que essa perda de popularidade pode estar associada à mudança de atitudes em relação ao tabagismo. Na Europa, a *cannabis* é frequentemente fumada juntamente com o tabaco e os programas de prevenção da droga focam cada vez mais de forma conjunta as consequências para a saúde do consumo de substâncias legais e ilegais.

Apesar das tendências recentes, os níveis do consumo de *cannabis* na Europa continuam a ser

historicamente elevados, existindo em muitos países um número considerável de consumidores regulares e intensivos, sobretudo jovens do sexo masculino. As tendências relativas ao número de consumidores regulares e intensivos de *cannabis* podem evoluir independentemente da prevalência do consumo da droga entre a população em geral, sendo necessário dar mais atenção a estes padrões de consumo e aos problemas concomitantes.

Produção interna de *cannabis*: a grande desconhecida

A resina de *cannabis* é o produto historicamente predominante em muitos Estados-Membros da UE e a Europa Ocidental continua a ser, em termos gerais, o principal consumidor mundial dessa forma da droga. Contudo, a produção interna da *cannabis* herbácea tem vindo a aumentar na Europa, ainda que permaneça em grande parte indetectada. A maioria dos países refere agora a existência de produção local, que pode ir desde o cultivo de algumas plantas para consumo pessoal até grandes plantações para fins comerciais.

A dimensão e a quota de mercado relativa da *cannabis* herbácea produzida internamente continuam a ser desconhecidas e, por isso, o OEDT está a realizar um estudo cartográfico do mercado de *cannabis* na Europa. Também há um debate crescente sobre as implicações da evolução deste mercado. Entre as preocupações manifestadas incluem-se o impacto negativo dos locais de produção de *cannabis* nas comunidades locais, devido aos maiores níveis de criminalidade, e o facto de a *cannabis* produzida a nível interno ter, normalmente, uma potência elevada. A produção local também coloca um desafio às autoridades de aplicação da lei, uma vez que os locais de produção estão situados próximo dos consumidores, são relativamente fáceis de ocultar e dispensam o transporte de droga através das fronteiras nacionais.

O consumo de cocaína continua a crescer num mercado europeu de drogas estimulantes segmentado

Na Europa, as drogas estimulantes desempenham um papel importante não só nos padrões de consumo de droga observados na população marginalizada de consumidores problemáticos e crónicos, mas também nos grupos de jovens bem integrados socialmente que consomem as drogas de forma mais recreativa. No entanto, os padrões de consumo dos estimulantes diferem variam através da Europa: a cocaína é presentemente o estimulante mais consumido em muitos países do sul e do ocidente do continente e o seu consumo continua

a crescer. Pelo contrário, os indicadores relativos às anfetaminas e ao *ecstasy* sugerem um quadro global de estabilização ou diminuição. Todavia, as anfetaminas continuam a ser os estimulantes mais consumidos na maioria dos países da Europa Central, Setentrional e Oriental, onde representam, em alguns casos, uma parte importante do problema de droga. O consumo de metanfetaminas continua a ser raro fora da República Checa e da Eslováquia, embora a disponibilidade ou o consumo desta droga sejam esporadicamente mencionados por outros países.

Dado existirem semelhanças tanto nos contextos em que as drogas estimulantes são consumidas como nas justificações apresentadas para o seu consumo, estas substâncias podem ser, em certa medida, consideradas produtos concorrentes no mercado de droga europeu. Deste modo, as intervenções a realizar, para além de visarem substâncias tomadas individualmente, deveriam considerar as drogas estimulantes como um grupo, e não apenas como problemas isolados. Este aspecto é importante, pois as medidas para combater a disponibilidade de uma destas substâncias podem perder valor se apenas levarem à transferência dos consumidores para produtos alternativos.

A evolução da produção de drogas sintéticas na Europa aumenta as preocupações acerca dos custos ambientais

Os países europeus continuam a ser grandes produtores de anfetaminas e de MDMA, embora seja possível que a importância relativa da Europa tenha diminuído por a produção ter aumentado noutras regiões. Normalmente, são detectadas 70 a 90 unidades de produção por ano, na sua maioria concentradas num pequeno número de países da Europa Ocidental e Oriental. Os dados relativos à aplicação da lei sugerem que a produção de drogas sintéticas, incluindo metanfetaminas, pode estar a tornar-se mais sofisticada e capaz de produzir em maior escala, graças à utilização de recipientes de reacção de maiores dimensões, de equipamentos industriais e feitos de encomenda e de unidades móveis.

A maior dimensão das cadeias de produção pode estar a agravar o problema do depósito de resíduos. Normalmente, a produção de um quilograma de anfetaminas ou de MDMA gera cerca de 15 a 20 quilogramas de resíduos, incluindo produtos químicos tóxicos e inflamáveis que constituem um perigo para o ambiente. Os danos ambientais e a limpeza dos sítios utilizados para depositar ilegalmente os resíduos químicos resultantes da produção de drogas sintéticas podem ter custos consideráveis.

Tráfico de cocaína através da África Ocidental: uma área de preocupação e de acção

À medida que o consumo de cocaína aumenta na Europa, têm-se reforçado e concentrado esforços no combate ao seu tráfico. O volume e o número de apreensões de cocaína continuam a crescer, com apreensões anuais superiores a 120 toneladas, mais de três quartos das quais efectuadas em Espanha e Portugal. A luta contra o tráfico de cocaína na Europa foi reforçada pela criação, em Lisboa, do Centro de Análises e Operações contra o Narcotráfico Marítimo (MAOC-N), que está a desempenhar um importante papel na coordenação dessas actividades e na partilha de informações entre os Estados-Membros.

Embora a cocaína entre na Europa de várias rotas, o tráfico através dos países da África Ocidental aumentou enormemente e constitui presentemente uma importante via para a cocaína destinada ao mercado europeu. Esta situação pode desestabilizar e pôr em risco os esforços de desenvolvimento numa região já confrontada com muitos desafios sociais, sanitários e políticos. Há, nomeadamente, fortes riscos de as receitas geradas pelo tráfico de cocaína porem em causa os sistemas judiciais e incentivarem a corrupção. A União Europeia e os seus Estados-Membros estão a unir esforços com os países africanos no sentido de desenvolverem várias medidas de luta contra esta ameaça crescente.

Os problemas associados à heroína não diminuem e chegam notícias de maior consumo de opiáceos sintéticos

As estimativas mais recentes mostram que, com quase 733 toneladas, a produção mundial potencial de heroína tem continuado a aumentar. Contudo, é difícil calcular o impacto desse aumento na disponibilidade e no consumo desta droga na Europa, uma vez que os dados disponíveis não facilitam as conclusões. Por exemplo, a quantidade de heroína apreendida na União Europeia diminuiu ligeiramente, mas essa diminuição foi compensada por aumentos consideráveis na Turquia.

Não há dados sólidos que sugiram um crescimento epidémico dos problemas associados ao consumo de heroína semelhante ao que muitas regiões da Europa sofreram na década de 1990. Globalmente, os dados apontam para uma estabilização dos problemas, mas não para a sua diminuição, pelo que o consumo de heroína na Europa continua a constituir um problema grave de saúde pública, sendo ainda responsável por uma grande percentagem dos custos sanitários e sociais associados ao consumo de droga. Os dados sugerem que o consumo de opiáceos, sobretudo de heroína, é responsável por cerca de 60% dos utentes

do tratamento da toxic dependência na Europa. Entre os novos utentes do tratamento, a percentagem relativa de consumidores de opiáceos — mas não o seu número absoluto — diminuiu, mas essa tendência parece estar agora a estabilizar. E apesar de haver indícios de que a população consumidora de opiáceos, na Europa, está a envelhecer lentamente, os dados sugerem que o recrutamento de novos consumidores prossegue a um ritmo que não deixará o problema diminuir significativamente num futuro próximo.

Ao contrário, talvez, do que seria de esperar, dada a situação no Afeganistão, os problemas associados ao consumo de opiáceos sintéticos desviados ou produzidos ilegalmente parecem ser cada vez mais comuns em alguns países. Na Letónia, na Lituânia e na Estónia, por exemplo, há sinais de um crescente problema causado pela disponibilidade de 3-metilfentanil ilegalmente produzido fora da UE. Devido à sua potência (o fentanil é consideravelmente mais potente do que a heroína), o consumo desta droga pode ser extremamente perigoso, como mostram as mais de 70 intoxicações agudas relacionadas com o consumo de fentanil, que a Estónia notificou em 2006. Outros países registam um número crescente de pessoas que procuram ajuda devido a problemas relacionados com o consumo de opiáceos aparentemente desviados de fins terapêuticos, uma situação que contribui para o crescente problema de policonsumo de droga, que caracteriza presentemente o consumo crónico de droga em algumas zonas da Europa.

Consumo de droga injectada e VIH: panorama global positivo mas diferenças nacionais importantes

Mais de 40% dos consumidores de heroína que iniciam o tratamento em regime ambulatorio dizem consumir droga injectada, o que mostra bem como esta via particularmente perigosa de administração continua a ser um importante problema de saúde na Europa. O consumo de droga injectada está associado a vários problemas, nomeadamente à propagação de infecções transmitidas por via sanguínea, incluindo o VIH e a hepatite C. Algumas variações na percentagem de consumidores de droga injectada entre os utentes que iniciam o tratamento sugerem que, em muitos países, tem havido uma tendência global para o abandono deste tipo de consumo, embora os dados revelem diferenças regionais e nacionais nítidas. Em alguns países, sobretudo na Europa Oriental, o consumo de droga injectada continua a ser a principal via de administração da heroína, mencionada por mais de 80% dos consumidores de heroína que iniciam tratamento. Também parecem estar a

verificar-se níveis bastante elevados de início do consumo em alguns Estados-Membros, como indicam os estudos realizados entre consumidores de droga injectada, os quais revelam uma percentagem relativamente elevada de consumidores jovens e novos.

Globalmente, o índice de infecções recentes por VIH tem vindo a diminuir na Europa, desde os níveis máximos causados por uma epidemia localizada em alguns países, no início desta década. A diminuição do consumo de droga injectada, associada à crescente disponibilidade dos serviços de tratamento e redução dos danos, parece ter melhorado a situação, de um modo geral, e quando se observam aumentos das novas infecções, trata-se de aumentos pequenos. Subsistem, porém, diferenças importantes entre países. Embora os dados indiquem uma melhoria da situação na Estónia, na Letónia e em Portugal, estes países continuam a registar índices desproporcionadamente elevados de novas infecções e são responsáveis por uma percentagem significativa dos novos casos de VIH, na Europa, atribuídos ao consumo de droga. Dados resultantes de estudos regionais ou locais também sugerem que a transmissão da infecção por VIH continua a ser um problema em Espanha e em Itália, embora a inexistência de dados relativos a notificações nacionais dificulte a identificação de tendências nestes países. Noutros países, os comportamentos de risco persistem e é possível que se declarem novas epidemias, o que mostra a clara necessidade de manter a vigilância: por exemplo, a Bulgária comunicou 34 casos novos em 2006, mas quase não comunicou casos de infecção nos anos 2000 a 2003.

Mortes relacionadas com o consumo de droga: um pesado fardo para a saúde pública

O OEDT monitoriza as intoxicações agudas directamente atribuíveis ao consumo de droga (mortes induzidas pela droga). Na Europa, são notificadas, em média, cerca de 7 000 a 8 000 mortes induzidas pela droga por ano e, devido à reconhecida subnotificação existente, este valor representa uma estimativa mínima. Os opiáceos, principalmente a heroína, são as drogas mais frequentemente associadas à *overdose*, embora outras drogas e o álcool também estejam muitas vezes presentes. Após uma diminuição, ao longo de alguns anos, na primeira parte desta década, a tendência de mortes induzidas pela droga estabilizou. Os motivos desta estabilização são pouco claros, o que indica ser necessário investigar mais aprofundadamente os factores associados à *overdose* e a eficácia das medidas de prevenção. Os consumidores de droga

que saem da prisão podem estar particularmente em risco, tendo um estudo recente mencionado taxas de mortalidade oito a dez vezes superiores ao esperado. De um modo geral, a prevenção das *overdoses* continua a ser uma área em que é necessário reforçar o investimento.

Os estudos têm demonstrado igualmente que a mortalidade global entre os consumidores de droga, quando as doenças, os acidentes e a violência também são tomados em consideração, chega a ser cinquenta vezes mais alta do que a observada na população em geral. Por conseguinte, é necessário investir em estudos de coorte bem concebidos para compreender melhor as causas e a dimensão global da mortalidade relacionada com o consumo de droga e examinar os diferentes níveis de risco, como os dos ex-reclusos a seguir à libertação e os dos toxicodependentes que abandonam o tratamento.

A Internet e a inovação do mercado colocam desafios à política em matéria de droga

Um inquérito recente do OEDT revelou que estão à venda na Europa mais de 200 produtos psicoactivos naturais, semi-sintéticos e sintéticos, através de lojas virtuais. Muitas das substâncias estão classificadas como «drogas legais» ou «drogas herbáceas» e publicitadas como alternativas a substâncias controladas, embora o seu verdadeiro estatuto jurídico possa variar consideravelmente através da Europa. Os relatórios sugerem que o número de retalhistas destes produtos na Internet está a crescer e que eles se adaptam rapidamente às tentativas de controlo do mercado, por exemplo através do lançamento de novos produtos. Além disso, as farmácias virtuais e os retalhistas que vendem substâncias psicoactivas na Internet para fins aparentemente legítimos também podem ser novas vias de oferta de drogas ilegais. Em conjunto, as vendas pela Internet já constituem um desafio considerável para as políticas e os mecanismos nacionais e internacionais de controlo da droga. Tendo em conta a rapidez com que os novos produtos podem surgir e ser distribuídos, a monitorização das actividades na Internet está a tornar-se uma área que urge desenvolver.

Reconhecimento crescente da importância do diálogo com a sociedade civil

Os problemas de droga estão interligados com muitas outras questões sociais e de saúde. Consequentemente, as intervenções neste domínio, para serem bem sucedidas, necessitam do envolvimento de uma ampla

aliança de participantes e podem ser beneficiadas pelo apoio das comunidades onde têm lugar. Este entendimento leva a que seja cada vez mais reconhecido que o debate político deve ser inspirado pelo diálogo com a sociedade civil. Tendo isto em conta, foram recentemente lançadas várias acções no contexto do discurso europeu em matéria de droga. Uma das mais relevantes é a criação pela Comissão Europeia de um fórum da sociedade civil, que constitui uma oportunidade para garantir que as experiências de primeira linha sejam integradas no processo de elaboração da nova estratégia da UE de luta contra a droga e contribuam para a avaliação do plano de acção da UE neste domínio. A importância de consultar os representantes das organizações não governamentais e das comunidades locais também foi reconhecida na estratégia da UE e reflectida num relatório aprovado pelo Parlamento Europeu, em Março de 2008, onde se reconhece o papel fundamental da sociedade civil no desenvolvimento, na aplicação, na avaliação e no acompanhamento das políticas em matéria de droga.

A investigação europeia no domínio da droga e a necessidade de cooperação transnacional

Na última década, a investigação relacionada com a droga e a infra-estrutura que a sustenta (centros de investigação, publicações científicas, mecanismos de financiamento) desenvolveram-se muito na Europa, como se revela num tema específico sobre investigação publicado pelo OEDT em 2008. Infelizmente, este progresso não foi acompanhado de um aumento comparável da cooperação e da coordenação de esforços, neste domínio, entre os Estados-Membros da UE. Este assunto tem merecido crescente atenção e a Comissão Europeia encomendou um novo estudo com vista à elaboração de um inventário da actividade de investigação e de uma análise comparativa das infra-estruturas disponíveis na Europa e noutras regiões do mundo. O relatório incluirá recomendações sobre a forma de melhorar a cooperação a nível da União Europeia e de contribuir para o debate sobre o modo de estabelecer melhores ligações entre as oportunidades de financiamento europeu da investigação e as necessidades de estudos e políticas.

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Capítulo 1

Políticas e legislações

Introdução

A política em matéria de droga deverá ser uma questão importante em 2008, ano em que as Nações Unidas e a União Europeia avaliam os resultados das suas políticas em matéria de droga, no que respeita ao consumo e aos danos causados pelas drogas ilegais. As Nações Unidas analisam os progressos efectuados na aplicação das medidas e na consecução dos objectivos decididos na Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas (UNGASS) de 1998 sobre o fenómeno da droga a nível mundial. Na Europa, proceder-se-á em 2008 à avaliação final do actual plano de acção da UE de luta contra a droga (2005-2008) e elaborar-se-á o plano de acção para 2009-2012. Além disso, um número sem precedentes de Estados-Membros da UE está igualmente a rever as suas estratégias e planos de acção nacionais de luta contra a droga e a elaborar novos documentos políticos nesta matéria ⁽¹⁾, durante este ano.

O OEDT debaterá as conclusões e os progressos realizados em 2008 no seu próximo relatório anual. Este ano, o capítulo 1 foca as recentes alterações ocorridas na política em matéria de droga, apresenta novos dados sobre a despesa pública relacionada com a droga, analisa três dimensões específicas da legislação neste domínio — posse para consumo pessoal, alternativas às sanções penais e prioridade à protecção do público — e revela as tendências mais recentes das infracções relacionadas com a droga. O capítulo termina com uma panorâmica da investigação relacionada com a droga levada a cabo nos Estados-Membros da UE.

Evolução política internacional e na UE

Análise dos 10 anos da UNGASS

Em Junho de 1998, a 20.ª sessão especial da Assembleia Geral das Nações Unidas (UNGASS) reuniu-se em Nova Iorque para debater o fenómeno da droga a nível mundial.

Esta «cimeira da droga» estabeleceu uma nova agenda para a comunidade internacional através da adopção de três documentos fundamentais ⁽²⁾: uma declaração política; uma declaração sobre os princípios orientadores da redução da procura de droga; e uma resolução em cinco partes, contendo medidas para reforçar a cooperação internacional. Ao aprovarem a declaração política, os Estados-Membros das Nações Unidas comprometeram-se a obter resultados mensuráveis na redução da oferta e da procura de drogas ilegais até 2008.

A sessão deste ano da Comissão de Estupefacientes (CND) das Nações Unidas lançou a análise destes dez anos, no que respeita aos progressos efectuados na consecução dos objectivos e metas estabelecidos na UNGASS de 1998. Um relatório apresentado pelo Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime (UNODC) afirmou que se obtiveram progressos significativos nos últimos dez anos, mas que em algumas áreas e regiões os Estados membros das Nações Unidas não atingiram totalmente os objectivos e metas mencionados na declaração política ⁽³⁾. A esta avaliação deve seguir-se um ano de reflexão, durante o qual se realizarão debates em grupos de trabalho especializados intergovernamentais e depois em reuniões inter-sessões. Este trabalho permitirá que se façam preparativos para um segmento específico, a alto nível, da CND de 2009, o qual durará dois dias e tomará uma decisão sobre uma eventual declaração política e as medidas futuras.

A União Europeia está a participar activamente nesta análise da UNGASS. Foram aprovadas, nas sessões da CND de 2006 (49/1), 2007 (50/12) e 2008 (51/4), resoluções elaboradas pela UE onde se exige um processo de análise científico e transparente. O OEDT também tem estado envolvido em consultas de peritos financiadas pela Comissão Europeia e realizadas pelo UNODC, tendo fornecido, neste contexto, uma panorâmica das estratégias e respostas adoptadas pela Europa na luta contra a droga desde 1998.

⁽¹⁾ O termo «documento de política nacional em matéria de droga» refere-se a qualquer documento oficial aprovado por um governo que defina os princípios gerais e as intervenções ou objectivos específicos no domínio da droga, quando oficialmente apresentado como estratégia, plano de acção, programa ou outro documento político de luta contra a droga.

⁽²⁾ <http://www.un.org/ga/20special/>.

⁽³⁾ <http://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/session/51.html>.

Avaliação do plano de acção da UE de luta contra a droga

Em Dezembro de 2007, a Comissão Europeia apresentou a sua segunda análise de progresso sobre a execução do plano de acção da UE de luta contra a droga (2005-2008). O relatório, que inclui dados dos Estados-Membros da UE, do OEDT, da Europol e da Comissão Europeia, avalia em que medida as medidas previstas para 2007 foram levadas a cabo. Uma das principais conclusões da análise foi a de que as políticas dos Estados-Membros em matéria de droga estão a dar sinais de convergência. Ela também revelou as dificuldades existentes na recolha de dados sobre as actividades de redução da procura e na ligação de algumas das acções previstas ao indicador escolhido para avaliar a sua execução.

A avaliação final do actual plano de acção da União Europeia de luta contra a droga teve lugar em 2008, com o contributo dos Estados-Membros da UE, da Europol e do OEDT. O relatório de avaliação deverá ser publicado pela Comissão no Outono de 2008, e as suas conclusões contribuirão para configurar o segundo plano de acção (2009-2012) no âmbito da actual Estratégia da UE de luta contra a droga (2005-2012).

Outros progressos realizados na União Europeia

Em Setembro de 2007, o Conselho e o Parlamento Europeu aprovaram o «Programa de informação e prevenção em matéria de droga»⁽⁴⁾ ao abrigo do quadro financeiro para 2007-2013 e do programa geral «Direitos fundamentais e justiça». Os objectivos gerais do programa são os seguintes: prevenir e reduzir o consumo de droga, a toxicod dependência e os efeitos nocivos da droga; contribuir para uma melhor informação sobre o consumo de droga; e, apoiar as acções empreendidas ao abrigo da estratégia da União Europeia de luta contra a droga (2005-2012). Ao abrigo do programa, estarão disponíveis 21,35 milhões de euros para estudos da Comissão, despesas de funcionamento das organizações não governamentais europeias no domínio da droga e projectos transnacionais. Também podem ser empreendidas acções comuns com outros programas comunitários, por exemplo o segundo programa de acção comunitária no domínio da saúde (2008-2013)⁽⁵⁾, que, na parte relativa à promoção da saúde onde se abordam os diferentes elementos determinantes, inclui acções referentes às drogas ilegais em contextos específicos, como as escolas e os locais de trabalho.

Em Junho de 2006, a Comissão Europeia publicou um livro verde sobre o papel da sociedade civil na política

em matéria de droga, como solicita o actual plano de acção de luta contra a droga. Em 2007, seguiu-se o processo de selecção para um novo fórum da sociedade civil sobre a droga. O objectivo do fórum é servir de plataforma para o intercâmbio informal de pontos de vista e informações entre a Comissão e organizações da sociedade civil estabelecidas na UE, nos países candidatos e, se for caso disso, nos países abrangidos pela política europeia de vizinhança. O fórum inclui 26 organizações, que representam um vasto espectro de opiniões, tendo reunido pela primeira vez em Dezembro de 2007 e, novamente, em Maio de 2008, para debater a avaliação do actual plano de acção da UE de luta contra a droga e do novo plano de acção.

Estratégias nacionais de luta contra a droga

Evolução recente

Foram adoptados novos planos ou programas de acção de luta contra a droga por quatro Estados-Membros da UE (República Checa, Estónia, Hungria, Finlândia), a Turquia e a Noruega, na segunda metade de 2007. Todos estes documentos abrangem um período de três a quatro anos e, à excepção do plano de acção turco, foram antecédidos por planos ou programas anteriores. No mesmo ano, a Espanha também adoptou um programa de acção nacional complementar contra a cocaína (2007-2010).

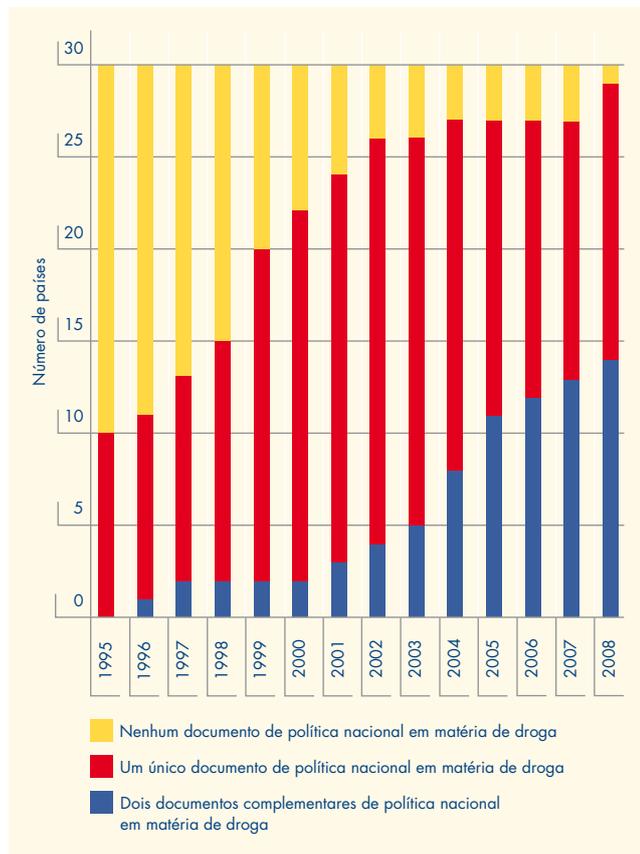
No início de 2008, outros três Estados-Membros adoptaram novos documentos políticos. O primeiro plano de acção de luta contra a droga da Itália tem uma duração de um ano e deverá ser seguido por um plano de acção de quatro anos (2009-2012), que será sincronizado com o novo plano de acção da UE de luta contra a droga. O primeiro documento político nacional em matéria de droga de Malta, apesar de não definir a sua duração, inclui quase cinquenta acções a executar nos próximos anos. Por último, a nova estratégia de luta contra a droga do Reino Unido com a duração de dez anos (2008-2018) é, pela primeira vez, complementada por um plano de acção de três anos (2008-2011), que define as principais acções a executar num futuro próximo.

A maior parte dos documentos políticos nacionais em matéria de droga adoptados no final de 2007 e no início de 2008 concentra-se principalmente nas drogas ilegais, mas alguns focam também outras substâncias, como o álcool, o tabaco, os medicamentos e as substâncias

(4) Decisão n.º 1150/2007/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 25 de Setembro de 2007, que cria, para o período de 2007 a 2013, o programa específico «Informação e prevenção em matéria de droga» no âmbito do programa geral «Direitos fundamentais e Justiça» (JO L 257, 3.10.2007, p. 23).

(5) Decisão n.º 1350/2007/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 23 de Outubro de 2007, que cria um segundo Programa de Acção Comunitária no domínio da Saúde (2008-2013) (JO L 301, 20.11.2007, p. 3).

Figura 1: Tendência do número de países com documentos de política nacional em matéria de droga entre os 27 Estados-Membros da UE, Croácia, Turquia e Noruega



Fontes: Pontos focais nacionais da Reitox.

usadas na dopagem. Isto reflecte uma tendência existente nos países europeus para reconhecerem a existência de ligações e semelhanças entre o consumo de substâncias ilegais e legais, mas os documentos políticos em matéria de droga raramente tratam de forma exaustiva outras substâncias que não as drogas ilegais (6). A Noruega continua a ser uma das excepções a este padrão, tendo integrado plenamente as drogas ilegais e o álcool no plano de acção que adoptou recentemente. O grande número de estratégias e planos de acção nacionais de luta contra a droga que serão elaborados para 2009, juntamente com os que foram recentemente adoptados, permitirá que o OEDT examine se a tendência para uma crescente integração das drogas legais e ilegais nas políticas nacionais de luta contra a droga, identificada no tema específico de 2006, se manteve.

Situação geral

A Áustria é agora o único Estado-Membro da UE que ainda não adoptou uma estratégia ou um plano de acção nacional de luta contra a droga, apesar de cada

uma das suas províncias possuir uma estratégia ou um plano de acção regional de luta contra a droga e a toxicod dependência. Nos restantes 26 Estados-Membros, bem como na Croácia, na Turquia e na Noruega, a política em matéria de droga é apresentada em documentos políticos nacionais. A título de comparação, em 1995, apenas dez destes trinta países tinham elaborado um instrumento desse tipo (figura 1).

A convergência também pode ser observada no formato utilizado nas estratégias e nos planos de acção. Catorze países estruturam, presentemente, os seus documentos políticos nacionais em matéria de droga segundo linhas semelhantes às da estratégia e do plano de acção actuais da UE. Além disso, o mesmo número de países organiza as suas políticas nacionais em matéria de droga utilizando dois instrumentos complementares: um quadro estratégico e um plano de acção (figura 1). Em 2000, ano em que a União Europeia utilizou esta abordagem pela primeira vez, apenas dois Estados-Membros possuíam dois documentos políticos complementares.

O conteúdo dos documentos políticos nacionais em matéria de droga é outra área em que os Estados-Membros da UE, a Croácia, a Turquia e a Noruega mostram sinais de convergência, havendo cada vez mais indícios de objectivos e intervenções comuns nas estratégias e nos planos de acção nacionais adoptados pelos diversos países. No entanto, uma vez que os países europeus diferem quanto ao seu problema de droga, bem como quanto aos seus contextos políticos, sociais e económicos, a diversidade existente entre as políticas nacionais, ainda que esteja a diminuir, subsistirá provavelmente, em algum grau, no futuro. Realçam-se alguns exemplos desta diversidade no capítulo 2.

Avaliação

Em 2008, treze Estados-Membros da UE já reformularam, ou estão em vias de rever e reformular, os seus documentos políticos nacionais em matéria de droga, fazendo com que haja neste ano uma actividade política sem precedentes a nível nacional. Depois da Itália, de Malta e do Reino Unido, a Irlanda renovará a sua estratégia de luta contra a droga em 2008; a França, Portugal e a Roménia renovarão os seus planos de acção de luta; a Bulgária, a Espanha, Chipre, a Lituânia e a Eslováquia renovarão as suas estratégias e os seus planos de acção. Por último, os Países Baixos, que possuem o mais antigo documento político nacional em matéria de droga na Europa, tencionam elaborar um documento novo em 2008.

Na Europa, a necessidade de fazer do acompanhamento e da avaliação elementos essenciais das estratégias e dos

(6) Ver o tema específico de 2006 «Políticas europeias em matéria de droga: alargamento para além das drogas ilícitas?»

planos de acção nacionais é cada vez mais reconhecida. Quase todos os países acima mencionados produziram ou tencionam produzir uma análise de progresso sobre a execução das suas estratégias ou dos seus planos de acção de luta contra a droga e alguns deles, por exemplo a Irlanda, Chipre e Portugal, poderão produzir avaliações mais aprofundadas em 2008.

Os Estados-Membros da UE diferem, todavia, quanto aos métodos e abordagens de avaliação das estratégias e dos planos nacionais, sendo necessário identificar as melhores práticas neste domínio. Este facto ficou patente numa conferência sobre avaliação organizada pela Presidência portuguesa da UE em Setembro de 2007. Para responder a este desafio, o OEDT, em colaboração com os Estados-Membros, está a estudar a possibilidade de desenvolver orientações europeias nesse domínio.

Despesa pública relacionada com a droga

Em relação a 2006, quatro Estados-Membros da UE (República Checa, Irlanda, Polónia, Portugal) forneceram informações pormenorizadas sobre a despesa pública associada ao combate à droga (resumidas no quadro 1). Dois dos quatro países forneceram informações sobre a divisão das despesas relacionadas com a droga entre o governo central e o governo regional ou local, o que permitiu comparar o papel desempenhado pelos diversos sectores governamentais. Nos países que dispõem de dados, o grosso da despesa pública relacionada com a droga é consagrada a actividades financiadas pelo governo central.

Onze Estados-Membros apresentaram informações pormenorizadas sobre a despesa estatal em determinadas

actividades suscitadas pelo problema da droga. Outros dois países forneceram estimativas aproximadas da despesa pública global com este problema (Espanha, Malta), embora não tenham dado informações sobre as actividades em que as verbas foram gastas.

Em 2005, estimou-se que a despesa pública total relacionada com a droga nos países europeus se situaria entre 13 000 milhões de euros e 36 000 milhões de euros (OEDT, 2007a). Este valor foi estimado por extrapolação para os outros Estados das despesas totais de seis países (Bélgica, Hungria, Países Baixos, Finlândia, Reino Unido, Suécia) neste domínio. Recentemente, foi proposta uma estimativa revista (OEDT, 2008d), que inclui dados de outros países (República Checa, França, Luxemburgo, Polónia, Eslováquia). A nova estimativa da despesa pública relacionada com a droga na Europa é de 34 000 milhões de euros (intervalo de confiança de 95%, 28-40 000 milhões de euros), um montante equivalente a 0,3% do produto interno bruto combinado de todos os Estados-Membros da UE. Isto sugere que a despesa estatal com o problema da droga custa, em média, 60 euros por ano a cada cidadão da UE. Contudo, estes valores devem ser considerados indicativos tendo em conta os dados limitados em que se baseiam.

Relatórios sobre o custo social do consumo de droga

Quatro Estados-Membros apresentaram dados sobre o custo social do consumo de droga (custos directos e indirectos causados por esse consumo). Embora estes relatórios possam facultar informações úteis sobre o impacto do consumo de droga no país onde foram realizados, as diferenças metodológicas e na apresentação dos dados impedem a comparação entre

Quadro 1: Despesa pública especificamente relacionada com a droga ⁽¹⁾ em determinados Estados-Membros da UE

País	Despesas «rotuladas» comunicadas por sector estatal (EUR)				Total da despesa pública total ⁽²⁾ (%)
	Central	Regional	Local	Total	
República Checa	12 821 000	3 349 000	1 699 000	17 869 000	0,04
Irlanda ⁽³⁾	214 687 000	–	–	214 687 000	0,39
Polónia	68 476 000	644 000	13 253 000	82 373 000	0,08
Portugal	75 195 175	–	–	75 195 175	0,11

⁽¹⁾ Despesas públicas explicitamente «rotuladas» como estando relacionadas com a droga em documentos contabilísticos oficiais.

⁽²⁾ Despesa pública total geral no ano em causa.

⁽³⁾ Na Irlanda, os departamentos e agências estatais são convidados a comunicar as suas despesas anuais relacionadas com a droga ao Department of Community, Rural and Gaeltacht Affairs, que assegura a coordenação. Estas despesas públicas não são necessariamente «rotuladas» como estando relacionadas com a droga nos documentos contabilísticos oficiais.

Fonte: Pontos focais nacionais da Reitox e Eurostat (<http://ep.eurostat.ec.europa.eu/>).

Para uma melhor compreensão da despesa pública relacionada com a droga na Europa — Tema específico de 2008 do OEDT

Em resposta ao Plano de Acção da UE de luta contra a droga 2005-2008, o OEDT desenvolveu um projecto destinado a identificar, desenvolver e testar os métodos de quantificação das despesas públicas relacionadas com a droga. Um tema específico sobre este assunto oferece uma panorâmica geral dos valores globais da despesa pública relacionada com a droga em 2005, nos Estados-Membros da UE e na Noruega. A maior parte das despesas identificadas era à partida «rotulada» como estando relacionada com a droga e a sua origem geralmente conhecida através de uma análise exaustiva dos documentos contabilísticos oficiais, sendo assim susceptível de reflectir o compromisso voluntário dos Estados no domínio da droga. Sempre que possível, as despesas ocultas ou «não rotuladas» integradas em programas com objectivos mais amplos foram estimadas através de técnicas de modelização. Esta nova dupla abordagem produz estimativas normalizadas que maximizam a validade e a comparabilidade das despesas públicas no combate à droga e à toxicodependência entre os diversos países.

Este tema específico está disponível em versão impressa e na Internet apenas em inglês (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues>).

os países. A falta de comparabilidade dos dados de diferentes países mostra a necessidade de adoptar uma abordagem comum à monitorização do custo social do consumo de droga na Europa.

Em Itália, o custo social do consumo de drogas ilegais foi estimado em 6 473 milhões de euros, representando as actividades de aplicação da lei a maior parte do total (43%), e sendo o resto dividido entre os serviços de saúde e sociais (27%) e a perda de produtividade dos consumidores de droga e das pessoas indirectamente afectadas por esse consumo (30%). Além disso, estimou-se que os consumidores de droga gastaram 3 980 milhões de euros na compra de drogas ilegais. Com base nestes dados, estima-se que o custo do consumo de droga na Itália corresponda a 0,7% do produto nacional bruto. Nos dados comunicados pela Áustria, em 2004, a divisão entre custos directos e indirectos foi oposta à comunicada pela Itália: de um custo social estimado no valor de 1 444 milhões de euros, 72% eram custos indirectos.

O Reino Unido comunicou que, em 2003/2004, os custos económicos e sociais do consumo de droga de classe A (7) em Inglaterra e no País de Gales foram de 22 260 milhões de euros, o que equivale a um custo anual de 63 940 euros por cada consumidor problemático de droga. Foi sugerido que o consumo problemático de droga correspondia a 99% dos custos totais. Os custos

devidos à criminalidade relacionada com a droga, incluindo a aplicação da lei e os custos para as vítimas desses crimes, representaram a maior percentagem do custo global (90%, ou 20 100 milhões de euros).

Desenvolvimento da legislação nacional

A análise das alterações sofridas pela legislação em matéria de droga desde a UNGASS de 1998 reveste-se de particular interesse neste ano de análises e avaliações internacionais, europeias e nacionais dos documentos políticos no domínio da droga. Observando as alterações ocorridas em três domínios fundamentais, esta secção coloca a seguinte pergunta: as alterações introduzidas nas definições jurídicas e nas respostas aos consumidores de droga indicarão a existência de uma tendência nova e mais geral na forma como os países vêem esses consumidores?

Posse para consumo pessoal

Nos últimos dez anos, a maioria dos países europeus evoluiu para uma abordagem que distingue o traficante de droga, que é considerado como um criminoso, do consumidor de droga, mais encarado como uma pessoa doente, necessitada de tratamento. No entanto, os Estados-Membros diferem consideravelmente quanto à forma como decidiram definir estas categorias nas novas leis que adoptaram nos últimos anos.

Uma das questões que tem suscitado maior divergência entre os Estados-Membros é a definição ou não de quantidades-limite para a posse para consumo pessoal. No período de 2004-2006, a Bulgária eliminou o conceito de posse para consumo pessoal, a Itália restabeleceu-o ao fim de 12 anos sem ele e o Reino Unido adoptou o conceito mas depois optou por não o aplicar. Em 2003, Chipre e a Bélgica introduziram quantidades-limite definidas para todas as drogas e para a *cannabis*, respectivamente; ao passo que na Alemanha, os *Länder* estão a esforçar-se por aplicar de forma mais coerente uma decisão do Tribunal Constitucional cuja referência a «quantidades insignificantes» era indefinida, tendo levado a interpretações que variavam entre 3 e 30 gramas. Em 2005, na Eslováquia, as definições jurídicas de consumo pessoal foram alargadas de uma dose, no máximo, para três, no máximo, e, no caso de uma quantidade mais elevada, para dez doses. Simultaneamente, porém, a sentença por posse de qualquer quantidade superior às referidas foi aumentada para um período mínimo, claramente definido, de quatro anos de prisão, como em caso de crime de tráfico.

(7) As drogas de classe A são as consideradas as mais nocivas.

O consumo de droga no âmbito de pequenos grupos constitui um outro desafio às tentativas de distinguir entre consumidores e fornecedores. Na Bélgica, a infracção criminal específica de consumo em grupo foi revogada em 2003; no mesmo ano, uma alteração ao código penal húngaro permitiu que o fornecedor de uma pequena quantidade de droga para ser consumida «em conjunto» fosse encaminhado para tratamento (desde então esta disposição foi objecto de recurso por ser juridicamente pouco clara). Em 2006, Malta concluiu que a sentença mínima de seis meses aplicada aos fornecedores nem sempre era adequada em situações de partilha, tendo alterado a lei de forma a permitir excepções.

No que respeita às penas, as penas máximas ou prováveis por consumo ou posse para consumo pessoal, se não houver circunstâncias agravantes, têm sido reduzidas em vários países europeus desde 2001 — quer para todas as drogas (Estónia, Grécia, Hungria, Portugal, Finlândia) quer apenas para a *cannabis* (Bélgica, Luxemburgo, Reino Unido) ou para drogas menos perigosas (Roménia). Contudo, neste período, nem todos os países têm reduzido as penas. A França e a Polónia decidiram não alterar as respectivas legislações depois de realizarem consultas e a Dinamarca aumentou as penas «normais» de cauções para coimas (que foram subsequentemente aumentadas). Uma nova lei adoptada em Itália restabeleceu o consumo de droga como infracção administrativa e reclassificou a *cannabis* de modo a torná-la elegível para as mesmas sanções aplicadas a outras substâncias ilegais, como a heroína e a cocaína. No Reino Unido, foi anunciado que a *cannabis* deverá ser reclassificada com maior severidade.

Alternativas às sanções penais

As alterações relativas ao acesso dos consumidores de droga ao tratamento através do sistema judicial têm, normalmente, duas características comuns. Em primeiro lugar, todas elas aumentam as competências para encaminhar os consumidores de droga para tratamento. Contudo, existem algumas diferenças entre países no que respeita à fase em que a oferta de tratamento é apresentada, oferecendo a maioria dos países o tratamento na fase judicial e não nas fases anteriores de contacto com a polícia ou com os procuradores públicos. Em segundo lugar, são condicionais, a violação da ordem de tratamento implica o reinício do processo de acusação, acção judicial ou sanção penal.

Os países introduziram ou alargaram as opções ou os sistemas de encaminhamento dos infractores para o tratamento ou o aconselhamento, em alternativa às

sanções penais ou de prisão, de acordo a UNGASS e com os objectivos do plano de acção da UE. Na Irlanda e em Malta, após a detenção, os consumidores de droga podem ser agora encaminhados para o tratamento; isto acontece também no Reino Unido, país que, em determinadas circunstâncias, autoriza a realização de análises de despistagem do consumo de droga no momento da detenção. Foram criados tribunais especiais para o julgamento de casos de droga na Irlanda, no Reino Unido (Inglaterra e Escócia) e na Noruega, estando a sua criação a ser considerada em Malta; Portugal estabeleceu um sistema de «comissão para a dissuasão da toxicoddependência» constituídas por um jurista, um médico e um assistente social. Novas leis adoptadas noutros países introduziram alguma forma de tratamento em alternativa às sanções penais: em França, os infractores não toxicodpendentes à legislação em matéria de droga podem fazer, mediante pagamento, cursos de sensibilização; em Espanha, na Hungria e na Letónia, as penas de prisão podem ser suspensas se os consumidores de droga iniciarem o tratamento; e na Bulgária, na Hungria, na Roménia e na Turquia, a liberdade condicional pode ser combinada com o tratamento. Os Países Baixos pretendem aumentar o recurso ao tratamento como condição de saída antecipada da prisão. Na Finlândia, se for considerado adequado, os infractores condenados podem ser encaminhados para uma prisão aberta, desde que não consumam drogas; na Grécia, podem ser enviados para uma unidade especial de tratamento. A elegibilidade para os programas de tratamento da toxicoddependência foi alargada a pessoas condenadas por infracções mais graves em Itália (se a infracção foi punível por até seis anos de prisão, e não quatro como anteriormente) e em Espanha (tendo sido elevada de três para cinco anos). Na Bélgica, em todos os níveis do processo penal, existem alternativas para encaminhar os infractores consumidores de droga para tratamento.

Podem encontrar-se outras descrições das várias alternativas de tratamento às sanções penais e do seu nível de utilização nas secções Síntese dos temas e Relatórios jurídicos da ELDD ⁽⁸⁾.

Prioridade à protecção do público

Na última década, a legislação penal tem sido crescentemente utilizada para proteger o público dos consumidores de droga e, em paralelo com a distinção entre o consumidor «doente» e o traficante «criminoso», a categoria de «consumidor» também tem vindo a ser juridicamente subdividida em pessoas que incomodam ou prejudicam os outros membros da sociedade e aqueles que não o fazem. As medidas, atrás descritas, que reduzem as sanções penais aplicadas ao consumo

⁽⁸⁾ <http://eldd.emcdda.europa.eu>.

pessoal ou oferecem alternativas a essas sanções fazem parte dessa evolução. Estas opções de tratamento ou penas reduzidas são, por exemplo, concedidas na condição de que o utilizador não cause qualquer forma de perturbação da ordem pública.

Os critérios também foram alargados, e as penas agravadas, no caso dos infractores que podem causar danos a outros membros da sociedade. A maior parte da actividade legislativa tem-se concentrado nas pessoas que conduzem sob o efeito de drogas (Bélgica, República Checa, Dinamarca, Espanha, França, Letónia, Lituânia, Portugal, Finlândia). As novas leis que regulamentam a realização de análises de despistagem do consumo de droga no local de trabalho na Irlanda, na Finlândia e na Noruega salientam que as análises são, sobretudo, permitidas em situações em que o facto de se estar sob a influência de drogas pode originar perigos ou riscos consideráveis. O consumo de droga em várias formas de transportes é controlado por novas leis: comboios e navios na Irlanda; embarcações na Letónia; aviação na Finlândia. Nos últimos anos, surgiram também leis e estratégias destinadas a prevenir ou a punir as perturbações da ordem pública (ver Tema específico de 2005); novos poderes para fechar bares e outros estabelecimentos ou impedir que certas pessoas os frequentem (Bélgica, Irlanda, Países Baixos); e competências para fechar residências privadas onde haja distribuição comercial de drogas ou um consumo sistemático das mesmas (respectivamente, Países Baixos, Reino Unido). Paralelamente, neste período, também foram introduzidas novas leis para proteger os não fumadores do consumo de tabaco, em toda a Europa: desde 2004, 24 Estados-Membros da UE (todos excepto a Grécia, a Hungria e a Polónia) proibiram ou restringiram severamente o fumo de tabaco em espaços públicos fechados, muitas vezes com a aplicação de coimas consideráveis aos transgressores.

Para resumir as alterações jurídicas aqui analisadas: afigura-se que as sanções penais foram frequentemente reduzidas para o consumidor individual que evita circunstâncias agravantes, mas, quase em contrapartida, foram agravadas para aqueles cujas acções possam afectar outros membros da sociedade. Este último aspecto reflecte um maior recurso ao direito penal para proteger o público.

Criminalidade relacionada com a droga

A criminalidade relacionada com a droga é um conceito vasto que pode incluir todos os crimes cometidos que

estão, de algum modo, relacionados com a droga (?). Na prática, os dados de rotina apenas estão disponíveis, na Europa, nos relatórios iniciais, sobretudo policiais, das infracções à legislação em matéria de droga. Não obstante estes dados serem normalmente considerados como indicadores indirectos do consumo de droga ou do seu tráfico, é importante notar que eles reflectem as diferenças entre legislações nacionais e as diferentes formas como as leis são aplicadas e cumpridas. Os dados também reflectem as diferenças quanto às prioridades estabelecidas e aos recursos afectados a determinados crimes pelos órgãos de justiça penal. Além disso, os sistemas de informação nacionais sobre as infracções à legislação em matéria de droga apresentam variações, sobretudo nas práticas de comunicação e de registo. Como estas diferenças dificultam bastante as comparações directas entre os diversos países, é mais correcto comparar tendências do que números absolutos.

Globalmente, o número de infracções notificadas nos Estados-Membros da UE aumentou, em média, 36 % entre 2001 e 2006 (figura 2). Os dados revelam tendências crescentes em todos os países que forneceram informações, excepto a Bulgária, a Grécia, a Letónia e a Eslovénia, que comunicaram uma diminuição global nesse quinquénio ⁽¹⁰⁾.

Infracções relacionadas com o consumo e com a oferta

O equilíbrio entre as infracções relacionadas com o consumo e as relacionadas com a oferta (venda, tráfico, produção) é semelhante ao comunicado em anos anteriores. A maioria dos países europeus mencionou que as infracções estavam maioritariamente relacionadas com o consumo de droga ou com a posse para consumo, tendo os valores relativos a 2006 chegado a atingir 93 % em Espanha ⁽¹¹⁾. Contudo, na República Checa, nos Países Baixos, na Turquia e na Noruega, as infracções relacionadas com a oferta foram predominantes, variando entre 52 % (Turquia) e 88 % (República Checa) do total de infracções à legislação em matéria de droga notificadas em 2006.

O número de infracções relacionadas com o consumo aumentou, em média, 51 % entre 2001 e 2006, na União Europeia, tendo dois terços dos países que comunicaram informações revelado uma tendência crescente; só a Eslovénia e a Noruega mostraram uma tendência decrescente durante o quinquénio ⁽¹²⁾. Além disso, vale a pena notar que, em percentagem do total de infracções à legislação em matéria de droga, as infracções

⁽⁹⁾ Para uma análise das relações entre a droga e a criminalidade, ver OEDT (2007b).

⁽¹⁰⁾ Ver quadro DLO-1 no Boletim Estatístico de 2008.

⁽¹¹⁾ Ver quadro DLO-2 no Boletim Estatístico de 2008.

⁽¹²⁾ Ver figura DLO-2 e quadro DLO-4 no Boletim Estatístico de 2008.

relacionadas com o consumo aumentaram, durante o mesmo período, em metade dos países que comunicaram informações.

As infracções relacionadas com a oferta de droga também aumentaram no período de 2001-2006, mas muito mais lentamente, com um aumento médio de 12% na União Europeia. Ao longo deste período, o número de infracções relacionadas com a oferta aumentou em mais de metade dos países que apresentaram informações, e diminuíram em quatro deles (Alemanha, Chipre, Países Baixos, Eslovénia) ⁽¹³⁾.

Tendências por droga

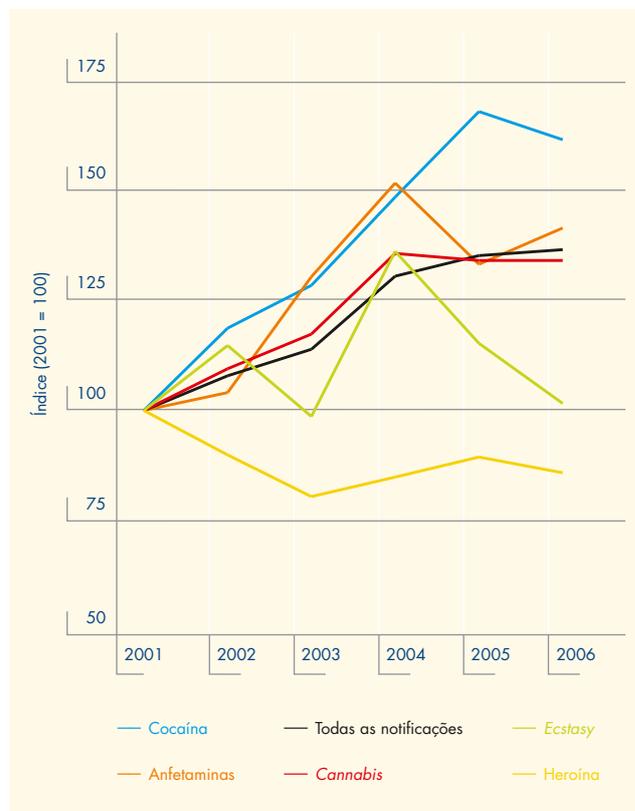
Na maioria dos países europeus, em 2006, a *cannabis* continuou a ser a droga ilegal mais frequentemente envolvida nas infracções à legislação em matéria de droga notificadas ⁽¹⁴⁾. Nesses países, as infracções relacionadas com a *cannabis* representaram 36% a 86% das infracções à legislação em matéria de droga. Em alguns países, as infracções mostraram um predomínio de outras drogas que não a *cannabis*: na República Checa, as metanfetaminas representaram 60% das infracções; em Malta, o valor relativo à heroína foi de 41%. No Luxemburgo, as infracções distribuíram-se de forma quase igual entre a *cannabis*, a heroína e a cocaína.

No quinquénio de 2001-2006, o número de infracções à legislação em matéria de droga envolvendo a *cannabis* aumentou ou manteve-se estável na maioria dos países que comunicaram informações, levando a um aumento médio global de 34% na União Europeia (figura 2). Foram, todavia, comunicadas tendências decrescentes pela Bulgária, a República Checa (2002-2006), a Itália e a Eslovénia ⁽¹⁵⁾.

As infracções relacionadas com a cocaína aumentaram no período de 2001-2006 em todos os países europeus excepto a Bulgária, a Alemanha e a Eslováquia. A média da UE aumentou 61% durante o mesmo período.

No período de 2001-2006, as infracções à legislação em matéria de droga relacionadas com a heroína mostram uma situação diferente das relacionadas com a *cannabis* ou com a cocaína, tendo registado uma diminuição média global de 14% na União Europeia, sobretudo entre os anos de 2001 e 2003. Contudo, as tendências nacionais neste tipo de infracções têm vindo a divergir ao longo deste período, mencionando um terço dos países tendências crescentes ⁽¹⁶⁾.

Figure 2: Tendências indexadas das notificações de infracções à legislação em matéria de droga nos Estados-Membros da UE, 2001-2006



NB: As tendências representam as informações disponíveis sobre o número nacional de notificações relativas a infracções à legislação em matéria de droga (penais e não penais) comunicadas por todas as autoridades de aplicação da lei dos Estados-Membros da UE; todas as séries são indexadas a uma base de 100 em 2001 e ponderadas pela dimensão das populações dos países, de modo a formar uma tendência global da UE; o número total de infracções comunicadas em 2006 nos países incluídos nas tendências (antes da ponderação) era o seguinte: anfetaminas, 41 069; *cannabis*, 550 878; cocaína, 100 117; *ecstasy*, 17 598; heroína, 77 242, todas as notificações, 936 866.

Os países que não têm dados para dois ou mais anos consecutivos não estão incluídos nos cálculos das tendências: a tendência global é baseada em todos os países da UE excepto o Reino Unido; a tendência relativa à *cannabis* baseia-se em 18 países, à heroína em 18, à cocaína em 17, às anfetaminas em 12 e ao *ecstasy* em 13.

Para mais informações sobre a metodologia, ver figura DLO-3 no Boletim Estatístico de 2008.

Fontes: Pontos focais nacionais da Reitox e, para os dados demográficos, Eurostat (<http://ep.eurostat.ec.europa.eu/>).

As tendências médias da UE no que respeita às infracções relacionadas com as anfetaminas e o *ecstasy* atingiram o ponto mais alto em 2004. Apesar de as infracções relacionadas com as anfetaminas terem mantido uma tendência crescente (aumento médio de 41% em 2001-2006), a média da UE relativa às infracções relacionadas com o *ecstasy* flutuou ao longo do período, sem mudanças globais entre 2001 e 2006.

⁽¹³⁾ Ver quadro DLO-5 no Boletim Estatístico de 2008.

⁽¹⁴⁾ Ver quadro DLO-3 no Boletim Estatístico de 2008.

⁽¹⁵⁾ Ver quadro DLO-6 no Boletim Estatístico de 2008. Para uma análise complementar das infracções relacionadas com a *cannabis*, ver capítulo 3.

⁽¹⁶⁾ Ver quadro DLO-7 no Boletim Estatístico de 2008.

Investigação nacional relacionada com a droga

Em todos os países europeus é realizada investigação sobre o fenómeno da droga, fornecendo-lhes as informações essenciais para descrever e compreender o impacto das drogas ilegais à escala nacional. Com base nos relatórios de 25 Estados-Membros, da Croácia e da Noruega, é possível apresentar uma descrição geral da organização da investigação relacionada com a droga nos países europeus. Numa altura em que a importância das intervenções cientificamente fundamentadas é cada vez mais reconhecida, vale a pena salientar que 21 países comunicaram que os resultados da investigação são utilizados, pelo menos em alguma medida, na formulação das políticas em matéria de droga.

Coordenação e financiamento

A investigação relacionada com a droga é mencionada na estratégia ou no plano nacional de luta contra a droga de 20 dos 27 países que comunicaram informações, quer como tema específico, quer como componente essencial de uma política cientificamente fundamentada. Quinze desses 27 países possuem estruturas de coordenação a nível nacional neste domínio. Cinco países apenas informam que a investigação relacionada com a droga não é mencionada nas suas estratégias nacionais ou que não possuem uma estrutura de coordenação nacional da mesma.

O Estado é a principal fonte de financiamento da investigação relacionada com a droga mencionada pelos Estados-Membros, quer através de programas de investigação geral quer através de programas de investigação no domínio da droga. A saúde e as ciências sociais são duas das principais áreas de investigação geral em que se podem encontrar financiamentos para a investigação relacionada com a droga. Os financiamentos especificamente destinados a esta última podem ser disponibilizados através dos organismos nacionais de coordenação da luta contra a droga (República Checa, Espanha, França, Luxemburgo, Hungria, Polónia, Portugal, Noruega). Ambos os tipos de financiamento associam frequentemente a investigação sobre as drogas ilegais a outras áreas do domínio da dependência, como o álcool, o tabaco e o jogo. Os fundos são maioritariamente disponibilizados através de contratos para estudos encomendados ou de programas-quadro a que os investigadores se candidatam. Entre os outros tipos de fontes de financiamento referidas, figuram as fundações, as academias científicas, as instituições

privadas, os fundos específicos para o combate à droga, a Comissão Europeia e as Nações Unidas.

Estruturas e projectos

A maioria dos países comunicou que a investigação é sobretudo realizada em universidades e centros especializados, alguns dos quais acolhem os pontos focais nacionais, e, em segundo lugar, em centros de investigação públicos e privados. Alguns países (Alemanha, Espanha, Portugal) mencionaram redes de investigação nacionais. Estas redes podem desempenhar um papel importante na organização e no financiamento da investigação, além de poderem promover ligações mais directas entre a investigação e a prática.

Dos principais estudos realizados desde 2000 e mencionados pelos Estados-Membros, mais de metade inseriam-se na área da epidemiologia e cerca de um terço na investigação aplicada (sobretudo avaliações das intervenções de prevenção e tratamento). Foram igualmente citados os estudos sobre os factores determinantes, de risco e de protecção para o consumo de droga, as consequências deste consumo, os mecanismos da droga e os seus efeitos.

Vários países referiram alguns condicionalismos à investigação relacionada com a droga. Entre os problemas identificados, contam-se os seguintes: aspectos organizativos, como a falta de coordenação e a dispersão dos recursos (Alemanha, França, Áustria); a falta de investigadores qualificados (Letónia, Hungria) e aspectos metodológicos (questões de protecção dos dados, dificuldade em chegar a populações ocultas, falta de continuidade dos projectos de investigação). Vários países identificaram a escassez de fundos disponíveis para a investigação relacionada com a droga como uma limitação muito importante (Bélgica, Grécia, Polónia, Roménia, Finlândia).

Divulgação

Foram identificadas, no total, 25 publicações europeias analisadas pelos pares, especializadas no domínio da droga e publicadas em onze línguas para além do inglês. A maioria dessas publicações nacionais publica sínteses em inglês e está aberta às contribuições internacionais. Para além das publicações especializadas em drogas ilegais e toxicod dependência, também são publicados artigos sobre o consumo de drogas ilegais em publicações analisadas pelos pares de uma grande variedade de disciplinas, bem como em revistas profissionais. Em 2006, os resultados da investigação no domínio da droga foram publicados em mais de cem dessas publicações europeias.

Outros tipos de publicações, incluindo as dos pontos focais nacionais, também desempenham um papel importante nessa divulgação.

Novidades na investigação relacionada com a droga

O OEDT recolheu informações pormenorizadas sobre a investigação no domínio da droga realizada nos países europeus, através da sua rede de pontos focais nacionais da Reitox. Entre as informações fornecidas pelos Estados-Membros inclui-se uma descrição das organizações de investigação nacionais e dos regimes de financiamento. Os Estados-Membros também forneceram listas dos principais estudos realizados desde o ano 2000 e identificaram documentos científicos, publicações e sítios *web* científicos através dos quais se divulgaram as conclusões da investigação relacionada com a droga levada a cabo no seu país. O OEDT está a disponibilizar estas e outras informações através de diversos produtos e canais de divulgação (ver <http://www.emcdda.europa.eu/themes/research>).

Para uma análise mais aprofundada deste assunto, ver o tema especializado de 2008 sobre a investigação relacionada

O mesmo papel desempenham os pontos focais nacionais da Reitox em todos os países que apresentaram dados, principalmente através dos seus relatórios nacionais.

com a droga (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues>).

A Comissão Europeia encomendou uma análise comparativa aprofundada da investigação sobre as drogas ilegais na União Europeia. O estudo pretendia fornecer uma panorâmica do financiamento ao dispor da investigação no domínio da droga na UE e seus Estados-Membros, desenvolvendo os resultados do tema específico sobre investigação e alargando o âmbito de modo a incluir esta última na área redução da oferta de droga e da segurança. O estudo analisará a infra-estrutura de investigação existente nos Estados-Membros e a nível europeu, e fará uma comparação com outras regiões, como a América do Norte e a Austrália. Concluirá com recomendações relativas às opções políticas destinadas a colmatar as lacunas de conhecimento e melhorar a cooperação a nível europeu. Avaliará também as redes europeias existentes, incluindo as do OEDT e dos seus pontos focais nacionais da Reitox. Os resultados deste estudo ficarão disponíveis no início de 2009.



Capítulo 2

Resposta aos problemas de droga na Europa — Panorâmica geral

Introdução

Este capítulo apresenta uma panorâmica das respostas aos problemas de droga na Europa, sempre que possível destacando as tendências, a evolução e as questões de qualidade. O conjunto de medidas aqui analisadas inclui a prevenção, o tratamento, a redução dos danos e a reintegração social, que em conjunto formam um sistema global de redução da procura. O capítulo inclui igualmente uma análise dos dados disponíveis sobre as necessidades dos consumidores de droga nas prisões e as respostas existentes nesse contexto específico. Além disso, os futuros desafios da monitorização nouro domínio da política de luta contra a droga, a redução da oferta, são sucintamente analisados.

Prevenção

A prevenção da droga pode dividir-se em diversos níveis ou estratégias, da ambiental à prevenção específica, que idealmente não concorrem entre si, sendo antes complementares. A seguinte descrição da situação actual e das tendências patentes na Europa baseia-se em dados qualitativos sobre a oferta de uma prevenção universal e selectiva que foram comunicados ao OEDT em 2007 ⁽¹⁷⁾ e numa análise bibliográfica sobre a prevenção específica (OEDT, 2008f).

Prevenção universal

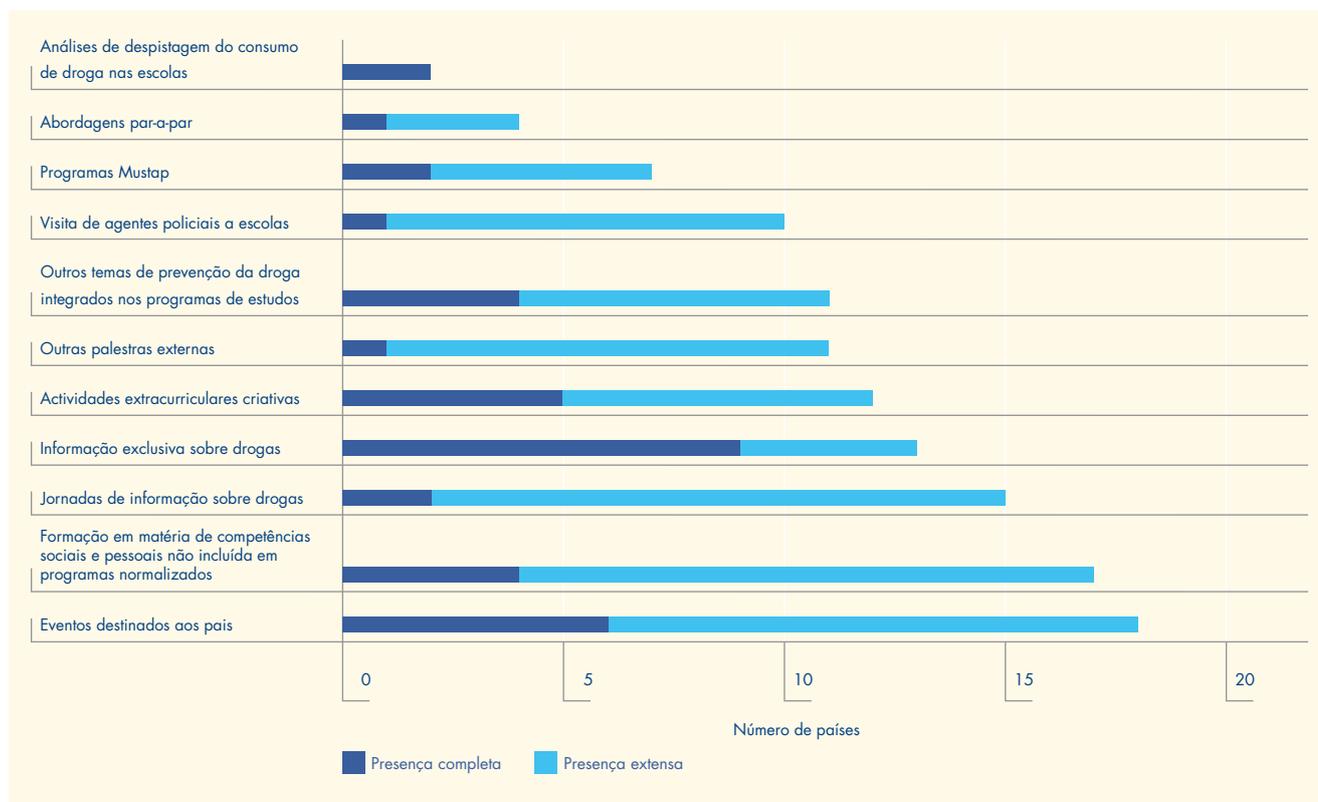
Os objectivos da prevenção universal em meio escolar na Europa parecem ter mudado nos últimos anos. Em 2007, o desenvolvimento de competências essenciais para a vida era o objectivo das actividades de prevenção mais frequentemente referido (12 dos 28 países inquiridos), ao passo que em 2004, metade dos países (13/26) afirmavam que a sensibilização e o fornecimento de informação eram o seu principal objectivo. A criação de ambientes escolares protectores, uma forma de intervenção estrutural, também foi mais frequentemente referida como objectivo principal em 2007 (seis países) do que em 2004 (quatro países). As alterações dos objectivos mencionados podem reflectir a adopção

Melhorar a monitorização da redução da oferta de droga

Pode definir-se a redução da oferta de droga como um domínio que engloba todas as actividades destinadas a evitar que as drogas ilegais cheguem aos consumidores. Nestas actividades podem incluir-se instrumentos como as convenções internacionais, as legislações e políticas comunitárias e nacionais, bem como as acções contra os vários processos e agentes envolvidos na produção e no tráfico de drogas ilegais, bem como no desvio ou no fabrico ilegal de substâncias legais (medicamentos, precursores químicos) para fins ilícitos e no branqueamento de capitais obtidos com o tráfico de droga. As actividades de aplicação da lei, as iniciativas de desenvolvimento alternativo e os projectos destinados a prevenir a criminalidade relacionada com a droga contribuem, todos eles, para reduzir a oferta de drogas ilegais. A monitorização e a análise constituem, tal como no caso da redução da procura de droga, um sustentáculo importante para estas actividades e sua avaliação.

Exercícios recentes de recolha de dados no âmbito das análises de progresso anuais do plano de acção da UE de luta contra a droga e da análise da UNGASS (ver capítulo 1) revelaram um panorama complexo no que respeita à disponibilidade de dados sobre a resposta no domínio da redução da oferta. As actividades relacionadas com os projectos internacionais estão, normalmente, bem documentadas, ao passo que os dados sobre as actividades a nível nacional são frequentemente difíceis de avaliar e comparar. A Comissão Europeia, o Eurostat, a Europol e o OEDT estão a esforçar-se por melhorar esta situação no âmbito do próximo plano de acção da UE de luta contra a droga (2009-2012). Os quadros conceptuais e os sistemas de informação existentes, bem como as potenciais fontes de informação para monitorizar e analisar as actividades de redução da oferta nos Estados-Membros, devem ser revistos. É igualmente necessário compreender melhor os mercados de droga, em especial a organização da oferta e da distribuição, nas suas dimensões económicas e sociais. Dois estudos financiados pela Comissão Europeia irão investigar os sistemas e fontes de informação sobre a redução da oferta de droga e os mercados de droga internacionais.

⁽¹⁷⁾ Os dados foram fornecidos por peritos nacionais dos Estados-Membros.

Figura 3: Tipos de intervenção mais frequentes na prevenção universal em meio escolar

NB: Programas Mustap, multissessões, normalizados com material impresso.
 Fonte: Pontos focais nacionais da Reitox.

de uma abordagem mais racional e cientificamente fundamentada, mas não se sabe ao certo em que medida esta mudança de objectivos reflecte a prática concreta.

Os eventos destinados aos pais e as estratégias meramente informativas (jornadas de informação, visitas de especialistas ou de agentes da polícia às escolas) figuram entre os tipos de intervenção em meio escolar mencionados pelo maior número de países (figura 3). A eficácia destas intervenções é pouco clara. Em contrapartida, algumas das intervenções mais bem fundamentadas apenas são mencionadas por alguns países. Nelas se incluem os programas normalizados, as abordagens baseadas nos pares ou as intervenções especificamente dirigidas aos rapazes, que pretendem, todas elas, melhorar as competências de comunicação, aumentar a capacidade para gerir os conflitos, o stress e a frustração, ou para corrigir ideias normativas erradas sobre o consumo de droga. O predomínio global de intervenções sem fundamentação científica ou com uma fundamentação pouco sólida pode dever-se ao facto de exigirem menos recursos e uma formação menos exigente do pessoal.

Para além das actividades especificamente direccionadas para o consumo de droga, também existem intervenções

estruturais nas escolas. Ao tentarem criar ambientes sociais protectores e normativos, as intervenções estruturais procuram influenciar as escolhas dos jovens a respeito do consumo de droga (Toumbourou *et al.*, 2007). Esta abordagem vai ao encontro das políticas de prevenção global, que adoptam regulamentações cada vez mais rigorosas sobre o tabaco e o álcool nas escolas. Deste modo, vinte países comunicam é totalmente proibido fumar em todas as escolas e dezoito países referem uma presença completa ou extensa⁽¹⁸⁾ de políticas de luta contra a droga nas escolas. Os Estados-Membros da Europa Central e Ocidental, em particular, dizem ter efectuado intervenções estruturais destinadas a reduzir o consumo do tabaco e do álcool nas escolas. Estas medidas de prevenção também podem ser complementadas por outras medidas estruturais, como a melhoria da concepção dos edifícios escolares e da vida escolar.

A prevenção baseada na família é outra abordagem muito utilizada. Onze países referiram uma presença completa ou extensa de reuniões com as famílias e de sessões em horário pós-laboral a elas destinadas. Tal como a prevenção em meio escolar, a prevenção baseada na família parece estar sobretudo concentrada

⁽¹⁸⁾ Presença extensa: a intervenção é realizada na maioria dos locais onde a dimensão da população-alvo é suficiente para a sua execução.
 Presença completa: a intervenção está disponível em quase todos os locais onde a dimensão da população-alvo é suficiente para a sua execução.

no fornecimento de informação. O acompanhamento e a formação intensivos das famílias, uma abordagem que se tem revelado sistematicamente eficaz em todos os estudos (Petrie *et al.*, 2007), estão presentes de forma restrita, sendo apenas sete os países que referem os níveis de presença mais elevados.

Prevenção selectiva

A prevenção selectiva é orientada por indicadores sociais e demográficos, como as taxas de desemprego, de delinquência ou de absentismo escolar. É dirigida a grupos específicos, famílias ou comunidades inteiras, onde as pessoas, devido aos seus escassos laços sociais e recursos, podem ser mais propensas a desenvolver um consumo de droga ou a cair na dependência.

Treze países referem que a maior parte da sua prevenção baseada na família é selectiva. Contudo, há importantes condições de risco familiar que raramente são abordadas na Europa. Em trinta países que apresentaram relatórios, apenas sete mencionam a presença completa ou extensa de intervenções relativas ao consumo de substâncias nas famílias e cinco mencionam a existência de intervenções em matéria de conflito e abandono familiar. Além disso, foram mencionadas as seguintes categorias de intervenções por quatro países: abordagem do desfavorecimento social (por exemplo, desemprego), ajuda em caso de problemas judiciais, ou assistência a famílias marginalizadas de minorias étnicas. Além disso, só três países abordam as necessidades das famílias a braços com problemas de saúde mental.

As condições de risco dos grupos de jovens vulneráveis, por exemplo, delinquentes juvenis, sem-abrigo, jovens que faltam à escola sem justificação, jovens desfavorecidos e originários de minorias étnicas, também são raramente abordadas, apesar da sua crescente importância política. Desde 2004 que um número cada vez maior de políticas em matéria de droga os vem indicando como alvos primordiais das intervenções de prevenção, mas o nível de intervenção mencionado não aumentou durante este período. Apresentam-se dados mais pormenorizados no tema específico de 2008 sobre jovens vulneráveis.

Prevenção específica

A prevenção específica visa identificar os indivíduos com problemas comportamentais ou psicológicos, que podem prenunciar o desenvolvimento de um consumo problemático de substâncias numa fase da vida posterior, e torná-los individualmente objecto de intervenções especiais. Entre essas pessoas incluem-se os jovens que

abandonaram precocemente os estudos e as pessoas com perturbações psiquiátricas, comportamentos anti-sociais ou indícios precoces de consumo de droga. Um relatório recentemente publicado pelo OEDT (2008f) apresenta estudos longitudinais que definem trajectórias problemáticas, estudos neurocomportamentais e os crescentes conhecimentos sobre a plasticidade do cérebro e o papel dos neurotransmissores, para além de revelar as conclusões extraídas das intervenções comunicadas pelos Estados-Membros.

As crianças com perturbações comportamentais, como um défice de atenção (hiperactividade) associado a um distúrbio comportamental, correm um elevado risco de desenvolverem problemas de consumo de substâncias. Uma intervenção precoce junto das crianças com perturbações comportamentais exige uma estreita cooperação entre os serviços médicos, sociais e de assistência à juventude. O «conceito de tratamento multimodular» alemão, por exemplo, oferece uma combinação de aconselhamento para pais e cuidadores; um apoio médico, psicoterapêutico e psicossocial concomitante; e apoio pedagógico no jardim infantil ou na escola. A abordagem irlandesa de educação direccionada e aconselhamento psicológico para jovens, sobretudo para prevenir os problemas de desenvolvimento nas escolas, nos estabelecimentos de ensino e na família, produziram resultados de avaliação positivos a nível global. Nos Países Baixos, um estudo sobre os efeitos preventivos a longo prazo do tratamento de comportamentos perturbadores nos jovens entre os 8 e os 13 anos de idade concluiu que a terapia comportamental básica mostrava ter resultados subsequentes significativamente melhores sobre o hábito de fumar tabaco e o consumo de *cannabis* do que o tratamento habitual (Zonneville-Bender *et al.*, 2007).

Eficácia e riscos das intervenções

O consumo de droga entre as crianças e nas famílias continua a ser o principal objecto da prevenção específica na Europa. Um grande número de estudos sobre os indicadores sociais e neurocomportamentais de progressão para o consumo de substâncias mostram que os esforços de prevenção que não estão centrados na droga também podem produzir efeitos no seu consumo. Tanto a prevenção selectiva como a prevenção específica podem mitigar os efeitos de uma desvantagem de desenvolvimento inicial, a sua tradução em marginalização social e subsequente progressão para o consumo de substâncias. Vários estudos de investigação demonstraram que as intervenções realizadas durante os primeiros anos de escolaridade com o intuito de melhorar

Drogas e grupos de jovens vulneráveis — Tema específico do OEDT de 2008

Os jovens pertencentes a determinados grupos encontram-se em risco de exclusão social, o que poderá estar associado a uma crescente probabilidade de recurso ao consumo de drogas e de desenvolver problemas associados ao consumo de drogas. Ao focar as intervenções destinadas a reduzir o consumo de droga e os danos associados ao seu consumo em grupos específicos, aumentamos a probabilidade de ir ao encontro das necessidades destes grupos, bem como a probabilidade de êxito dessas intervenções.

Este tema específico fornece informações aprofundadas sobre os factores de risco e os perfis de vulnerabilidade de grupos específicos e explora o consumo de droga bem como os problemas ligados ao consumo de droga nestes grupos. Investiga igualmente as consequências da vulnerabilidade resultantes do absentismo escolar, do insucesso escolar, do desfavorecimento social, dos problemas familiares e da delinquência. Outros dos aspectos abordados são as respostas específicas aos problemas associados à droga e ao consumo de droga nos grupos vulneráveis, incluindo a legislação, a prevenção e o tratamento.

Este tema específico encontra-se disponível em versão impressa e na Internet, unicamente em inglês (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues>).

os ambientes educativos e reduzir a exclusão social, também têm um efeito moderador no consumo ulterior de substâncias (Toumbourou *et al.*, 2007).

A eficácia global da prevenção em meio escolar tem sido posta em causa (Coggans, 2006; Gorman *et al.*, 2007). Análises bibliográficas recentes ⁽¹⁹⁾ mostram, todavia, que determinados componentes da prevenção em meio escolar, como a focalização nas crenças normativas e nas competências essenciais para a vida, parecem ser eficazes. Por exemplo, o estudo EU-Dap, um ensaio europeu controlado aleatoriamente, co-financiado pela Comissão Europeia, para desenvolver e avaliar um programa de prevenção em meio escolar, apresentou resultados positivos ⁽²⁰⁾. Um estudo de acompanhamento concluiu que, quinze meses após a intervenção, o efeito do programa se mantinha estável, observando-se episódios menos frequentes de embriaguez e de consumo de *cannabis* entre os participantes. O programa «Unplugged» utilizou no ensaio normas contestadas sobre a aceitação e as crenças acerca da prevalência do consumo de substâncias entre os jovens.

A prevenção deverá ser não somente eficaz mas também segura — os efeitos indesejados devem ser mantidos

num nível mínimo. Deste modo, os riscos de efeitos negativos devem ser cuidadosamente tidos em conta quando se concebem e avaliam as intervenções. Isto é particularmente importante para a prevenção universal em meio escolar, que se destina a uma população-alvo vasta e diversificada. Por exemplo, fornecer apenas informações sobre os efeitos da droga, uma abordagem muito comum na Europa, não só é ineficaz como poderá produzir efeitos indesejados (Werch e Owen, 2002). O mesmo se aplica às campanhas nos meios de comunicação social, que podem ter o risco de aumentar a propensão para o consumo de substâncias ⁽²¹⁾.

Uma forma de garantir que os programas de prevenção são cientificamente fundamentados e os riscos de efeitos indesejados reduzidos é desenvolver normas para a execução e o conteúdo dos projectos de prevenção. O número de Estados-Membros que mencionam normas para a concepção e a avaliação dos projectos aumentou de três em 2004 para nove em 2007. Vários Estados-Membros informam que estão a desenvolver processos de certificação para garantir a qualidade dos programas e a utilização eficiente dos recursos provenientes dos orçamentos públicos (República Checa, Hungria, Polónia, Portugal). Na República Checa, por exemplo, a certificação das actividades de prevenção é uma condição para se poderem receber subsídios do orçamento de Estado.

Tratamento

A presente secção pretende apresentar uma panorâmica geral do tratamento da toxicod dependência na Europa, descrevendo a organização e a oferta de serviços.

Organização

De um modo geral, os serviços de tratamento da toxicod dependência são principalmente prestados através do sector público, nos Estados-Membros da UE, apesar de as organizações não governamentais (ONG) poderem desempenhar um papel idêntico (sete Estados-Membros), ou serem mesmo o principal prestador dos serviços de tratamento (cinco Estados-Membros). Os médicos de clínica geral também desempenham um papel importante e, em alguns países, são prestadores fundamentais do tratamento de substituição. O sector privado também pode estar envolvido em alguns países, sobretudo em regime de internamento. No entanto, o financiamento do tratamento da toxicod dependência é sobretudo custeado

⁽¹⁹⁾ Ver portal de melhores práticas <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice>.

⁽²⁰⁾ <http://www.eudap.net>.

⁽²¹⁾ Ver capítulo 3 do presente relatório e Relatório Anual de 2007.

pelo erário público ou está ligado à segurança social ou a seguros de saúde.

Oferta

O tratamento da toxicod dependência tem lugar em vários contextos, incluindo centros de tratamento em regime ambulatorio ou em regime de internamento, médicos de clínica geral, serviços de porta aberta e prisões. Os centros de tratamento em regime ambulatorio, incluindo médicos de clínica geral, asseguram a maior parte do tratamento da toxicod dependência na Europa, sobretudo porque o tratamento de substituição é geralmente administrado nestes contextos. Os consumidores de droga que iniciam o tratamento em regime ambulatorio, segundo os últimos dados quantitativos provenientes do indicador de procura de tratamento, têm, em média, cerca de trinta anos e são predominantemente do sexo masculino ⁽²²⁾. Cerca de um terço procura voluntariamente o tratamento, 22% são encaminhados para o tratamento pelo sistema judicial, uma percentagem que tem crescido nos últimos anos, e os restantes são encaminhados através dos serviços sociais e de saúde, ou através de redes informais ⁽²³⁾.

Metade dos utentes que iniciam o tratamento em regime ambulatorio mencionava o consumo de opiáceos como droga principal, ao passo que 21% citava a *cannabis* e 16% a cocaína como droga principal. O aumento da percentagem de utentes e, em especial, de novos utentes, encaminhados para tratamento por problemas com drogas não opiáceas, pode indicar as melhorias na disponibilidade de tratamento para os consumidores de *cannabis* e cocaína em vários Estados-Membros, bem como um aumento do número de consumidores que procuram tratamento devido a estas drogas (ver capítulos 3 e 5). No entanto, a disponibilidade geral de serviços especificamente direccionados para as necessidades dos consumidores de drogas não opiáceas continua a ser limitada.

O tratamento em regime de internamento tem, sobretudo, lugar em comunidades terapêuticas, hospitais psiquiátricos e departamentos especializados dos hospitais gerais. Os serviços prestados vão desde a desintoxicação a curto prazo até programas prolongados de tratamento psiquiátrico e baseado na abstinência. Os serviços em regime de internamento podem ser particularmente adequados para os consumidores de droga com necessidades de tratamento complexas, devido a problemas co-mórbidos de saúde física e mental. Os utentes em regime de internamento têm, em média,

O portal de melhores práticas do OEDT

O OEDT lançou, este ano, o primeiro módulo do seu portal da Internet sobre as melhores práticas para as intervenções relacionadas com a droga (prevenção, tratamento, redução dos danos e reintegração social). O portal oferece uma panorâmica dos dados mais recentes sobre a eficácia e a eficiência das diversas intervenções, apresentando instrumentos e normas destinados a melhorar a qualidade das intervenções, além de destacar alguns exemplos de práticas avaliadas originárias de toda a Europa. O seu público-alvo são os técnicos, decisores políticos e investigadores no domínio da droga e está fortemente concentra-se no nível europeu.

O primeiro módulo do portal concentra-se na prevenção universal, em especial nas provas de eficácia baseadas em várias análises publicadas desde 2000. Ver informações pormenorizadas dos resultados em <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice>.

O portal fornece informações sobre a eficácia de várias intervenções, mas é de referir que a base documental continua a ser limitada, sendo necessário agir com prudência ao escolher entre as diferentes intervenções. Além disso, como as experiências controladas medem a eficácia dos programas, ainda não se sabe ao certo como é que determinadas intervenções irão resultar em diferentes contextos. A nova edição da base de dados EDDRA, disponível no portal, apresenta exemplos de intervenções avaliadas em diferentes países e contextos, podendo fornecer orientações adicionais.

características semelhantes aos utentes do tratamento em regime ambulatorio: com cerca de 30 anos de idade, são na sua maioria do sexo masculino e iniciam o tratamento da toxicod dependência por consumo de opiáceos como droga principal ⁽²⁴⁾. A percentagem de utentes desempregados e com uma situação instável no que se refere à habitação é, todavia, mais elevada entre os utentes em regime de internamento do que entre os utentes em regime ambulatorio, na maioria dos países onde é possível estabelecer uma comparação ⁽²⁵⁾.

Historicamente, os serviços de tratamento da toxicod dependência têm sido organizados em torno das necessidades dos consumidores de opiáceos, que ainda constituem o principal grupo de consumidores em tratamento. Na maioria dos Estados-Membros, o tratamento de substituição associado a cuidados psicossociais passou a ser a principal opção para os consumidores de opiáceos. Com a introdução do tratamento com buprenorfina em altas doses em Chipre, no ano de 2007, o tratamento de substituição está presentemente disponível em todos os Estados-Membros, bem como na Croácia e

⁽²²⁾ Ver quadros TDI-10 parte (iii) e TDI-21 parte (ii) no Boletim Estatístico de 2008.

⁽²³⁾ Ver quadro TDI-16 no Boletim Estatístico de 2008.

⁽²⁴⁾ Ver quadros TDI-10 parte (vii) e TDI-21 parte (iv) no Boletim Estatístico de 2008.

⁽²⁵⁾ Ver quadros TDI-13 e TDI-15 parte (ii) e parte (iv) no Boletim Estatístico de 2008.

na Noruega ⁽²⁶⁾. Na Turquia, o tratamento de substituição ainda não foi introduzido, apesar de ser permitido, ao abrigo de um regulamento de 2004, em centros de tratamento. A seguir à metadona, a buprenorfina é a droga substituta dos opiáceos mais prescrita e a sua utilização no tratamento da dependência de opiáceos tem aumentado nos últimos anos (ver capítulo 6). Actualmente, já é uma opção de tratamento disponível em todos os Estados-Membros, excepto Bulgária, Hungria e Polónia. Em 2006, estima-se que 600 000 consumidores de opiáceos receberam tratamento de substituição, na Europa, tendo-se registado um aumento desde o ano anterior em 16 dos 22 países que forneceram dados.

Redução dos danos

A prevenção e a redução dos danos relacionados com a droga é um objectivo de saúde pública em todos os Estados-Membros e na estratégia e no plano de acção da UE de luta contra a droga (Comissão Europeia, 2007a). As principais intervenções neste domínio são o tratamento de substituição dos opiáceos e os programas de troca de agulhas e seringas (PTS), que têm como alvo as mortes por *overdose* e a propagação de doenças infecto-contagiosas. Segundo os relatórios, estas medidas estão disponíveis em todos os países com excepção da Turquia (ver também capítulos 6 e 8) e, embora existam diferenças consideráveis quanto à gama e aos níveis de oferta de serviços, a tendência geral europeia é para o crescimento e a consolidação das medidas de redução dos danos.

Além disso, a maioria dos países oferece uma série de serviços de saúde e sociais nas agências de porta aberta. No entanto, alguns países informam que a aplicação das medidas de redução dos danos tem sido atrasada pela falta de apoio político. Na Grécia, a expansão dos serviços de porta aberta e do tratamento de substituição tem sido protelada; os programas de troca de agulhas e seringas na Roménia e na Polónia foram reduzidos em 2006, depois de terem cessado os financiamentos externos; o único programa de troca de agulhas e seringas de Chipre não está oficialmente sancionado. Na Hungria, país onde os PTS e o trabalho de proximidade têm vindo a aumentar, um estudo entre a população não tratada sugere que a oferta ainda é insuficiente e há grandes obstáculos ao acesso.

Devido ao perfil específico dos Estados bálticos e da Roménia no que respeita ao VIH/sida, os doadores internacionais continuam a desempenhar um papel importante nestes países. O apoio financeiro às actividades de redução dos danos é fornecido pelo Fundo Mundial de Luta contra o VIH/sida, a

tuberculose e o paludismo, enquanto na Estónia, na Lituânia e na Letónia o UNODC lançou recentemente o projecto «prevenção e tratamento do VIH/sida entre os consumidores de droga injectada e nas prisões».

Por último, alguns Estados-Membros examinaram recentemente as consequências da introdução das intervenções de redução dos danos. Em França, a diminuição das taxas de mortalidade observada entre os consumidores de droga coincidiu com a introdução de terapias antiviricas triplas, o desenvolvimento de uma política de redução dos danos e a disponibilidade de tratamentos de substituição dos opiáceos; em Espanha, a diminuição do número de consumidores de droga injectada, combinada com um acesso fácil ao tratamento de manutenção com metadona, foi associada a um declínio das doenças infecto-contagiosas e das mortes relacionadas com a droga entre os consumidores (De la Fuente *et al.*, 2006); e, em Portugal, os dados disponíveis mostram uma estabilização das doenças infecto-contagiosas, a qual poderá ser parcialmente atribuída a um aumento da disponibilidade das respostas de redução dos danos e de tratamento.

Reintegração social

Os consumidores de droga em tratamento referem frequentemente níveis elevados de desemprego e a condição de sem-abrigo. Essa desvantagem também tende a ser mais comum em grupos de consumidores específicos, especialmente mulheres, consumidores de heroína e de cocaína-*crack*, consumidores pertencentes a minorias étnicas e consumidores com problemas psiquiátricos co-mórbidos.

A reintegração social é reconhecida como uma componente essencial das estratégias globais de luta contra a droga e pode ser efectuada em qualquer fase do consumo de droga e em diferentes contextos. Os objectivos das intervenções de reintegração social podem ser atingidos através do desenvolvimento das capacidades, da melhoria das aptidões sociais, de medidas para facilitar e promover o emprego e para obter ou melhorar a habitação. Na prática, os serviços de reintegração podem oferecer aconselhamento profissional, colocação profissional e apoio à habitação, ao passo que as intervenções em meio prisional podem ligar os reclusos a serviços de habitação e apoio social da comunidade, preparando-os para a sua saída da prisão.

A condição de sem abrigo, juntamente com a vida num alojamento instável, é uma das formas mais graves de exclusão social com que os consumidores de droga estão

⁽²⁶⁾ Ver quadros HSR-1e HSR-2 no Boletim Estatístico de 2008.

confrontados, afectando cerca de 10% dos consumidores que iniciaram o tratamento em 2006 ⁽²⁷⁾. Embora em muitos países seja oferecido apoio à habitação aos utentes do tratamento da toxicod dependência, também têm sido documentadas carências, e dois países referem que os consumidores de droga têm dificuldade em obter acesso aos serviços gerais para os sem-abrigo, que são tradicionalmente utilizados por consumidores problemáticos de álcool (Irlanda, Itália). Em três países (Bélgica, Dinamarca, Países Baixos) estão a ser empreendidas novas medidas que podem ajudar a responder às necessidades de alojamento dos consumidores de droga, referindo esses Estados-Membros que as instalações para toxicod dependentes de longa data sem abrigo estão a ser centralizadas e que estão a ser abertos lares especializados para os consumidores de droga com problemas de comportamento ou de co-morbilidade.

Ajudar os utentes do tratamento da toxicod dependência a encontrar emprego é um elemento fundamental da reintegração social, uma vez que um em dois utentes que iniciam o tratamento está desempregado ⁽²⁸⁾. Segundo os relatórios, há novas abordagens bem sucedidas para ajudar os utentes a encontrar e manter o emprego, as quais incluem: «sistemas de orientação», empregos subsidiados (desde 2006 também são possíveis na Lituânia) e um acompanhamento especial para empregadores e trabalhadores, como o realizado no âmbito do projecto «Ready for work» [Pronto para trabalhar] na Irlanda, ou vários «serviços de trabalho e sociais» na República Checa.

Respostas de saúde e sociais na prisão

As prisões constituem um contexto importante para a realização de intervenções de saúde e sociais junto dos consumidores de droga. Nesta secção, os dados sobre o consumo de droga e os consumidores de droga nas prisões europeias são reexaminados, juntamente com informações recentes sobre a oferta de serviços a reclusos toxicod dependentes e as novas leis relativas ao tratamento da toxicod dependência na prisão.

Consumo de droga

Os dados resultantes de uma série de estudos continuam a apontar para uma sobre-representação dos consumidores de droga nas prisões europeias, em comparação com a população em geral. Os inquéritos realizados entre

2001 e 2006 mostram que a percentagem de reclusos ⁽²⁹⁾ que dizem já ter consumido uma droga ilegal varia muito consoante as populações prisionais, os centros de detenção e os países, de um terço ou menos (Bulgária, Hungria, Roménia) até mais de 50% na maioria dos estudos, ou mesmo 84%, numa prisão de mulheres em Inglaterra e País de Gales. A *cannabis* continua a ser a droga ilegal mais frequentemente mencionada pelos reclusos, com níveis de prevalência ao longo da vida que chegam a atingir 78%. Apesar de as estimativas do consumo ao longo da vida de outras substâncias poderem ser muito baixas em algumas prisões (não ultrapassando 1%), alguns estudos mencionam níveis de prevalência ao longo da vida de 50%-60% para a heroína, as anfetaminas ou a cocaína entre os reclusos ⁽³⁰⁾. As formas mais nocivas de consumo de droga também podem estar concentradas entre os reclusos, concluindo alguns estudos que mais de um terço dos inquiridos já consumiu drogas injectadas ⁽³¹⁾.

O facto de as drogas conseguirem entrar na maioria das prisões, não obstante as medidas tomadas para reduzir a sua oferta, é reconhecido tanto pelos peritos prisionais como pelos decisores políticos. Estudos realizados entre 2001 e 2006 na Europa mostram que 1% a 56% dos reclusos afirmam ter consumido drogas dentro da prisão e um terço dos reclusos consumiu droga injectada enquanto estavam presos ⁽³²⁾. Este facto suscita preocupações a respeito da potencial propagação de doenças infecto-contagiosas, em especial no se refere à partilha de equipamento de injeção.

A população prisional da União Europeia é superior a 607 000 reclusos ⁽³³⁾, com uma quantidade anual estimada de mais de 860 000 reclusos. Na maioria dos países, a percentagem de reclusos condenados por infracções à legislação em matéria de droga varia entre 10% a 30%. Dos dados disponíveis, é possível estimar que mais de 400 000 pessoas com experiência passada ou actual de consumo de drogas ilegais passam pelas prisões da UE todos os anos, havendo entre elas um número considerável de consumidores problemáticos de droga. As necessidades de assistência médica desta grande população de consumidores antigos e actuais nas prisões europeias serão, em alguma medida, determinadas pelos problemas de saúde relacionados com o consumo de droga, nomeadamente doenças

⁽²⁷⁾ Ver quadros TDI-15 no Boletim Estatístico de 2008.

⁽²⁸⁾ Ver quadro TDI-20 no Boletim Estatístico de 2008.

⁽²⁹⁾ O termo «recluso» é aqui utilizado num sentido lato e inclui tanto os detidos em prisão preventiva como as pessoas condenadas e a cumprir pena de prisão.

⁽³⁰⁾ Ver quadro DUP-1 no Boletim Estatístico de 2008.

⁽³¹⁾ Ver quadro DUP-2 no Boletim Estatístico de 2008.

⁽³²⁾ Ver quadros DUP-3 e DUP-4 no Boletim Estatístico de 2008.

⁽³³⁾ Estatísticas Penais Anuais do Conselho da Europa (SPACE), baseadas num inquérito à população prisional com referência a 1 de Setembro de 2006.

infecto-contagiosas como os vírus das hepatites B e C e o VIH/sida (ver capítulo 7).

Cuidados de saúde

A responsabilidade pela assistência médica nas prisões compete, na maior parte dos países, ao Ministério da Justiça. Contudo, esta situação está a mudar e, num número crescente de países europeus, a responsabilidade foi transferida para o sistema de saúde (França, Itália, Inglaterra e País de Gales no Reino Unido, Noruega). Em Espanha, são desenvolvidos serviços globais para os consumidores de droga em todas as prisões, de acordo com o plano de acção da estratégia nacional de luta contra a droga (2000-2008) e com base num protocolo de cooperação entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Interior, assinado em 2005. Noutros países, a fim de responder às necessidades de um número crescente de toxicodependentes presos, as prisões estabeleceram uma cooperação com os serviços de saúde pública e com agências não governamentais especializadas na luta contra a droga presentes na comunidade.

As intervenções direccionadas para os reclusos consumidores de droga aumentaram na União Europeia. Comparativamente ao que acontecia há cinco anos, mais

países comunicam a realização de actividades nas seguintes áreas: informação e prevenção relacionadas com a droga; rastreio de doenças infecto-contagiosas e vacinação; e tratamento da toxicod dependência, incluindo tratamento de substituição. Além disso, estas intervenções ficaram mais amplamente disponíveis dentro de cada país. O tratamento de substituição em meio prisional está oficialmente disponível em todos os países, excepto Bulgária, Estónia, Letónia, Lituânia, Chipre, Eslováquia e Turquia, embora, em muitos deles, a acessibilidade global desta opção de tratamento seja limitada. A Espanha é, presentemente, o único país europeu que oferece uma grande variedade de medidas de redução dos danos nas prisões.

Em 2006, quatro Estados-Membros apenas comunicaram dados sociodemográficos e informações sobre os padrões de consumo dos reclusos em tratamento através dos seus sistemas nacionais de monitorização do tratamento. Em França, Chipre e Eslováquia, um opiáceo, normalmente a heroína, é a droga mais frequentemente mencionada como droga principal pelos que iniciam o tratamento da toxicod dependência; na Suécia, porém, o consumo de anfetaminas constitui a principal razão para iniciar o tratamento na prisão, o que reflecte, em grande medida, os padrões de consumo problemático de droga nesse país.

Legislação recente sobre o tratamento da toxicod dependência na prisão

Em 2006 e no início de 2007, seis países reviram os seus quadros legais e as orientações jurídicas que afectam os direitos dos reclusos ao tratamento da toxicod dependência.

Na Bélgica, uma directiva de 2006 do Ministério da Justiça determina que os reclusos têm direito à mesma gama de opções de tratamento que se encontram disponíveis fora da prisão. Entretanto, na Irlanda, as novas orientações do Prison Service realçam o nível de cuidados de saúde dos serviços de tratamento, o qual deverá ser comparável ao dos serviços disponíveis na comunidade, ainda que ajustados ao meio prisional.

Na Dinamarca, uma alteração da lei de Janeiro de 2007 confere aos reclusos toxicod dependentes o direito de receberem tratamento gratuito para a sua toxicod dependência. A lei determina que o tratamento deve ter normalmente início no prazo de 14 dias a contar da data em que o recluso o solicitou ao Serviço Dinamarquês de Prisões e Liberdade Condicional. Contudo, esse direito não é aplicável caso o

infractor deva ser libertado no prazo de três meses, ou se for considerado inapto ou não motivado para o tratamento.

Na Roménia, a Ordem Comum dos Ministros da Justiça, Saúde Pública, Administração e dos Assuntos Internos criou, em Maio de 2006, uma nova base jurídica para a instituição do tratamento de substituição nas prisões, no que respeita à continuação dos programas integrados de assistência médica, psicológica e social para os reclusos.

Na Noruega, uma circular de 2006 do Ministério da Justiça e do Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais reforçou a cooperação entre os dois sectores, a fim de proporcionar um melhor acompanhamento durante e após o cumprimento das penas. Mais especificamente, na Eslováquia, uma lei de 2006 permitiu que fossem prestados serviços psicológicos aos consumidores de droga em prisão preventiva que sofram sintomas de abstinência. O objectivo desta lei é prestar esses serviços aos consumidores de droga na altura em que deles mais necessitam, durante a abstinência forçada que se segue à sua detenção. Ela também criou um quadro legislativo de apoio às unidades especiais de tratamento existentes para toxicod dependentes condenados.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Capítulo 3

Cannabis

Introdução

O panorama europeu no que respeita à *cannabis* evoluiu consideravelmente ao longo da última década, assim como o debate sobre a forma de responder adequadamente ao vasto consumo desta droga. No início e em meados da década de 1990, alguns países destacaram-se pela sua prevalência elevada, numa altura em que, na Europa, os níveis de consumo eram normalmente baixos, segundo os padrões actuais. Em quase todos os países, o consumo de *cannabis* aumentou na década de 1990 e no início da década de 2000, gerando um panorama actual muito menos variado a nível europeu, apesar de subsistirem diferenças de país para país. Além disso, nos últimos anos, tem aumentado a compreensão das implicações para a saúde pública do consumo prolongado e vasto desta droga, bem como os níveis de procura de tratamento devido a problemas relacionados com a *cannabis*. É possível que a Europa esteja a entrar numa nova fase, uma vez que os dados apontam para a estabilização ou mesmo para um decréscimo do consumo de *cannabis*. Contudo, este mantém-se em níveis historicamente elevados e o debate europeu sobre o fenómeno da droga continua a procurar uma resposta eficaz para travar.

Oferta e disponibilidade

Produção e tráfico

A *cannabis* pode ser cultivada em ambientes muito diversificados e cresce espontaneamente em muitas regiões do mundo, julgando-se actualmente que a planta seja cultivada em 172 países e territórios (UNODC, 2008) ⁽³⁴⁾. Estes factos, em conjunto, podem dificultar muito a produção de estimativas minimamente precisas da produção mundial de *cannabis*. O valor mais recente apresentado pelo UNODC para a produção mundial de *cannabis* herbácea é de 41 600 toneladas (2006), mais de metade das quais produzidas nas Américas (América do Norte e América do Sul) e quase um quarto em África (UNODC, 2008).

Oferta e disponibilidade de droga – Dados e fontes

As informações sistemáticas e de rotina para caracterizar os mercados e o tráfico de drogas ilegais ainda são limitadas. As estimativas da produção de heroína, cocaína e *cannabis* são obtidas a partir de estimativas do cultivo baseadas em trabalho de campo (amostragem no terreno) e de levantamentos aéreos ou por satélite. Estas estimativas têm algumas limitações importantes ligadas, por exemplo, às variações dos valores de produção ou à dificuldade de monitorizar culturas que não são cultivadas em áreas geográficas restritas, como a *cannabis*.

As apreensões de droga são frequentemente consideradas como um indicador indirecto da oferta, das rotas de tráfico e da disponibilidade das drogas; porém, reflectem igualmente as prioridades, os recursos e as estratégias dos serviços de aplicação da lei, bem como a vulnerabilidade dos traficantes e as práticas de notificação. Os dados sobre a pureza ou a potência e os preços de venda a retalho das drogas ilegais também podem ser analisados para compreender os mercados retalhistas de droga. Contudo, a disponibilidade deste tipo de dados pode ser limitada e podem surgir questões de disponibilidade e comparabilidade. As informações fornecidas pelas autoridades de aplicação da lei poderão ajudar a completar o quadro.

O OEDT recolhe dados nacionais sobre as apreensões, a pureza e os preços de venda a retalho da droga, na Europa. Outros dados sobre a oferta de droga provêm, em grande parte, dos sistemas de informação do UNODC e das suas análises, complementados por informações adicionais fornecidas pela Europol. As informações sobre os precursores de droga são obtidas junto do INCB, que está envolvido em iniciativas internacionais para prevenir o desvio de substâncias químicas precursoras utilizadas no fabrico de drogas ilegais.

Dado que muitas regiões do mundo não dispõem de sistemas de informação sofisticados relacionados com a oferta de droga, algumas das estimativas e outros dados comunicados, apesar de serem os mais aproximados que se encontram disponíveis, devem ser interpretados com prudência.

⁽³⁴⁾ Para informações sobre as fontes de dados relativas à oferta e disponibilidade de droga, ver a caixa nesta página.

O facto de o cultivo de *cannabis* estar muito difundido torna também provável que uma percentagem significativa do tráfico se efectue a nível intra-regional. É o que acontece com parte da *cannabis* herbácea na Europa, onde para além da produção caseira ⁽³⁵⁾, a Albânia e os Países Baixos têm sido referidos como países produtores (Relatórios Nacionais Reitox). Segundo os relatórios, a *cannabis* herbácea consumida na Europa também tem origem noutras regiões do mundo, incluindo: África Ocidental e Austral (Nigéria, Angola), Sudeste Asiático (Tailândia), Sudoeste Asiático (Paquistão) e Américas (Colômbia, Jamaica) (CND, 2008; Europol, 2008).

A produção mundial de resina de *cannabis* foi estimada em 6 000 toneladas em 2006, tendo registado uma diminuição em relação às 7 500 toneladas produzidas em 2004 (UNODC, 2007), continuando Marrocos a ser o principal produtor internacional. A superfície utilizada na produção de resina de *cannabis* diminuiu de 134 000 hectares em 2003 para 76 400 hectares, que produziram 1 066 toneladas em 2005 (UNODC e Governo de Marrocos, 2007). A produção de resina também é mencionada no Afeganistão, onde está a aumentar rapidamente, no Paquistão, na Índia, no Nepal, na Ásia Central e noutros países da CEI (UNODC, 2008). A resina de *cannabis* produzida em Marrocos é normalmente introduzida na Europa através da Península Ibérica (Europol, 2008), sendo parte dela redistribuída para outros países a partir dos Países Baixos.

Apreensões

Em 2006, foram apreendidas, a nível mundial, 5 230 toneladas de *cannabis* herbácea e 1 025 toneladas de resina de *cannabis*, o que representa uma diminuição relativamente aos níveis máximos atingidos em 2004. A América do Norte continuou a ser responsável pela maior parte da *cannabis* herbácea apreendida (58%), ao passo que as maiores quantidades de resina de *cannabis* apreendidas se concentraram novamente na Europa Ocidental e Central (62%) (UNODC, 2008).

Estima-se que em 2006 foram efectuadas, na Europa, 177 000 apreensões de *cannabis* herbácea, equivalentes a 86 toneladas ⁽³⁶⁾. O Reino Unido é o Estado-Membro da UE que comunica mais apreensões de *cannabis* herbácea, apesar de ainda não dispor de dados relativos a 2006. A Turquia informou ter apreendido nesse ano uma quantidade recorde desse produto. O número de apreensões de *cannabis* herbácea na Europa aumentou constantemente desde 2001, embora se tenha registado

Produção de *cannabis* na Europa

Nos últimos anos, a questão da produção interna de *cannabis* tornou-se mais importante, em toda a Europa, reflectindo o facto de a maioria dos países europeus comunicar actualmente o cultivo local de *cannabis* e algumas apreensões substanciais de plantas de *cannabis*. Segundo os relatórios, a *cannabis* é cultivada na Europa quer em plantações em recintos fechadas, frequentemente intensivas, quer em plantações ao ar livre. A dimensão das plantações varia muito, dependendo da motivação e dos recursos do produtor, desde um pequeno número de plantas para consumo pessoal até vários milhares cultivadas em espaços de grande dimensão para fins comerciais.

As informações disponíveis são desiguais e não permitem uma avaliação precisa da amplitude do cultivo de *cannabis* na Europa. No entanto, os relatórios de vários países sugerem que já não é possível considerá-la como marginal. Por exemplo, os inquéritos à população francesa realizados em 2005 indicaram que cerca de 200 000 pessoas tinham cultivado *cannabis* pelo menos uma vez na vida. No Reino Unido, a polícia de Londres encerrou mais de 1 500 «*cannabis farms*», com 400 plantas cada uma, em média, no período de 2005-2006 (Daly, 2007), e pensa-se que a maior parte da *cannabis* herbácea actualmente disponível é produzida localmente ou noutros países europeus. Nos Países Baixos, o cultivo de *cannabis* está amplamente disseminado em algumas zonas do país, estimando-se que foram desmantelados, no total, 6 000 locais de cultivo em 2005 e 2006.

A produção de *cannabis* parece ter aumentado nitidamente, entre o início e meados da década de 1990, em alguns países da Europa Ocidental, em parte como resposta dos consumidores de *cannabis* à má qualidade e ao preço elevado da resina importada, que era então o produto de *cannabis* mais consumido. Afigura-se que, em alguns países, a maioria dos consumidores já consome *cannabis* herbácea produzida localmente. Esta substituição parcial da resina de *cannabis* por *cannabis* herbácea produzida internamente foi possibilitada pelo progresso dos conhecimentos e tecnologias hortícolas (para maximizar as produções e evitar a detecção), que foram subsequentemente divulgados através da Internet (Hough *et al.*, 2003; Jansen, 2002; Szendrei, 1997/1998). A *cannabis* produzida localmente também tem a vantagem, para o produtor, de não necessitar de ser transportada através das fronteiras nacionais.

uma diminuição global da quantidade apreendida, até 2005, notando-se um aumento nos dados mais recentes.

As apreensões de resina de *cannabis* na Europa ultrapassam as de *cannabis* herbácea tanto em número como em quantidade: com o dobro das apreensões (325 000) e uma quantidade apreendida (713 toneladas) oito vezes superior. A maioria das apreensões de resina

⁽³⁵⁾ Ver «Produção de *cannabis* na Europa», nesta página.

⁽³⁶⁾ Os dados sobre as apreensões de droga europeias mencionadas neste capítulo podem encontrar-se nos quadros SZR-1, SZR-2, SZR-3, SZR-4, SZR-5 e SZR-6 no Boletim Estatístico de 2008.

continua a ser comunicada pela Espanha (responsável por cerca de metade das apreensões e por aproximadamente dois terços da quantidade apreendida em 2006), seguida, a alguma distância, pela França e pelo Reino Unido. Após um período de estabilização, em 2001-2003, o número de apreensões de resina de *cannabis* está a aumentar na Europa, embora as quantidades apreendidas tenham aumentado até 2003-2004 e diminuído daí em diante.

Em 2006, um número estimado de 10 500 operações na Europa levou à apreensão de cerca de 2,3 milhões de plantas de *cannabis* ⁽³⁷⁾ e de 22 toneladas de plantas de *cannabis* (64% pela Espanha). Após um aumento constante desde 2001, o número de apreensões de plantas de *cannabis* estabilizou em 2006 ⁽³⁸⁾. Após um acentuado declínio, no ano de 2002, em relação à quantidade recorde apreendida em 2001, o número de plantas apreendidas na Europa tem vindo a aumentar, embora estabilizasse em 2006 num valor correspondente a metade do registado em 2001. No mesmo quinquénio, a quantidade plantas de *cannabis* apreendidas na Europa e comunicadas em quilogramas revela um aumento constante, que se acelerou em 2006 devido às apreensões recorde registadas na Lituânia.

Potência e preço

A potência dos produtos de *cannabis* é determinada pelo seu teor de Delta-9-tetrahydrocannabinol (THC), a principal substância activa. A potência da *cannabis* varia muito consoante os países e dentro de cada país, bem como entre diferentes amostras e produtos de *cannabis*. Por várias razões metodológicas, é difícil interpretar os dados nesta área, sendo questionável que as apreensões analisadas reflectam o mercado em geral. A investigação sugere que, em geral, a *cannabis* produzida internamente e de forma intensiva tende a apresentar uma potência mais elevada. Em 2006, o teor de THC registado nas amostras de resina de *cannabis* variou entre 2,3% e 18,4%, variando o da *cannabis* herbácea entre menos de 1% e 13%. No período de 2001-2006, a potência da resina de *cannabis* e da *cannabis* herbácea manteve-se estável ou diminuiu, em muitos dos 16 países europeus que forneceram dados suficientes; porém, verificaram-se tendências crescentes em relação à resina de *cannabis* importada, nos Países Baixos, e à *cannabis* herbácea, em sete outros países. Só estão disponíveis estimativas da potência da *cannabis* herbácea produzida localmente, ao longo de vários anos, no caso dos Países Baixos, que comunicaram uma diminuição para 16,0% em 2006, a partir do nível máximo de 20,3%, atingido em 2004 ⁽³⁹⁾.

Inquéritos à população: um instrumento importante para compreender os padrões e as tendências em matéria de consumo de droga na Europa

O consumo de droga entre a população em geral pode ser avaliado através de inquéritos representativos, que fornecem estimativas da percentagem de pessoas que declaram ter consumido certas drogas em determinados períodos. Os inquéritos também fornecem informações contextuais úteis sobre os padrões de consumo, as características sociodemográficas dos consumidores e as percepções dos riscos e da disponibilidade ⁽¹⁾.

O OEDT, em estreita colaboração com os peritos nacionais, desenvolveu um conjunto de elementos fundamentais comuns a utilizar nos inquéritos à população adulta (o «Questionário-Modelo Europeu», QME). Este protocolo já foi aplicado na maioria dos Estados-Membros da UE ⁽²⁾, mas ainda subsistem diferenças entre os diversos países no que respeita à metodologia utilizada e ao ano da recolha de dados, o que significa que se devem interpretar as pequenas diferenças, sobretudo entre países, com cautela ⁽³⁾.

Como a realização de inquéritos é dispendiosa, poucos países europeus recolhem informações todos os anos, embora muito as recolham com intervalos de dois a quatro anos. Os dados apresentados neste relatório baseiam-se no inquérito mais recente disponível em cada país, que, na maioria dos casos, terá sido realizado entre 2004 e 2007.

Dos três períodos normalizados utilizados para comunicar os dados de inquérito, a prevalência ao longo da vida é o mais alargado. Esta medida não reflecte a situação actual do consumo de droga entre a população adulta, mas é útil para os relatórios sobre a população escolar, bem como para dar uma perspectiva dos padrões de consumo e da incidência. No caso dos adultos, privilegia-se o consumo no último ano e no último mês ⁽⁴⁾. É importante identificar as pessoas que consomem droga regularmente ou de forma problemática, estando a fazer-se progressos neste aspecto com o desenvolvimento de escalas curtas para avaliar as formas mais intensivas de consumo entre a população em geral, a população adulta e a população escolar (ver caixa sobre o desenvolvimento de escalas psicométricas no relatório anual de 2007).

(1) Estão disponíveis mais informações sobre a metodologia dos inquéritos no Boletim Estatístico de 2008 (<http://www.emcdda.europa.eu/stats08/gpstab121/methods>).

(2) Disponível no endereço: <http://www.emcdda.europa.eu/themes/monitoring/general-population>.

(3) Para mais informações sobre os inquéritos nacionais, ver quadro GPS-121 no Boletim Estatístico de 2008.

(4) Faixas etárias habitualmente utilizadas pelo OEDT: todos os adultos (dos 15 aos 64 anos) e jovens adultos (dos 15 aos 34 anos). O presente relatório utiliza os termos «consumo ou prevalência ao longo da vida», «prevalência no último ano» e «prevalência no último mês», bem como, por vezes, os termos mais coloquiais «experiência ao longo da vida», «consumo recente» e «consumo actual», respectivamente.

(37) Uma vez que a Turquia comunicou não ter apreendido quaisquer plantas de *cannabis* em 2005 e 2006, depois de ter comunicado elevados níveis de apreensão destes materiais em 2001-2004, foi excluída da análise europeia.

(38) Trata-se de um panorama preliminar, visto que os dados relativos ao Reino Unido, país que comunicou a apreensão do maior número de plantas de *cannabis* em 2005, ainda não estão disponíveis para 2006.

(39) Ver dados relativos à potência e ao preço nos quadros PPP-1 e PPP-5 no Boletim Estatístico de 2008.

Inquéritos escolares recentes

O inquérito sobre o comportamento sanitário das crianças em idade escolar (HBSC) é um estudo colaborativo da OMS que investiga a saúde e o comportamento sanitário das crianças, e que desde 2001 inclui perguntas sobre o consumo de *cannabis* entre os jovens de 15 anos.

A segunda ronda deste inquérito, com perguntas sobre o consumo de *cannabis*, foi realizada entre Outubro de 2005 e Maio de 2006, com a participação de 26 Estados-Membros da UE e a Croácia.

A quarta ronda do projecto europeu de inquéritos escolares sobre o álcool e outras drogas (ESPAD) teve lugar em 2007 e contou com a participação de 25 Estados-Membros da UE, a Croácia e a Noruega. Este inquérito investiga especificamente o consumo de substâncias entre os estudantes que atingem 16 anos de idade durante o ano civil em causa. Os resultados dos últimos inquéritos serão publicados em Dezembro de 2008.

A participação nestes dois inquéritos escolares internacionais, cada um dos quais se realiza de quatro em quatro anos, aumentou em cada ronda e já inclui a maioria dos países europeus.

A Espanha, a Itália, Portugal, a Eslováquia, a Suécia e o Reino Unido também comunicaram dados sobre o consumo de *cannabis* resultantes dos seus próprios inquéritos escolares nacionais em 2006.

Os preços típicos de venda a retalho quer da *cannabis* herbácea quer da resina de *cannabis* variaram entre 2 euros e 14 euros por grama, referindo a maioria dos países europeus preços na ordem de 4 a 10 euros para ambos os produtos. Segundo os relatórios, no período de 2001-2006, os preços de venda a retalho da resina de *cannabis* (indexados à inflação) diminuíram, excepto na Bélgica e na Alemanha. Os dados disponíveis em relação à maioria dos países indicam uma situação mais estável no que se refere aos preços da *cannabis* herbácea, durante este período, com excepção da Alemanha e da Áustria, onde se observaram indícios de aumento dos preços.

Prevalência e padrões de consumo

Entre a população em geral

De acordo com estimativas conservadoras, a *cannabis* foi consumida pelo menos uma vez (prevalência ao longo da vida) por mais de 70 milhões de europeus, ou seja, mais de uma em cinco pessoas dos 15 aos 64 anos (ver no quadro 2 um resumo dos dados). Embora existam diferenças consideráveis entre os países, variando os

valores nacionais entre 2% e 37%, metade dos países menciona estimativas na ordem de 11%-22%.

Muitos países referem níveis de prevalência relativamente elevados do consumo de *cannabis* no último ano e no último mês. Estima-se que cerca de 23 milhões de europeus consumiram *cannabis* no último ano, o que corresponde, em média, a cerca de 7% das pessoas dos 15 aos 64 anos. As estimativas da prevalência no último mês incluem as pessoas que consomem a droga mais regularmente, embora não necessariamente de forma intensiva (ver infra). Estima-se que cerca de 12,5 milhões de europeus a consumiram no mês transacto, em média cerca de 4% das pessoas entre 15 e 64 anos.

Consumo de *cannabis* entre os jovens adultos

O consumo de *cannabis* está largamente concentrado na população jovem (15-34 anos), registando-se geralmente os níveis de consumo mais elevados entre os jovens dos 15 aos 24 anos. É o caso de quase todos os países europeus, com excepção da Bélgica, Chipre e Portugal⁽⁴⁰⁾.

Os dados dos inquéritos à população sugerem que, em média, 31% dos jovens adultos europeus (15-34 anos) já consumiram *cannabis*, sendo que 13% o fizeram no último ano e 7% no último mês. Estima-se que percentagens ainda maiores de europeus na faixa etária dos 15 aos 24 anos consumiram *cannabis* no último ano (17%) ou no último mês (9%), embora, em média, um número ligeiramente inferior de pessoas nesta faixa etária tenha experimentado a droga (30%). As estimativas nacionais da prevalência do consumo de *cannabis* variam amplamente consoante os países, em todas as medições da prevalência, comunicando os países no topo da escala valores até dez vezes superiores aos dos países com a prevalência mais baixa.

O consumo de *cannabis* é maior entre as pessoas do sexo masculino do que entre as do sexo feminino (ver tema específico de 2006 sobre o género), embora se observem acentuadas diferenças de país para país. Por exemplo, o rácio entre os homens e as mulheres que disseram ter consumido *cannabis* no último ano variava entre 6,4 homens para cada mulher em Portugal e 1,3 em Itália.

Consumo de *cannabis* entre a população escolar

A seguir ao tabaco e ao álcool, a *cannabis* também continua a ser a substância psicoactiva mais consumida pelos estudantes.

Pode considerar-se que o consumo de *cannabis* pelo menos uma vez na vida por estudantes de 15-16 anos reflecte o consumo recente ou actual, uma vez que é por

⁽⁴⁰⁾ Ver figura GPS-1 no Boletim Estatístico de 2008.

Quadro 2: Prevalência do consumo de cannabis na população em geral — Resumo dos dados

Faixa etária	Período de consumo		
	Ao longo da vida	Último ano	Último mês
15-64 anos			
Número estimado de consumidores na Europa	71,5 milhões	23 milhões	12,5 milhões
Média europeia	21,8%	6,8%	3,8%
Variação	1,7%-36,5%	0,8%-11,2%	0,5%-8,7%
Países com a prevalência mais baixa	Roménia (1,7%), Malta (3,5%), Bulgária (4,4%), Chipre (6,6%)	Malta (0,8%), Bulgária (1,5%), Grécia (1,7%), Suécia (2,0%)	Malta (0,5%), Suécia (0,6%), Lituânia (0,7%), Bulgária (0,8%)
País com a prevalência mais elevada	Dinamarca (36,5%), França (30,6%), Reino Unido (30,1%), Itália (29,3%)	Itália, Espanha (11,2%), República Checa (9,3%), França (8,6%)	Espanha (8,7%), Itália (5,8%), Reino Unido, França, República Checa (4,8%)
15-34 anos			
Número estimado de consumidores na Europa	42 milhões	17,5 milhões	10 milhões
Média europeia	31,2%	13%	7,3%
Variação	2,9%-49,5%	1,9%-20,3%	1,5%-15,5%
Países com a prevalência mais baixa	Roménia (2,9%), Malta (4,8%), Bulgária (8,7%), Chipre (9,9%)	Malta (1,9%), Suécia (3,2%), Lituânia (3,4%), Bulgária (3,5%)	Grécia, Lituânia, Suécia (1,5%), Bulgária (1,7%)
País com a prevalência mais elevada	Dinamarca (49,5%), França (43,6%), Reino Unido (41,4%), Itália (38,6%)	Espanha (20,3%), República Checa (19,3%), França (16,7%), Itália (16,5%)	Espanha (15,5%), França, República Checa (9,8%), Reino Unido (9,2%)
15-24 anos			
Número estimado de consumidores na Europa	20 milhões	11 milhões	6 milhões
Média europeia	30,7%	16,7%	9,1%
Variação	2,7%-44,2%	3,6%-28,2%	1,2%-18,6%
Países com a prevalência mais baixa	Roménia (2,7%), Malta (4,9%), Bulgária (6,9%), Chipre (9,0%)	Grécia, Chipre (3,6%), Suécia (6,0%), Bulgária, Portugal (6,6%)	Grécia (1,2%), Suécia (1,6%), Chipre, Lituânia (2,0%)
País com a prevalência mais elevada	Dinamarca (44,2%), República Checa (43,9%), França (42,0%), Reino Unido (39,5%)	República Checa (28,2%), Espanha (24,3%), França (21,7%), Reino Unido (20,9%)	Espanha (18,6%), República Checa (15,4%), França (12,7%), Reino Unido (12,0%)

Informações baseadas no último inquérito disponível para cada país. O ano de estudo varia entre 2001 e 2007. A prevalência média para a Europa foi calculada por uma média ponderada de acordo com a população da faixa etária pertinente em cada país. Nos países em relação aos quais não existiam informações disponíveis, a prevalência média da UE foi imputada. Populações utilizadas como base: 15-64 (328 milhões), 15-34 (134 milhões) e 15-24 (64 milhões). Os dados aqui resumidos estão disponíveis em «Inquéritos à população em geral» no Boletim Estatístico de 2008.

volta desta idade que ocorre a primeira experiência com esta substância. Os dados do inquérito HBSC 2005/2006 a estudantes de 15 anos mostrou uma grande variação da prevalência ao longo da vida do consumo de *cannabis* em 27 países. Foram comunicadas estimativas da prevalência para o consumo de *cannabis* pelo menos uma vez na vida inferiores a 10% por cinco países; 11 países mencionaram valores entre 10% e 20% e 11 países entre 21% e 31% (Currie *et al.*, 2008) ⁽⁴¹⁾. Nesta faixa etária, os rapazes mencionam normalmente uma prevalência mais alta de consumo de *cannabis* do que as raparigas, mas a diferença na prevalência mencionada entre os dois sexos é pequena ou está mesmo ausente em alguns dos países com estimativas de prevalência mais elevadas.

Tal como acontece com a experiência ao longo da vida, há uma grande variação consoante os países nas estimativas do consumo nos últimos 30 dias entre a população escolar. Em alguns países não é praticamente referida, ao passo que noutros cerca de 15% dos inquiridos disseram ter consumido a droga nos últimos 30 dias, encontrando-se, por vezes, valores ainda mais elevados entre os do sexo masculino. Com base nos dados recolhidos em inquéritos ESPAD anteriores, estima-se que em 2003 cerca de 3,5 milhões (22,1%) de estudantes de 15-16 anos tenham consumido *cannabis* pelo menos uma vez na vida nos Estados-Membros da EU, juntamente com a Croácia e a Turquia, e que cerca de 1,7 milhões (11%) tinham consumido a droga no mês anterior ao inquérito.

Comparações a nível internacional

Os dados quantitativos europeus podem ser comparados com os de outras partes do mundo. Por exemplo, nos Estados Unidos, o inquérito nacional sobre o consumo de droga e a saúde (Samhsa, 2005) estimou uma prevalência do consumo de *cannabis* ao longo da vida de 49% entre os jovens adultos (15-34 anos, recalculado pelo OEDT) e uma prevalência no último ano de 21%. Em relação à mesma faixa etária, a prevalência do consumo de *cannabis* ao longo da vida e no último ano foi, respectivamente, de 58% e 28% no Canadá (2004) e de 48% e 20% na Austrália (2004). Todos estes valores são superiores às médias europeias correspondentes, que são, respectivamente de 31% e 13%.

Padrões de consumo de *cannabis*

Os dados disponíveis indicam vários padrões de consumo de *cannabis*. Da população entre os 15 e os 64 anos

que já consumiu *cannabis*, só 30% o fizeram no último ano ⁽⁴²⁾, mas entre as pessoas que consumiram a droga no último ano, 56%, em média, fizeram-no no último mês.

O cálculo dos padrões de consumo intensivos e prolongados é uma importante questão de saúde pública. O consumo diário ou quase diário (em 20 dias ou mais dos últimos 30 dias) pode ser um indicador de consumo intensivo. Em 2007/2008 foram recolhidos dados sobre esta forma de consumo de *cannabis* na Europa, no âmbito de um ensaio de campo coordenado pelo OEDT, em colaboração com peritos nacionais e os pontos focais Reitox de 13 países. Com base nestes dados, ainda que limitados, estima-se que mais de 1% dos adultos europeus, cerca de 4 milhões, consomem *cannabis* diariamente ou quase diariamente. A maioria destes consumidores de *cannabis*, cerca de 3 milhões, têm entre 15 e 34 anos, representando aproximadamente 2%-2,5% dos europeus nesta faixa etária ⁽⁴³⁾.

É difícil avaliar as tendências do consumo intensivo de *cannabis* na Europa, mas entre os países que participaram em ambos os ensaios de campo em 2004 e 2007 (França, Espanha, Irlanda, Grécia, Itália, Países Baixos, Portugal), houve um aumento médio de aproximadamente 20%, embora esta estimativa seja largamente influenciada pelos valores de França, Espanha e Itália.

O consumo repetido de *cannabis* pode manter-se bastante estável durante longos períodos, mesmo entre os jovens consumidores. Um estudo alemão recentemente publicado, que acompanhou ao longo de uma década uma coorte de jovens dos 14 aos 24 anos, demonstrou que grande parte dos que tinham consumido *cannabis* repetidamente (cinco vezes ou mais na sua vida) no início do período do estudo continuou a consumir a droga, referindo 56% o seu consumo ao fim de quatro anos e dizendo 46% que ainda a consumiam ao fim de 10 anos. Pelo contrário, o consumo ocasional da droga no início do período (1 a 4 vezes) não pareceu estar associado ao desenvolvimento subsequente de formas de consumo a longo prazo e mais problemáticas (Perkonig, 2008).

A dependência da *cannabis* tem sido crescentemente reconhecida como uma possível consequência do consumo regular da droga, mesmo que a gravidade e as consequências possam parecer menos graves do que as habitualmente encontradas em relação a outras substâncias psicoactivas. No entanto, devido à percentagem relativamente maior da população que

⁽⁴¹⁾ Ver figura EYE-5 no Boletim Estatístico de 2008.

⁽⁴²⁾ Ver figura GPS-2 no Boletim Estatístico de 2008.

⁽⁴³⁾ As médias europeias apresentadas constituem uma estimativa aproximada baseada numa média ponderada (da população) para os países que possuem informação. O resultado médio é imputado a países que não possuem informação. Os valores obtidos são 1,2% dos adultos (15-64 anos) e 2,3% dos jovens adultos (15-34 anos). Ver quadro GPS-7 no Boletim Estatístico de 2008.

consome *cannabis* regularmente, o impacto global das formas intensivas de consumo de *cannabis* na saúde pública podem ser significativas. A análise dos dados do inquérito nacional à população relativos aos Estados Unidos revela que cerca de 20%-30% dos consumidores diários indicavam dependência entre 2000-2006 ⁽⁴⁴⁾. Num estudo australiano, 92% dos consumidores de *cannabis* a longo prazo foram classificados como tendo estado dependentes em algum momento da sua vida, sendo mais de metade considerados dependentes na altura do estudo. Um estudo de acompanhamento realizado um ano depois sugeriu que, entre os consumidores a longo prazo, as medições do consumo e da dependência da *cannabis* podem permanecer estáveis durante esse período (Swift *et al.*, 2000).

O OEDT está a desenvolver, em colaboração com vários países, métodos de monitorização das formas mais intensivas e significativas de consumo de *cannabis* a longo prazo, incluindo a dependência. Estão a ser testadas escalas psicométricas em vários países da UE e os dados disponíveis serão analisados este ano. Estas informações poderão ajudar os Estados-Membros da UE a avaliarem as implicações das formas mais problemáticas do consumo de *cannabis* para a saúde pública e o planeamento de intervenções adequadas ⁽⁴⁵⁾.

Padrões de consumo de *cannabis* entre a população escolar

Os dados do HBSC mostram que o consumo frequente de *cannabis* continua a ser raro entre os estudantes de 15 anos, sendo apenas seis os países que referem uma prevalência do consumo frequente de *cannabis* (aqui definido como 40 vezes ou mais durante os 12 meses anteriores) superior a 2%. Contudo, o consumo frequente é, de um modo geral, mais prevalente entre os homens, com estimativas que atingem 5% em sete países. Os relatórios indicam a existência de co-relações entre os padrões mais problemáticos de consumo de *cannabis* e a pertença a um grupo vulnerável (por exemplo, jovens delinquentes, jovens que faltam à escola sem justificação ou com insucesso escolar), sugerindo que são necessárias estratégias específicas para proporcionar uma rede de segurança a esses jovens particularmente vulneráveis. Esta questão é destacada no tema específico de 2008 sobre os jovens vulneráveis.

Em colaboração com o ESPAD, foi realizada uma investigação sobre o policonsumo de droga em que se comparavam os estudantes com 15 e 16 anos em 2003 que tinham consumido *cannabis* nos 30 dias anteriores com os demais estudantes. A comparação mostra que, em média, os estudantes que consumiram *cannabis* têm mais probabilidades de já terem consumido outras substâncias. Apesar de entre os consumidores de *cannabis* a prevalência de outros consumos no último mês ter permanecido baixa (menos de 10%), os consumidores de *cannabis* fumavam duas vezes mais cigarros e bebiam duas vezes mais compulsivamente (80%) do que a população escolar em geral. Estas comparações indicam que o consumo de *cannabis* está associado a taxas de consumo de drogas legais e ilegais consideravelmente superiores à média ⁽⁴⁶⁾.

Tendências do consumo de *cannabis*

A Suécia e a Noruega são os únicos países que comunicam séries de inquéritos entre jovens ou entre recrutas do serviço militar obrigatório que remontam à década de 1970. Uma primeira vaga de consumo foi observada na década de 1970, seguindo-se um declínio na década de 1980 e um novo aumento substancial na década de 1990. A análise do ano de início em inquéritos recentes também identificou uma expansão substancial do consumo de *cannabis* em Espanha (meados da década de 1970) e na Alemanha (início da década de 1990) (ver os relatórios anuais de 2004 e 2007).

Os dados dos inquéritos nacionais comunicados ao OEDT mostram que em quase todos os Estados-Membros da UE o consumo de *cannabis* aumentou acentuadamente na década de 1990, sobretudo entre os jovens (figura 4) e os estudantes. Por volta do ano 2000, a prevalência do consumo de *cannabis* na faixa etária dos 15 aos 34 anos aumentou para níveis superiores a 30% em nove países e para cerca de 40% em dois casos, enquanto a prevalência no último ano atingiu 15%-20% em sete países e a prevalência no último mês chegou a 8%-15% em seis países. Reveste-se de particular interesse a tendência do consumo de *cannabis* no Reino Unido (Inglaterra e País de Gales), país que comunicou as estimativas de prevalência mais elevadas da Europa, no início e em meados da década de 1990, mas onde mais recentemente se observou uma tendência decrescente constante, especialmente na faixa etária dos 16 aos 24 anos ⁽⁴⁷⁾.

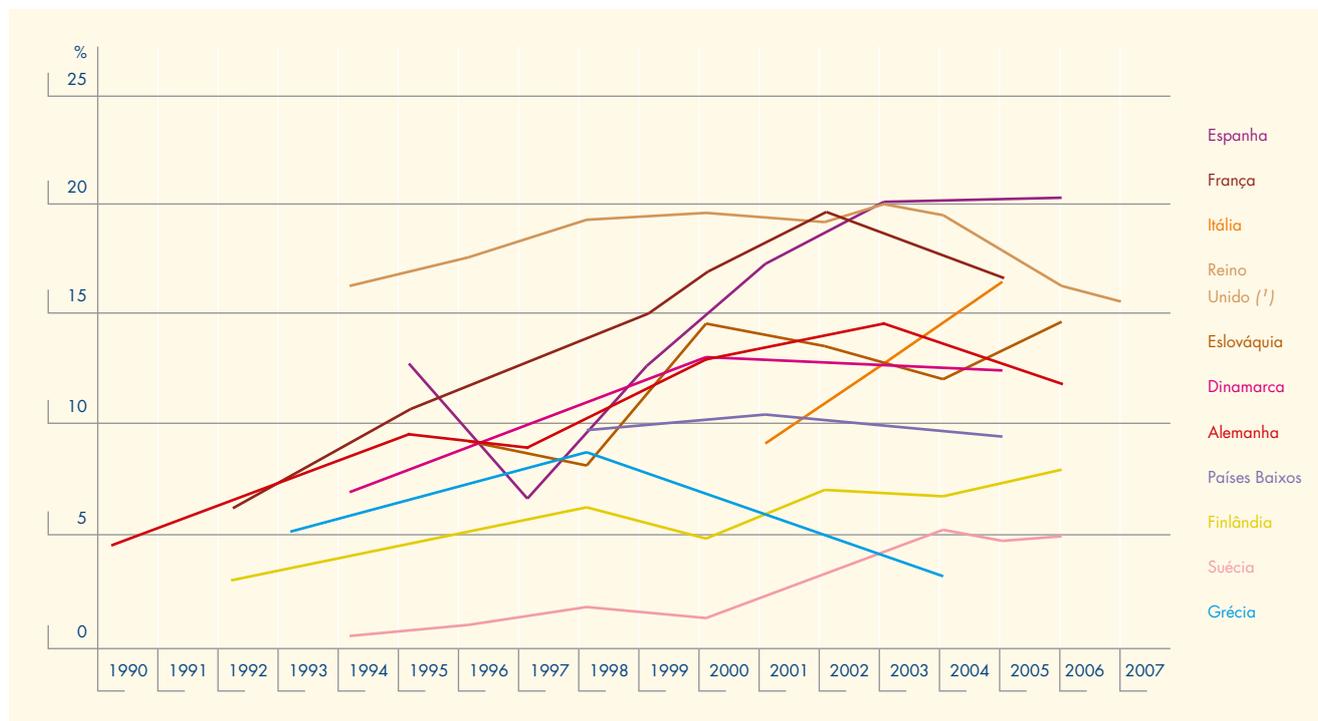
⁽⁴⁴⁾ Instrumento de análise em linha NSDUH: <http://webapp.icpsr.umich.edu/cocoon/SAMHDA/SERIES/00064.xml>, dados acedidos em 25 de Fevereiro de 2008 e depois analisados utilizando as variáveis MJDAY30A e DEPNDMRJ.

⁽⁴⁵⁾ As intervenções, por exemplo as formas de tratamento, são apresentadas em «Oferta de tratamento», p. 48.

⁽⁴⁶⁾ A análise baseia-se nos dados da base de dados produzidos no projecto europeu de inquéritos escolares sobre o álcool e outras drogas (ESPAD) e está de acordo com as regras de utilização da base de dados ESPAD. Os principais investigadores nacionais que fornecem dados para cada um dos países incluídos constam do website do projecto (www.espad.org).

⁽⁴⁷⁾ Ver figura GPS-10 no Boletim Estatístico de 2008.

Figura 4: Tendências da prevalência do consumo de *cannabis* no último ano entre os jovens adultos (15 aos 34 anos)



(1) Inglaterra e País de Gales.

NB: Ver figura GPS-4 no Boletim Estatístico de 2008 para mais informações.

Fontes: Relatórios nacionais Reitox (2007), extraídos de inquéritos à população, relatórios ou artigos científicos.

As informações resultantes dos inquéritos nacionais recentes sugerem que o consumo de *cannabis* está a estabilizar em muitos países. Dos 16 países em relação aos quais é possível analisar essa tendência desde 2001 até 2006, a prevalência no último ano entre os jovens adultos aumentou 15% ou mais em seis países, diminuiu em três numa percentagem semelhante e manteve-se estável em sete (48).

Os dados mais recentemente publicados sobre o consumo de *cannabis* entre a população escolar também evidenciaram tendências para a estabilização ou para a diminuição. Uma comparação dos dados do HBSC de 2001/2002 com os de 2005/2006 mostra uma tendência para estabilização ou para a diminuição tanto no consumo de *cannabis* ao longo da vida como noutros consumos mais frequentes desta droga entre os estudantes de 15 anos de idade, na maioria dos países da UE (49). Outros inquéritos escolares nacionais recentemente realizados em Espanha, Portugal, Eslováquia, Suécia e Reino Unido também revelam tendências para a estabilização ou o decréscimo do consumo.

Dado que a disponibilidade de *cannabis* na Europa em geral não parece ter mudado e os preços estão

aparentemente a diminuir na maioria dos países que forneceram informações, há que encontrar outra explicação para a estabilização ou a diminuição actuais do consumo. O inquérito à população francesa de 2005 (Baromètre Santé) constatou que 80% das pessoas que tinham deixado de consumir *cannabis* disseram fazê-lo por falta de interesse. Uma explicação parcial poderá residir também na visível redução do hábito de fumar tabaco, que tem a mesma via de administração que a *cannabis*, podendo ambos os comportamentos estar, de certo modo, associados (relatórios nacionais Reitox e Currie *et al.*, 2008).

A diminuição do consumo experimental ou ocasional da *cannabis* não está necessariamente relacionada de uma forma directa com as tendências observadas no consumo regular da droga. Este facto pode ser constatado nos dados de dois inquéritos consecutivos levados a cabo entre os adolescentes na Alemanha, os quais revelaram diminuições da prevalência do consumo ao longo da vida e no último ano, embora o «consumo regular» de *cannabis* (mais de 10 vezes no último ano) se tenha mantido inalterado (2,3%) (BZgA, 2004 e BZgA, 2007, citados no relatório nacional alemão).

(48) Sempre que não existiam informações disponíveis sobre os anos exactos, foram utilizadas informações do ano anterior ou do seguinte; quando tais informações também não se encontravam disponíveis, não se realizou qualquer análise.

(49) Ver figuras EYE-4 e EYE-5 no Boletim Estatístico de 2008.

Tratamento por consumo de cannabis

Padrões da procura de tratamento

Em 2006, entre os 390 000 pedidos de tratamento notificados (dados disponíveis de 24 países), a *cannabis* foi a principal razão do respectivo encaminhamento em aproximadamente 21 % dos casos, o que a coloca em segundo lugar, a seguir à heroína⁽⁵⁰⁾. Contudo, há diferenças consideráveis entre os diversos países, sendo a *cannabis* citada como razão principal para o início do tratamento por menos de 5 % dos utentes na Bulgária, Lituânia, Luxemburgo e Roménia, ao passo que é mencionada como droga principal por mais de 30 % dos utentes de tratamento em França, Hungria e Países Baixos⁽⁵¹⁾.

No que respeita aos novos pedidos de tratamento, também há variações consideráveis, sendo a *cannabis* citada como droga de consumo principal por menos de 10 % dos novos utentes na Bulgária, Lituânia e Roménia e por mais de 50 % na Dinamarca, Alemanha, França e Hungria⁽⁵²⁾. Essas variações podem ser explicadas por diferenças na prevalência do consumo intensivo de *cannabis*, na organização do tratamento da toxicodependência ou nas práticas de encaminhamento. Por exemplo, em alguns países com elevadas percentagens de doentes consumidores de *cannabis* (por exemplo, Alemanha, Hungria, Áustria, Suécia), o tratamento da toxicodependência é oferecido em alternativa às sanções penais e é, por vezes, obrigatório em caso de detenção; em França, que comunica a percentagem mais elevada de utentes consumidores de *cannabis* da Europa, foram recentemente criados centros especializados para esses consumidores, facto que irá produzir um impacto directo nos relatórios.

Os consumidores de *cannabis* são sobretudo tratados em centros de tratamento em regime ambulatorio, mas em alguns países (Irlanda, Eslováquia, Finlândia, Suécia) são cerca de um terço os que procuram tratamento em regime de internamento⁽⁵³⁾. A maioria dos utentes consumidores de *cannabis* procura tratamento voluntariamente, segundo os relatórios, mas esta via de encaminhamento é menos comum entre esses utentes do que entre aqueles que procuram ajuda devido a problemas com outras drogas.

As pessoas que procuram tratamento em regime ambulatorio por consumo de *cannabis* como droga principal também dizem consumir outras drogas: 21 %

afirmam consumir álcool como substância secundária, 12 % anfetaminas e *ecstasy*, e 10 % cocaína. Entre os que recebem tratamento por consumo de outras drogas de consumo principais, a *cannabis* é referida como a segunda substância secundária mais frequentemente citada (21 %) a seguir ao álcool (32%)⁽⁵⁴⁾.

Tendências dos novos pedidos de tratamento da toxicodependência

Entre os cerca de 160 000 novos pedidos de tratamento da toxicodependência (dados disponíveis de 24 países) notificados em 2006, os utentes consumidores de *cannabis* constituem o segundo maior grupo (28%), a seguir aos consumidores de heroína (34%). A percentagem de novos utentes que referem a *cannabis* como sua droga de consumo principal é mais elevada do que a percentagem total de utentes que consomem principalmente essa droga. Metade dos países afirma que a percentagem de novos utentes que procuram tratamento devido ao consumo de *cannabis* como droga principal está a aumentar. O número absoluto de novos pedidos de tratamento por consumo de *cannabis* cresceu no período de 2002-2006, tendo a percentagem de novos utentes que iniciam o tratamento por consumo de *cannabis* como droga principal aumentado entre 2002 e 2005 e permanecido ao mesmo nível em 2006⁽⁵⁵⁾.

A tendência crescente observada nos pedidos de tratamento por consumo de *cannabis* pode estar ligada a vários factores: aumentos do consumo de *cannabis* ou do consumo intensivo e a longo prazo; melhorias na cobertura dos dados; expansão e diversificação recentes do sistema de tratamento, que estava anteriormente centrada nos consumidores de heroína, mas que agora se está a direccionar para os consumidores de outras drogas; alteração da legislação e das políticas, por vezes resultando num aumento dos encaminhamentos para o tratamento por consumo de *cannabis* pelo sistema judicial (OEDT, 2008a). A recente estabilização dos novos pedidos de tratamento ligados ao consumo de *cannabis* também pode ser explicada pelas tendências mais recentes no tocante ao consumo de *cannabis*, as alterações introduzidas no sistema de tratamento ou as modificações das vias de encaminhamento para o tratamento.

Perfis dos utentes

Os consumidores de *cannabis* que iniciam o tratamento em regime ambulatorio são predominantemente jovens

⁽⁵⁰⁾ Ver figura TDI-2 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2008.

⁽⁵¹⁾ Ver quadro TDI-5 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2008.

⁽⁵²⁾ Ver quadro TDI-4 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2008.

⁽⁵³⁾ Ver quadro TDI-24 no Boletim Estatístico de 2008.

⁽⁵⁴⁾ Ver quadros TDI-22 e TDI-23 (parte i) e (parte iv) no Boletim Estatístico de 2008.

⁽⁵⁵⁾ Ver figuras TDI-1 e TDI-2 e quadros TDI-3 (parte iv) e TDI-5 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2008.

do sexo masculino, com um rácio entre os géneros de 5,2 homens para cada mulher e uma média de idades de 24 anos. A *cannabis* é a droga principal mais frequentemente mencionada pelas faixas etárias mais jovens. Entre as pessoas que iniciam o tratamento pela primeira vez, o consumo de *cannabis* como droga principal é referido por 67% das que têm entre 15 e 19 anos e 80% dos que têm menos de 15 anos ⁽⁵⁶⁾.

A maioria dos utentes consumidores de *cannabis* parece estar relativamente bem integrada socialmente, em comparação com aqueles que procuram ajuda para problemas com outros tipos de droga. Muitos ainda estão a estudar e vivem num alojamento estável, frequentemente com os seus pais; contudo, estudos recentes também apresentam um perfil social de doentes consumidores de *cannabis* diferente da população geral da mesma faixa etária e que menciona um contexto social mais desfavorecido (OEDT, 2008a).

Globalmente, os consumidores de *cannabis* como droga principal que iniciam o tratamento podem ser divididos em três grupos, no que respeita à frequência do consumo: os que a consomem ocasionalmente (30%), os que a consomem uma a várias vezes por semana (30%) e os que a consomem diariamente (40%) ⁽⁵⁷⁾. Observam-se, todavia, diferenças consideráveis entre países, sobretudo no tocante à percentagem de consumidores regulares de *cannabis* que iniciam o tratamento. Nos países onde os utentes consumidores de *cannabis* são mais numerosos, a percentagem de consumidores diários varia entre mais de 70%, nos Países Baixos e na Dinamarca, e 40%-60% em Espanha, França e Itália, e 20% a 30% na Alemanha e na Hungria.

Oferta de tratamento

Um inquérito encomendado pelo OEDT sobre a oferta de tratamento por consumo de *cannabis* numa amostra de serviços de tratamento da toxicodependência em 19 Estados-Membros concluiu que metade dos serviços inquiridos não possuía programas especificamente dedicados aos problemas causados pela *cannabis* (OEDT, 2008a). Esta conclusão sugere que muitos consumidores de *cannabis* são tratados nos mesmos estabelecimentos que os consumidores de outras drogas, facto que poderá colocar dificuldades, tanto ao pessoal como aos utentes dos serviços de tratamento.

A maioria dos serviços especializados inquiridos oferecia séries de tratamento curtas, normalmente com menos de 20 sessões. O tratamento assumia, geralmente, a

forma de aconselhamento e terapia individuais ou de aconselhamento sobre as possíveis implicações do consumo de *cannabis*. Algumas agências referiram a desintoxicação da *cannabis*, a terapia familiar, as comunidades terapêuticas e os grupos de ajuda mútua como componentes possíveis do tratamento. O recurso ao internamento para o tratamento por consumo de *cannabis*, quando previsto, inseria-se geralmente no contexto da resolução de problemas sociocomportamentais.

A literatura científica neste domínio sugere que várias psicoterapias são comprovadamente eficazes no tratamento por consumo de *cannabis*, incluindo a terapia de motivação e a terapia cognitiva-comportamental, mas nenhuma forma de psicoterapia se revelou mais eficaz do que outra (Nordstrom e Levin, 2007). Embora a maioria dos estudos sobre a eficácia do tratamento por consumo de *cannabis* tenha sido realizada nos Estados Unidos e na Austrália, já começam a ser lançados ou referidos estudos europeus. Em 2004, foi iniciado um ensaio alemão controlado aleatoriamente, que examina um programa de tratamento para adolescentes com perturbações causadas pela *cannabis*, denominado CANDIS. O programa baseia-se numa terapia cognitivo-comportamental, centrada no aumento da motivação e na resolução dos problemas psicossociais. Os resultados iniciais mostram que metade dos doentes tinha deixado de consumir *cannabis* no fim do tratamento e outros 30% reduziram o seu consumo. Além disso, registou-se uma diminuição visível dos problemas mentais e sociais concomitantes. Está previsto um estudo de acompanhamento.

Vários países mencionaram iniciativas para oferecer tratamento aos jovens consumidores de *cannabis*. Em França, foram criados, desde 2005, cerca de 250 centros de consulta para problemas com a *cannabis*, que prestam aconselhamento e apoio aos consumidores e suas famílias. Na Dinamarca, foram recentemente afectados fundos especiais para o desenvolvimento de programas específicos para os jovens consumidores de *cannabis*. Além disso, a Bélgica, a Alemanha, a França, os Países Baixos e a Suíça estão a colaborar num estudo internacional sobre a eficácia de um tratamento global, baseado na família, para o consumo problemático de *cannabis* (INCANT) ⁽⁵⁸⁾.

Na Alemanha, há tentativas de transferir o programa de promoção do abandono do consumo de *cannabis*, baseado na Internet, «Quit the shit» ⁽⁵⁹⁾, que oferece um aconselhamento interactivo em colaboração com centros de tratamento em regime ambulatorio, para as estruturas

⁽⁵⁶⁾ Ver quadros TDI-10 e TDI-21 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2008.

⁽⁵⁷⁾ Ver quadro TDI-18 no Boletim Estatístico de 2008.

⁽⁵⁸⁾ <http://www.incant.eu>.

⁽⁵⁹⁾ <http://www.drugcom.de>.

municipais de assistência aos jovens e os estabelecimentos de tratamento da toxicod dependência e prevenção.

A utilização de tecnologias da informação e das comunicações nas intervenções de redução da procura de droga continua a crescer na Europa. Em 2006/2007, a disponibilidade de aconselhamento sobre o consumo de droga era mencionado por nove Estados-Membros, mencionando oito deles a utilização da Internet (República Checa, Alemanha, Estónia, Países Baixos, Portugal, Áustria, Eslováquia, Reino Unido), ao passo que a Dinamarca mencionou o recurso ao SMS. Estes serviços baseados na Internet estão direccionados para os jovens e concentram-se nos problemas relacionados com o álcool e a *cannabis*.

Consumidores de *cannabis* em contacto com o sistema judicial

A *cannabis* é a droga ilegal mais mencionada nos relatórios policiais sobre infracções à legislação em matéria de droga ⁽⁶⁰⁾ na Europa, tendo as infracções relacionadas com esta droga aumentado 34 %, em média, na União Europeia, entre 2001 e 2006 (figura 2). Os dados disponíveis mostram que a maioria das infracções notificadas em relação à *cannabis* se refere ao consumo e à posse para consumo e não ao tráfico e à oferta, correspondendo as infracções relacionadas com o consumo, na maioria dos países que apresentaram informações, a 62 %-95 % das ditas infracções notificadas.

Sendo muitos delinquentes juvenis consumidores de *cannabis*, que de outro modo poderiam não entrar em contacto com os serviços de tratamento da toxicod dependência, tem sido mencionada uma cooperação crescente entre as autoridades judiciais e os serviços de prevenção e aconselhamento nas escolas e estruturas de assistência aos jovens. A Alemanha, a Espanha (Catalunha), o Luxemburgo e a Áustria implementaram protocolos e programas para jovens que infringiram a legislação em matéria de droga ou que foram condenados por consumo ou posse de drogas, principalmente *cannabis*. Ao infractor pode ser oferecida a opção de fazer um curso, em vez de pagar uma coima. Os programas oferecidos nos vários países pretendem evitar um maior desenvolvimento do consumo de droga e a reincidência na infracção, podendo envolver a família, a escola ou o aconselhamento psicológico.

Uma avaliação de acompanhamento do programa alemão FRd para jovens delinquentes (100 inquiridos) concluiu que 44 % dos ex-participantes reduziram o seu consumo de álcool e de tabaco, 79 % reduziram ou abandonaram o consumo de drogas ilegais e 69 % não reincidiram desde que concluíram o curso. Uma avaliação de equipas semelhantes de prevenção de delinquência juvenil — *youth offending teams* (YOT) — realizada no Reino Unido, concluiu que esta abordagem tinha consideráveis benefícios potenciais (Matrix Research, 2007).

Proibições de fumar e *cannabis*

As possíveis ligações entre as políticas relativas ao tabaco e o hábito de fumar *cannabis* constituem um assunto que merece a nossa atenção. As proibições de fumar estão a generalizar-se na Europa, sendo já nove os Estados-Membros que proíbem totalmente o consumo de tabaco (em espaços públicos e locais de trabalho, incluindo restaurantes e bares), enquanto a Bélgica, a Dinamarca, os Países Baixos e Portugal introduziram recentemente proibições pelo menos parciais desta prática.

A ligação entre o consumo de tabaco e o consumo ulterior de drogas ilegais tende a esbater-se quando se faz um ajustamento aos factores de risco subjacentes, como foi demonstrado por uma análise dos estudos prospectivos (Mathers *et al.*, 2006). Contudo, na Europa, o consumo de *cannabis* é mais prevalente entre os fumadores de tabaco

do que entre os não fumadores e a existência de políticas fortemente restritivas em matéria de tabaco pode influenciar favoravelmente as normas percebidas, que constituem indicadores do consumo quer de tabaco quer de *cannabis*.

Também há alguns indícios de que a *cannabis* é um complemento económico (isto é, reage no mesmo sentido que o preço e a disponibilidade) dos cigarros (Cameron e Williams, 2001). Estudos isolados concluíram que o aumento dos impostos sobre o tabaco parece fazer diminuir a intensidade do consumo de marijuana e pode produzir um efeito negativo moderado sobre a probabilidade de consumo entre os homens (Farrelly *et al.*, 2001).

Por último, vale a pena referir que a proibição neerlandesa de fumar tabaco em restaurantes e bares também se aplica aos coffee shops e que a cidade de Amesterdão decidiu proibir o fumo de *cannabis* em público.

⁽⁶⁰⁾ Ver quadro DLO-6 no Boletim Estatístico de 2008.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Capítulo 4

Anfetaminas, ecstasy e LSD

Introdução

A nível mundial, a seguir à *cannabis*, as anfetaminas (termo genérico que inclui tanto as anfetaminas como as metanfetaminas) e o *ecstasy* figuram entre as drogas ilegais mais consumidas. Actualmente, na Europa, em termos absolutos, o consumo de cocaína pode ser mais elevado, mas a sua concentração geográfica em alguns países significa que, na maior parte da União Europeia, algum tipo de droga produzida sinteticamente continua a ser a segunda substância ilegal mais consumida. Além disso, em algumas partes da Europa, o consumo de anfetaminas constitui uma parte importante do problema

Anfetaminas e metanfetaminas: diferenças e semelhanças

No mercado de drogas ilegais, as principais representantes do grupo das anfetaminas são a anfetamina e a metanfetamina (e respectivos sais) — duas substâncias sintéticas estreitamente relacionadas entre si e membros da família das fenetilaminas. Ambas as substâncias são estimulantes do sistema nervoso central, partilhando o mesmo mecanismo de acção e tendo efeitos comportamentais, tolerância, efeitos de abstinência e consumo prolongado (crónico) semelhantes. A anfetamina é menos potente do que a metanfetamina, mas em situações não controladas os efeitos são quase indistinguíveis.

Os produtos das anfetaminas e das metanfetaminas são sobretudo constituídos por pós, mas o «ice» (gelo), ou seja o hidrocloreto de metanfetamina, um sal puro e cristalino, também é consumido. Os comprimidos com anfetaminas ou metanfetaminas podem ter logótipos semelhantes aos observados nos comprimidos de MDMA e noutros comprimidos de *ecstasy*.

Em consequência das forma físicas em que se encontram disponíveis, as anfetaminas e metanfetaminas podem ser ingeridas, aspiradas, inaladas e, o que é menos comum, injectadas. Ao contrário do sal de sulfato de anfetamina, o hidrocloreto de metanfetamina, em especial na sua forma cristalina («ice»), é suficientemente volátil para ser fumado.

Fontes: EMCDDA drug profiles (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/methamphetamine>).

da droga, sendo responsável por uma percentagem substancial das pessoas necessitadas de tratamento.

As anfetaminas e as metanfetaminas são estimulantes do sistema nervoso central. Das duas drogas, as anfetaminas são claramente mais fáceis de obter na Europa, enquanto o consumo significativo de metanfetaminas parece estar restringido à República Checa e à Eslováquia.

O *ecstasy* refere-se a substâncias sintéticas quimicamente relacionadas com as anfetaminas, mas que diferem um pouco destas quanto aos efeitos. O membro mais conhecido do grupo do *ecstasy* é o 3,4-metilenedioxi-metanfetamina (MDMA), mas podem encontrar-se outras substâncias análogas nas pastilhas de *ecstasy* (MDA, MDEA). O consumo de *ecstasy* era praticamente desconhecido na Europa antes de finais da década de 1980, mas aumentou drasticamente durante a década de 1990. A sua popularidade tem sido historicamente associada aos locais com música e dança e, em geral, o consumo de drogas sintéticas com uma grande prevalência está associado a determinados subgrupos culturais ou contextos sociais.

As estimativas do consumo de ácido lisérgico dietilamida (LSD), de longe, a droga alucinogénia mais conhecida, há muito que são baixas e bastante estáveis na Europa. Contudo, os jovens parecem manifestar um interesse crescente pelas substâncias alucinogénias naturais.

Oferta e disponibilidade

Anfetaminas

A produção mundial de anfetaminas, estimada em 126 toneladas em 2006, continua a estar concentrada na Europa, onde se situavam 79% dos laboratórios de anfetaminas notificados nesse ano (UNODC, 2008), apesar de estar a expandir-se para outras regiões do mundo, nomeadamente para a América do Norte e o Sudeste Asiático ⁽⁶¹⁾. A nível mundial, foram apreendidas mais de 19 toneladas de anfetaminas em 2006, a maioria das quais no Próximo e no Médio Oriente (67%), ligadas aos comprimidos «Captagon» ⁽⁶²⁾ produzidos no Sudeste

⁽⁶¹⁾ Para informações sobre as fontes de dados relativas à oferta e disponibilidade de droga, ver p. 39.

⁽⁶²⁾ Captagon é uma das marcas registadas para a fenetylline, um estimulante do sistema nervoso central, embora se verifique muitas vezes que os comprimidos com este logótipo presentes no mercado ilegal contêm anfetaminas misturadas com cafeína.

Europeu, figurando em segundo lugar as apreensões de anfetaminas efectuadas na Europa Ocidental e Central (27%), o que reflecte o papel da Europa como principal produtor e consumidor desta droga (CND, 2008; UNODC, 2008).

A maior parte das anfetaminas apreendidas na Europa é produzida, por ordem de importância, nos Países Baixos, na Polónia e na Bélgica e, em menor grau, na Estónia e na Lituânia. Em 2006, foram descobertos 40 locais envolvidos na produção, na embalagem ou na armazenagem de anfetaminas na União Europeia (Europol, 2007a); e o UNODC (2008) informa que foram desmantelados 123 laboratórios em países europeus.

A Turquia comunicou ter apreendido cerca de 20 milhões de comprimidos de anfetaminas com o logótipo «Captagon». A produção de anfetaminas sob esta forma é mencionada tanto na Bulgária como na Turquia, pensando-se que se destina, em grande parte, à exportação para países consumidores no Próximo e no Médio Oriente.

Na Europa, estima-se que foram efectuadas, em 2006, 38 000 apreensões, equivalentes a 6,2 toneladas de anfetaminas em pó. Embora os valores provisórios para 2006 sugiram um decréscimo em relação aos níveis mais elevados notificados em 2004 e 2005, tanto as apreensões como a quantidade de anfetaminas apreendidas aumentaram no quinquénio de 2001-2006⁽⁶³⁾. Contudo, esta conclusão é provisória, visto que os dados mais recentes do Reino Unido, o país europeu que habitualmente notifica um maior número de apreensões, ainda não estão disponíveis. As apreensões de comprimidos de anfetaminas, ao contrário das anfetaminas em pó, são crescentemente notificadas por alguns países, tendo sido apreendidos 390 000 comprimidos no total, na União Europeia (a maior parte em Espanha), em 2006.

A pureza das amostras de anfetaminas apreendidas na Europa em 2006 variou consideravelmente e em tal grau que qualquer comentário sobre os valores típicos deve ser feito com prudência. No entanto, os países que comunicaram dados relativos a 2006 podem ser divididos em dois grupos, referindo dez países níveis de pureza entre 2% e 10% e os restantes níveis mais elevados (25%-47%). Neste último grupo incluíam-se, normalmente, os países conhecidos por terem um maior envolvimento na produção, no tráfico ou no consumo de anfetaminas (Países Baixos, Polónia, países bálticos e países nórdicos). Nos últimos cinco anos, a pureza das anfetaminas tem-se mantido estável ou diminuído na maioria dos 19 países

Medidas internacionais contra a produção e o desvio de precursores de drogas sintéticas

Os esforços das autoridades responsáveis pela aplicação da lei são cada vez mais direccionados para as substâncias químicas precursoras necessárias para a produção de drogas ilegais, a título de medida de combate adicional, sendo a cooperação internacional particularmente útil neste domínio. O Projecto Prism é uma iniciativa internacional que visa prevenir o desvio de precursores químicos utilizados no fabrico ilegal de drogas sintéticas, através de um sistema de notificação prévia das exportações efectuadas no âmbito do comércio legal e de comunicação dos carregamentos interceptados e das apreensões efectuadas em caso de operações suspeitas. As informações sobre as actividades neste domínio são comunicadas ao Conselho Internacional para o Controlo de Estupefacientes (INCB, 2008b).

A nível mundial, os relatórios indicam que, em 2006, foram apreendidas mais de 11 toneladas de efedrina e pseudoefedrina, precursores essenciais das metanfetaminas. A China é responsável por metade deste total, seguida do Canadá e de Mianmar. Os Estados-Membros da UE (sobretudo a Bélgica e a Hungria), juntamente com a Federação Russa e a Ucrânia, foram responsáveis por apenas 0,3 toneladas, embora a Europol (2008) refira um aumento recente da exportação, do transbordo e do desvio destas substâncias químicas na União Europeia.

As apreensões mundiais de 1-fenil-2-propanona (P-2-P), substância que pode ser utilizada no fabrico ilegal de anfetaminas e metanfetaminas, diminuíram em 2006. Os Estados-Membros da UE (principalmente a Dinamarca, os Países Baixos e a Polónia), juntamente com a Turquia e a Federação Russa, constituíram uma excepção a esta tendência, tendo sido, em conjunto, responsáveis pela maior parte das apreensões efectuadas a nível mundial e que se elevaram a 2 600 litros de P-2-P. Este precursor é predominantemente usado na produção de anfetaminas, na Europa, sendo os abastecimentos de P-2-P normalmente originários de países asiáticos (China), embora desde 2004 também seja fornecido e traficado a partir da Federação Russa (Europol, 2007a).

As apreensões mundiais de 3,4-metilenedioxifenil-2-propanona (3,4-MDP-2-P), substância utilizada no fabrico de MDMA, diminuíram em 2006 para 7 500 litros, sendo o Canadá responsável pela quase totalidade, com excepção de 105 litros apreendidos pelos Países Baixos. As apreensões de safrolo, que pode substituir o 3,4 MDP 2-P na síntese do MDMA, permaneceram marginais em 2006, tendo sido apreendidos 62 litros a nível mundial, a maioria na Austrália; na Europa, só a França notificou a apreensão de safrolo (7 litros).

⁽⁶³⁾ Os dados sobre as apreensões europeias mencionadas no presente capítulo figuram nos quadros SZR-11 a SZR-18 no Boletim Estatístico de 2008. Note-se que quando não existem dados para 2006, se utilizam os dados correspondentes relativos a 2005 para calcular os totais europeus.

que dispõem de dados em quantidade suficiente para permitir uma análise.

Em 2006, o preço típico de venda a retalho das anfetaminas variou entre 10 euros e 15 euros por grama em metade dos países que comunicam informações. No período de 2001-2006, à excepção da República Checa, da Espanha e da Roménia, o preço de venda a retalho das anfetaminas diminuiu, segundo os relatórios, nos 16 países que comunicaram dados suficientes para análise.

Metanfetaminas

A produção de metanfetaminas está concentrada na América do Norte e no Leste e Sudeste Asiático. Em 2006, a produção mundial de metanfetaminas foi estimada em 266 toneladas, excedendo a de qualquer outra droga sintética ilegal. Foram apreendidas cerca de 15,8 toneladas de metanfetaminas em todo o mundo, no ano de 2006, a maioria das quais no Leste e no Sudeste Asiático, figurando a América do Norte em segundo lugar e sendo a Europa responsável por menos de 1 % das apreensões (UNODC, 2007, 2008).

A produção ilegal de metanfetaminas também tem lugar na Europa, se bem que esteja em grande medida limitada à República Checa, onde foram detectados mais de 400 pequenos laboratórios artesanais em 2006. Segundo os relatórios, esta droga é igualmente produzida na Eslováquia e, em menor grau, na Lituânia (INCB, 2008a).

Em 2006, foram notificadas cerca de 3 000 apreensões de metanfetaminas, correspondentes a 154 kg desta droga, em 17 países europeus. A Noruega é responsável pela maior parte das apreensões e das quantidades apreendidas, seguida pela Suécia, a República Checa e a Eslováquia. Nestes dois últimos países, as apreensões tenderam a ser pequenas, não sendo, normalmente, superiores a algumas gramas. Entre 2001 e 2006, quer o número quer a quantidade de metanfetaminas apreendidas na Europa têm vindo a crescer, embora ainda se mantenham baixos em comparação com outras drogas. Em 2006, os poucos dados disponíveis sugerem que a pureza típica das metanfetaminas variou entre 20% e 55%.

Ecstasy

Segundo as informações do UNODC (2007a), a produção mundial de *ecstasy* rondou 102 toneladas em 2006. A produção parece ter-se tornado geograficamente mais difusa, sendo agora o fabrico para consumo local mais comum na América do Norte e no Leste e Sudeste Asiático. Mesmo assim, é na Europa que o *ecstasy* continua a ser principalmente produzido, concentrando-se o seu fabrico

nos Países Baixos (onde, após alguns anos de declínio, a produção poderá ter voltado a aumentar em 2006), na Bélgica e, em menor grau, na Polónia e no Reino Unido.

A importância relativa da Europa como consumidora e produtora de *ecstasy* pode ser constatada pelos dados relativos às apreensões de droga. A Europa comunicou mais de 20 000 operações, que resultaram na apreensão de quase 14 milhões de comprimidos de *ecstasy* em 2006. Os Países Baixos foram responsáveis pela maior quantidade apreendida (4,1 milhões de comprimidos), seguidos pelo Reino Unido, a Turquia, a França e a Alemanha. Globalmente, o número de apreensões de *ecstasy* diminuiu no período de 2001-2006 e a quantidade apreendida também diminuiu, após terem registado um ponto alto em 2002 ⁽⁶⁴⁾. Das 4,5 toneladas de *ecstasy* apreendidas a nível mundial em 2006, a Europa Ocidental e Central foram responsáveis por 43%; a título de comparação, a América do Norte foi responsável por 34% (UNODC, 2008).

Na Europa, a maior parte dos comprimidos de *ecstasy* analisados em 2006 continham MDMA ou outra substância semelhante ao *ecstasy* (MDEA, MDA) como única substância psicoactiva presente, comunicando 17 países que assim acontecia em mais de 70% do número total de comprimidos analisados. A Espanha e a Polónia foram as excepções, tendo informado que a análise dos comprimidos comercializados como *ecstasy* detectava frequentemente a presença de anfetaminas ou metanfetaminas, muitas vezes associadas ao MDMA ou a uma das substâncias análogas. Na Letónia e em Malta, a maioria dos comprimidos analisados não continha qualquer substância controlada.

A maioria dos países comunicou que o teor de MDMA típico dos comprimidos de *ecstasy* oscilava entre 25 e 65 mg — embora as amostras analisadas apresentassem variações consideráveis (9-90 mg). Além disso, alguns países (Bélgica, Dinamarca, Alemanha, França, Países Baixos, Noruega) mencionaram a existência de comprimidos com altas doses de *ecstasy*, contendo mais de 130 mg de MDMA, e em alguns mercados já se encontra MDMA em pó de alta qualidade. Não é observável uma clara tendência a médio prazo no que respeita ao teor de MDMA dos comprimidos de *ecstasy*. É, todavia, evidente que, em comparação com a altura em que a droga começou a estar amplamente disponível na Europa, no início da década de 1990, o *ecstasy* se tornou consideravelmente mais barato. Apesar de existirem informações de que há comprimidos vendidos por apenas 1 euro, a maioria dos países menciona preços de venda a retalho habitualmente na ordem dos

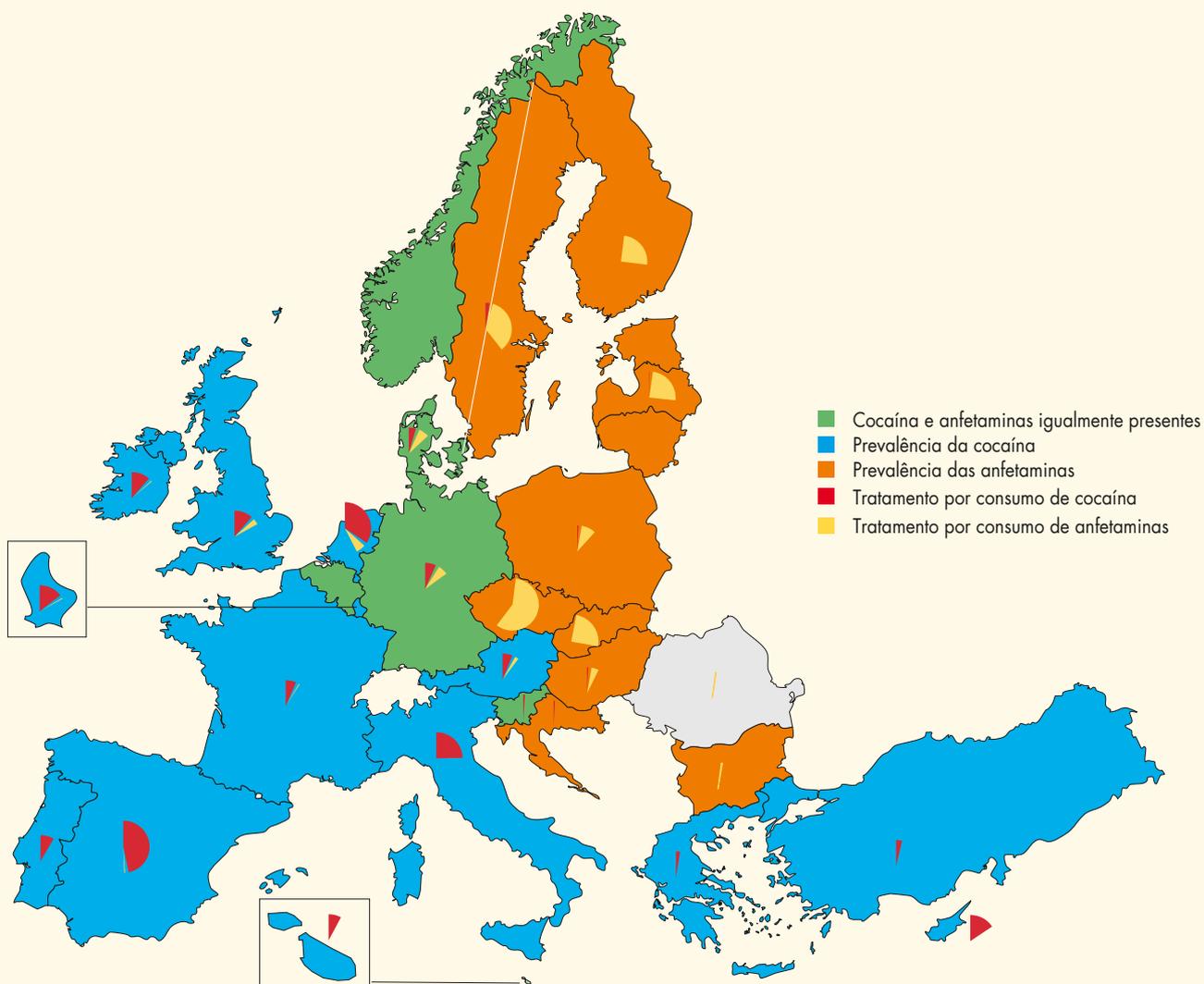
⁽⁶⁴⁾ Este panorama é preliminar, uma vez que os dados relativos ao Reino Unido, o país que comunicou mais apreensões em 2005, ainda não estão disponíveis para 2006.

Mercado europeu de estimulantes: «países de cocaína» e «países de anfetaminas»?

Uma síntese de informações provenientes de diversas fontes de informação sugere que diferentes drogas estimulantes podem desempenhar um papel semelhante em diferentes países e, por isso, ao desenvolver políticas nesta área, pode ser aconselhável considerar não só as substâncias a título individual, mas também o mercado de estimulantes no seu conjunto. Em alguns países, a cocaína parece ser a principal droga estimulante, enquanto noutros as anfetaminas ou as

metanfetaminas são aparentemente mais consumidas. O quadro que emerge da combinação dos dados provenientes dos inquéritos à população em geral com os relatórios das apreensões sugere que os países da Europa Setentrional e Central tendem a pertencer, de um modo geral, ao «grupo das anfetaminas», ao passo que nos países da Europa Ocidental e do Sul, o consumo de cocaína é largamente predominante.

Mercados de estimulantes na Europa: prevalência relativa da cocaína ou das anfetaminas nas apreensões e nos inquéritos à população e percentagem de consumidores de droga em tratamento que mencionam estas substâncias como drogas principais



A importância relativa dos estimulantes no fenómeno mundial da droga também varia muito consoante os países. Este facto pode ser constatado nos dados relativos ao tratamento: enquanto num grupo restrito de países as drogas estimulantes são responsáveis por uma percentagem relativamente elevada dos pedidos de tratamento da toxicod dependência (metanfetaminas na República Checa e na Eslováquia; anfetaminas na Letónia, na Suécia e na Finlândia; e cocaína em Espanha, Itália e Países Baixos), noutros países, são muito poucos os utentes do tratamento que mencionam qualquer destas substâncias como principal razão para procurarem ajuda e, às vezes, o seu número pode mesmo ser considerado insignificante.

Os dados relativos aos utentes de tratamento indicam igualmente que aqueles que são tratados devido a problemas causados por drogas estimulantes tendem a consumir uma única categoria destas drogas. Por exemplo, apenas cerca de 8% dos utentes em tratamento por consumo de cocaína em regime ambulatorio (todos os pedidos), mencionaram as anfetaminas como droga secundária, enquanto entre os utentes consumidores de anfetaminas, menos de 9% referiram a cocaína como droga problemática secundária. Além disso, os relatórios de alguns países sugerem que um estimulante pode, por vezes, substituir outro no mercado da droga. Por exemplo, há dados que indicam que a cocaína pode estar a substituir as anfetaminas e o *ecstasy* entre algumas populações de consumidores de droga; e nos Países Baixos, as anfetaminas podem ser consumidas como um substituto mais barato da cocaína, fora das zonas urbanas.

Embora as drogas estimulantes possam diferir quanto aos efeitos e consequências, no que respeita ao tratamento da toxicod dependência, as opções, taxas de permanência e resultados são largamente semelhantes (Rawson *et al.*, 2000; Copeland e Sorensen, 2001). Em certa medida, também se podem constatar semelhanças nos padrões de consumo destas drogas e na tipologia geral dos consumidores. Por exemplo, os padrões de consumo recreativos, menos intensivos e prejudiciais, presentes entre os consumidores bem integrados socialmente, podem coexistir com um consumo intensivo em grupos mais marginalizados, com maior associação a problemas de dependência e modos de administração mais perigosos, em que a droga é injectada ou fumada.

NB: A cor de fundo indica o domínio relativo da cocaína ou das anfetaminas, segundo os inquéritos à população em geral (prevalência do consumo no último ano entre a população dos 15 ao 34 anos) e os dados sobre as apreensões; os gráficos de sectores circulares representam as percentagens do total de pedidos de tratamento correspondentes a estas duas drogas — só são mostrados os segmentos que representam a cocaína e as anfetaminas. Em relação à Itália, aos Países Baixos e à Polónia, que não tinham dados disponíveis sobre as apreensões, apenas foram utilizados dados dos inquéritos à população. No caso da Croácia, só foram utilizados dados das apreensões. A Noruega e a Bélgica, não dispunham de dados sobre o tratamento. Os dados disponíveis em relação à Roménia não permitiam que se tirassem ilações para o país em geral. Na República Checa e na Eslováquia, a metanfetamina é a anfetamina mais comumente consumida.

3 a 9 euros por comprimido, e os dados disponíveis para 2001-2006 sugerem que o preço de venda a retalho (indexado à inflação) tem continuado a baixar.

LSD

O consumo de LSD e o seu tráfico continuam a ser considerados marginais, apesar de as apreensões realizadas na Europa sugerirem um eventual ressurgimento do interesse por esta droga nos últimos anos. Após uma prolongada tendência decrescente que remonta à década de 1990, tanto o número de apreensões como as quantidades apreendidas têm vindo a aumentar desde 2003. A situação actual é pouco clara, pois, apesar de os dados provisoriamente disponíveis indicarem uma ligeira diminuição de ambos os indicadores, o Reino Unido, país que normalmente comunica as maiores quantidades de LSD apreendidas, ainda não transmitiu os seus dados. Os preços de venda a retalho do LSD (indexados à inflação) têm vindo a diminuir ligeiramente desde 2001, variando em 2006 entre 5 e 11 euros por unidade na maioria dos países europeus.

Prevalência e padrões de consumo

Entre os Estados-Membros da União Europeia, o consumo de anfetaminas ou de *ecstasy* é relativamente elevado na República Checa, na Estónia e no Reino Unido; e relativamente elevado, quando comparado com a situação geral nacional em matéria de droga, em alguns países da Europa Central e Setentrional. Pelo contrário, em termos globais, os níveis de consumo de drogas sintéticas alucinogénias como o ácido lisérgico dietilamida (LSD) são mais baixos e há bastante tempo que se mantêm em grande medida estáveis.

É necessário entender os níveis de prevalência mais elevados que se observam em alguns países no contexto de, sucintamente, dois padrões de consumo distintos. Num pequeno número de países, o consumo de anfetaminas ou metanfetaminas, muitas vezes injectadas, é responsável por uma percentagem substancial do número global de consumidores problemáticos de droga e de pessoas que procuram ajuda devido a problemas de droga. Em contraste com estas populações crónicas, há uma associação mais geral entre as drogas sintéticas, especialmente o *ecstasy*, e os clubes nocturnos, a música de dança e algumas subculturas, levando a que se registem níveis significativamente mais elevados de consumo entre os jovens, em comparação com a população em geral, e suscitando níveis extremamente elevados de consumo em alguns contextos ou subpopulações específicas.

Anfetaminas

Inquéritos à população recentes indicam que a prevalência do consumo de anfetaminas ao longo da vida ⁽⁶⁵⁾ na Europa varia, consoante os países, entre 0,1% e 11,9% da população adulta (15-64 anos). Em média, cerca de 3,3% dos adultos europeus afirmam ter consumido anfetaminas pelo menos uma vez. O consumo da droga no último ano é muito mais baixo, com uma média europeia de 0,6% (variação 0,0%-1,3%). As estimativas sugerem que cerca de 11 milhões de europeus experimentaram anfetaminas e que aproximadamente 2 milhões consumiram essa droga no último ano (ver no quadro 3 uma síntese dos dados).

Entre os jovens adultos (15-34 anos), a prevalência ao longo da vida do consumo de anfetaminas varia consideravelmente entre os diversos países, desde 0,2% até 16,5%, com uma média europeia de aproximadamente 5%. O consumo de anfetaminas no último ano nesta faixa etária varia entre 0,1% e 2,9%, comunicando a maioria dos países estimativas da prevalência entre 0,7% e 1,9%. Estima-se que, em média, 1,3% dos jovens europeus consumiram anfetaminas no último ano.

Consumo problemático de anfetaminas

O indicador do OEDT relativo ao consumo problemático de droga (CPD) pode ser utilizado num sentido restrito para as anfetaminas, em que designa o consumo por injeção

Quadro 3: Prevalência do consumo de anfetaminas na população em geral — Resumo dos dados

Faixa etária	Período de consumo	
	Ao longo da vida	Último ano
15-64 anos		
Número estimado de consumidores na Europa	11 milhões	2 milhões
Média europeia	3,3%	0,6%
Variação	0,1%-11,9%	0,0%-1,3%
Países com a prevalência mais baixa	Grécia (0,1%), Roménia (0,2%), Malta (0,4%) Chipre (0,8%)	Grécia, Malta (0,0%), França (0,1%), Portugal (0,2%)
País com a prevalência mais elevada	Reino Unido (11,9%), Dinamarca (6,9%), Noruega (3,6%), Irlanda (3,5%)	Reino Unido, Estónia (1,3%), Noruega, Letónia (1,1%)
15-34 anos		
Número estimado de consumidores na Europa	7 milhões	2 milhões
Média europeia	5,1%	1,3%
Variação	0,2%-16,5%	0,1%-2,9%
Países com a prevalência mais baixa	Grécia (0,2%), Roménia (0,5%), Malta (0,7%), Chipre (0,8%)	Grécia (0,1%), França (0,2%), Chipre (0,3%), Portugal (0,4%)
País com a prevalência mais elevada	Reino Unido (16,5%), Dinamarca (12,7%), Noruega (5,9%), Espanha, Letónia (5,3%)	Estónia (2,9%), Reino Unido (2,7%), Letónia (2,4%), Dinamarca (2,2%)

Informações baseadas no último inquérito disponível para cada país. O ano de estudo varia entre 2001 e 2007. A prevalência média para a Europa foi calculada por uma média ponderada de acordo com a população da faixa etária pertinente em cada país. Nos países em relação aos quais não existiam informações disponíveis, a prevalência média da UE foi imputada. Populações utilizadas como base: 15-64 (328 milhões), 15-34 (134 milhões) e 15-24 (64 milhões). Os dados aqui resumidos estão disponíveis em «Inquéritos à população em geral» no Boletim Estatístico de 2008.

⁽⁶⁵⁾ Os dados dos inquéritos relativos ao «consumo de anfetaminas» muitas vezes não estabelecem qualquer distinção entre as anfetaminas e as metanfetaminas, mas normalmente referem-se ao consumo de anfetaminas (sulfato ou dexanfetamina), uma vez que o consumo de metanfetaminas não é comum na Europa, que notifica menos de 1% das apreensões mundiais desta droga.

ou prolongado/regular desta substância. Um único Estado-Membro (Finlândia) forneceu uma estimativa nacional recente do consumo problemático de anfetaminas, que, em 2005, foi estimado em 12 000 a 22 000 consumidores problemáticos de anfetaminas (4,3 a 7,9 casos por 1 000, entre os 15 e os 54 anos), cerca de quatro vezes mais do que o número estimado de consumidores problemáticos de opiáceos existentes no país.

O número de pedidos de tratamento notificados referentes ao consumo de anfetaminas é relativamente pequeno na maioria dos países europeus. O tratamento por consumo de anfetaminas corresponde a uma percentagem apreciável da procura global de tratamento registada na Letónia, na Suécia e na Finlândia, países onde 25% a 35% dos utentes que iniciam o tratamento da toxicodependência mencionam as anfetaminas como principal substância responsável pelo seu problema de droga. Para além destes países, o tratamento por consumo de anfetaminas só representa mais de 5% do tratamento da toxicodependência notificado na Dinamarca, na Alemanha, nos Países Baixos e na Polónia, países onde 6% a 9% dos consumidores em tratamento mencionam as anfetaminas como principal droga de consumo ⁽⁶⁶⁾.

Na maioria dos países, embora não na Suécia e na Finlândia, a percentagem de novos utentes que iniciam o tratamento por consumo de anfetaminas como droga principal é superior à percentagem total de utentes que recebem tratamento por consumo desta droga. De 2002 a 2006, a percentagem destes novos utentes tem-se mantido relativamente estável na Europa em geral, embora se tenha registado, neste período, um aumento na Letónia e na Dinamarca, ao passo que na Suécia e na Finlândia a percentagem de novos utentes consumidores de anfetaminas diminuiu, o que poderá indiciar um envelhecimento dessa população ⁽⁶⁷⁾.

Os consumidores de anfetaminas que iniciam o tratamento têm, em média, cerca de 29 anos e são do sexo masculino. Embora o rácio entre homens e mulheres seja aproximadamente de 2 para 1, a percentagem global de mulheres entre os utentes consumidores de anfetaminas é superior à observada em relação a outras drogas ⁽⁶⁸⁾.

Consumo problemático de metanfetaminas

Ao contrário de outras regiões do mundo, onde o consumo de metanfetaminas aumentou nos últimos anos, os níveis do seu consumo na Europa parecem ser limitados (Griffiths *et al.*, 2008). Historicamente, o

consumo desta droga na Europa tem estado concentrado na República Checa e, até certo ponto, na Eslováquia, sendo estes os únicos países que comunicam estimativas recentes de consumo problemático. Em 2006, estimou-se que existiam na República Checa aproximadamente 17 500 a 22 500 consumidores de metanfetaminas (2,4 a 3,1 casos por 1 000 pessoas de 15-64 anos), quase o dobro do número estimado de consumidores problemáticos de opiáceos, e na Eslováquia, cerca de 6 200 a 15 500 consumidores de metanfetaminas (1,6 a 4,0 casos por 1 000 habitantes dos 15 aos 64 anos), cerca de 20% menos do que o número estimado de consumidores problemáticos de opiáceos.

Nos últimos cinco anos, a procura registada de tratamento relacionado com o consumo de metanfetaminas tem vindo a crescer em ambos os países. As metanfetaminas são agora a droga principal de consumo mais frequentemente mencionada pelas pessoas que solicitam tratamento pela primeira vez na Eslováquia, país onde suscita 25% dos pedidos de tratamento da toxicodependência. Na República Checa, 59% dos utentes do tratamento da toxicodependência referem as metanfetaminas como droga principal ⁽⁶⁹⁾. Estes utentes registam taxas elevadas de consumo de droga injectada: cerca de 50% na Eslováquia e 80% na República Checa.

Ecstasy

Estima-se que cerca de 9,5 milhões de adultos europeus já tenham experimentado o *ecstasy* (3% em média) e que cerca de 3 milhões (0,8%) o tenham consumido no último ano (ver no quadro 4 uma síntese dos dados). Há uma variação considerável entre os diversos países, sugerindo os inquéritos recentes que 0,3% a 7,3% dos adultos (15-64 anos) já experimentaram a droga e referindo a maioria dos países estimativas de prevalência ao longo da vida na ordem de 1,3%-3,1%. O consumo da droga no último ano variou na Europa entre 0,2% e 3,5%. Em todas as medições, e tal como acontece com a maioria das outras drogas ilegais, o consumo registado era muito maior entre os homens do que entre as mulheres.

O consumo de *ecstasy* era mais comum entre os jovens adultos (15-34 anos), variando as estimativas da prevalência ao longo da vida a nível nacional entre 0,5% e 14,6%, sendo que 0,4% a 7,7% dos jovens nesta faixa etária diziam ter consumido a droga no último ano. Estima-se que 7,5 milhões de jovens europeus (5,6%) já experimentaram o *ecstasy*, sendo que cerca de 2,5 milhões (1,8%) disseram tê-lo consumido no último ano.

⁽⁶⁶⁾ Ver quadro TDI-5 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2008.

⁽⁶⁷⁾ Ver figura TDI-1 e quadros TDI-4 (parte ii), TDI-5 (parte ii) e TDI-36 no Boletim Estatístico de 2008.

⁽⁶⁸⁾ Ver quadro TDI-37 no Boletim Estatístico de 2008.

⁽⁶⁹⁾ Ver quadro TDI-5 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2008.

Quadro 4: Prevalência do consumo de *ecstasy* na população em geral — Resumo dos dados

Faixa etária	Período de consumo	
	Ao longo da vida	Último ano
15-64 anos		
Número estimado de consumidores na Europa	9,5 milhões	2,6 milhões
Média europeia	2,8%	0,8%
Variação	0,3%-7,3%	0,2%-3,5%
Países com a prevalência mais baixa	Roménia (0,3%), Grécia (0,4%), Malta (0,7%), Lituânia (1,0%)	Grécia, Malta (0,2%), Dinamarca, Polónia (0,3%)
Países com a prevalência mais elevada	Reino Unido (7,3%), República Checa (7,1%), Irlanda (5,4%), Espanha (4,4%)	República Checa (3,5%), Reino Unido (1,8%), Estónia (1,7%), Eslováquia (1,6%)
15-34 anos		
Número estimado de consumidores na Europa	7,5 milhões	2,5 milhões
Média europeia	5,6%	1,8%
Variação	0,5%-14,6%	0,4%-7,7%
Países com a prevalência mais baixa	Roménia (0,5%), Grécia (0,6%), Malta (1,4%), Lituânia, Polónia (2,1%)	Grécia (0,4%), Itália, Polónia (0,7%), Dinamarca, Lituânia, Portugal, (0,9%)
Países com a prevalência mais elevada	República Checa (14,6%), Reino Unido (13,0%), Irlanda (9,0%), Eslováquia (8,4%)	República Checa (7,7%), Reino Unido (3,9%), Estónia (3,7%), Países Baixos, Eslováquia (2,7%)
<p>Informações baseadas no último inquérito disponível para cada país. O ano de estudo varia entre 2001 e 2007. A prevalência média para a Europa foi calculada por uma média ponderada de acordo com a população da faixa etária pertinente em cada país. Nos países em relação aos quais não existiam informações disponíveis, a prevalência média da UE foi imputada. Populações utilizadas como base: 15-64 (328 milhões), 15-34 (134 milhões) e 15-24 (64 milhões). Os dados aqui resumidos estão disponíveis em «Inquéritos à população em geral» no Boletim Estatístico de 2008.</p>		

As estimativas da prevalência ainda são mais elevadas se apenas se prestar atenção a uma faixa etária mais jovem: na faixa etária dos 15 aos 24 anos, a prevalência ao longo da vida varia entre 0,4% e 18,7%, embora a maioria dos países tenha comunicado estimativas na ordem de 2,5%-8%⁽⁷⁰⁾. Muito embora também tenha comunicado estimativas de 1,3%-4,6% para o consumo no último ano por esta faixa etária, havia uma considerável diferença entre a estimativa nacional mais baixa, de 0,3%, e a mais elevada, de 12%, o que reflecte as diferentes experiências de alguns Estados-Membros.

Entre a população escolar, podem ocorrer grandes aumentos nos níveis de prevalência com pequenos aumentos da idade, por exemplo, os dados disponíveis de 16 países mostram que, relativamente aos estudantes mais jovens, a prevalência do consumo de *ecstasy* ao longo

da vida entre os estudantes de 17-18 anos é, de um modo geral, consideravelmente mais elevada, indicando que, normalmente, a droga é consumida pela primeira vez depois dos 16 anos de idade⁽⁷¹⁾.

Apesar de, na Europa, o número de consumidores de *ecstasy* ser semelhante ao das anfetaminas, muito poucos são assistidos pelos serviços de tratamento. Em 2006, na maioria dos países, menos de 1% dos consumidores de droga que iniciaram o tratamento mencionaram o *ecstasy* como sendo a principal substância causadora do seu problema de droga e o número de utentes que está a ser tratado por problemas relacionados com o *ecstasy* é insignificante. Apenas cinco países comunicam ter mais de 100 utentes consumidores de *ecstasy* que iniciaram o tratamento (França, Itália, Hungria, Reino Unido, Turquia), ou seja entre 0,5% e 4% do total de utentes dos serviços

⁽⁷⁰⁾ Ver quadro GPS-17 no Boletim Estatístico de 2008.

⁽⁷¹⁾ Ver quadros EYE-1 e EYE-2 no Boletim Estatístico de 2008.

de tratamento da toxicod dependência destes países. Com 24-25 anos, em média, os consumidores de *ecstasy* figuram entre as faixas etárias mais jovens que iniciam o tratamento da toxicod dependência e referem regularmente o consumo concomitante de outras substâncias, incluindo *cannabis*, cocaína, álcool e anfetaminas ⁽⁷²⁾.

LSD

A prevalência do consumo de LSD ao longo da vida entre a população adulta (15-64 anos) varia entre quase zero e 5,4%. Entre os jovens adultos (15-34 anos), as estimativas da prevalência ao longo da vida são um pouco mais elevadas (0,3% a 7,1%), embora se registem níveis de prevalência mais baixos entre os jovens dos 15 aos 24 anos. Em contrapartida, nos poucos países que fornecem dados comparáveis, o consumo de LSD é frequentemente ultrapassado pelo dos cogumelos alucionogénios, em que as estimativas da prevalência ao longo da vida para os jovens adultos variam entre 1% e 9%, e as da prevalência no último ano entre 0,3% e 3% (OEDT, 2006).

Tendências do consumo de anfetaminas e de *ecstasy*

As informações de que o consumo de anfetaminas e de *ecstasy* tende a estabilizar ou mesmo a diminuir na Europa são corroboradas pelos dados mais recentes. Após um aumento generalizado na década de 1990, os inquéritos à população apontam agora para uma estabilização global, ou até para um pequeno decréscimo, da popularidade destas duas drogas, embora este padrão não seja observável em todos os países.

O consumo de anfetaminas (últimos 12 meses) entre os jovens adultos (15-34) do Reino Unido diminuiu substancialmente entre 1996 (6,5%) e 2002 (3,1%), tendo estes valores estabilizado subsequentemente. Na Dinamarca, registou-se um acentuado aumento do consumo de anfetaminas, entre 1994 e 2000, mas os resultados do inquérito de 2005 indicam uma diminuição do consumo desta substância desde o início da presente década ⁽⁷³⁾. Nos restantes países que comunicam a realização de inquéritos repetidos num período semelhante (Alemanha, Grécia, Espanha, França, Países Baixos, Eslováquia, Finlândia), as tendências apontam, em grande medida, para a estabilização ⁽⁷⁴⁾. No quinquénio de 2001-2006, dos 14 países com dados suficientes sobre a prevalência do consumo de anfetaminas no último ano, entre a faixa etária de 15-34 anos, três mencionam uma

diminuição de 15% ou mais, quatro uma estabilização e sete um aumento de 15% ou mais.

No que se refere ao consumo de *ecstasy* entre os jovens adultos (15-34 anos), o panorama é mais complexo, com níveis de consumo ainda elevados entre os jovens do sexo masculino ⁽⁷⁵⁾ e nos estudos de alguns contextos recreativos específicos. Após um aumento geral do consumo em alguns países europeus, no final da década de 1980 e no início de 1990, que conduziu a níveis semelhante de consumo de *ecstasy* na Alemanha, em Espanha e no Reino Unido em meados da década de 1990, a prevalência do consumo no último ano tem-se mantido sempre mais elevada no Reino Unido do que nos outros países ⁽⁷⁶⁾. No quinquénio de 2001-2006, a prevalência do consumo de *ecstasy* no último ano entre os jovens adultos diminuiu em três dos catorze países que forneceram informações suficientes, manteve-se estável em cinco países e aumentou em seis.

Os dados de alguns países sugerem que a cocaína poderá estar a substituir as anfetaminas e o *ecstasy* em alguns sectores da população consumidora de droga. É isso que poderá estar a acontecer no Reino Unido e na Dinamarca, e até certo ponto em Espanha. Tanto o Reino Unido como a Dinamarca referem estimativas relativamente elevadas da prevalência do consumo de anfetaminas ao longo da vida, de 11,9% e 6,9% respectivamente, mas os níveis de consumo registado no último ano e no último mês são mais consentâneos com os encontrados noutros países. Os aumentos verificados no consumo de cocaína nestes países foram, até certo ponto, iguais por uma diminuição do consumo de anfetaminas, o que sugere a possibilidade de uma droga estimulante estar a substituir a outra nestes mercados ⁽⁷⁷⁾. As eventuais alterações do padrão de consumo de droga noutros países (Alemanha, França, Itália, Países Baixos) são menos claras. Globalmente, a interacção entre as diferentes drogas que podem ter atractivos semelhantes para os consumidores continua a ser mal compreendida.

Numa análise dos dados dos inquéritos escolares nacionais que ficaram disponíveis em 2007 (República Checa, Espanha, Portugal, Eslováquia, Suécia, Reino Unido) confirmou-se os indícios de uma estabilização global da situação, não havendo alterações ou notando-se mesmo alguma diminuição do consumo registado de anfetaminas e de *ecstasy* ao longo da vida.

⁽⁷²⁾ Ver quadros TDI-5 e TDI-37 (parte i), (parte ii) e (parte iii) no Boletim Estatístico de 2008.

⁽⁷³⁾ Na Dinamarca, em 1994, as informações referem-se às «drogas duras», que eram primordialmente constituídas pelas anfetaminas.

⁽⁷⁴⁾ Ver figura GPS-8 no Boletim Estatístico de 2008.

⁽⁷⁵⁾ Ver figura GPS-9 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2008.

⁽⁷⁶⁾ Ver figura GPS-21 no Boletim Estatístico de 2008.

⁽⁷⁷⁾ Ver «Mercado europeu de estimulantes», p. 54.

Contextos recreativos

Consumo de anfetaminas e de *ecstasy* em contextos recreativos

Os estudos sobre o consumo de droga em determinados contextos recreativos onde os jovens se reúnem e que se sabe estarem por vezes associados ao consumo de droga, como os eventos de dança ou os festivais de música, podem proporcionar uma perspectiva útil sobre o comportamento dos consumidores de anfetaminas e de *ecstasy* de forma regular e intensiva. As estimativas do consumo de droga nestes contextos são, normalmente, elevadas, mas não se podem generalizar à população em geral.

Um estudo sobre os jovens, dos 15 aos 30 anos, que frequentam regularmente locais de diversão nocturna, realizado no ano de 2006 em nove cidades europeias (Atenas, Berlim, Brno, Lisboa, Liverpool, Liubliana, Palma, Veneza, Viena) apresentou estimativas do consumo ao longo da vida de 27% para o *ecstasy* e de 17% para as anfetaminas. O consumo frequente destas drogas era muito menor, tendo apenas 1,4% dos inquiridos respondido que consumiam *ecstasy* uma vez ou mais por semana e menos de 1% que o mesmo acontecia para as anfetaminas. A média de idades para o primeiro consumo de ambas as drogas no grupo estudado era de 18 anos⁽⁷⁸⁾. O consumo concomitante de álcool era comum, tendo 34% dos entrevistados respondido que se tinham «embriagado» mais de duas vezes nas quatro semanas anteriores à entrevista. Este nível de embriaguez foi mais comumente referido pelos homens do que pelas mulheres: 42% e 27%, respectivamente (Comissão Europeia, 2007b).

Um inquérito francês realizado em 2004 e 2005 em cinco locais com música electrónica apresentou uma prevalência do consumo no último mês de 32% para o *ecstasy* e de 13% para as anfetaminas numa amostra de 1 496 inquiridos. É de referir, todavia, que a prevalência era maior em subpopulações específicas, caracterizadas pelos seus elementos de contracultura e rotuladas como «alternativas». Entre estas subpopulações, as estimativas da prevalência para o *ecstasy* e as anfetaminas eram de 54% e de 29%, respectivamente.

Intervenções em contextos recreativos

Uma tendência cada vez mais comumente registada na Europa é a de as autoridades abordarem alguns aspectos das drogas legais e ilegais colectivamente, ao analisarem questões de ordem ou de saúde pública. Esta abordagem é particularmente pertinente no caso das intervenções

direccionadas para locais onde se consomem drogas sintéticas e estimulantes em simultâneo com o álcool, como os bares e os clubes nocturnos. Um dos problemas neste domínio reside no facto de os papéis relativos das substâncias ilegais e legais poderem ser difíceis de distinguir. O consumo de álcool pelos jovens suscita crescente preocupação na Europa, tendo a Comissão Europeia adoptado, em 2006, uma estratégia comunitária relativa ao álcool para apoiar os Estados-Membros na redução dos danos por este causados entre os jovens. Na verdade, o consumo prejudicial de álcool está associado a uma em quatro mortes de jovens do sexo masculino (entre os 15 e os 29 anos) e a uma em dez mortes de jovens do sexo feminino⁽⁷⁹⁾.

As preocupações suscitadas pelo consumo concomitante de drogas e de álcool pelos jovens em locais públicos levaram ao desenvolvimento de estratégias destinadas a alterar os ambientes sociais, económicos e físicos associados ao consumo de álcool e de droga, com os seguintes objectivos: alterar os comportamentos e as normas de consumo; criar condições menos favoráveis à intoxicação e reduzir as oportunidades para a ocorrência de problemas relacionados com o álcool e as drogas⁽⁸⁰⁾. Várias medidas são aplicadas, segundo informam os Estados-Membros, em locais de vida nocturna ou nas suas redondezas, com o objectivo específico de reduzir os danos ou de alterar o ambiente social de forma positiva. Entre elas, incluem-se as seguintes: formação do pessoal dos bares e de segurança; aplicação reforçada da legislação existente; sensibilização para os danos causados pelas substâncias; oferta de serviços de transporte a altas horas da noite e melhorias destinadas a garantir um ambiente de vida nocturna mais seguro. As medidas neste domínio são diversificadas, incluindo elementos como a melhoria da iluminação das ruas, a disponibilidade de água potável, uma ventilação adequada, ou mesmo medidas de resposta rápida a situações de emergência médica. Esta abordagem baseia-se, frequentemente, no diálogo entre diversas partes interessadas, como a polícia, as autoridades responsáveis pelo licenciamento, os proprietários dos clubes e os prestadores de serviços de saúde, que têm de trabalhar em conjunto e em parceria para identificar tanto as necessidades locais como as soluções possíveis.

Um exemplo do trabalho nesta área é dado pela Dinamarca, onde, em cooperação com as autoridades municipais e a polícia, são oferecidos aos proprietários dos restaurantes e às pessoas que trabalham em locais de vida nocturna cursos destinados a promover

⁽⁷⁸⁾ Ver quadro EYE-2 no Boletim Estatístico de 2008.

⁽⁷⁹⁾ http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_factsheet_en.pdf.

⁽⁸⁰⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/themes/prevention/environmental-strategies>.

atitudes comuns de limitação do consumo e da venda de drogas e de álcool. Algumas abordagens neste domínio, desenvolvidas por diversos Estados-Membros a título individual, também começam a despertar uma mais ampla atenção, como mostra o facto de as orientações de dança segura elaboradas no Reino Unido já terem sido aplicadas em clubes de Paris e de Bruxelas. Os proprietários de clubes, com a participação de equipas de proximidade e das autoridades locais, ajudam a promover um consumo moderado de álcool, sensibilizando para os danos das drogas e do álcool, ao mesmo tempo que melhoram as características de segurança dos locais (por exemplo, fornecendo água gratuita, pessoal formado em primeiros socorros e zonas de repouso).

A relação entre a condução e o consumo de droga e de álcool tem sido uma das questões focadas em algumas estratégias ambientais. Entre os exemplos, neste caso, incluem-se a oferta de transportes alternativos para condutores embriagados, disponível em alguns clubes nocturnos parisienses, e a promoção de opções de transporte público pelos clubes de Bruxelas. Em Espanha, têm-se realizado, sobretudo ao fim-de-semana, campanhas de prevenção centradas na «designação de condutores» e na sensibilização para os riscos de conduzir sob a influência de substâncias psicoactivas. Estas campanhas podem ter contribuído para a redução em 16% do número de acidentes de viação envolvendo jovens de 18-20 anos, observada em Espanha no ano de 2006 ⁽⁸¹⁾.

As estratégias direccionadas para os ambientes em que os jovens consomem drogas e álcool parecem ter um grande potencial para salvaguardar a saúde pública e melhorar a segurança pública, com benefícios que podem ir além das pessoas que consomem drogas e abranger a comunidade em geral. Contudo, actualmente, na Europa, essas abordagens tendem a estar limitadas a certas zonas problemáticas conhecidas, muitas vezes situadas nos

principais centros urbanos, sendo raramente aplicadas de uma forma ampla, o que constitui um claro indício de que ainda se pode investir e desenvolver muito mais este domínio. De um modo mais geral, o trabalho nesta área tem-se restringido, tendencialmente, a intervenções centradas em comportamentos problemáticos específicos, ou em aspectos ambientais, e não à tarefa mais vasta de abordar as crenças e as atitudes normativas dos jovens em relação ao consumo de drogas e de álcool em contextos específicos.

Oferta de tratamento

Na maioria dos Estados-Membros, o facto de existir uma procura limitada reflecte-se na reduzida disponibilidade de serviços de tratamento especificamente vocacionados para os consumidores de anfetaminas, metanfetaminas ou *ecstasy*. Esta situação é um pouco diferente num pequeno número de Estados-Membros que já têm há muito tempo populações com um consumo crónico de anfetaminas ou metanfetaminas. Nestes países (principalmente, República Checa, Eslováquia, Finlândia, Suécia), os consumidores de anfetaminas ou de metanfetaminas são tratados em serviços especializados. As opções de tratamento parecem consistir numa desintoxicação, seguida de terapia individual em regime ambulatorio, ou de uma terapia de grupo em regime ambulatorio ou residencial.

De um modo geral, faltam opções terapêuticas comprovadamente eficazes para orientar o tratamento da dependência de psicoestimulantes como as anfetaminas e a cocaína. Como se faz notar no capítulo 5, ainda não há agentes farmacológicos disponíveis para ajudar os consumidores a gerirem a abstinência ou para reduzir as ânsias associadas à dependência de psicoestimulantes. Além disso, a bibliografia parece sugerir que nenhuma intervenção psicossocial específica deu sólidas provas de eficácia no tocante a ajudar os consumidores de psicoestimulantes a manterem a abstinência.

⁽⁸¹⁾ Para mais informações sobre as campanhas de prevenção em toda a Europa, ver o tema específico de 2007 sobre a droga e a condução.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Capítulo 5

Cocaína e cocaína-crack

Introdução

Os dados mais recentes continuam a indicar um crescimento global do consumo de cocaína na Europa. Os inquéritos à população realizados em vários países registaram um acentuado aumento do consumo entre os jovens desde meados da década de 1990. Estas conclusões são confirmadas pelos resultados de estudos específicos, que observaram níveis muito elevados de consumo de cocaína em alguns contextos recreativos (locais de vida nocturna e de música de dança). Em paralelo, os indicadores da disponibilidade de cocaína na Europa, incluindo o número de apreensões e da quantidade apreendida, aumentaram drasticamente.

Em alguns Estados-Membros da UE, a procura de tratamento por consumo de cocaína aumentou substancialmente nos últimos anos e agora é mesmo superior à do tratamento por consumo de opiáceos, em alguns países, cidades e regiões. Além disso, uma percentagem substancial de consumidores de opiáceos em tratamento menciona a cocaína como droga secundária, facto que poderá estar a contribuir para os seus problemas e pode complicar a assistência de que necessitam. Em muitos países, a cocaína também é mencionada na análise toxicológica de grande parte das mortes relacionadas com a droga, estando geralmente associada aos opiáceos e a outras substâncias.

A existência de diferenças consideráveis de país para país, sendo que muitos deles ainda mencionam níveis de consumo muito baixos, constitui uma importante reserva para a observação de que o consumo de cocaína está a aumentar globalmente na Europa. Os problemas causados pela cocaína também se fazem sentir de forma muito diversificada a nível nacional, sendo que, por exemplo, os pedidos de tratamento por consumo de cocaína notificados na Europa se concentram maioritariamente num número relativamente pequeno de países.

Oferta e disponibilidade

Produção e tráfico

As plantações de coca, matéria-prima da cocaína, continuam a concentrar-se em alguns países da região andina⁽⁸²⁾. O Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime (2008) estimou a potencial produção de cocaína no ano de 2007 em 994 toneladas de hidrocloreto de cocaína puro, 61 % das quais produzidas na Colômbia, 29 % no Peru e 10 % na Bolívia. Uma análise do número de laboratórios desmantelados sugere que a maior parte da produção continua a estar localizada nestes três países, embora também possa ter lugar noutros países da América do Sul, sendo depois exportada para os principais mercados consumidores, na América do Norte e na Europa. As informações sobre o tráfico ilegal de permanganato de potássio (um reagente químico utilizado na síntese do hidrocloreto de cocaína) sustentam esta conclusão, tendo a Colômbia notificado 99 das 101 toneladas de permanganato de potássio apreendido a nível mundial em 2006 (INCB, 2008b).

A cocaína produzida na região andina é subsequentemente introduzida na Europa a partir de alguns países da América do Sul (Brasil, Equador, Venezuela). Muito embora as Caraíbas continuem a ser uma importante zona de trânsito para a cocaína destinada à Europa, o transbordo através de países da África Ocidental, nomeadamente no Golfo da Guiné e ao largo da costa de Cabo Verde, Guiné e Guiné-Bissau, tem vindo a crescer acentuadamente nos últimos anos (CND, 2008; INCB, 2008a)⁽⁸³⁾. A Espanha e Portugal permanecem como principais pontos de entrada da cocaína na Europa, tendo o papel do segundo destes países aumentado substancialmente desde 2005. Contudo, a cocaína também continua a entrar na Europa de forma mais directa, sendo transportada quer em navios que atravessam o Atlântico quer por via aérea, tendo como principais destinos os Países Baixos, a Bélgica, a Itália, a França, o Reino Unido e a Alemanha. Tanto os Países Baixos como a França são apontados como importantes

⁽⁸²⁾ Para informações sobre as fontes de dados relativas à oferta e disponibilidade de droga, ver p. 39.

⁽⁸³⁾ Ver também «África Ocidental: actual pólo de trânsito regional do tráfico para a Europa», p. 64.

África Ocidental: actual pólo de trânsito regional do tráfico para a Europa

Nos últimos cinco anos, a África Ocidental tem emergido como uma região importante no tráfico de cocaína para a Europa (1), funcionando como local de trânsito, armazenagem e reembalagem (Europol, 2007b; UNODC 2007b; USDS, 2008). Estima-se que quase um quarto da cocaína traficada para a Europa em 2007 passou por esta região (UNODC, 2008). Num contexto de crescente consumo de cocaína na Europa, pensa-se que o crescimento do tráfico através da rota da África Ocidental contribuiu para diminuir o preço desta droga, ao mesmo tempo que reforçou o papel da Península Ibérica como ponto de entrada para a distribuição de cocaína na Europa (Europol, 2007b).

O tráfico de cocaína da África Ocidental para a Europa faz-se sobretudo por mar, sendo grandes quantidades desta substância transportadas em navios de pesca para locais de desembarque sobretudo situados na costa do norte de Portugal e da Galiza, em Espanha. Quantidades menores de cocaína são traficadas por ar ou por terra, em associação crescente com o tráfico de resina de *cannabis* do norte de África.

O crescimento da rota de tráfico de cocaína da África Ocidental tem sido atribuído a vários factores. Entre estes incluem-se o controlo mais eficaz das rotas de tráfico alternativas (Europol, 2007b); a posição geográfica da África Ocidental e a vulnerabilidade económica dos países da zona, que frequentemente debilita os seus sistemas judiciais e de aplicação da lei.

A comunidade internacional lançou várias iniciativas para resolver este problema. Entre outras iniciativas tomadas pela União Europeia, o Conselho, através do Grupo de Trabalho Horizontal «Droga», colocou a África Ocidental no topo da agenda e apresentou à Comissão das Nações Unidas sobre os Estupefacientes de 2008 uma resolução sobre o reforço do apoio internacional à África Ocidental. Além disso, sete Estados-Membros, com apoio da UE, uniram esforços para criar o Centro de Análises e Operações contra o narcotráfico Marítimo (MAOC-N), um centro de aplicação da lei, com apoio militar, localizado em Lisboa, que tem por objectivo eliminar o tráfico de cocaína, designadamente na região oriental do Atlântico.

(1) O UNODC (2007b) informa que o Senegal, o Gana, a Mauritânia, a Guiné-Bissau, Cabo Verde, a Nigéria, o Benin e a Serra Leoa registaram as maiores apreensões em 2006/2007.

países de trânsito para a subsequente redistribuição de cocaína na Europa (Europol, 2007b). Notícias recentes da importação de cocaína através de países da Europa Oriental (Bulgária, Estónia, Letónia, Lituânia, Roménia, Rússia) podem indicar o desenvolvimento de novas rotas de tráfico nesta região da Europa.

Apreensões

A cocaína é a droga mais traficada a nível mundial, a seguir à *cannabis* herbácea e à resina de *cannabis*. Em 2006, as apreensões mundiais de cocaína diminuíram ligeiramente, para 706 toneladas. A América do Sul continuou a registar a maior quantidade apreendida, sendo responsável por 45 % do valor global, seguida pela América do Norte, com 24 %, e pela Europa Ocidental e Central com 17 % (UNODC, 2008).

O número de apreensões de cocaína tem vindo a aumentar nos últimos 20 anos, na Europa, e assim aconteceu também no período de 2001-2006, à excepção de uma diminuição ocorrida em 2003. A quantidade de cocaína apreendida também tem vindo a crescer ao longo da última década, mas com flutuações regulares. Em 2006, as apreensões de cocaína na Europa aumentaram para 72 700 casos e a quantidade apreendida para 121 toneladas (84). A Espanha continuou a registar as apreensões mais elevadas, sendo responsável por 58 % das apreensões e por 41 % da quantidade apreendida na Europa, nesse ano. O enorme aumento da quantidade apreendida em Portugal desde 2005, que correspondeu a 28 % do total europeu em 2006, reflecte a utilização crescente da Península Ibérica pelos traficantes de cocaína como ponto de entrada no mercado europeu.

Pureza e preço

A pureza típica da cocaína na Europa variou entre 1 % e 90 % em 2006, embora a maioria dos países tenha comunicado valores entre 25 % e 55 % (85). Dos 23 países que forneceram dados suficientes, a maioria mencionou uma tendência decrescente na pureza da cocaína no período de 2001-2006; contudo, entre 2003 e 2006 observaram-se aumentos na Grécia e em França.

Em 2006, o preço típico de venda a retalho da cocaína variou entre 50 euros e 75 euros por grama na maioria dos países europeus, embora Chipre, Roménia, Suécia e Turquia tenham comunicado valores muito mais altos. No período de 2001-2006, a cocaína vendida nas ruas ficou mais barata nos 18 países que comunicaram dados suficientes, com excepção da Roménia, onde se observou um aumento do preço (indexado à inflação).

Prevalência e padrões de consumo

A diversidade manifesta-se não só nos níveis globais de consumo de cocaína referidos pelos Estados-Membro mas

(84) Os dados sobre as apreensões europeias de cocaína mencionadas no presente capítulo figuram nos quadros SZR-9 e SZR-10 no Boletim Estatístico de 2008. Note-se que, em todo o capítulo, quando não existem dados nacionais para 2006, são utilizados os dados correspondentes relativos a 2005 para estimar os totais europeus.

(85) Ver dados sobre a pureza e o preço nos quadros PPP-3 e PPP-7 no Boletim Estatístico de 2008.

também nas características dos próprios consumidores de cocaína, que se repartem por um vasto espectro social onde se encontram desde alguns dos membros mais privilegiados da sociedade até alguns dos mais marginalizados. Os padrões de consumo de cocaína podem ser igualmente diversificados, indo desde o consumo ocasional e recreativo até ao altamente compulsivo e dependente. A forma em que a cocaína é consumida (hidroclorato de cocaína ou cocaína-crack) e a via de administração usada no seu consumo são outros factores que complicam a situação. Esta diversidade é um importante aspecto a considerar, tanto para compreender os vários problemas que poderão estar associados aos diferentes padrões de consumo de cocaína, como para direccionar e desenvolver de forma mais fundamentada os serviços destinados a um grupo díspare de consumidores de droga.

Entre a população em geral

Globalmente, a cocaína continua a ser a segunda droga ilegal mais consumida na Europa, a seguir à *cannabis*, embora o seu consumo varie muito de país para país. Estima-se que cerca de 12 milhões de europeus a tenham consumido pelo menos uma vez na vida; em média 3,6% dos adultos entre os 15 e os 64 anos (ver síntese dos dados no quadro 5). Os valores nacionais variam entre 0,4% e 7,7%, havendo doze países, na sua maioria Estados-Membros que aderiram à União Europeia desde 2004, que mencionam níveis muito baixos de prevalência ao longo da vida entre a população adulta (0,4%-1,2%).

Estima-se que cerca de 4 milhões de europeus consumiram a droga no último ano (1,2% em média), embora, mais uma vez, a variação nacional entre países seja considerável. Este facto pode ser constatado nos resultados de inquéritos nacionais recentes, que indicam estimativas da prevalência no último ano entre 0,1% e 3%; embora só em quatro países os níveis de consumo sejam superiores a 1%. Estimada em 2 milhões, a prevalência do consumo no último mês é cerca de metade da prevalência no último ano e representa cerca de 0,5% da população adulta. É provável que estas estimativas sejam conservadoras.

De um modo geral, o consumo de cocaína parece estar concentrado em alguns países, nomeadamente em Espanha e no Reino Unido e, em menor grau, na Itália, Dinamarca e Irlanda, sendo o consumo desta droga relativamente baixo na maior parte dos outros países europeus. Naqueles onde as anfetaminas dominam o mercado de drogas estimulantes ilegais, as estimativas do consumo de cocaína são baixas em quase todos os casos;

Calcular o consumo de cocaína através da análise das águas residuais municipais

A aplicação dos recentes progressos da química analítica à detecção de cocaína nas águas residuais introduziu uma nova abordagem de monitorização do consumo de drogas ilegais na comunidade, denominada «epidemiologia das águas residuais». Este método consiste na medição dos níveis de produtos de degradação das drogas ilegais excretadas na urina dos consumidores. Esses níveis medidos nas águas residuais são depois extrapolados de forma proporcional a fim de calcular o consumo de drogas ilegais entre a população. No caso da cocaína, o principal metabolito excretado na urina é a benzoylecgonine. Como a degradação da cocaína no corpo humano é a única fonte provável de benzoylecgonine presente nos sistemas de tratamento das águas residuais, utilizando determinadas premissas é possível recalcular, a partir da quantidade de metabolito presente nas águas residuais, a quantidade de cocaína consumida na comunidade (mas não o número de consumidores).

A epidemiologia das águas residuais ainda se encontra numa fase inicial de desenvolvimento e, para além de importantes questões técnicas e éticas, as informações que oferece devem ser integradas na perspectiva actual da investigação. Estas questões são abordadas na nova publicação do OEDT sobre a análise de águas residuais (OEDT, 2008b). Reunindo peritos de uma grande variedade de disciplinas, o relatório conclui que, apesar de ainda necessitar de aperfeiçoamentos, a epidemiologia das águas residuais tem potencialidades para ser usada na vigilância antidroga a nível da comunidade. Esta abordagem também poderia ser eventualmente utilizada como instrumento de vigilância antidroga para ajudar as autoridades responsáveis pela saúde pública e pela aplicação da lei a identificarem os padrões de consumo de droga, em municípios de diversas dimensões. Além disso, uma vez que a amostragem e a análise das águas residuais se podem efectuar com uma periodicidade diária, semanal ou mensal, os dados poderiam ser usados para produzir uma avaliação mais rápida, de modo a que as comunidades tenham possibilidade de monitorizar melhor o impacto e a eficácia das actividades de prevenção e intervenção.

reciprocamente, na maioria dos países onde a cocaína é o principal estimulante ilegal, são notificados baixos níveis de consumo de anfetaminas ⁽⁸⁶⁾.

Consumo de *cannabis* entre os jovens adultos

O consumo de cocaína está principalmente concentrado entre os jovens adultos (15-34 anos). Por exemplo, dos 4 milhões de europeus que consumiram a droga no último ano, é provável que cerca de sete em cada oito sejam jovens adultos.

Na Europa, estima-se que 7,5 milhões de jovens adultos (15-34 anos), ou seja, uma média de 5,4%, tenham

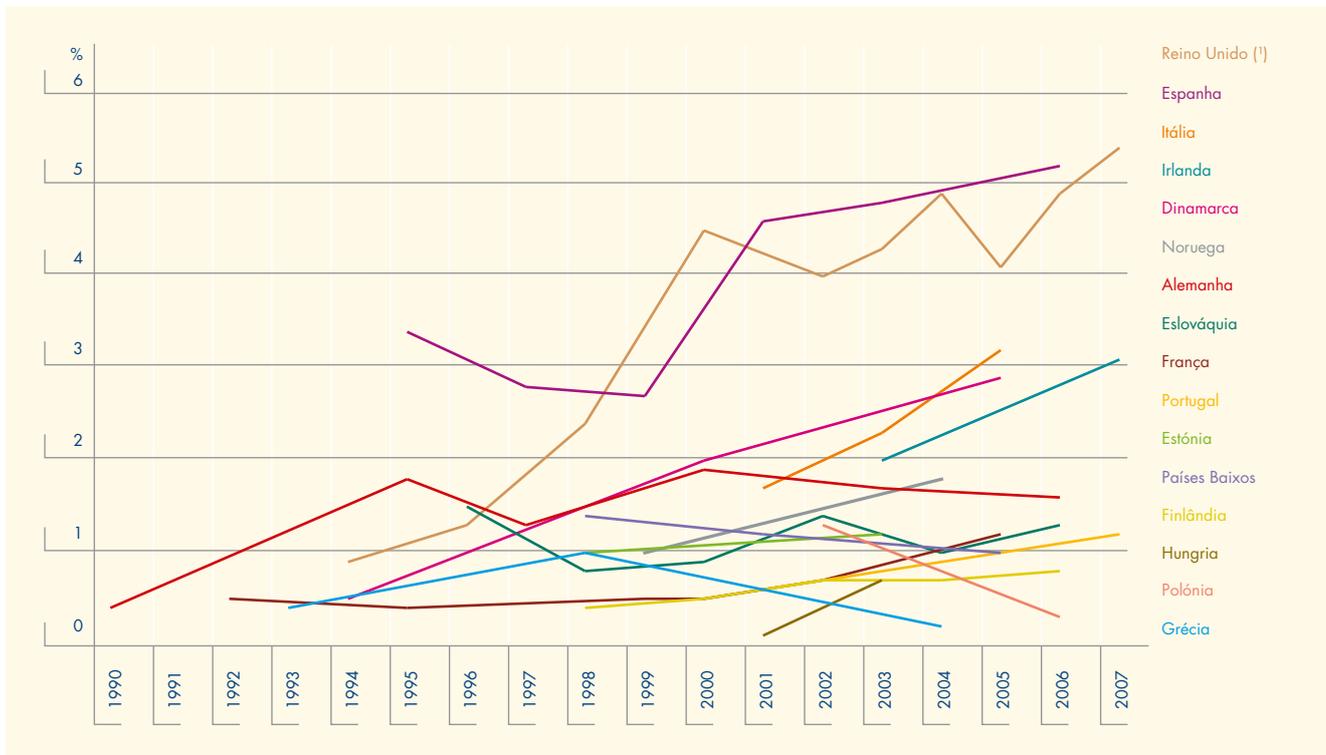
⁽⁸⁶⁾ Ver Mercado europeu de estimulantes: «países de cocaína» e «países de anfetaminas», p. 54.

Quadro 5: Prevalência do consumo de cocaína na população em geral — Resumo dos dados

Faixa etária	Período de consumo		
	Ao longo da vida	Último ano	Último mês
15-64 anos			
Número estimado de consumidores na Europa	12 milhões	4 milhões	2 milhões
Média europeia	3,6%	1,2%	0,5%
Variação	0,4%-7,7%	0,1%-3,0%	0%-1,6%
Países com a prevalência mais baixa	Roménia, Malta, Lituânia (0,4%) Grécia (0,7%)	Grécia (0,1%), Polónia, Letónia, República Checa (0,2%)	Grécia, Estónia, República Checa (0,0%) Malta, Lituânia, Polónia, Finlândia, Letónia (0,1%)
Países com a prevalência mais elevada	Reino Unido (7,7%), Espanha (7,0%), Itália (6,6%), Irlanda (5,3%)	Espanha (3,0%), Reino Unido (2,6%), Itália (2,2%), Irlanda (1,7%)	Espanha (1,6%), Reino Unido (1,3%), Itália (0,8%), Irlanda (0,5%)
15-34 anos			
Número estimado de consumidores na Europa	7,5 milhões	3,5 milhões	1,5 milhões
Média europeia	5,4%	2,3%	1%
Variação	0,7%-12,7%	0,2%-5,4%	0,0%-2,8%
Países com a prevalência mais baixa	Roménia, Lituânia (0,7%) Malta (0,9%), Grécia (1,0%)	Grécia (0,2%), Polónia (0,3%), Letónia, República Checa (0,4%)	Estónia (0,0%), Grécia, Polónia, Letónia, República Checa (0,1%)
Países com a prevalência mais elevada	Reino Unido (12,7%), Espanha (9,6%), Dinamarca (9,1%), Irlanda (8,2%)	Reino Unido (5,4%), Espanha (5,2%), Itália (3,2%), Irlanda (3,1%)	Espanha (2,8%), Reino Unido (2,7%), Itália (1,2%), Dinamarca, Irlanda (1,0%)
15-24 anos			
Número estimado de consumidores na Europa	3 milhões	2 milhões	800 000
Média europeia	4,5%	2,6%	1,2%
Variação	0,4%-11,2%	0,2%-6,1%	0,0%-3,2%
Países com a prevalência mais baixa	Roménia (0,4%), Grécia (0,6%), Lituânia (1,4%), Malta, Polónia (1,1%)	Grécia (0,2%), Polónia (0,3%), República Checa, (0,4%), Letónia (0,6%)	Estónia (0,0%), Grécia, Letónia (0,1%), República Checa, Polónia, Portugal (0,2%)
Países com a prevalência mais elevada	Reino Unido (11,2%), Espanha (8,7%), Dinamarca (8,0%), Irlanda (7,0%)	Reino Unido (6,1%), Espanha (5,8%), Irlanda (3,8%), Dinamarca, Itália (3,3%)	Reino Unido (3,2%), Espanha (3,1%), Itália (1,3%), Bulgária, Irlanda, (1,1%)

Informações baseadas no último inquérito disponível para cada país. O ano de estudo varia entre 2001 e 2007. A prevalência média para a Europa foi calculada por uma média ponderada de acordo com a população da faixa etária pertinente em cada país. Nos países em relação aos quais não existiam informações disponíveis, a prevalência média da UE foi imputada. Populações utilizadas como base: 15-64 (328 milhões), 15-34 (134 milhões) e 15-24 (64 milhões). Os dados aqui resumidos estão disponíveis em «Inquéritos à população em geral» no Boletim Estatístico de 2008.

Figura 5: Tendências da prevalência do consumo de cocaína no último ano entre os jovens adultos (15 aos 34 anos)



(!) Inglaterra e País de Gales.

NB: Na Dinamarca, o valor relativo a 1994 corresponde à categoria «drogas duras». Ver figura GPS-14 no Boletim Estatístico de 2008 para mais informações.
 Fontes: Relatórios nacionais Reitox (2007), extraídos de inquéritos à população, relatórios ou artigos científicos.

consumido cocaína pelo menos uma vez na vida. Os valores nacionais variam entre 0,7% e 12,7%. A média europeia para o consumo de cocaína no último ano nesta faixa etária é estimada em 2,3% (3,5 milhões) e para o consumo no último mês em 1% (1,5 milhões).

O consumo é particularmente elevado entre os jovens do sexo masculino (15-34 anos), com uma prevalência do consumo de cocaína no último ano de 4% a 7% em Espanha, Dinamarca, Irlanda, Itália e Reino Unido⁽⁸⁷⁾. O rácio de prevalência entre homens e mulheres, no que respeita ao consumo no último ano, variou entre 1 para 1 e 1 para 13, nos jovens adultos de diversos países. As médias ponderadas para a União Europeia no seu conjunto sugerem que, entre os consumidores de cocaína dos 15 aos 34 anos, o rácio entre homens e mulheres era quase de 4 para 1 (3,8 homens por cada mulher).

Os valores relativos ao consumo de cocaína mais recente (último ano e último mês) são mais elevados na faixa etária dos 15 aos 24 anos, embora este fenómeno seja menos acentuado do que no caso da *cannabis* ou do *ecstasy*⁽⁸⁸⁾. A prevalência do consumo de cocaína no último ano foi estimada em 2,6% para esta faixa etária, o

que significa que 2 milhões de jovens dos 15 aos 24 anos consumiram a droga no último ano.

O consumo de cocaína também está associado a determinados estilos de vida. Uma análise dos dados do British Crime Survey 2003/04 concluiu que cerca de 13% dos jovens entre os 16 e os 29 anos que frequentam assiduamente pubs ou bares onde se serve vinho referem ter consumido cocaína no último ano, para apenas 3,7% entre a clientela menos assídua. Entre os adultos dos 30 aos 59 anos, os valores correspondentes eram de 3,1% e 1%, respectivamente. O consumo de cocaína-crack mencionado no dito inquérito era muito baixo, mesmo no grupo que registava os maiores níveis de prevalência do consumo de cocaína. Estes dados confirmam as conclusões de estudos mais específicos, que atribuem ao consumidor de cocaína em pó características diferentes das do consumidor de cocaína-crack. É provável que noutros países o consumo de cocaína também esteja associado a factores de estilo de vida semelhantes.

Os estudos realizados em locais de diversão referem frequentemente uma elevada prevalência de consumo de cocaína. Por exemplo, um estudo de 2006 em nove

⁽⁸⁷⁾ Ver figura GPS-13 no Boletim Estatístico de 2008.

⁽⁸⁸⁾ Ver figura GPS-15 e quadros GPS-14 a GPS-16 em relação a todos os anos e os quadros GPS-17 a GPS-19 para os dados mais recentes no Boletim Estatístico de 2008.

idades europeias (Atenas, Berlim, Brno, Palma, Lisboa, Liverpool, Liubliana, Veneza, Viena), com 1 383 jovens entre os 15 e os 30 anos que frequentam regularmente locais de diversão nocturna, concluiu que 29% diziam ter consumido a droga pelo menos uma vez e quase 4% que tinham consumido cocaína uma vez por semana ou mais em alguma altura da vida (Comissão Europeia, 2007b). Também foram registados níveis de prevalência mais elevados num inquérito francês de 2004-2005 a 1 496 indivíduos entrevistados em cinco diferentes locais com música electrónica. Quase 35% da amostra tinham consumido cocaína e 6% cocaína-crack no último mês. O estudo também mencionou diferenças entre subpopulações: a prevalência no último mês foi de 50% para o consumo de cocaína e 13% para o consumo de crack entre os denominados «alternativos», embora cerca de um quarto das subpopulações mais comuns tivesse consumido cocaína e 2% crack no último mês.

Consumo de cocaína entre a população escolar

Entre a população escolar, as taxas de prevalência globais para o consumo de cocaína são muito inferiores às do consumo de *cannabis*. A prevalência do consumo de cocaína alguma vez na vida entre os jovens de 15-16 anos é de 2% ou menos, na maioria dos países, elevando-se a 4% em Espanha e 5% no Reino Unido ⁽⁸⁹⁾. Nos países que comunicaram dados recentes resultantes de inquéritos escolares nacionais (Espanha, Portugal, Eslováquia, Suécia, Reino Unido), a prevalência do consumo de cocaína é estável ou está a diminuir ligeiramente, embora as alterações nos níveis de prevalência sejam, em regra, demasiado pequenas para serem estatisticamente significativas. Em Espanha, os dados de inquéritos recentes revelaram uma diminuição importante da prevalência entre os estudantes de 17-18 anos.

Padrões de consumo de cocaína

Os dados dos inquéritos à população em geral indicam taxas de abandono elevadas entre os consumidores de cocaína: nos países onde a prevalência do consumo no último ano é superior a 2%, 80% a 90% dos adultos que consumiram cocaína pelo menos uma vez na vida não a consumiram no último mês ⁽⁹⁰⁾.

Há poucas informações disponíveis sobre a frequência do consumo de cocaína na Europa. Numa análise do British Crime Survey concluiu-se que cerca de 20% dos jovens (16-24 anos) que tinham consumido cocaína

no ano anterior consumiam a droga mais de uma vez por mês. Um estudo europeu em várias cidades, com amostras específicas de consumidores de cocaína em nove cidades (Prinzleve *et al.*, 2004), concluiu que a frequência de consumo registada era, em média, mais baixa entre os consumidores integrados (sete dias por mês) do que entre os consumidores socialmente excluídos (11 dias) ou os consumidores de opiáceos em tratamento (14 dias).

Consumo problemático de cocaína e procura de tratamento

Só há estimativas nacionais do consumo problemático de cocaína (consumo de droga injectada ou consumo prolongado/regular) disponíveis para a Espanha e a Itália, havendo também estimativas regionais relativas ao Reino Unido. De acordo com os dados mais recentes referentes à Espanha, em 2002 havia 4,5 a 6 consumidores problemáticos de cocaína por 1 000 adultos (15-64 anos). Do mesmo modo, em Itália, em 2006, foi calculado que existiam 3,7 a 4,5 consumidores problemáticos de cocaína por 1 000 adultos. As informações respeitantes ao Reino Unido não são directamente comparáveis às da Espanha e da Itália, uma vez que se baseiam no consumo de cocaína-crack. Em 2004-2005, um estudo avaliou em 5,7 a 6,4 por 1 000 adultos o número de consumidores problemáticos de cocaína-crack existentes em Inglaterra.

Em 2006, a cocaína, principalmente a cocaína em pó, foi citada como principal razão para iniciar o tratamento da toxicodependência na Europa por cerca de 16% dos utentes de tratamento, o que corresponde a cerca de 61 000 casos notificados em 24 países ⁽⁹¹⁾. A cocaína também foi mencionada como droga secundária por cerca de 18% dos utentes de tratamento da toxicodependência em regime ambulatorio ⁽⁹²⁾. Há uma grande variação consoante os países, sendo os consumidores de cocaína uma percentagem elevada dos utentes do tratamento apenas em Espanha (47%) e nos Países Baixos (35%), mas esta droga já é responsável por 25% dos pedidos de tratamento em Itália. Nos outros países europeus, a cocaína representa 5% a 10% dos pedidos de tratamento (10 países) ou menos de 5% (12 países) ⁽⁹³⁾.

A percentagem de consumidores de cocaína é mais elevada entre os utentes que iniciam o tratamento pela primeira vez. A nível europeu, em 2006, a cocaína foi

⁽⁸⁹⁾ Ver quadro EYE-1 no Boletim Estatístico de 2008.

⁽⁹⁰⁾ Ver figura GPS-16 no Boletim Estatístico de 2008.

⁽⁹¹⁾ Ver quadro TDI-115 e figura TDI-2 no Boletim Estatístico de 2008.

⁽⁹²⁾ Ver quadro TDI-22 (parte i) no Boletim Estatístico de 2008.

⁽⁹³⁾ Ver quadro TDI-5 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2008; os dados relativos a Espanha referem-se a 2005.

mencionada como droga principal por 23 % dos novos utentes (cerca de 37 000 indivíduos) ⁽⁹⁴⁾. Em Espanha, de acordo com os dados mais recentes, em 2005 a cocaína foi a principal droga de consumo mais frequentemente citada pelos utentes em início de tratamento e os novos utentes consumidores de cocaína representavam 63 % do total de novos utentes espanhóis.

Tendências do consumo de cocaína

A utilização da prevalência no último ano entre os jovens adultos (15-34 anos) como indicador das tendências verificadas nos níveis de consumo recente (uma vez que o consumo de cocaína está concentrado nesta faixa etária) mostra que o consumo de cocaína aumentou consideravelmente na segunda metade da década de 1990, em Espanha, Dinamarca e Reino Unido. Os novos dados (inquéritos de 2005-2007) confirmam a tendência crescente registada no último ano em França, Irlanda, Espanha, Reino Unido, Itália, Dinamarca e Portugal; na Alemanha, nos Países Baixos, na Eslováquia e na Finlândia, observa-se uma prevalência estável; e, na Polónia, registou-se uma diminuição (figura 5).

A tendência para o crescimento da procura de tratamento por consumo de cocaína constatada nos anos anteriores também parece manter-se, embora seja desproporcionadamente influenciada por um pequeno número de países. Entre 2002 e 2006, a percentagem de novos utentes que procuraram tratamento por consumo de cocaína como droga principal aumentou de 13 % para 25 %, e o número de casos notificados subiu de cerca de 13 000 para quase 30 000. Também se observou um aumento do número e da percentagem de utentes consumidores de cocaína que iniciaram o tratamento da toxicod dependência: de 22 000 utentes (13 % dos pedidos de tratamento) em 2002 para 50 000 (19 %) em 2006. Os aumentos mais avultados foram comunicados pela Itália e pela Espanha ⁽⁹⁵⁾.

A tendência para o crescimento do número de consumidores de cocaína que iniciam o tratamento da toxicod dependência pode estar relacionada com uma maior prevalência do consumo de cocaína e dos problemas a este associados, mas também com outros factores (por exemplo, aumento dos encaminhamentos para o tratamento ou das intervenções especificamente dirigidas aos consumidores de cocaína); e as percentagens por tipo de droga são obviamente

influenciadas por alterações da procura de tratamento por parte dos consumidores de outras substâncias.

Comparações a nível internacional

A nível mundial, a prevalência estimada do consumo de cocaína é menor entre os jovens adultos da União Europeia do que entre os da Austrália, do Canadá e dos EUA. Contudo, a nível nacional, a Dinamarca, a Irlanda, a Espanha, a Itália e o Reino Unido (Inglaterra e País de Gales) mencionam valores mais elevados do que a Austrália. Só o Reino Unido (Inglaterra e País de Gales) comunica uma estimativa da prevalência ao longo da vida semelhante à dos EUA ⁽⁹⁶⁾. Em alguns aspectos, pode considerar-se que este indicador reflecte a evolução histórica dos problemas com a cocaína e a experiência anterior dos EUA e, no contexto europeu, do Reino Unido, de consumo disseminado desta droga.

Tratamento e redução dos danos

Perfil dos utentes de tratamento

Os centros de tratamento em regime ambulatorio são responsáveis por quase todos (94 %) os pedidos de tratamento por consumo de cocaína notificados na Europa ⁽⁹⁷⁾. É de notar, todavia, que esse tratamento também tem, por vezes, lugar em clínicas privadas, eventualmente em regime de internamento, e esta forma de assistência não está bem representada no actual sistema de monitorização.

Os utentes consumidores de cocaína que iniciam o tratamento em regime ambulatorio apresentam o rácio mais elevado entre homens e mulheres observado nos utentes de tratamento da toxicod dependência (cinco homens por cada mulher). A sua média de idades é de 31 anos ⁽⁹⁸⁾, facto que coloca este grupo de utentes em terceiro lugar em termos etários, a seguir aos consumidores de opiáceos e aos consumidores de hipnóticos e sedativos. A maioria dos utentes consumidores de cocaína diz ter iniciado esse consumo entre os 15 e os 24 anos ⁽⁹⁹⁾.

Regista-se uma considerável variação de país para país no que respeita à via de administração, no caso dos utentes consumidores de cocaína. Globalmente, cerca de metade (55 %) destes utentes aspira a droga, quase um terço (32 %) fuma-a e uma percentagem muito mais pequena (9 %) injecta-a ⁽¹⁰⁰⁾. Em termos gerais, é possível identificar

⁽⁹⁴⁾ Ver figura TDI-2 no Boletim Estatístico de 2008.

⁽⁹⁵⁾ Ver figuras TDI-1 e TDI-3 e quadro TDI-3 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2008.

⁽⁹⁶⁾ Ver figura GPS-20 no Boletim Estatístico de 2008.

⁽⁹⁷⁾ Ver quadro TDI-2 no Boletim Estatístico de 2008.

⁽⁹⁸⁾ Ver quadros TDI-10 e TDI-21 no Boletim Estatístico de 2008.

⁽⁹⁹⁾ Ver quadro TDI-11 (parte iii) no Boletim Estatístico de 2008.

⁽¹⁰⁰⁾ Ver quadros TDI-17 (parte ii) e (parte vi) e TDI-111 (parte vii) e (parte viii) no Boletim Estatístico de 2008.

Problemas de saúde relacionados com o consumo de cocaína

As ligações entre o consumo de cocaína e a doença são muitas vezes pouco conhecidas, mesmo entre profissionais do sector da saúde. Em consequência, há problemas relacionados com a cocaína que não são identificados e as pessoas que deles sofrem podem não receber a assistência adequada. A subnotificação dos problemas de cocaína impede uma boa compreensão do impacto da droga na saúde pública.

Os riscos associados a determinadas formas problemáticas de consumo de cocaína são bem conhecidas e afectam sobretudo grupos de consumidores reconhecidos (consumidores antigos ou actuais de opiáceos, grupos marginalizados). Por exemplo, o consumo de cocaína injectada está associado ao risco de infecção e a um elevado risco de *overdose*, ao passo que o consumo em combinação com os opiáceos parece estar ligado a um maior risco de *overdose* de opiáceos.

Os problemas de saúde associados à cocaína em pó, todavia, são mais susceptíveis de passar despercebidos e podem afectar consumidores que normalmente não se considerariam em risco. O consumo crónico de cocaína pode causar problemas de saúde significativos, sobretudo cardiovasculares (aterosclerose, cardiomiopatia, arritmias, isquémia do miocárdio) e neurológicas (acidentes vasculares cerebrais e ataques apopléticos). Estes problemas podem ser agravados pelas condições existentes (por exemplo, malformações vasculares) e por factores de risco como fumar

ou consumir álcool. Muitas das mortes atribuídas à cocaína são produzidas através destas patologias.

O consumo de cocaína associado ao álcool pode chegar a aumentar em 30% os níveis de cocaína no sangue. De uma perspectiva comportamental, o consumo de cocaína pode facilitar o consumo excessivo de álcool ao permitir que os consumidores bebam durante mais tempo, o que por sua vez pode aumentar a quantidade de cocaína consumida (Gossop *et al.*, 2006). A formação de cocaetileno no fígado também pode estar ligada a outros possíveis riscos para a saúde associados ao consumo combinado de cocaína e álcool.

Têm sido feitos poucos estudos para avaliar o impacto global do consumo de cocaína na saúde pública. Um estudo demográfico em ampla escala realizado nos EUA (1988-1994) concluiu que um quarto dos enfartes agudos do miocárdio, não fatais, em pessoas dos 18 aos 45 anos foi atribuído ao «consumo frequente de cocaína ao longo da vida». Os consumidores frequentes corriam um risco sete vezes maior de sofrer enfartes não fatais do miocárdio do que os não consumidores (Qureshi *et al.*, 2001). No entanto, não é possível fazer uma generalização directa das conclusões deste estudo à Europa. Actualmente, a nossa compreensão do possível impacto sanitário do aumento do consumo de cocaína na Europa continua a ser insuficiente, pelo que esta constitui uma importante área de pesquisa futura no domínio da saúde pública.

Para ler mais sobre os problemas de saúde relacionados com o consumo de cocaína, veja o tema específico de 2007 sobre a cocaína.

dois grupos principais de consumidores de cocaína entre os utentes de tratamento. O primeiro é normalmente constituído pelos mais bem integrados na sociedade, que referem ter alojamento e empregos estáveis e que, de um modo geral, dizem aspirar a droga. O segundo é um grupo de utentes mais marginalizados, que normalmente fumam ou injectam a cocaína (ver OEDT, 2006), e que afirmam, com mais frequência, consumir cocaína-*crack* ou cocaína e heroína associadas. Os utentes consumidores de cocaína-*crack*, em particular, vivem normalmente em grandes cidades, pertencem a grupos étnicos minoritários e mencionam níveis elevados de desempregos e más condições de vida⁽¹⁰¹⁾. Este problema tem uma importância reduzida em termos europeus e está geograficamente limitado, afectando um número de cidades relativamente pequeno. Em 2006, segundo os relatórios, cerca de 8 000 utentes consumidores de cocaína-*crack* (aproximadamente 2% dos utentes) iniciaram o tratamento em 20 países europeus, embora tenham sido maioritariamente notificados pelo Reino Unido⁽¹⁰²⁾.

O tratamento dos problemas associados ao consumo concomitante de cocaína e heroína está a tornar-se cada

vez mais importante em alguns países. Os consumidores em tratamento podem consumir ou ter consumido heroína e por vezes estão a fazer tratamento de substituição. Em alguns países, constituem o maior grupo de utentes consumidores de cocaína. Alguns estudos sugeriram que o consumo concomitante de cocaína e heroína pode estar associado à presença de diagnósticos duplos, ou agravar problemas psicológicos subjacentes como a doença bipolar. Além disso, ficou provado que o consumo concomitante de cocaína durante o tratamento de manutenção com metadona contribui para a persistência do consumo de heroína ou para o seu reinício — o que constitui um risco no que respeita às infecções por VIH ou a outras infecções transmitidas por via sanguínea e à ocorrência de problemas de saúde, sociais e criminais graves.

Tratamento por consumo de cocaína

Na sequência do aumento do consumo de cocaína e dos problemas concomitantes em vários Estados-Membros, os centros de tratamento da toxicod dependência especializados enfrentam a difícil tarefa de adaptar os seus serviços, tradicionalmente orientados para o

⁽¹⁰¹⁾ Ver o tema específico de 2007 relativo à cocaína e cocaína-*crack*.

⁽¹⁰²⁾ Ver quadro TDI-115 no Boletim Estatístico de 2008.

consumo de opiáceos, às diversificadas populações de consumidores de cocaína e cocaína-crack. No entanto, com excepção da Espanha, em 2006 os Estados-Membros consideraram que a disponibilidade e a acessibilidade dos programas de tratamento específicos para a cocaína eram baixas.

Vários dos Estados-Membros que comunicam níveis elevados de prevalência do consumo de cocaína ou de cocaína-crack têm estado particularmente activos na resposta a este problema. Em 2007, a Espanha introduziu um plano de acção nacional específico de luta contra a cocaína, ao passo que a Irlanda executou e avaliou vários programas específicos destinados a diferentes grupos de consumidores de cocaína. Estes programas destinam-se aos consumidores problemáticos de cocaína por via intranasal, aos que consomem múltiplas drogas e têm problemas com a cocaína, e a mulheres e trabalhadores do sexo que consomem cocaína. Em Itália, será realizado um ensaio clínico em ampla escala, em 2008, para investigar a eficácia de dois fármacos (aripiprazole e ropinirole) no tratamento da dependência da cocaína.

São escassas as informações sobre a natureza dos serviços prestados aos consumidores problemáticos de cocaína na Europa. No entanto, as publicações médicas nacionais e os inquéritos a profissionais proporcionam informações úteis sobre as práticas actuais. De acordo com um relatório recente do Reino Unido (NICE, 2007), nos centros britânicos de tratamento especializado os problemas relacionados com a cocaína só parecem ser abordados quando o problema de droga principal está relacionado com os opiáceos. Do mesmo modo, um inquérito italiano recente a peritos envolvidos no tratamento dos consumidores de cocaína indicou dificuldades na aplicação de alguns dos elementos por eles considerados cruciais para se obterem bons resultados no tratamento, como a prestação de serviços adequados (por exemplo, cuidados a curto prazo em regime de internamento, intervenções psicossociais estruturadas), ou a diferenciação clínica dos diversos tipos de consumidores de cocaína. Estas dificuldades eram alegadamente devidas a problemas organizativos, à falta de recursos e à ausência de intervenções de tratamento específicas eficazes. É provável que os profissionais de outros Estados-Membros enfrentem problemas semelhantes. Um investimento suficiente, protocolos de tratamento adequados e necessidades de formação especializada poderão ser, por isso, fundamentais para o desenvolvimento dos serviços neste domínio.

Análises bibliográficas recentes indicam que as actuais intervenções psicossociais não demonstram provas sólidas

de eficácia no tratamento da dependência da cocaína, nem existem abordagens de tratamento farmacológico eficazes. Numa análise Cochrane recente sobre as intervenções psicossociais relativas à cocaína e outros psicoestimulantes concluiu-se que só se observaram resultados comportamentais coerentes, positivos (permanência no tratamento, redução do consumo de droga) nas intervenções psicossociais que incluíam a gestão de contingência entre os seus componentes ⁽¹⁰³⁾.

Ao contrário da dependência de opiáceos, não existem opções de tratamento farmacológico eficazes actualmente disponíveis para ajudar os consumidores de cocaína a manter a abstinência ou um consumo reduzido (ver tema específico de 2007 sobre a cocaína). Algumas drogas terapêuticas experimentais destinadas a reduzir o consumo e a apetência de cocaína revelaram boas potencialidades em ensaios clínicos (por exemplo, baclofeno, tiagabina, topiramato). O modafinil, um estimulante do sistema nervoso central, revelou resultados particularmente promissores como droga de substituição dos psicoestimulantes, com a vantagem de, em comparação com outras potenciais drogas de substituição (por exemplo, a d-anfetamina) ter uma reduzida possibilidade de abuso (Myrick *et al.*, 2004). Além disso, as substâncias buprenorfina, topiramato e tiagabina demonstraram resultados promissores na redução do consumo de cocaína por consumidores de opiáceos em tratamento de substituição com consumo concomitante de cocaína.

A imunoterapia para a dependência da cocaína, através de uma vacina contra a cocaína (TA-CD), também está a ser investigada. Uma vez administrada, a vacina induz a produção de anticorpos que se ligam às moléculas de cocaína na corrente sanguínea e permitem, deste modo, que enzimas naturais as convertam em moléculas inactivas. Os resultados dos ensaios clínicos iniciais são animadores, embora sejam necessários mais estudos para testar a viabilidade da vacina como farmacoterapia para a dependência de cocaína.

A vacina contra a cocaína destina-se a ser principalmente usada na prevenção de recaídas, mas o termo «vacina» também suscita expectativas acerca da sua potencial utilização na prevenção da dependência da cocaína, quando usada como tratamento profilático (por exemplo, em crianças ou adolescentes que nunca tenham experimentado drogas). A eficácia desta abordagem é incerta e suscita preocupações éticas, que são aprofundadamente debatidas na próxima publicação do OEDT intitulada «Addiction neurobiology: ethical and social implications».

⁽¹⁰³⁾ Ver «Gestão de contingência», p. 72.

Gestão de contingência

Ao recompensar a abstinência, a gestão de contingência (GC) pretende reduzir os efeitos de reforço das drogas. Normalmente, a GC é introduzida no início de um período de tratamento, com apoio psicossocial, e os incentivos dependem da produção de amostras de urina livres de droga. Por exemplo, o incentivo poderá ser a oferta de certificados de pequeno valor monetário, que vão aumentando com cada período sucessivo de abstinência. Neste cenário, a não apresentação de resultados isentos de droga implica a perda dos ganhos acumulados.

Esta técnica reforça repetidamente o comportamento de abstinência de droga por parte do utente e define um objectivo regular a atingir. As provas mais sólidas da eficácia da gestão de contingência na manutenção da abstinência de drogas provêm dos estudos sobre o tratamento por consumo de cocaína e de heroína, embora esta abordagem também tenha dado algumas provas no tratamento por consumo de *cannabis* e de metanfetaminas.

Embora a maior parte da investigação sobre a gestão de contingência tenha sido realizada fora da Europa, alguns estudos de viabilidade da GC revelaram recentemente resultados positivos em Espanha, com consumidores de cocaína (Secades-Villa *et al.*, 2008), e nos Países Baixos em relação ao consumo de cocaína entre utentes do tratamento de substituição de opiáceos (DeFuentes-Merillas e De Jong, 2008), correspondendo, neste caso, o incentivo médio, no final do ensaio, a bens no valor de 150 euros. Uma análise económica efectuada pelo National Institute for Clinical Excellence (Instituto Nacional de Excelência Clínica) (NICE, 2007), no Reino Unido, indicou que a gestão de contingência é uma opção eficiente em termos de custos no contexto do tratamento por consumo de cocaína, sobretudo quando se consideram os custos económicos mais gerais deste consumo.

Redução dos danos

O consumo problemático de cocaína está frequentemente associado a graves consequências para a saúde física e mental. Por exemplo, um inquérito de acompanhamento irlandês sobre a cocaína nas comunidades locais, realizado ao longo de dois anos, revelou uma deterioração do estado de saúde geral dos utentes dependentes da cocaína, sobretudo os consumidores de droga injectada. Vários projectos comunicaram também um aumento do número de utentes com abscessos e feridas causados por maus hábitos de injeção; outros problemas registados entre os utentes consumidores de cocaína incluem a perda de peso, as infecções sexualmente transmitidas, as doenças cardíacas, as amputações e os comportamentos de risco.

Os Estados-Membros oferecem, normalmente, aos consumidores de cocaína injectada os mesmos serviços

e meios oferecidos aos consumidores de opiáceos, caso das recomendações de consumo seguro, da formação para uma injeção segura e dos programas de troca de seringas. Os serviços de porta aberta desempenham um papel importante neste aspecto, uma vez que prestam cuidados básicos, bem como aconselhamento e assistência médica. Os consumidores com problemas graves causados pelo consumo de cocaína e cocaína-*crack*, como os problemas de co-morbilidade física e mental ou os problemas sociais, por exemplo de habitação, podem ser encaminhados para programas de reabilitação com internamento e para comunidades terapêuticas. Estes programas não só pretendem assegurar a abstinência, mas também oferecer cuidados ocasionais ou intensivos, bem como apoio para ajudar os consumidores a alterarem os seus estilos de vida caóticos e de alto risco.

Um estudo qualitativo realizado em seis cidades espanholas demonstrou que as principais substâncias consumidas pelos trabalhadores do sexo eram o álcool e a cocaína. O consumo de droga foi mencionado como ocasional e instrumental, ajudando a reduzir as barreiras psicológicas ou a inibição e aumentar a tolerância a longas horas de trabalho sexual com diferentes clientes. Entre as consequências do consumo de droga pelas prostitutas figuravam o sexo sem protecção e um maior risco de violência por parte dos clientes. Neste grupo também são frequentemente observados padrões graves de consumo de cocaína-*crack*.

Os trabalhadores do sexo com problemas de consumo de cocaína e cocaína-*crack* são apoiados por serviços de proximidade e de redução dos danos. Por exemplo, nos Países Baixos, os serviços de saúde municipais implementaram programas de saúde específicos para os trabalhadores do sexo consumidores de cocaína-*crack*; em França, a associação Espoir Goutte d'Or, centrada na prevenção dos riscos e na redução dos danos entre os consumidores de cocaína-*crack* e os trabalhadores do sexo, organiza sessões de aconselhamento voluntário semanal e análises rápidas do VIH e da hepatite.

O consumo recreativo de cocaína em combinação com um consumo de álcool excessivo é frequente em contextos de diversão nocturna e pode estar associado a problemas físicos graves. Como foi dito no capítulo 4, os Estados-Membros estão a adoptar, cada vez mais, uma abordagem integrada de redução dos danos relacionados com o consumo de álcool e de drogas ilegais em contextos recreativos. Os programas oferecem aos jovens conselhos e informação sobre os riscos associados ao consumo de álcool e de droga

em geral, onde se incluem, normalmente, materiais sobre os riscos resultantes do consumo agudo e crónico de cocaína. Os membros da European Foundation of Drug Helplines (Fundação Europeia de Linhas de

Auxílio para a Toxicodependência) também trabalham muito activamente na sensibilização e no apoio aos consumidores de droga, oferecendo-lhes aconselhamento e informação sobre os riscos das drogas.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Capítulo 6

Consumo de opiáceos e droga injectada

Oferta e disponibilidade de heroína

Historicamente, a heroína importada tem sido oferecida sob duas formas no mercado de drogas ilegais da Europa: a heroína castanha (forma química de base), de maior disponibilidade, principalmente proveniente do Afeganistão; e a heroína branca (forma de sal), que é habitualmente originária do Sudeste Asiático, embora esta forma seja consideravelmente menos comum ⁽¹⁰⁴⁾. Além disso, existem drogas opiáceas produzidas na Europa, principalmente produtos caseiros obtidos a partir da papoila (como a palha da papoila e o concentrado de papoila, obtido por trituração de caules e cabeças desta planta) em alguns países da Europa Oriental (por exemplo, Letónia, Lituânia).

Produção e tráfico

A heroína consumida na Europa é maioritariamente produzida no Afeganistão, que continua a ser o principal fornecedor mundial de ópio ilegal, seguido de Myanmar e do México. A produção mundial de ópio voltou a aumentar substancialmente (34%) em 2007, para uma quantidade estimada de 8 870 toneladas, sobretudo resultante do aumento da produção afegã, que foi estimada em 8 200 toneladas. A possível produção mundial de heroína atingiu, conseqüentemente, um nível recorde em 2007, com uma quantidade estimada de 733 toneladas (UNODC, 2008). O número crescente de laboratórios desmantelados no Afeganistão, nos últimos anos, sugere que a transformação do ópio em morfina ou heroína está a ser cada vez mais efectuada no próprio país. Contudo, as grandes apreensões de morfina registadas nos países vizinhos (Paquistão, Irão) indicam que também está em curso uma transformação significativa fora do Afeganistão (CND, 2008; UNODC, 2007).

A heroína entra na Europa por duas rotas de tráfico principais: a rota dos Balcãs, que é historicamente importante, com as suas várias ramificações, depois de atravessar o Paquistão, o Irão e a Turquia; e a «rota da seda», cada vez mais utilizada, através da Ásia Central

e da Federação Russa (figura 6). Foram mencionadas rotas de tráfico secundárias para a heroína a partir do Sudoeste Asiático, por exemplo directamente do Paquistão para a Europa (Reino Unido), mas também através do Paquistão e dos países do Médio Oriente e de África para os mercados ilegais da Europa e da América do Norte (INCB, 2008a; Europol, 2008; UNODC, 2007; OMC, 2007). A heroína do Sudoeste Asiático também é introduzida na Europa através do Sul da Ásia (Bangladesh) (INCB, 2008a). Na União Europeia, os Países Baixos e, em menor grau, a Bélgica, desempenham um papel importante como pólos de distribuição secundários (Europol, 2008).

Apreensões

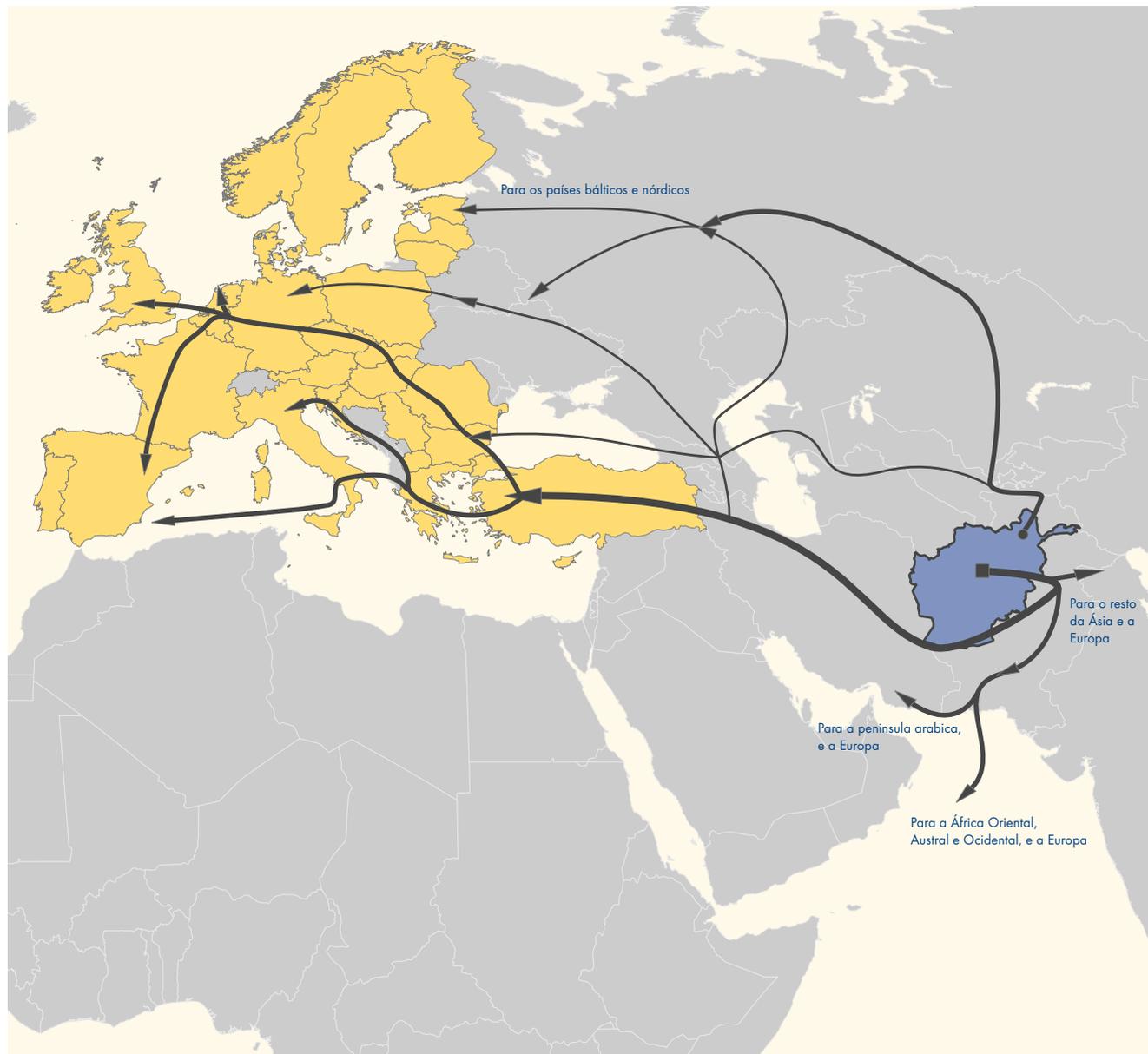
As apreensões de opiáceos registadas a nível mundial aumentaram em 2006 para 384 toneladas de ópio e 104 toneladas de heroína e de morfina. Muito embora o Irão seja responsável pela maior parte do ópio (81%) apreendido a nível mundial, a heroína e a morfina foram sobretudo apreendidas no Paquistão (34%), seguido pelo Irão (20%), pela Turquia (10%) e pela China (6%) (UNODC, 2008).

Na Europa, um número estimado de 48 200 operações levaram à apreensão de 19,4 toneladas de heroína em 2006. O Reino Unido continuou a notificar o maior número de apreensões, ao passo que a Turquia voltou a notificar a maior quantidade apreendida, 10,3 toneladas em 2006 ⁽¹⁰⁵⁾. A quantidade de heroína apreendida numa operação média variou grandemente entre estes dois países, sendo a dimensão da apreensão média na Turquia cem vezes maior do que a notificada para o Reino Unido, o que reflecte as diferentes posições que ocupam na cadeia de abastecimento (figura 6). Nos últimos dez anos, as apreensões de heroína têm variado, com uma tendência decrescente, na Europa, com um ponto máximo relativo em 2001 e um ponto baixo recorde em 2003. A quantidade de heroína apreendida na União Europeia revelou um decréscimo global entre 2001 e 2006. Em contrapartida, a quantidade apreendida na Turquia quase triplicou durante

⁽¹⁰⁴⁾ Para informações sobre as fontes de dados relativas à oferta e disponibilidade de droga, ver p. 39.

⁽¹⁰⁵⁾ Ver quadros SZR-7 e SZR-8 no Boletim Estatístico de 2008. Note-se que, para efeitos de estimativa, os dados de 2006 em falta sobre as apreensões europeias foram substituídos por dados de 2005. Esta análise é preliminar, uma vez que os dados do Reino Unido relativos a 2006 ainda não estão disponíveis.

Figura 6: Principais fluxos de tráfico de heroína do Afeganistão para a Europa



NB: Os fluxos de tráfico representados no mapa sintetizam as análises de várias organizações internacionais e nacionais (pontos focais nacionais da Reitox, Europol, INCB, UNODC, OMC). Essas análises baseiam-se nos dados relativos às apreensões de droga ao longo das rotas de tráfico e também em informações fornecidas pelas autoridades de aplicação da lei dos países de trânsito e de destino, bem como, por vezes, em relatórios de fontes complementares. As principais rotas de tráfico representadas no mapa devem ser consideradas indicativas dos fluxos principais, dado poderem existir desvios para outros países ao longo das rotas, além de haver muitas rotas sub-regionais secundárias que não estão aqui representadas e que podem mudar rapidamente.

este período. As apreensões mundiais de anidrido acético (utilizado na produção ilegal de heroína) aumentaram para 26 400 litros em 2006, tendo sido a maior parte apreendido na Federação Russa (9 900 litros) e na Colômbia (8 800 litros), seguida pela Turquia (3 800 litros) (INCB, 2008b). As rotas de tráfico entre o Afeganistão e a Europa também estão a ser utilizadas para contrabandear substâncias químicas precursoras (principalmente anidrido acético através da «rota da seda») e drogas sintéticas (sobretudo *ecstasy*) para leste (Europol, 2008).

As apreensões de 3-metilfentanil notificadas em 2006 na Letónia e na Lituânia e os relatórios de um maior consumo de fentanil injectado, ilegalmente produzido na Estónia, apontam para a necessidade de monitorizar mais atentamente a disponibilidade de opiáceos sintéticos como o fentanil (que é consideravelmente mais potente do que a heroína).

Pureza e preço

Em 2006, a pureza típica da heroína castanha variou entre 15% e 25% na maioria dos países que comunicaram

informações, embora tenham sido mencionados valores inferiores a 10% na Grécia, em França e na Áustria, e valores mais elevados em Malta (31%), Turquia (36%) e Reino Unido (43%). A pureza típica da heroína branca era geralmente mais elevada (45%-70%) nos poucos países europeus que apresentaram dados ⁽¹⁰⁶⁾.

O preço de venda a retalho da heroína castanha variou, em 2006, entre 14,5 euros por grama na Turquia e 110 euros por grama na Suécia, comunicando a maior parte dos países europeus preços típicos de 30 a 45 euros por grama. O preço da heroína branca apenas é mencionado por alguns países europeus e variava entre 27 euros e 110 euros por grama. No período de 2001-2006, o preço de venda a retalho da heroína castanha diminuiu na maioria dos treze países europeus que comunicaram séries de tendências ao longo do tempo, embora se tenham observado indícios de um aumento na Polónia.

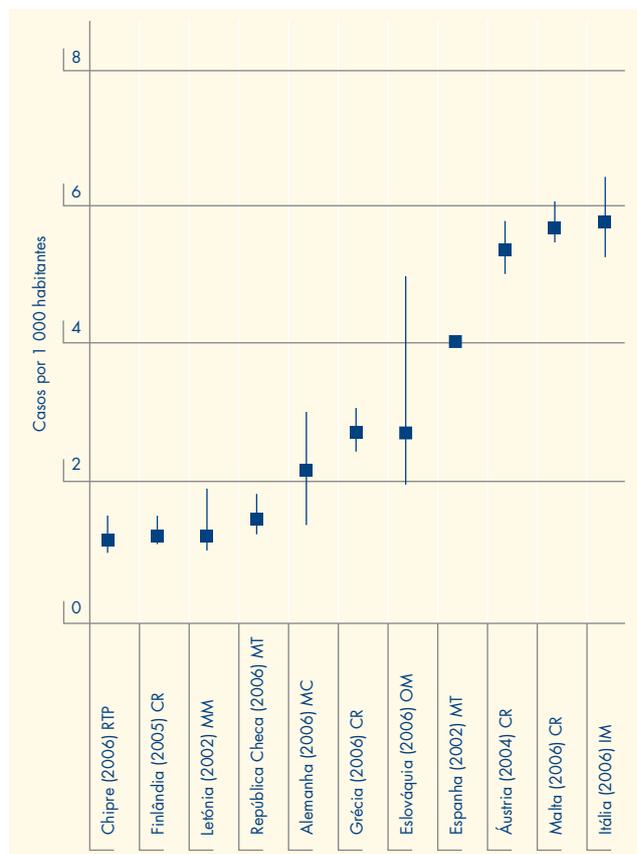
Estimativas da prevalência do consumo problemático de opiáceos

Os dados apresentados nesta secção são resultantes do indicador do consumo problemático de droga (CPD) do OEDT, que inclui principalmente o consumo de droga injectada e o consumo de opiáceos, embora em alguns países os consumidores de anfetaminas ou de cocaína também constituam uma componente importante. As estimativas do número de consumidores problemáticos de opiáceos são geralmente incertas, em virtude da prevalência relativamente baixa e da natureza oculta deste tipo de consumo de droga, pelo que para fazer extrapolações estatísticas é necessário obter estimativas da prevalência a partir das fontes de dados disponíveis. Além disso, como a maioria dos estudos se baseia numa área geográfica restrita, como uma cidade ou um distrito, a extrapolação para o nível nacional é muitas vezes difícil.

Os padrões de consumo problemático na Europa parecem estar a diversificar-se. Por exemplo, em alguns países onde o consumo problemático de opiáceos tem predominado historicamente, relatórios recentes sugerem que outras drogas, nomeadamente a cocaína, estão a adquirir maior importância. A necessidade de uma monitorização eficaz de uma série de padrões de consumo problemático de droga levou o OEDT a apresentar relatórios sobre subpopulações com esse consumo problemático definidas por droga e que podem sobrepor-se ⁽¹⁰⁷⁾.

As estimativas da prevalência do consumo problemático de opiáceos a nível nacional no período de 2002-2006 variam aproximadamente entre um e seis casos

Figure 7: Estimativas da prevalência anual do consumo problemático de opiáceos (casos por 1 000 habitantes entre 15 e 64 anos)



NB: O símbolo indica uma estimativa pontual; uma barra indica um intervalo de incerteza: um intervalo de confiança de 95% ou um intervalo baseado numa análise de sensibilidade. Os grupos-alvo podem variar ligeiramente em função dos diferentes métodos de cálculo e fontes de dados, pelo que as comparações devem ser efectuadas com prudência. Foram usadas faixas etárias não habituais nos estudos da Finlândia (15-54) e de Malta (12-64). No caso da Alemanha, o intervalo representa o limite mais baixo de todas as estimativas existentes e o limite mais alto das mesmas, e a estimativa pontual constitui uma média simples dos pontos intermédios. Os métodos de cálculo estão abreviados: CR = captura-recaptura; MT = Multiplicador de tratamento; IM = Indicador variantes múltiplas; RTP = Regressão truncada de Poisson; MM = multiplicador de mortalidade; MC = Métodos combinados; OM = outros métodos. Ver figura PDU-1 parte (ii) no Boletim Estatístico de 2008 para informações mais pormenorizadas.

Fontes: Pontos Focais Nacionais da Reitox.

por 1 000 habitantes dos 15 aos 64 anos; estima-se que a prevalência global do consumo problemático de droga varia entre um e dez casos por 1 000 habitantes. As estimativas mais baixas, bem documentadas, do consumo problemático de opiáceos que estão disponíveis são de Chipre, Letónia, República Checa e Finlândia (embora tanto a República Checa como a Finlândia tenham um grande número de consumidores problemáticos de anfetaminas), ao passo que as estimativas mais elevadas são de Malta, Áustria e Itália (figura 7).

⁽¹⁰⁶⁾ Ver nos quadros PPP-2 e PPP-6 no Boletim Estatístico de 2008 dados relativos à pureza e ao preço.

⁽¹⁰⁷⁾ Para uma síntese das estimativas disponíveis das partes constituintes do consumo problemático de droga, ver o Boletim Estatístico de 2008.

É possível calcular, a partir dos relativamente poucos dados disponíveis, uma prevalência média estimada do consumo problemático de opiáceos de quatro a cinco casos por 1 000 habitantes entre os 15 e os 64 anos. Supondo que este valor reflecte a União Europeia no seu conjunto, conclui-se que havia cerca de 1,5 milhões (1,3 a 1,7 milhões) de consumidores problemáticos de opiáceos na UE e na Noruega em 2006.

Tendências e incidência do consumo problemático de opiáceos

As tendências ao longo do tempo da prevalência do consumo problemático de opiáceos são difíceis de avaliar devido ao número limitado de estimativas repetidas e à incerteza que rodeia cada uma das estimativas. Os dados de nove países com estimativas repetidas no período de 2001-2006 sugerem a existência de evoluções diversificadas. A prevalência afigura-se relativamente estável na República Checa, na Alemanha, na Grécia, em Itália, em Malta, na Eslováquia e na Finlândia, ao passo que foi observado um aumento na Áustria (dados mais recentes de 2004) e indícios de uma possível diminuição em Chipre ⁽¹⁰⁸⁾.

A incidência do consumo problemático de opiáceos (número de novos casos ocorridos num dado ano) é uma medida mais sensível para as mudanças ao longo do tempo e pode proporcionar uma ideia precoce da futura evolução da prevalência e da procura de tratamento. Os modelos de cálculo utilizados partem, porém, de diversos pressupostos. Além disso, apenas podem fornecer uma estimativa parcial da incidência, visto basearem-se somente nos casos que entram em contacto com o tratamento. Dois países, apenas, comunicam dados recentes, revelando tendências diferentes. Em Itália, estima-se que a incidência diminuiu de cerca de 32 500 casos novos em 1990 para cerca de 22 000 casos novos em 1997, tendo voltado depois a aumentar para cerca de 30 000 casos novos em 2006. Em Espanha, pelo contrário, estima-se que a incidência do consumo de opiáceos tem vindo a diminuir continuamente desde o ponto máximo atingido por volta de 1980, embora em anos recentes (2002-2004) pareça ter estabilizado num nível relativamente baixo (cerca de 3 000 novos casos por ano). O OEDT, em colaboração com um grupo de peritos nacionais, desenvolveu recentemente novas orientações para o cálculo da incidência, no intuito de incentivar novos trabalhos neste domínio (Scalia Tomba *et al.*, 2008).

Consumidores de opiáceos em tratamento

Os opiáceos, principalmente a heroína, continuam a ser as principais drogas que levam os utentes a procurar

Indicadores relativos aos opiáceos já não estão a diminuir

Contrariando as tendências descritas em relatórios anuais anteriores, os dados recentes mostram algum aumento das mortes induzidas pela droga, das apreensões de heroína e dos novos pedidos de tratamento por consumo de heroína na União Europeia.

Em 2003, a tendência decrescente verificada no número de mortes induzidas pela droga notificadas na Europa, na sua maioria relacionadas com o consumo de opiáceos, terminou e entre 2003 e 2005 a maioria dos Estados-Membros comunicou uma tendência crescente. O número de apreensões de heroína aumentou mais de 10% em 16 dos 24 países que comunicaram informações de 2003 a 2006. Depois de diminuírem durante vários anos, os novos pedidos de tratamento por consumo de heroína como droga principal aumentaram em cerca de metade dos países que forneceram dados entre 2005 e 2006. Este facto pode reflectir uma mudança na incidência do consumo de heroína iniciada alguns anos antes, devido ao intervalo de tempo natural entre o início do consumo e o primeiro tratamento.

Estas tendências recentes verificam-se em paralelo com o aumento da produção de ópio no Afeganistão, o que suscita a preocupação de poderem estar ligadas à maior disponibilidade de heroína no mercado europeu. Esta é uma questão que importa investigar mais aprofundadamente, pois os dados disponíveis não permitem traçar um quadro claro. Além disso, há factores importantes que dificultam a compreensão. Por exemplo, segundo os relatórios, o consumo de opiáceos farmacêuticos para fins não médicos manteve níveis elevados ou aumentou em diversos países (República Checa, Estónia, França, Áustria, Finlândia) e pode ser importante para explicar as tendências constatadas nas mortes induzidas pela droga.

tratamento, na maioria dos países que apresentaram informações. Dos 387 000 pedidos de tratamento notificados em 2006 (dados disponíveis de 24 países), a heroína foi registada como droga principal em 47% dos casos em que a droga principal é conhecida. Segundo os relatórios, na maior parte dos países, entre 50% e 80% dos pedidos de tratamento estão relacionados com o consumo de opiáceos; nos restantes países, essa percentagem varia entre 15% e 40% ⁽¹⁰⁹⁾. Sendo a droga principal mais frequentemente referida pelas pessoas que iniciam o tratamento, os opiáceos são-no ainda mais por aquelas que já estão em tratamento. Um projecto recente em nove países e centrado em todos os utentes do tratamento constatou que os consumidores de opiáceos como droga principal correspondiam, globalmente, a 59% dos utentes, mas apenas a 40% daqueles que iniciavam o tratamento pela primeira vez na vida ⁽¹¹⁰⁾.

⁽¹⁰⁸⁾ Ver quadro PDU-6 parte (ii) no Boletim Estatístico de 2008 e quadro PDU-102 para uma informação completa, incluindo intervalos de confiança.

⁽¹⁰⁹⁾ Ver quadro TDI-5 no Boletim Estatístico de 2007.

⁽¹¹⁰⁾ Ver quadro TDI-39 no Boletim Estatístico de 2008.

A maioria dos utentes que iniciam o tratamento em regime ambulatorio por consumo de opiáceos como droga principal também consome outras drogas, incluindo cocaína (25%), outros opiáceos (23%) e *cannabis* (18%). Além disso, dos utentes em tratamento por consumo de outras drogas como drogas principais, 13% dos utentes em tratamento em regime ambulatorio e 11% em regime de internamento referem os opiáceos como droga secundária ⁽¹¹¹⁾.

Alguns países mencionam uma percentagem de pedidos de tratamento significativa em relação a outros opiáceos que não a heroína. O abuso de buprenorphine é mencionado como principal razão para iniciar o tratamento por 40% dos utentes na Finlândia e por 8% dos utentes em França. Na Letónia e na Suécia, 5% a 8% dos utentes mencionam o consumo de outros opiáceos que não a heroína ou a metadona como droga principal: principalmente buprenorfina, analgésicos e outros opiáceos ⁽¹¹²⁾. Vários países referem um aumento da percentagem de utentes consumidores de heroína que consomem múltiplas drogas e do número de utentes que consomem outros opiáceos que não a heroína.

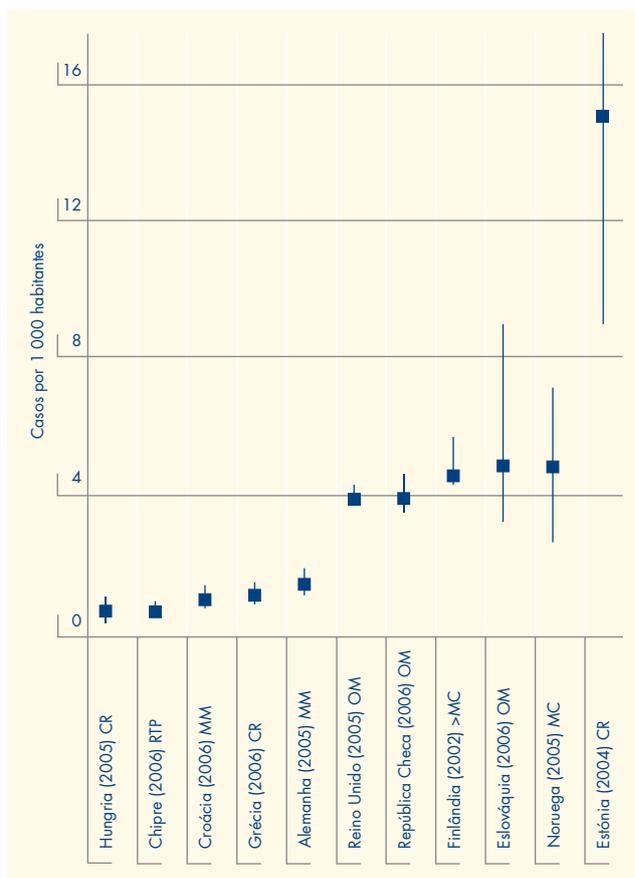
O número absoluto de pedidos de tratamento por consumo de heroína registado através do indicador de procura de tratamento sofreu um aumento superior a 30 000 casos, de 108 100 para 138 500, entre 2002 e 2006. Do mesmo modo, entre os utentes que iniciaram o tratamento pela primeira vez na vida, houve um aumento do número de consumidores de heroína como droga principal de cerca de 33 000 em 2002 para mais de 41 000 em 2006. Entre os factores que podem explicar esta tendência incluem-se um aumento do número de consumidores problemáticos de heroína, uma expansão da oferta de tratamento ou uma melhor cobertura do sistema de comunicação de informações.

Consumo de droga injectada

Prevalência do consumo de droga injectada

Os consumidores de droga injectada correm elevados riscos de sofrer problemas de saúde devido ao consumo de droga, tais como infecções transmitidas por via sanguínea (por exemplo, VIH/sida, hepatite) ou mortes induzidas pela droga. Não obstante a sua importância para a saúde pública, apenas onze países estão em condições de fornecer estimativas recentes dos níveis de consumo de droga injectada (figura 8). Melhorar o nível de informação disponível sobre esta população específica é, por

Figura 8: Estimativas da prevalência do consumo de droga injectada (casos por 1 000 habitantes entre 15 e 64 anos)



NB: O símbolo indica uma estimativa pontual; uma barra indica um intervalo de incerteza: um intervalo de confiança de 95% ou um intervalo baseado numa análise de sensibilidade. No caso da Estónia, o limite mais alto do intervalo de incerteza é extracalcula (37,9 por 1 000 habitantes). Os grupos-alvo podem variar ligeiramente em função dos diferentes métodos de cálculo e fontes de dados, pelo que as comparações devem ser efectuadas com prudência. Os métodos de cálculo estão abreviados: CR = captura-recaptura; MT = Multiplicador de tratamento; IM = Indicador variantes múltiplas; RTP = Regressão truncada de Poisson; MM = multiplicador de mortalidade; MC = Métodos combinados; OM = outros métodos. Ver figura PDU-2 no Boletim Estatístico de 2008 para mais informações.

Fontes: Pontos focais nacionais da Reitox.

consequente, um importante desafio para o desenvolvimento dos sistemas de monitorização da saúde na Europa.

As estimativas disponíveis sugerem grandes diferenças entre países na prevalência do consumo de droga injectada. As estimativas variam entre um e cinco casos por 1 000 habitantes dos 15 aos 64 anos na maioria dos países, com um nível excepcionalmente elevado de 15 casos por 1 000 habitantes registado na Estónia.

A falta de dados torna difícil extrair conclusões sobre as tendências ao longo do tempo da prevalência do consumo de droga injectada, embora os dados disponíveis indiquem uma diminuição na Noruega

⁽¹¹¹⁾ Ver quadros TDI-22 e TDI-23 no Boletim Estatístico de 2008.

⁽¹¹²⁾ Ver quadro TDI-113 no Boletim Estatístico de 2008.

(2001-2005) e uma situação estável na República Checa, Grécia, Chipre e Reino Unido ⁽¹¹³⁾.

Consumo de droga injectada entre os utentes consumidores de opiáceos que iniciam o tratamento

Globalmente, 43 % dos consumidores de opiáceos que iniciaram o tratamento da toxicod dependência em regime ambulatorio em 2006 disseram injectar a droga. As alterações da percentagem de consumidores de droga injectada entre os consumidores de heroína que iniciam o tratamento podem indicar tendências no grupo mais geral dos consumidores problemáticos de opiáceos. Observaram-se diminuições desta percentagem, entre 2002 e 2006, em nove países (Dinamarca, Alemanha, Irlanda, Grécia, França, Itália, Suécia, Reino Unido, Turquia), enquanto dois países dizem que ela aumentou (Roménia, Eslováquia). Os países diferem consideravelmente quanto aos níveis de consumo de droga injectada verificados entre os consumidores de heroína que iniciam o tratamento, registando-se as percentagens mais baixas em Espanha, França e Países Baixos (abaixo de 25 %) e as mais elevadas (acima de 80 %) na Bulgária, República Checa, Roménia, Eslováquia e Finlândia ⁽¹¹⁴⁾.

Entre os consumidores de opiáceos que iniciaram o tratamento em regime ambulatorio pela primeira vez em 2006, a percentagem que afirma consumir a droga injectada é ligeiramente menor (cerca de 40 %). Examinando as tendências ao longo do tempo, a percentagem de consumidores de droga injectada entre os novos utentes consumidores de opiáceos diminuiu de 43 % em 2003 para 35 % em 2006, nos 13 países com suficientes dados disponíveis ⁽¹¹⁵⁾.

Uma análise dos dados da procura de tratamento relativos a nove países que participaram num estudo-piloto revelou que cerca de 63 % dos utentes consumidores de opiáceos (os que já estavam em tratamento e os que o iniciaram no último ano) disseram consumir a droga injectada na altura do início do tratamento ⁽¹¹⁶⁾. Isto indica que a percentagem de consumidores de droga injectada à data de início de tratamento entre os utentes já em tratamento era relativamente elevada.

Estudos realizados entre os consumidores de droga injectada podem oferecer outra perspectiva das diferenças nacionais e das alterações ao longo do tempo no consumo de droga injectada na Europa. Muitos países efectuam estudos repetidos regulares, normalmente no contexto da realização de análises de despistagem de doenças infecto-contagiosas, sobre grupos destes consumidores, muitas vezes provenientes de meios diversificados a fim de maximizar a possibilidade de generalização. As comparações entre países devem ser feitas com cautela devido a eventuais distorções no recrutamento selectivo para estes estudos ⁽¹¹⁷⁾.

Alguns países apresentam percentagens elevadas (acima de 20 %) de novos consumidores de droga injectada (que se injectam há menos de dois anos) nestes estudos, ao passo que em vários países esta percentagem é inferior a 10 % (figura 9). Os jovens consumidores de droga injectada (menos dos 25 anos) representam mais de 40 % da amostra de consumidores de droga injectada estudada na República Checa, na Estónia, na Lituânia, na Áustria e na Roménia, enquanto menos de 20 % desses consumidores têm menos de 25 anos em nove outros países.

De um modo geral, a existência de uma grande percentagem de novos consumidores de droga injectada deve ser causa de alarme, sobretudo se for reforçada por uma grande percentagem de CDI jovens. Embora uma percentagem mais elevada de novos CDI possa indicar um novo pico deste consumo, há outros factores que também podem estar correlacionados (por exemplo, menos tempo de consumo de droga injectada, maior disponibilidade de tratamento, taxas de mortalidade mais elevadas entre os consumidores mais idosos).

Os países com populações de consumidores problemáticos de opiáceos antigas costumam ter percentagens baixas de consumidores de droga injectada jovens e novos. Os dados dos restantes Estados-Membros, muitas vezes os mais recentes, revelam níveis mais elevados de CDI jovens. Os variados níveis de novos CDI nestes países, quando há informações disponíveis, podem reflectir diferenças quanto à média de idades em que se inicia o consumo, bem como uma crescente incidência do consumo de droga injectada entre as populações mais jovens ou mais idosas.

⁽¹¹³⁾ Ver quadro PDU-6 (parte iii) no Boletim Estatístico de 2008.

⁽¹¹⁴⁾ Ver quadros PDU-104, TDI-4, TDI-5, e TDI-17 (parte v) no Boletim Estatístico de 2008.

⁽¹¹⁵⁾ Ver figura TDI-7 e quadro TDI-17 (parte i) no Boletim Estatístico de 2008.

⁽¹¹⁶⁾ Ver quadros TDI-17 (parte v) e TDI-40 no Boletim Estatístico de 2008.

⁽¹¹⁷⁾ É previsível que a percentagem de consumidores de droga injectada jovens ou novos seja menor nas amostras obtidas entre os utentes do tratamento da toxicod dependência do que em contextos mais «abertos», como os serviços de porta aberta, uma vez que, em média, os utentes só iniciam o tratamento ao fim de alguns anos de consumo de drogas. Contudo, a análise estatística da associação entre o contexto de recrutamento e as percentagens de consumidores de droga injectada jovens ou novos não revela qualquer significado estatístico, o que sugere que esse contexto (codificado como «só tratamento da toxicod dependência», «sem tratamento da toxicod dependência» e «contextos mistos») pode não produzir um forte efeito nestas percentagens.

Figura 9: Percentagem de consumidores jovens e novos nas amostras de consumidores de droga injectada



NB: As amostras são de consumidores de droga injectada a quem foram feitas análises de despistagem de doenças infecto-contagiosas (VIH e VHC). Foi usada a amostra disponível mais recente para cada país no período de 2002-2006, na condição de haver pelo menos cem consumidores de droga injectada. Um asterisco indica a inexistência de dados disponíveis sobre os consumidores de droga injectada novas. Para mais informação, ver figura PDU-3 no Boletim Estatístico de 2008.

Fontes: Pontos focais nacionais da Reitox.

Tratamento do consumo problemático de opiáceos

Perfil dos utentes consumidores de opiáceos que iniciam o tratamento

Os utentes que iniciam o tratamento por consumo de opiáceos como droga principal tendem a ser mais velhos (média de idades de 32 anos) do que os que iniciam o tratamento por consumo de cocaína, de outros estimulantes e de *cannabis* (média de idades de 31, 27 e 24 anos, respectivamente), sendo as mulheres um ou dois anos geralmente mais novas do que os seus homólogos do sexo masculino. Os utentes consumidores de opiáceos são geralmente mais jovens nos países que aderiram à União Europeia desde 2004, bem como na Irlanda, na Grécia, na Áustria e na Finlândia ⁽¹¹⁸⁾.

Em média, os homens são mais numerosos do que as mulheres entre os utentes consumidores de opiáceos, numa proporção de três para um, encontrando-se

percentagens mais elevadas de homens sobretudo nos países do sul da Europa (Bulgária, Grécia, Espanha, França, Itália, Chipre, Malta, Portugal) ⁽¹¹⁹⁾.

Os consumidores de opiáceos mencionam taxas de desemprego mais elevadas e menores níveis de sucesso escolar do que os restantes utentes (ver capítulo 2) e em alguns países constata-se uma frequência mais elevada de patologias psiquiátricas co-mórbidas.

Cerca de metade dos consumidores de opiáceos que procuram tratamento diz ter iniciado o consumo antes dos 20 de idade e aproximadamente um terço diz tê-lo feito entre os 20 e os 24 anos, sendo pouco comum um primeiro consumo de opiáceos depois dos 25 anos ⁽¹²⁰⁾. Regista-se um intervalo médio de sete a nove anos entre o primeiro consumo de opiáceos e o primeiro contacto com o tratamento da toxicod dependência, comunicando os utentes do sexo masculino um intervalo mais longo do que os do sexo feminino ⁽¹²¹⁾.

⁽¹¹⁸⁾ Ver quadros TDI-10, TDI-32 e TDI-103 no Boletim Estatístico de 2008.

⁽¹¹⁹⁾ Ver quadros TDI-5 e TDI-21 no Boletim Estatístico de 2008.

⁽¹²⁰⁾ Ver quadros TDI-11, TDI-107 e TDI-109 no Boletim Estatístico de 2008.

⁽¹²¹⁾ Ver quadro TDI-33 Boletim Estatístico de 2008.

Oferta e cobertura de tratamento

O tratamento dos consumidores de opiáceos é realizado na maioria das vezes em regime ambulatorio, incluindo centros especializados, médicos de clínica geral e serviços de porta aberta. Em alguns países os centros de internamento também desempenham um papel fundamental, nomeadamente na Bulgária, na Grécia, na Finlândia e na Suécia ⁽¹²²⁾.

O tratamento sem drogas e o tratamento de substituição para o consumo de opiáceos estão disponíveis em todos os Estados-Membros da UE, na Croácia e na Noruega. Na Turquia, a futura utilização do tratamento de substituição está actualmente a ser estudada. Na maioria dos países, o tratamento de substituição é a opção mais amplamente disponível, apesar de a Hungria, a Polónia e a Suécia terem referido, em 2005, que as abordagens de tratamento sem drogas eram predominantes.

O tratamento de substituição, geralmente integrado nos cuidados psicossociais, é normalmente oferecido em centros especializados de tratamento em regime ambulatorio e em consultórios de médicos de clínica geral convencionados. Os dados disponíveis sobre o número de utentes em tratamento de substituição indicam um aumento global no último ano, excepto no em França, Países Baixos, Malta e Luxemburgo, onde a situação permaneceu estável. O maior aumento proporcional foi mencionado pela República Checa (42%), embora também tenham sido comunicados aumentos superiores a 10% pela Polónia (26%), a Finlândia (25%), a Estónia (20%), a Suécia (19%), a Noruega (15%), a Hungria e a Áustria (11%).

Uma comparação simples entre as estimativas do número de consumidores problemáticos de opiáceos e o número de tratamentos ministrados sugere que mais de um em três consumidores poderá estar a receber tratamento de substituição. Não se deve esquecer, porém, que os dois conjuntos de dados ainda são pouco precisos, pelo que este cálculo deve ser encarado com prudência. Além disso, os amplos intervalos de confiança existentes nas estimativas do consumo problemático de opiáceos dificultam as comparações entre países. Ainda assim, os dados disponíveis indicam que a percentagem de consumidores problemáticos de opiáceos a receber tratamento de substituição difere consideravelmente de país para país, com taxas estimadas de cerca de 5% na Eslováquia, 20%-30% na Finlândia, na Grécia e na Noruega, 35%-45% na República Checa, Malta e Itália, e mais de 50% no Reino Unido (Inglaterra), Alemanha e Croácia ⁽¹²³⁾.

Alargamento das opções farmacêuticas

Foram desenvolvidas e disponibilizadas na Europa novas opções farmacêuticas para o tratamento da dependência de opiáceos. Estas novas opções visam melhorar a eficácia do tratamento, responder às necessidades de diferentes grupos de consumidores de opiáceos e reduzir as possibilidades de abuso das drogas de substituição.

Em 2006, foi lançada no mercado da UE uma combinação de buprenorfina com naloxona em alternativa à buprenorfina isolada, com o objectivo de reduzir as possibilidades de consumo por via injectável e os atractivos deste último. Vários Estados-Membros estão presentemente a avaliar a utilidade desta substância como opção terapêutica para a dependência de opiáceos ⁽¹⁾.

A prescrição de heroína medicinal (diamorfina), como opção terapêutica para os consumidores de opiáceos crónicos e resistentes ao tratamento, está limitadamente disponível nos Países Baixos (815 utentes em 2006), no Reino Unido (400 utentes) e na Alemanha, onde os participantes no ensaio relativo à heroína continuam a receber diamorfina de acordo com uma regulamentação especial. Além disso, está presentemente em curso um ensaio aleatório com opiáceos injectáveis (RIOTT) no Reino Unido, o qual avaliará a eficácia da diamorfina injectável, da metadona injectável e da metadona oral. Em Fevereiro de 2008, a Dinamarca também decidiu introduzir um programa de prescrição de diamorfina.

⁽¹⁾ Estão disponíveis informações técnicas sobre a substância no sítio web da EMEA: <http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/suboxone/suboxone.htm>.

Apesar de a metadona por via oral continuar a ser a principal droga utilizada no tratamento de substituição na Europa, a utilização de buprenorfina está a tornar-se cada vez mais comum. Isto poderá dever-se às menores taxas de mortalidade em caso de abuso (Connock *et al.*, 2007). O Conselho Nacional de Saúde dinamarquês, após uma revisão das orientações para o tratamento de substituição, tem instado os médicos de clínica geral a receitarem buprenorfina em vez de metadona.

Eficácia, qualidade e normas de tratamento

As análises das experiências aleatoriamente controladas e dos estudos de observação concluem que quer o tratamento de manutenção com metadona (TMM), quer o tratamento de manutenção com buprenorfina (TMB) podem ser eficazes na gestão da dependência dos opiáceos. Numa análise Cochrane recente concluiu-se, porém, que a buprenorfina é menos eficaz do que a metadona administrada em doses adequadas (Mattick *et al.*, 2008). Vários estudos concluíram também que a manutenção com diamorfina pode ser eficaz para pessoas que não

⁽¹²²⁾ Ver quadro TDI-24 no Boletim Estatístico de 2008.

⁽¹²³⁾ Ver figura HSR-1 no Boletim Estatístico de 2008.

respondem ao TMM (Schulte *et al.*, no prelo). Em termos gerais, o tratamento de substituição tem sido associado a vários resultados positivos, nomeadamente: permanência no tratamento, redução do consumo de opiáceos ilegais e do consumo de droga injectada, redução da mortalidade e do comportamento criminal, estabilização e melhoria das condições de saúde e sociais dos consumidores crónicos de heroína.

As intervenções psicossociais e psicoterapêuticas, combinadas com a farmacoterapia, também demonstraram eficácia nos estudos sobre os resultados dos tratamentos, por exemplo no NTORS do Reino Unido (Gossop *et al.*, 2002) e no DATOS dos Estados Unidos (Hubbard *et al.*, 2003). Estas abordagens podem não só aumentar a motivação para o tratamento, evitar as recaídas e reduzir os danos, mas também fornecer conselhos e apoio prático aos utentes que têm de enfrentar os problemas de habitação, de emprego e familiares em paralelo com o tratamento da dependência de opiáceos. Os dados disponíveis não preconizam, porém, a utilização isolada de tratamentos psicossociais (Mayet *et al.*, 2004).

Vários países comunicaram recentemente ter introduzido melhorias nas suas orientações de tratamento. Na Croácia, na Dinamarca e na Escócia, os programas de substituição têm sido analisados e as orientações revistas de modo a aumentar a qualidade de tratamento e evitar o desvio para o mercado negro. As orientações do Reino Unido em matéria de gestão clínica da toxicod dependência também foram actualizadas e o National Institute for Clinical Excellence (Instituto Nacional de Excelência Clínica) emitiu orientações específicas em relação à prescrição de metadona e de buprenorfina, o tratamento com naltrexona, a desintoxicação e o tratamento psicossocial. Portugal também formulou novas orientações para garantir um acesso atempado ao tratamento.

Tratamento nas prisões

Os decisores políticos da UE reconhecem, de um modo geral, a necessidade de harmonizar a prática e a qualidade dos serviços entre a comunidade e as prisões. No entanto, um relatório publicado pela Comissão Europeia (2007a) destacou a inexistência de serviços ao dispor dos consumidores de droga nas prisões e chamou a atenção para a importância de intervir neste contexto. São exemplos das limitações na prestação de serviços de tratamento da toxicod dependência nas prisões a falta de capacidade e de especialistas (Letónia, Polónia, Malta), uma assistência fragmentada (Letónia), ausência de intervenções para grupos específicos, como os reclusos

toxicod dependentes jovens (Áustria), e a inexistência de uma estratégia de prevenção baseada na saúde pública (Grécia).

Em termos mais positivos, os programas de luta contra a droga na prisão tornaram-se mais comuns e muitos países mencionam a realização de novas iniciativas. Por exemplo, em Portugal, foi criado o quadro jurídico para um programa de troca de seringas nas prisões; na Lituânia, foi aprovado um decreto que obriga as prisões a fornecerem aconselhamento antes de libertarem os reclusos; na Dinamarca, desde Janeiro de 2007 que todos os reclusos com sentenças superiores a três meses podem beneficiar de uma «garantia de tratamento»; na República Checa, o tratamento de substituição foi alargado a dez prisões; e na Irlanda, os serviços de tratamento na prisão estão a ser avaliados de modo a assegurar a sua equivalência aos serviços prestados na comunidade.

O nível de oferta do tratamento da toxicod dependência na prisão continua a ser baixo, em comparação com a comunidade, muito embora a prevalência do consumo de droga seja, regra geral, mais elevada. Em muitos países, a desintoxicação é a opção de tratamento preferida e, por vezes, a única disponível. O tratamento de substituição é teoricamente oferecido na maioria deles, mas os dados indicam que, na prática, poucos consumidores de droga o recebem. São excepções a Espanha, onde 14% dos reclusos a cumprir pena (19 600) receberam tratamento de substituição em 2006, e o Reino Unido (Inglaterra e País de Gales), onde se prevê um aumento do número de pessoas que recebem metadona de 6 000 para 12 000, após a introdução de novas orientações em Abril de 2007.

Recentemente, foram publicadas orientações práticas para o tratamento de substituição em meio prisional, aprovadas pela OMS e pelo UNODC (Kastelic *et al.*, 2008), indicando alguns estudos que a terapia de substituição dos opiáceos na prisão mostra efeitos positivos no que respeita aos comportamentos de risco e à mortalidade (Dolan *et al.*, 2003). Numa análise recente dos estudos de investigação sobre os programas de substituição em meio prisional concluiu-se que os efeitos positivos dependiam da administração de dosagens suficientes e de o tratamento perdurar ao longo de toda a pena de prisão (Stallwitz e Stöver, 2007). Além disso, um planeamento cuidadoso da saída da prisão e a ligação à comunidade são outros elementos fundamentais dos serviços nesta área, sendo necessários para garantir que as melhoras obtidas durante o tempo de prisão não se perdem subsequentemente ⁽¹²⁴⁾.

⁽¹²⁴⁾ Ver «Risco elevado de morte induzida pela droga após a conclusão das penas de prisão ou da tratamento», p. 96

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Capítulo 7

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

Doenças infecto-contagiosas relacionadas com o consumo de droga

Doenças infecto-contagiosas como o VIH e as hepatites B e C figuram entre as consequências mais graves do consumo de droga para a saúde. Mesmo nos países onde a prevalência do VIH nos consumidores de droga injectada (CDI) é baixa, outras doenças infecciosas, incluindo a hepatite A, B e C, as doenças transmissíveis sexualmente, a tuberculose, o tétano, o botulismo e o vírus linfotrópico de células T humanas podem afectar os consumidores de droga de uma forma desproporcionada. O OEDT monitoriza sistematicamente o VIH e a hepatite B e C entre os consumidores de droga injectada (prevalência de anticorpos ou de outros marcadores específicos, no caso da hepatite B). Os dados têm de ser interpretados com cautela, visto existirem várias limitações metodológicas nos diferentes sistemas de dados ⁽¹²⁵⁾.

VIH e sida

Em finais de 2006, a incidência da infecção pelo VIH diagnosticada entre os consumidores de droga injectada (CDI) parece ter sido baixa na maioria dos países da União Europeia e a situação geral da UE afigura-se relativamente positiva num contexto mundial. Esta situação poderá decorrer, pelo menos em parte, da maior disponibilidade de medidas de prevenção, tratamento e redução dos danos, incluindo o tratamento de substituição e os programas de troca de agulhas e seringas. Outros factores, como a diminuição do consumo de droga injectada que se tem registado em alguns países, também poderão ter desempenhado um papel importante. No entanto, em algumas regiões da Europa, os dados sugerem que a transmissão do VIH ligada ao consumo de droga injectada manteve taxas relativamente elevadas em 2006, o que realça a

necessidade de garantir a cobertura e a eficácia das práticas de prevenção locais.

Tendências da infecção por VIH

Os dados sobre casos recentemente diagnosticados relacionados com o consumo injectado de droga em 2006 sugerem que, de um modo geral, os índices de infecção continuam a diminuir na União Europeia, após o pico registado em 2001-2002 e que se deveu aos surtos ocorridos na Estónia, na Letónia e na Lituânia ⁽¹²⁶⁾. Em 2006, o índice global de novas infecções diagnosticadas entre os CDI dos 25 Estados-Membros da UE em relação aos quais existem dados nacionais era de cinco casos por milhão de habitantes, tendo diminuído de 5,6 em 2005 ⁽¹²⁷⁾. Dos três países que referem os maiores índices de casos de infecção recentemente diagnosticados (Estónia, Letónia, Portugal), Portugal continuou a comunicar uma tendência decrescente em 2005/2006, enquanto na Estónia e na Letónia as tendências estabilizaram em 142,0 e 47,1 novos casos diagnosticados por milhão de habitantes, respectivamente. De 2001 a 2006, não se observaram grandes aumentos, em nenhum país, no que respeita ao índice de pessoas infectadas por VIH. Naqueles onde se observa um ligeiro aumento (por exemplo, Bulgária, Irlanda), este não foi além de um caso adicional por milhão de habitantes e por ano.

Um exame dos valores absolutos revela os países que contribuíram mais fortemente para o total global da UE. O maior número de casos de infecção recentemente diagnosticados entre os CDI foi comunicado em 2006 pelos países com índices de infecção mais elevados (Portugal, 703 novos casos; Estónia, 191; Letónia, 108) ⁽¹²⁸⁾ e pelos que possuem grandes populações (Reino Unido, 187; Alemanha, 168; França, 167; Polónia, 112) (figura 10). Num contexto global de tendências decrescentes, os maiores aumentos dos valores absolutos desde 2001 são observados no Reino Unido, com cerca de 13 casos adicionais por ano, e na Alemanha, com cerca de 10 casos adicionais, embora estes não se distribuam de

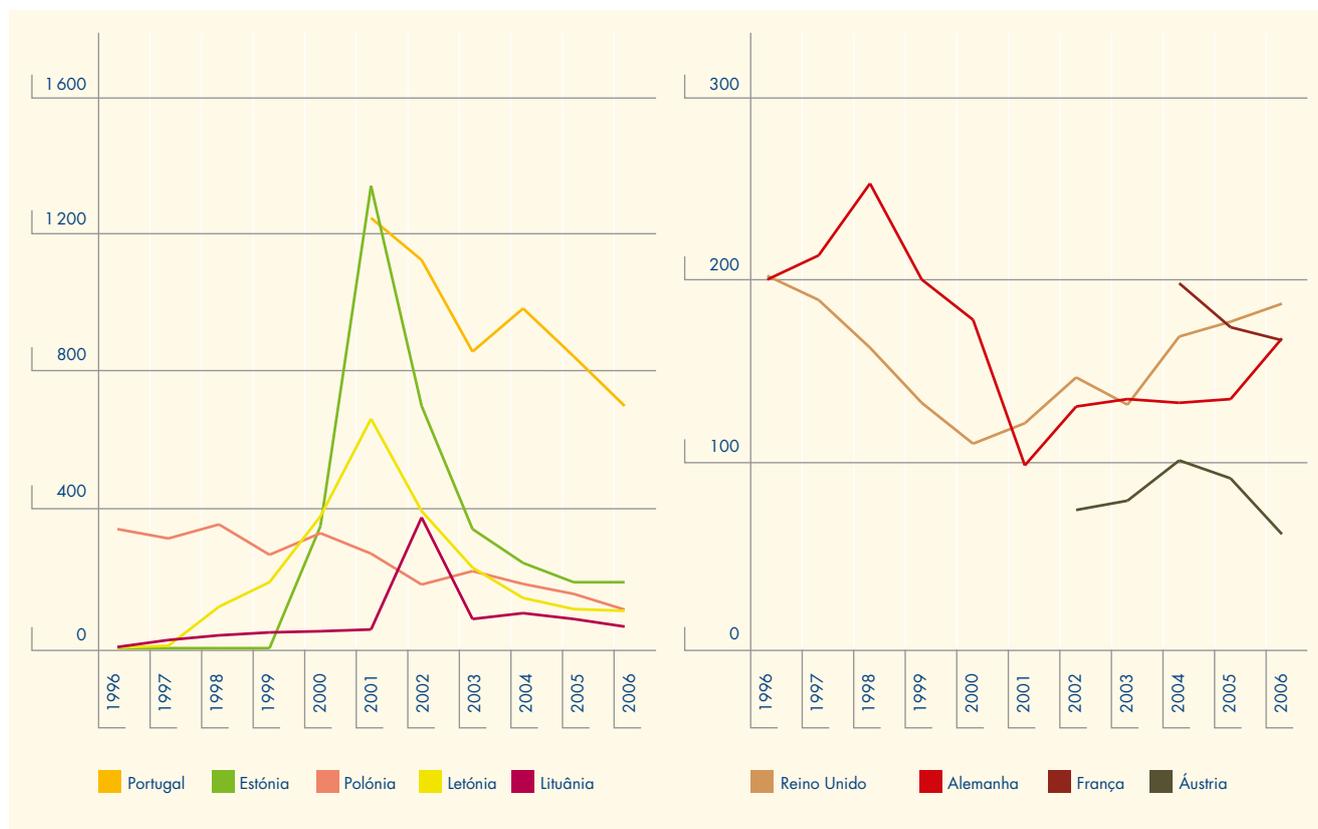
⁽¹²⁵⁾ Ver informações pormenorizadas sobre os métodos e as definições no Boletim Estatístico de 2008.

⁽¹²⁶⁾ Ver quadro INF-104 no Boletim Estatístico de 2008.

⁽¹²⁷⁾ Não há dados nacionais disponíveis da Espanha e da Itália. Fazendo um ajustamento para ter em conta esses dois países, a taxa seria de 5,9 casos por milhão de habitantes, diminuindo de 6,4 em 2005.

⁽¹²⁸⁾ Em Portugal, foram notificados 703 casos pelo EuroHIV para 2006, e 432 pelo Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (CVEDT); a discrepância deve-se à classificação por ano de notificação (EuroHIV) contra ano de diagnóstico (CVEDT).

Figura 10: Número absoluto de casos de infecção por VIH recentemente diagnosticados entre os consumidores de droga injectada por ano de notificação: países com um nível máximo superior a 300 (esquerda) e entre 100 e 300 (direita)



NB: Não há dados nacionais disponíveis para a Espanha e a Itália, apresentando-se dados regionais, quando existem. Os valores parciais relativos aos dois países elevaram-se, no total, a mais de cem casos novos em 2005 e revelaram uma tendência decrescente. Para mais informações, ver quadro INF-104 no Boletim Estatístico de 2008.

Fonte: EuroHIV.

modo uniforme ao longo dos anos. Na Bulgária, o baixo índice de aumento acelerou-se recentemente, com 0, 2, 0, 7, 13 e 34 novos casos por ano entre 2001 e 2006, o que indica a possibilidade de haver um surto.

Os dados relativos às tendências provenientes da monitorização da prevalência do VIH nas amostras de CDI são um complemento importante para os dados obtidos a partir da notificação dos casos de VIH, uma vez que também fornecem informações sobre infecções não diagnosticadas. Há dados disponíveis sobre a prevalência no período de 2002-2006 em relação a 25 países (¹²⁹). Em 15 deles, a prevalência do VIH manteve-se inalterada durante este período, noutros cinco (Bulgária, Alemanha, Espanha, Itália, Letónia) revelou diminuições estatisticamente significativas, todas elas baseadas em amostras nacionais. No entanto, em dois deles, também foram registados aumentos regionais da prevalência: numa cidade da Bulgária, Sófia, e em oito de 21 regiões e numa cidade da Itália. Por último, em cinco países, as tendências nacionais não são mencionadas ou parecem estáveis, embora tenha havido pelo menos uma amostra

subnacional que indica uma tendência crescente, apesar de os níveis de prevalência se manterem, na sua maioria, baixos (Bélgica, República Checa, Lituânia, Reino Unido e, possivelmente, a Eslovénia).

A comparação das tendências dos casos de infecção recentemente diagnosticados relacionados com o consumo de droga injectada com as tendências da prevalência do VIH entre os CDI sugere que a incidência da infecção por VIH associada ao consumo de droga injectada está a diminuir, na maioria dos países, ao nível nacional. A interpretação é mais difícil quando estas fontes de dados são parcialmente contraditórias, como acontece, por exemplo, na Bulgária, na Alemanha e no Reino Unido; embora nestes países a incidência de novos casos diagnosticados e o seu índice de crescimento (excepto no caso da em Bulgária em 2004-2006) sejam baixos.

O elevado índice anual de novos casos de VIH diagnosticados relacionados com o consumo de droga injectada na Estónia, na Letónia e em Portugal sugere uma persistência de altos níveis de transmissão nestes países. No caso da Estónia, esta sugestão é confirmada pelos

(¹²⁹) Ver quadro INF-108 no Boletim Estatístico de 2008.

Pontos críticos do VIH/sida

Os dados mais recentes indicam que a incidência da infecção por VIH entre os consumidores de droga injectada é, de um modo geral, baixa na União Europeia. Contudo, há que manter a vigilância, uma vez que alguns Estados-Membros continuam a apresentar índices elevados de novos casos de infecção por VIH ligados ao consumo de droga injectada, e a situação ainda é mais preocupante em alguns países vizinhos.

Após uma epidemia recente de VIH na Estónia e na Letónia, os índices de casos de infecção recentemente diagnosticados em CDI diminuíram a partir de 2001, mas agora estabilizaram em níveis ainda elevados (142,0 e 47,1 casos novos por milhão de habitantes, respectivamente, em 2006), o que sugere que os níveis de transmissão permanecem elevados. Portugal continua a apresentar o maior número de casos de infecção recentemente diagnosticados na União Europeia (ver p. 85) e, apesar de essa tendência ter diminuído, o índice anual de casos recentemente diagnosticados e notificados ainda é elevado, com 66,5 casos novos por milhão de habitantes em 2006.

Nos países vizinhos a leste da União Europeia, a situação suscita especial preocupação. Nos dois países maiores, a Rússia e na Ucrânia, o número de casos recentemente diagnosticados é elevado e continua a crescer. Em 2006, os casos de infecção recentemente diagnosticados relacionados com o consumo de droga injectada foram estimados em mais de 11 000 na Rússia e de 7 000 na Ucrânia (78,6 e 152,9 casos novos por milhão de habitantes, respectivamente).

Os elevados níveis de transmissão que continuam a manter-se entre os CDI apontam para a necessidade de analisar a disponibilidade, o nível e o âmbito da actual oferta de serviços, incluindo as medidas específicas destinadas a reduzir a propagação de doenças infecto-contagiosas, como a troca de seringas e o tratamento de substituição. Além disso, é necessário realizar estudos específicos entre os CDI, a fim de investigar por que motivo algumas populações parecem ser particularmente vulneráveis, quais os factores associados aos comportamentos de risco e os obstáculos à auto-protecção, e identificar abordagens promissoras para prevenir novos surtos.

dados de prevalência relativos a 2005, os quais indicam que cerca de um terço dos novos CDI (consumidores que se injectam há menos de dois anos) tinha anticorpos de VIH. Outros indícios da continuação da transmissão de VIH são dados pelas informações de elevados níveis de prevalência (mais de 5%) entre os jovens CDI (amostras de 50 ou mais CDI com menos de 25 anos) em vários países: Espanha (dados nacionais, 2005), Portugal (dados nacionais, 2006), Estónia (duas regiões, 2005), Letónia

(dados nacionais e de duas cidades, 2002/2003), Lituânia (uma cidade, 2006) e Polónia (uma cidade, 2005) ⁽¹³⁰⁾.

Incidência da sida e acesso à HAART

As informações sobre a incidência da sida são importantes para mostrar a ocorrência recente de doença sintomática, apesar de não ser um bom indicador da transmissão do VIH. Os dados sobre a incidência da sida também podem fornecer indicações sobre a cobertura e a eficácia da terapia antiretroviral altamente activa (HAART). As elevadas taxas de incidência de sida registadas em alguns países europeus podem indicar que muitos CDI infectados com VIH não recebem HAART numa fase suficientemente precoce da sua infecção para obterem o máximo benefício do tratamento.

Portugal continua a ser o país com maior incidência de sida relacionada com o consumo de droga injectada, estimando-se que teve 22,4 casos novos por milhão de habitantes em 2006, embora a tendência seja agora claramente decrescente, tendo diminuído de 29,9 casos por milhão de habitantes em 2005. Também são referidos níveis relativamente elevados de incidência de sida na Estónia, Espanha e Letónia, com 17,1, 15,1 e 13,5 casos novos por milhão de habitantes, respectivamente. Nestes três países, a tendência é decrescente em Espanha e na Letónia, mas não na Estónia, onde os dados mais recentes indicam um aumento de 11,9 casos novos por milhão de habitantes em 2005 para 17,1 por milhão em 2006. Também se registou um aumento na Lituânia, de 2,0 casos novos por milhão de habitantes em 2005 para 5,0 casos em 2006 ⁽¹³¹⁾.

Hepatites B e C

Embora apenas se encontrem níveis elevados de prevalência da infecção por VIH em alguns Estados-Membros da UE, a hepatite viral e, em especial, a infecção causada pelo vírus da hepatite C (VHC), tem uma prevalência maior entre os CDI de toda a Europa. Os níveis de anticorpos de VHC entre as amostras nacionais de CDI em 2005-2006 variam entre cerca de 15% e 90%, referindo tipicamente a maior parte dos países níveis superiores a 40%. Só alguns países (Bulgária, República Checa, Finlândia) comunicam uma prevalência inferior a 25% nas amostras nacionais de CDI; embora os índices de infecção a este nível continuem a constituir um importante problema de saúde pública ⁽¹³²⁾.

Os níveis de prevalência do VHC podem variar consideravelmente dentro de cada país, reflectindo quer diferenças regionais quer as características da população

⁽¹³⁰⁾ Ver quadros INF-109 e INF-110 no Boletim Estatístico de 2008.

⁽¹³¹⁾ Ver figura INF-1 no Boletim Estatístico de 2008.

⁽¹³²⁾ Ver quadros INF-111 a INF-113 no Boletim Estatístico de 2008.

Acesso às análises e ao tratamento do VIH

É possível que uma em cada três pessoas infectadas pelo VIH na Europa desconheça o seu estado (ECDC, 2007) e os relatórios de alguns Estados-Membros da UE sugerem que esse desconhecimento pode ser ainda maior entre os CDI infectados.

Em consequência, muitos dos que ficam infectados com o vírus não poderão beneficiar de um tratamento e uma assistência precoces, além de poderem contribuir para a propagação do VIH ao exporem inadvertidamente outras pessoas ao risco de infecção. Por outro lado, a qualidade dos dados recolhidos pelos sistemas de vigilância do VIH também diminuiu.

Os dados preliminares sugerem que o acesso dos CDI à terapia antiretroviral e aos cuidados de saúde é desproporcionadamente baixo (Donoghoe *et al.*, 2007). Para serem eficazes, as abordagens de tratamento antiviral devem ter em conta a situação e as necessidades específicas destes consumidores. Entre elas podem incluir-se a existência de problemas de saúde e sociais concomitantes (por exemplo, a condição de sem-abrigo e a falta de seguro de saúde), bem como o estigma e a eventual discriminação nos centros de saúde, ou detenções e penas de prisão repetidas.

Para melhorar o acesso às análises e ao tratamento do VIH, o OEDT elaborou orientações específicas para a oferta de exames médicos voluntários anuais aos CDI, incluindo análises do VIH e da hepatite viral (1).

(1) <http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/pdu/2008/medical-examination>.

representada nas amostras. Por exemplo, no Reino Unido, há estudos locais que referem níveis entre 29% e 59%, ao passo que na Itália, as diversas estimativas regionais variam entre cerca de 40% e 96%. Embora as estimativas produzidas a partir de amostras não probabilísticas devam sempre ser consideradas com prudência, é provável que as variações nos níveis de prevalência encontradas tenham implicações importantes para o direccionamento e a execução dos programas de prevenção e tratamento. Além disso, a compreensão dos factores responsáveis pelos diferentes níveis de infecção pode permitir desenvolver melhores estratégias de intervenção.

Os estudos realizados entre os CDI jovens (menos de 25 anos) e novos (que se injectam há menos de dois anos) sugerem que o lapso de tempo em que se pode prevenir a infecção por VHC é muito curto, uma vez que muitos contraem o vírus pouco depois de começarem a injectar-se. Estudos recentes (2005-2006) mencionam tipicamente níveis de prevalência de 20% a 50%, embora haja uma variação considerável entre as amostras.

A prevalência de anticorpos do vírus da hepatite B (HBV) varia ainda mais do que a dos anticorpos de VHC, em parte, possivelmente, devido a diferenças nos níveis de vacinação, embora haja outros factores que podem ter influência. O mais completo conjunto de dados disponível refere-se ao anticorpo para o principal antígeno da hepatite B (anti-HBc), que indica um historial de infecção. Em 2005-2006, seis dos 11 países que forneceram dados sobre os CDI mencionaram níveis de prevalência do anti-HBc superiores a 40% (133).

As tendências ao longo do tempo nos casos notificados de hepatite B e C mostram panoramas diferentes. A percentagem de CDI entre todos os casos notificados de hepatite B pode ter diminuído ligeiramente em alguns países, reflectindo possivelmente o crescente impacto dos programas de vacinação destinados a CDI. No caso da hepatite C, a percentagem de CDI entre os casos notificados diminuiu em cinco países, mas aumentou noutros cinco (República Checa, Luxemburgo, Malta, Suécia, Reino Unido) (134). Tanto em relação à hepatite B como à hepatite C, a percentagem de CDI entre os casos notificados continuou, em 2006, a diferir acentuadamente consoante os países, sugerindo a existência de diferenças geográficas na epidemiologia destas infecções, embora não seja de excluir a possibilidade de distorções causadas por diferentes práticas de análise e de notificação.

Prevenção das doenças infecto-contagiosas

Os Estados-Membros da UE utilizam uma combinação de algumas das medidas seguintes para reduzir a propagação e as consequências das doenças infecto-contagiosas entre os consumidores de droga: tratamento da toxicod dependência, incluindo o tratamento de substituição (ver capítulo 6), informação e aconselhamento no domínio da saúde, distribuição de material de injeção esterilizado, e educação para maior segurança no sexo e no consumo. A disponibilidade e a cobertura destas medidas varia muito consoante os países.

Os programas de troca de agulhas e seringas e o tratamento de substituição de opiáceos estão disponíveis em todos os Estados-Membros da UE, na Croácia e na Noruega, embora sejam muito diversificados no que respeita aos locais de distribuição e à população-alvo. Na Europa, a oferta de serviços de tratamento de substituição e de redução dos danos aumentou consideravelmente ao longo da última década. Em alguns países, porém, essas intervenções permanecem

(133) Ver quadro INF-115 no Boletim Estatístico de 2008.

(134) Ver quadros INF-105 e INF-106 no Boletim Estatístico de 2008.

limitadas e, globalmente, as necessidades continuam a ser superiores à oferta nestas áreas.

Um estudo de coorte recente, efectuado em Amesterdão, mostrou os benefícios da disponibilidade combinada do tratamento de manutenção com metadona e da troca de seringas, dado que o envolvimento em ambos os serviços, comparativamente ao envolvimento apenas num, foi associado a uma menor incidência das infecções por VHC e VIH entre os consumidores de droga injectada (Van den Berg *et al.*, 2007).

É difícil avaliar a cobertura dos programas de troca de agulhas e seringas, sendo poucos os países que apresentam valores pertinentes. Por exemplo, a República Checa refere uma rede com 90 agências de porta aberta, que chega a cerca de 25 000 consumidores de droga por ano, 70% dos quais consumidores de droga injectada, e fornece, em média, 210 seringas por CDI.

Alguns países mencionam um aumento do número de seringas distribuídas pelos programas de troca de agulhas e seringas: na Estónia, o número estimado de seringas distribuídas por CDI duplicou entre 2005 e 2006, chegando a 112; no mesmo período, os programas de troca de seringas na Hungria aumentaram em 56% a quantidade de seringas distribuídas e em 84% o seu número de utentes; e a Finlândia continua a comunicar um aumento do número de utentes assistidos e das seringas distribuídas nos centros de aconselhamento sobre saúde. Contudo, nem todos os países registaram aumentos: em Malta e na Eslováquia, a distribuição de seringas permaneceu estável em 2006; a Polónia comunicou uma diminuição do número de agências em funcionamento e uma redução de 15% no número de seringas trocadas; a Roménia mencionou uma diminuição de 70% no número de seringas trocadas em Bucareste, sendo os problemas financeiros apontados como causa principal para este facto.

Em vários países, a estabilização ou a diminuição da troca de seringas podem reflectir mudanças nos padrões globais de consumo de droga injectada e na disponibilidade de tratamento: no Luxemburgo, o número de seringas distribuídas pelas agências de porta aberta, depois de ter aumentado durante vários anos, estabilizou em 2005 e diminuiu em 2006; também foram comunicadas diminuições recentes na distribuição de seringas em Portugal e na Bélgica (comunidade flamenga), e, a nível local, na Alemanha e nos Países Baixos.

A troca de seringas e os serviços de porta aberta também podem constituir uma via de prestação de cuidados aos consumidores com dificuldade em aceder aos serviços genéricos. Isto inclui a prestação de cuidados de saúde primários e medidas de promoção da saúde sexual, como

Vacinação contra a hepatite B entre os consumidores de droga

A transmissão do vírus da hepatite B (VHB) continua a existir entre os CDI europeus, população em que os índices de infecção activa por VHB (prevalência do HBsAg [antigene de superfície da hepatite B]) permanecem elevados na maioria dos países, em comparação com a população em geral (!). A vacinação é considerada como a medida mais eficaz para prevenir a infecção pelo vírus da hepatite B (VHB) e suas consequências. De acordo com a recomendação de 1991 da OMS, a maioria dos Estados-Membros, mas não todos, adoptou a vacinação contra este vírus. Contudo, as políticas de vacinação infantil beneficiarão sobretudo as futuras gerações de consumidores de droga. Para reduzir a propagação da infecção mais cedo, mais de metade dos Estados-Membros da UE introduziu programas de vacinação especificamente destinados aos consumidores de droga injectada e/ou os reclusos. No entanto, a cobertura destes programas varia consoante os países e um terço dos Estados-Membros da UE ainda afirma não dispor de qualquer programa de vacinação específico para toxicodependentes.

Tais programas estão muitas vezes confrontados com o problema de um insuficiente cumprimento, que leva à não conclusão dos cursos de vacinação. Dada a disponibilidade de uma vacina segura e eficaz, as estratégias para atingir níveis mais elevados de imunização entre as pessoas em risco podem envolver uma abordagem flexível, direccionada para os consumidores de droga que ainda estão numa fase inicial e para as comunidades com maior prevalência do consumo de droga. Ofertas repetidas de vacinação e doses adicionais para pessoas com menor resposta imunitária também podem ajudar a obter uma maior imunização. Esta abordagem poderá exigir que os Estados-Membros da UE revejam e, eventualmente, aperfeiçoem as suas políticas para diminuir a ocorrência da infecção crónica por VHB e suas consequências.

(!) Ver quadros INF-106 e INF-114 no Boletim Estatístico de 2008.

a distribuição de preservativos e lubrificantes e o ensino de práticas sexuais mais seguras. A prestação de serviços de prevenção das doenças infecto-contagiosas através de equipas de proximidade ou em agências de porta aberta também está instituída na maioria dos países, embora os serviços nesta área ainda estejam a ser desenvolvidos. Por exemplo, está a ser criada uma rede transnacional de prevenção constituída por serviços de porta aberta, que utilizará normas de serviço e protocolos de monitorização epidemiológica comuns, na Estónia, Letónia e Lituânia.

A assistência médica é prestada em clínicas de porta aberta e por serviços móveis, bem como através dos sistemas de encaminhamento. Por exemplo, a rede checa de serviços de porta aberta trabalha em estreita colaboração com

os serviços de saúde públicos para facilitar o acesso ao aconselhamento, às análises e ao tratamento da co-morbilidade somática, sobretudo da hepatite viral. Na Bulgária, um dispensário móvel em Bourgas, no mar Negro, realizou 750 consultas em 2006. Alguns municípios dinamarqueses receberam fundos estatais para programas de saúde destinados aos consumidores de droga mais vulneráveis. Além disso, o projecto «consultório» em Copenhaga, que conjuga os cuidados de saúde e as medidas de aconselhamento social com uma abordagem de porta aberta, é um projecto-piloto de três anos criado em 2008.

Prevenção da hepatite viral

Em 2006, vários países comunicaram a realização de iniciativas para prevenir a propagação da hepatite viral. Por exemplo, no Luxemburgo, atendendo aos resultados de um projecto de investigação-acção, reforçou-se a oferta de aconselhamento sobre práticas de consumo mais seguras aos consumidores jovens e novos e melhorou-se o acesso gratuito dos CDI ao material de injeção. Na Dinamarca, desde 2006 que as vacinas para a hepatite A e B estão gratuitamente disponíveis para os consumidores de droga e seus parceiros, e os municípios são agora obrigados a prestar uma vasta gama de serviços no domínio das doenças infecto-contagiosas aos CDI. Por último, na Irlanda, um grupo de trabalho sobre o VHC foi incumbido em 2007 de desenvolver uma estratégia nacional de vigilância, educação e tratamento.

As prisões são locais importantes para realizar intervenções contra as doenças infecto-contagiosas relacionadas com o consumo de droga e para prestar serviços de saúde a uma população a que é difícil chegar de outro modo (ver capítulo 2). Estudos recentes indicam que é importante fazer análises virais a todas as pessoas que já consumiram drogas ilegais e demonstram que a detecção da hepatite C crónica no momento da chegada à prisão constitui uma medida eficaz em termos de custos (Sutton *et al.*, 2006). Além de receberem o tratamento e os cuidados necessários, se estiverem infectados, os reclusos consumidores de droga podem beneficiar de uma série de intervenções, tais como educação sanitária e imunização contra a hepatite B ⁽¹³⁵⁾.

Mortalidade e mortes relacionadas com o consumo de droga

O consumo de droga é uma das principais causas de problemas de saúde e de morte entre os jovens europeus.

A considerável mortalidade resultante do consumo de opiáceos, em particular, é ilustrada por um estudo internacional financiado pelo OEDT, o qual concluiu que, em sete zonas urbanas europeias, 10% a 23% das mortes registadas entre pessoas dos 15 aos 49 anos podiam ser atribuídos ao consumo de opiáceos (Bargagli *et al.*, 2005).

O indicador fundamental do OEDT «Mortalidade e mortes relacionadas com o consumo de droga» monitoriza, principalmente, as mortes directamente causadas por este consumo (mortes induzidas pela droga) e, em menor grau, a mortalidade global entre os consumidores de droga, que também inclui as mortes associadas a vários outros problemas de saúde e sociais.

Mortes induzidas pela droga

A definição do OEDT de mortes induzidas pela droga ⁽¹³⁶⁾ refere-se às mortes directamente causadas (intoxicações ou *overdoses*) pelo consumo de uma ou mais drogas e em que pelo menos uma das substâncias presentes é uma droga ilegal. O número de consumidores de droga, os seus padrões de consumo (droga injectada, policonsumo de droga) e a disponibilidade de serviços de tratamento e de emergência são factores que podem influenciar o número global dessas mortes numa comunidade. Em geral, as mortes induzidas pela droga ocorrem pouco depois do consumo da(s) substância(s).

A melhoria da qualidade e da fiabilidade dos dados europeus nos últimos anos permitiu fazer descrições mais exactas das tendências gerais e nacionais, já tendo a maior parte dos países adoptado uma definição dos casos consentânea com a do OEDT ⁽¹³⁷⁾. No entanto, as diferenças existentes entre os diversos países no que se refere à qualidade dos dados comunicados levam a que as comparações directas se devam efectuar com prudência.

No período de 1990-2006, os Estados-Membros da UE notificaram, por ano, 6 500 a 8 500 mortes induzidas pela droga, num total aproximado de 130 000 mortes. Estes valores devem ser considerados como uma estimativa mínima ⁽¹³⁸⁾.

A taxa de mortalidade relativa às mortes induzidas pela droga varia muito consoante os países, desde 3-5 até mais de 70 mortes por milhão de habitantes na faixa etária dos 15 aos 64 anos (em média, 21 mortes por milhão de habitantes). Encontram-se taxas superiores a 20 mortes por milhão de habitantes em 16 países

⁽¹³⁵⁾ Ver os quadros DUP no Boletim Estatístico de 2008.

⁽¹³⁶⁾ O termo «mortes induzidas pela droga» foi agora adoptado, dado reflectir de forma mais precisa a definição dos casos.

⁽¹³⁷⁾ Ver informações metodológicas pormenorizadas sobre as mortes relacionadas com a droga no Boletim Estatístico de 2008.

⁽¹³⁸⁾ Ver quadro DRD-2 (parte i) no Boletim Estatístico de 2008.

Mortalidade relacionada com o consumo de droga: um conceito complexo

Os debates científicos e políticos sobre a mortalidade relacionada com o consumo de droga são dificultados pela variedade de conceitos e definições que têm sido utilizados neste domínio. Se forem utilizados conceitos muito vastos e inclusivos, os dados podem ter pouca utilidade para entender os factores subjacentes a esta mortalidade. Por exemplo, se todas as mortes com exame toxicológico positivo forem agrupadas, este grupo incluirá casos em que as drogas foram a causa directa, casos em que elas tiveram um papel indirecto e casos em que não desempenharam qualquer papel.

Outra questão importante é a das substâncias em causa, que podem estar limitadas às drogas ilegais ou estender-se a outras substâncias e medicamentos psicoactivos. Neste último caso, pode ser difícil distinguir as mortes principalmente relacionadas com problemas de saúde mental (por exemplo, o suicídio no contexto de uma depressão) das atribuíveis ao consumo de substâncias. Além disso, muitas mortes induzidas pelo consumo de droga são, na verdade, causadas por um policonsumo, facto que poderá dificultar a compreensão do papel de cada uma das diferentes drogas.

Conceptualmente, a mortalidade relacionada com o consumo de droga inclui duas grandes componentes. A primeira, e mais bem documentada, refere-se às mortes directamente causadas pela acção de uma ou mais drogas. Estas mortes são normalmente denominadas «overdoses», «intoxicações agudas» e «mortes induzidas pela droga». A segunda componente é mais ampla e abrange as mortes que não podem ser directamente atribuíveis à acção farmacológica das drogas, mas estão, todavia, ligadas ao seu consumo: consequências a longo prazo de doenças infecto-contagiosas, interacções com problemas de saúde mental (por exemplo, suicídio) ou com outras circunstâncias (por exemplo, acidentes de viação). Também há mortes relacionadas com o consumo de droga, mas por razões circunstanciais (por exemplo, violência associada ao tráfico de droga).

A actual abordagem do OEDT à notificação da mortalidade global relacionada com o consumo de droga baseia-se numa estimativa das taxas de mortalidade registadas em coortes de consumidores problemáticos. Contudo, estão a ser estudadas outras abordagens, segundo as quais é possível combinar dados provenientes de várias fontes para estimar o peso total da mortalidade atribuível às drogas numa comunidade (ver «Mortalidade global relacionada com o consumo de droga», p. 94).

européus e mais de 40 por milhão de habitantes em cinco países. Entre os homens dos 15 aos 39 anos, as taxas de mortalidade são, em média, e na maioria dos países,

equivalentes ao dobro (aproximadamente 44 mortes por milhão de habitantes na Europa). Em 2005-2005, as mortes induzidas pela droga corresponderam a 3,5% do total de mortes registadas entre os europeus dos 15 aos 39 anos e a mais de 7% em oito países⁽¹³⁹⁾ (figura 11).

Ainda há pouca investigação sobre a morbilidade e outras consequências das overdoses não fatais, bem como um investimento limitado nos esforços de prevenção, apesar dos indícios de que essas overdoses poderão ser muito numerosas. Alguns estudos calcularam que poderiam existir 20 a 25 overdoses não fatais por cada overdose fatal. Apesar de ser difícil saber se estas estimativas se podem aplicar à União Europeia em geral, essa aplicação produziria uma estimativa aproximada de cerca de 120 000 a 175 000 overdoses não fatais por ano.

Mortes relacionadas com o consumo de opiáceos

Heroína

A overdose de opiáceos é uma das principais causas de morte entre os jovens europeus, em particular entre os jovens do sexo masculino residentes em zonas urbanas⁽¹⁴⁰⁾. Os opiáceos, sobretudo a heroína ou os seus metabolitos, estão presentes na maioria das mortes induzidas pela droga notificadas na União Europeia, correspondendo desde 55% a quase 100% dos casos, e mais de metade dos países notificam percentagens superiores a 80%⁽¹⁴¹⁾. Nos relatórios toxicológicos sobre as mortes atribuídas à heroína, são muitas vezes encontradas outras substâncias que poderão ter tido alguma influência. As mais frequentemente referidas são o álcool, as benzodiazepinas, outros opiáceos e, em alguns países, a cocaína. Trabalhos recentes do OEDT, nos quais participaram nove países, concluíram que foi mencionada mais de uma droga nos resultados toxicológicos de 60% a 90% das mortes induzidas por opiáceos. Este facto sugere que uma percentagem substancial das mortes induzidas pela droga pode estar associada ao policonsumo de drogas.

As mortes por overdose de opiáceos (60%-95%) envolvem sobretudo pessoas do sexo masculino, na sua maioria entre os 20 e os 40 anos, rondando a média de idades os 35 anos, na maior parte dos países⁽¹⁴²⁾. Em muitos deles, a média de idades das pessoas que morrem de overdose está a aumentar, o que indica uma possível estabilização ou diminuição do número de consumidores de heroína jovens. Noutros países (Bulgária, Estónia, Roménia, Áustria), porém,

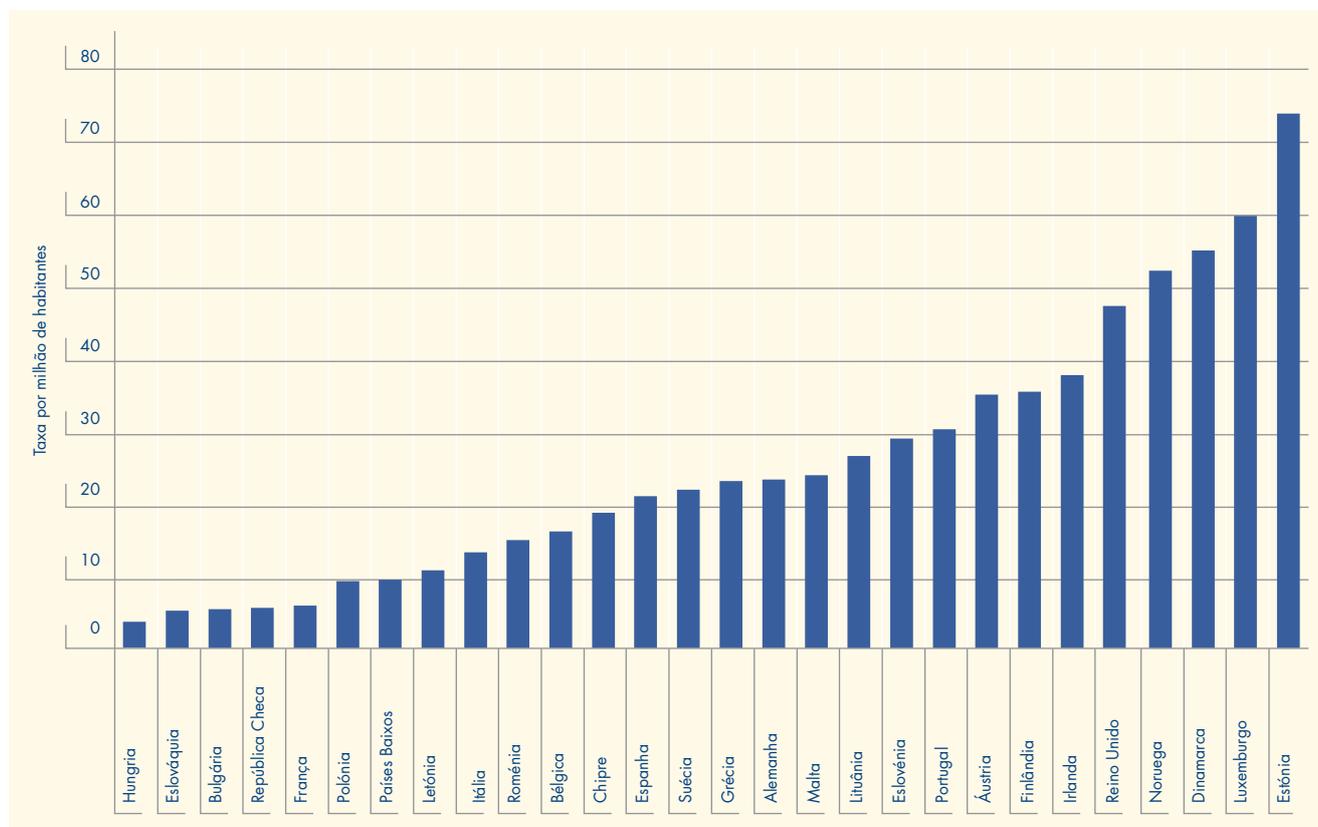
⁽¹³⁹⁾ Ver quadro DRD-5 e figura DRD-7 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2008.

⁽¹⁴⁰⁾ Dado que a maioria dos casos notificados ao OEDT se refere a overdoses de opiáceos, as características gerais das mortes induzidas pela droga são utilizadas na descrição dos casos de opiáceos.

⁽¹⁴¹⁾ Ver figura DRD-1 no Boletim Estatístico de 2008.

⁽¹⁴²⁾ Ver quadro DRD-1 (parte i) no Boletim Estatístico de 2008.

Figura 11: Taxas de mortalidade na população adulta (15-64 anos) devido a mortes induzidas pela droga



NB: No caso da República Checa, foi utilizada a Selecção D do OEDT em vez da definição nacional; no caso do Reino Unido, foi usada a definição da estratégia de luta contra a droga; no caso da Roménia, os dados referem-se apenas a Bucareste e a vários distritos abrangidos pela área da competência do Laboratório de Toxicologia de Bucareste. Os cálculos das taxas de mortalidade da população baseiam-se nas populações nacionais em 2005, tal como foram comunicadas pelo Eurostat. As comparações entre índices demográficos devem ser feitas com cautela, visto existirem algumas diferenças nas definições dos casos e na qualidade das informações comunicadas. Ver intervalos de confiança e mais informações sobre os dados na figura DRD-7 parte (i) no Boletim Estatístico de 2008.

Fontes: Relatórios nacionais Reitox (2007), extraídos de registos de mortalidade em geral ou de registos especiais (forenses ou policiais), e Eurostat.

uma percentagem relativamente elevada de mortes por *overdose* envolve pessoas com menos de 25 anos, facto que poderá indicar uma maior juventude da população que consome heroína ou injecta drogas, nestes países ⁽¹⁴³⁾.

Metadona e buprenorfina

A investigação demonstra que o tratamento de substituição reduz o risco de *overdose* fatal. No entanto, são anualmente notificadas várias mortes associadas a medicamentos de substituição de opiáceos, na sua maioria devido a abuso ou, num pequeno número de casos, à ocorrência de problemas durante o tratamento ⁽¹⁴⁴⁾.

Vários países referem a presença de metadona numa percentagem substancial de mortes induzidas pela droga, embora, dada a ausência de normas de notificação

comuns, o papel desempenhado pela substância seja, muitas vezes, pouco claro. Entre os países que mencionam um número não despidendo de mortes em que a metadona está presente, incluem-se a Dinamarca, a Alemanha, o Reino Unido e a Noruega; os outros países não referem qualquer caso, ou mencionam apenas um pequeno número de casos ⁽¹⁴⁵⁾. Nos Estados Unidos, registou-se um aumento acentuado das mortes relacionadas com a metadona desde 1999. A maioria destas mortes é atribuível ao abuso de metadona desviada de hospitais, farmácias, médicos e especialistas em gestão da dor, sendo apenas um pequeno número atribuído à metadona obtida em programas de substituição ⁽¹⁴⁶⁾.

As mortes causadas por intoxicação com buprenorfina parecem ser pouco frequentes, apesar da utilização crescente desta substância no tratamento de substituição

⁽¹⁴³⁾ Ver figuras DRD-2 e DRD-3 e DRD-4 no Boletim Estatístico de 2008.

⁽¹⁴⁴⁾ Ver «Mortes relacionadas com o tratamento de substituição», p. 93.

⁽¹⁴⁵⁾ Ver quadro DRD-108 no Boletim Estatístico de 2008.

⁽¹⁴⁶⁾ National Drug Intelligence Center. Methadone Diversion, Abuse and Misuse: Deaths Increasing at Alarming Rate. November 2007. Document 2007-Q0317-001 (<http://www.usdoj.gov/indic/pubs25/25930/index.htm#Key>).

em muitos países europeus. Em França, são notificadas muito poucas mortes, não obstante o número considerável de consumidores de droga que recebem tratamento com buprenorfina (76 000-90 000). Na Finlândia, porém, a buprenorfina está presente na maior parte das mortes induzidas pela droga, normalmente associada a sedativos ou a álcool, ou tomada por injeção⁽¹⁴⁷⁾.

Fentanil

Foi recentemente notificada uma preocupante epidemia de intoxicações fatais com 3-metilfentanil na Estónia, com base em resultados toxicológicos forenses, com 46 intoxicações fatais em 2005 e 71 em 2006 (Ojanperä *et al.*, no prelo). Além disso, alguns resultados preliminares da Estónia indicam que 85 mortes ocorridas em 2004 estavam relacionadas com a mesma substância. Noutros países europeus também houve notificações esporádicas de mortes causadas por fentanil e, recentemente, nos Estados Unidos registaram-se epidemias, normalmente de curta duração, de mortes causadas por esta substância: por exemplo, foram atribuídas 350 mortes ao fentanil em Chicago, entre 2005 e 2007 (Denton *et al.*, 2008). A elevadíssima potência desta substância pode aumentar o risco de *overdose* de droga, embora ela possa passar despercebida no rastreio toxicológico. O aumento da produção ilegal de fentanil e do seu consumo poderá constituir, por isso, um desafio quer para os sistemas de monitorização existentes quer para as respostas de saúde pública.

Mortes relacionadas com o consumo de outras drogas⁽¹⁴⁸⁾

As mortes induzidas pela cocaína são mais difíceis de definir e de identificar do que as relacionadas com os opiáceos (ver tema específico de 2007 sobre a cocaína). As mortes directamente causadas por *overdose* farmacológica parecem ser pouco comuns e as que há estão normalmente associadas a doses muito elevadas de cocaína. De outro modo, a maioria das mortes relacionadas com o consumo de cocaína parece ser resultante da toxicidade crónica da droga, conducente a complicações cardiovasculares e neurológicas. O papel da cocaína nestas mortes pode nem sempre ser identificado, sendo possível que elas não sejam notificadas como estando com ela relacionadas. A interpretação dos dados sobre as mortes atribuíveis à cocaína é ainda complicada pela presença de outras substâncias, em muitos casos, o que dificulta o estabelecimento de nexos causais.

Em 2006, foram notificadas mais de 450 mortes relacionadas com a cocaína em 14 Estados-Membros —

Mortes relacionadas com o tratamento de substituição

A investigação demonstrou que o risco de *overdose* diminui substancialmente enquanto os consumidores de heroína estão a fazer o tratamento de substituição com metadona. Por exemplo, um estudo de coorte recente, envolvendo mais de 5 000 consumidores de heroína, concluiu que, enquanto os consumidores estiveram em tratamento de substituição, o risco de morte por *overdose* foi nove vezes menor do que no tempo em que estiveram fora deste, incluindo em qualquer outro tipo de tratamento ou sem tratamento (Brugal *et al.*, 2005).

A metadona, porém, é identificada nos relatórios toxicológicos de algumas mortes. No entanto, isto não implica a existência, em todos os casos, de um nexo de causalidade directo, uma vez que podem estar presentes outras drogas ou factores. A ocorrência de morte por *overdose* é, todavia, possível e, entre os factores que podem estar envolvidos, figuram os seguintes: alterações na tolerância, dosagem excessiva, consumo inadequado pelo cliente e utilização da droga para fins não terapêuticos.

No Reino Unido, foi possível associar as medidas destinadas a impedir o desvio da metadona para o mercado ilegal à redução do número de mortes relacionadas com o consumo de metadona que foram notificadas (Zador *et al.*, 2006), e globalmente, as boas práticas no tratamento de substituição podem ser um elemento importante para reduzir o risco de ocorrência dessas mortes. Tanto a saúde dos doentes como a da comunidade poderão ser, por isso, protegidas através da melhoria das normas de qualidade do tratamento, incluindo as práticas de prescrição; do acompanhamento dos utentes durante as primeiras fases do tratamento; da vigilância para despistar eventuais toxicidades cardíacas; da informação sobre os riscos do consumo de outros medicamentos ou substâncias psicoactivas e de práticas de administração que dimuam o risco de desvio.

A enorme expansão do tratamento com metadona na Europa não foi acompanhada por aumento das mortes relacionadas com o consumo de metadona. Um estudo realizado no Reino Unido concluiu que, entre 1993 e 2004, a quantidade total de metadona oral receitada aumentou 3,6 vezes, enquanto o número de mortes envolvendo o seu consumo diminuiu de 226 para 194 (Morgan *et al.*, 2006). Isto representa uma diminuição da taxa de mortalidade relacionada com o consumo de metadona de 13 por 1 000 doentes/anos em 1993 para 3,1 por 1 000 doentes/anos em 2004. Embora fosse conveniente realizar estudos semelhantes noutros países, os dados disponíveis sugerem ser mais provável que as mortes relacionadas com o consumo de metadona se devam a deficiências nas práticas de prescrição do que aos níveis globais do tratamento de substituição.

⁽¹⁴⁷⁾ Para mais informações ver o quadro DRD-108 no Boletim Estatístico de 2008 e o Relatório Anual de 2007.

⁽¹⁴⁸⁾ Ver quadro DRD-108 no Boletim Estatístico de 2008.

embora seja provável que o número de mortes induzidas por esta droga, na União Europeia, seja superior ao notificado.

A notificação de mortes em que o *ecstasy* está presente continua a ser pouco frequente. A maior parte das mortes com «presença de *ecstasy*» é notificada no Reino Unido, mas em muitos casos a droga não foi identificada como causa directa da morte.

Embora as mortes por consumo de anfetaminas também sejam notificadas com pouca frequência na Europa, na República Checa um número substancial de mortes induzidas pela droga têm sido atribuídas ao consumo de pervitin (metamfetamina). Na Finlândia, foram notificadas 64 mortes em que as anfetaminas foram toxicologicamente identificadas, embora isto não signifique necessariamente que essa droga foi a causa directa da morte.

Tendências das mortes induzidas pela droga

As mortes induzidas pela droga aumentaram visivelmente na Europa durante a década de 1980 e no início da de 1990, possivelmente em paralelo com a expansão do consumo de heroína e do consumo de droga injectada, tendo depois mantido níveis elevados ⁽¹⁴⁹⁾. Contudo, os dados de países com longas séries cronológicas sugerem tendências diferenciadas: em alguns deles (por exemplo, Alemanha, Espanha, França, Itália), as mortes atingiram o ponto mais alto entre o início e meados da década de 1990, diminuindo posteriormente; noutros países (por exemplo, Irlanda, Grécia, Portugal, Finlândia, Suécia, Noruega), o número de mortes atingiu o nível máximo por volta do ano 2000, antes de diminuir; e noutros ainda (por exemplo, Dinamarca, Países Baixos, Áustria, Reino Unido) observou-se uma tendência crescente, mas sem um pico evidente ⁽¹⁵⁰⁾.

As tendências das mortes induzidas pela droga no período de 2001 a 2005/2006 são mais difíceis de descrever. Nos primeiros anos da década (2000-2003), muitos países da UE comunicaram diminuições e, globalmente, as mortes induzidas pela droga diminuíram 3 % em 2001, 14 % em 2002 e 7 % em 2003 ⁽¹⁵¹⁾. Em 2004 e 2005, porém, a maioria dos países europeus comunicou pequenos aumentos, que podem estar associados a vários factores, incluindo: aumento do policonsumo de droga, eventual aumento

da disponibilidade de heroína ou envelhecimento da população de consumidores de droga crónicos ⁽¹⁵²⁾.

Visto não existirem dados referentes a alguns dos maiores países, as estimativas globais do número de mortes induzidas pela droga em 2006 ainda são provisórias. No entanto, os dados fornecidos por 18 países sugerem uma pequena diminuição em relação a 2005.

O número de mortes induzidas pela droga envolvendo pessoas com menos de 25 anos diminuiu moderadamente na Europa em geral, enquanto nos Estados-Membros que aderiram à União Europeia após 2004, se registou, até há pouco tempo, um aumento do número de mortes nesta faixa etária ⁽¹⁵³⁾. Contudo, nos últimos anos, observou-se um aumento percentual dos casos com pessoas mais jovens na Grécia, no Luxemburgo e na Áustria, bem como, em menor grau, na Bulgária, na Letónia e nos Países Baixos ⁽¹⁵⁴⁾. Esta observação exige uma investigação mais aprofundada, visto poder indicar um aumento do número de jovens que consomem opiáceos nestes países.

Mortalidade global relacionada com o consumo de droga

Um estudo recente concluiu que os consumidores de opiáceos em tratamento em oito locais (sete cidades e um país) da Europa tinham uma taxa de mortalidade muito elevada em comparação com os pares da mesma idade (ver OEDT, 2006). Outros estudos de coorte constataram taxas de mortalidade entre seis a cinquenta e quatro vezes mais elevadas entre os consumidores de droga do que entre a população em geral. Estas diferenças devem-se sobretudo à *overdose* de droga, embora haja outros factores igualmente importantes e, em alguns países, as mortes causadas pela sida desempenham um papel significativo. Darke *et al.* (2007) dividem as mortes entre os consumidores de droga em quatro grandes categorias: *overdoses* (incluindo intoxicação com álcool), doença, suicídio e traumatismos. Entre as doenças, os problemas relacionados com os vírus transmitidos por via sanguínea (VIH, VHC e VHB, ver supra), os neoplasias, as doenças hepáticas e as doenças dos sistemas circulatório e respiratório podem ser associadas ao consumo de droga. Os traumatismos referem-se sobretudo a acidentes, homicídios e outras situações de violência.

Um estudo norueguês recente sobre uma coorte de consumidores de droga admitidos no tratamento da toxicod dependência concluiu que entre as 189 mortes

⁽¹⁴⁹⁾ Ver figura DRD-8 no Boletim Estatístico de 2008. Por razões históricas, esta tendência refere-se à EU-15 e Noruega.

⁽¹⁵⁰⁾ Ver figura DRD-11 no Boletim Estatístico de 2008.

⁽¹⁵¹⁾ Os valores aqui mencionados são diferentes dos apresentados em anos anteriores devido a mudanças na definição dos casos ou na sua cobertura na Dinamarca, Espanha, França e Reino Unido, bem como a actualizações efectuadas em vários países.

⁽¹⁵²⁾ Ver «Indicadores relativos aos opiáceos já não estão a diminuir» p. 78; quadro DRD-2 (parte i) e figura DRD-12 no Boletim Estatístico de 2008.

⁽¹⁵³⁾ Ver figura DRD-13 (parte i) no Boletim Estatístico de 2008.

⁽¹⁵⁴⁾ Ver figura DRD-9 no Boletim Estatístico de 2008.

registadas, as *overdoses* correspondiam a metade das mortes cujas causas eram conhecidas. As doenças, sobretudo a sida e as doenças hepáticas, foram responsáveis por mais um quarto, ao passo que o suicídio e os traumatismos foram, respectivamente, responsáveis por cerca de um décimo das mortes e as intoxicações agudas com álcool por cerca de 2% (figura 12). Note-se que a percentagem de mortes causadas pela sida pode ser consideravelmente mais alta em países com grande prevalência do VIH entre os consumidores de droga.

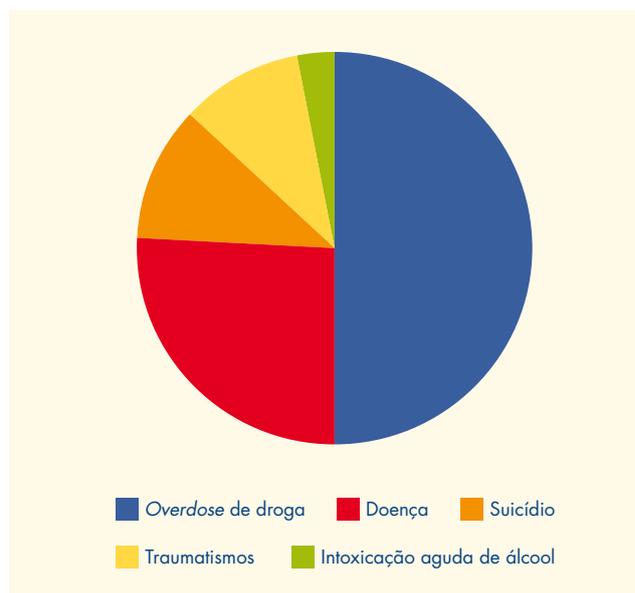
Os estudos de coorte são um instrumento útil para estimar e compreender a mortalidade global relacionada com o consumo de droga, mas outras abordagens podem ajudar a compreender melhor esta questão e fornecem uma panorâmica a nível nacional. O OEDT está a explorar vários métodos novos neste domínio, em estreita colaboração com os Estados-Membros, com o objectivo de os aplicar a nível da UE. Numa destas abordagens, as taxas de mortalidade são extrapoladas dos estudos de coorte para as estimativas locais (Bargagli *et al.*, 2005) ou nacionais dos consumidores problemáticos de droga (Cruts *et al.*, 2008). Noutra abordagem, são aplicadas fracções atribuíveis à droga, calculadas a partir de vários estudos, às causas de morte mais frequentemente associadas ao consumo de droga (por exemplo, sida, acidentes, suicídios e intoxicações) e que figuram nos registos de mortalidade da população em geral.

Mortes indirectamente relacionadas com o consumo de droga

As mortes causadas pela sida e atribuídas ao consumo de droga injectada constituem outra importante causa de morte. Com base nos dados do Eurostat e do EuroHIV (Relatório de fim de ano para 2005, 2006), é possível estimar que, em 2003, mais de 2 600 pessoas morreram de sida atribuível ao consumo de droga ⁽¹⁵⁵⁾. A maior parte destas mortes foi notificada por um pequeno número de países, tendo mais de 90% ocorrido em Espanha, França, Itália e Portugal. A mortalidade causada pela sida atingiu o ponto mais alto em meados da década de 1990 e diminuiu substancialmente após a introdução e maior cobertura da HAART.

Com excepção de Espanha, da Itália e, em especial, de Portugal, as taxas de mortalidade entre a população causadas pela sida atribuível ao consumo de droga injectada são baixas. E, em muitos países, a mortalidade causada por *overdoses* é consideravelmente maior do que a relacionada com a sida, entre os consumidores

Figura 12: Causas de morte conhecidas numa coorte de consumidores de droga na Noruega



NB: Os dados são provenientes de um estudo baseado numa amostra de 501 consumidores de droga admitidos para tratamento de toxicod dependência no período de 1981-91. Foram registadas 189 mortes, no total, até 2003, não tendo a causa de morte podido ser identificada em 14 casos.

Fonte: Ødegard, E., Amundsen, E.J. e Kielland, K.B. (2007), «Fatal overdoses and deaths by other causes in a cohort of Norwegian drug abusers: a competing risk approach», *Drug and Alcohol Dependence* 89, p. 176-82.

de droga ⁽¹⁵⁶⁾. O número de mortes resultantes de outras causas (por exemplo, consequências de outras doenças infecto-contagiosas, violência, acidentes) é mais difícil de avaliar presentemente, sendo necessário melhorar a recolha de dados e as estimativas nesta área (ver secção anterior).

O suicídio parece ser uma causa de morte frequente entre os consumidores de droga. Numa análise bibliográfica (Darke e Ross, 2002) concluiu-se que a taxa de suicídio entre os consumidores de heroína é catorze vezes superior à registada na população em geral.

Redução das mortes relacionadas com o consumo de droga

A redução das mortes relacionadas com o consumo de droga é um objectivo da maioria das estratégias nacionais de luta contra a droga, mas poucos países adoptaram planos de acção ou forneceram orientações sistemáticas sobre as medidas a tomar. Contudo, em 2007, o Ministério da Saúde do Reino Unido emitiu novas orientações sobre a gestão clínica do abuso e dependência de drogas,

⁽¹⁵⁵⁾ O ano de 2003 foi adoptado como ano mais recente em relação ao qual existem informações disponíveis de quase todos os Estados-Membros sobre as causas de morte, através do Eurostat. Para informações pormenorizadas sobre as fontes, os valores e os cálculos, ver no Boletim Estatístico de 2008.

⁽¹⁵⁶⁾ Ver figura DRD-7 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2008.

definindo acções específicas para a prevenção das mortes relacionadas com o consumo de droga.

O contributo que o tratamento, incluindo o tratamento de substituição associado a cuidados psicossociais e à psicoterapia, pode dar para reduzir a mortalidade entre os consumidores de droga, foi demonstrado num estudo prospectivo a longo prazo realizado em Itália (Davoli *et al.*, 2007). O estudo incidiu sobre uma coorte de 10 454 consumidores de heroína que deram entrada nos serviços públicos de tratamento entre 1998 e 2001, avaliando a permanência em tratamento e a mortalidade por *overdose*. O risco de morte nessa coorte era, em média, dez vezes maior do que o verificado entre a população em geral. Todavia, entre os consumidores de droga em tratamento, o risco de morte era quatro vezes superior ao da população em geral, ao passo que aqueles que tinham interrompido o tratamento corriam um risco vinte vezes maior de morrerem.

A divulgação direccionada de informações sobre os riscos de *overdose* e os procedimentos a ter em caso de *overdose*, através de folhetos, brochuras e cartazes, é uma prática comum na maioria dos países. Além disso, metade dos Estados-Membros refere a realização de *workshops* de formação para aumentar os conhecimentos e competências necessários para gerir os casos de *overdose*. Esta formação pode destinar-se aos consumidores de droga, aos seus familiares e ao pessoal que lhes presta assistência e, normalmente,

inclui informações sobre riscos específicos, designadamente a menor tolerância depois dos períodos de abstinência, os efeitos do policonsumo de droga, sobretudo do consumo concomitante de álcool, e o perigo de consumir drogas sem que haja outras pessoas presentes, bem como instruções em matéria de primeiros socorros. A Itália refere que metade dos departamentos de luta contra a toxicod dependência coordenados pelo serviço público de saúde combina a formação em matéria de resposta às *overdoses* com a administração domiciliar de naloxona.

O acompanhamento pró-activo do bem-estar psicossocial dos consumidores de droga, incluindo aqueles que estão a fazer tratamento de substituição, pode ser útil, uma vez que as *overdoses* de droga são, muitas vezes, desencadeadas por acontecimentos de saúde ou sociais anteriores, e as taxas de *overdose* intencional podem ser elevadas (Oliver *et al.*, 2007).

Um outro desafio, existente em muitos países, reside no facto de os serviços de saúde e sociais estarem confrontados com uma população envelhecida de consumidores de droga crónicos, que podem ser mais vulneráveis às *overdoses* e a uma série de consequências negativas para a saúde. Os consumidores de droga injectada, em particular, podem ser afectados por altos níveis de doenças somáticas, nomeadamente infecções hepáticas crónicas, que aumentam ainda mais a sua vulnerabilidade.

Risco elevado de morte induzida pela droga após a conclusão das penas de prisão ou do tratamento

O risco de morte induzida pela droga no período imediatamente a seguir à saída da prisão ou numa recaída após o tratamento é substancialmente elevado, de acordo com os estudos realizados na Europa e noutros continentes.

Um estudo recente efectuado pelo Reino Unido (Inglaterra e País de Gales) comparou os registos de quase 49 000 reclusos libertados em 1998-2000 com o total de mortes registadas até Novembro de 2003 (Farrell e Marsden, 2008). A maioria (59%) das 442 mortes ocorridas na amostra estudada durante este período teve a ver com o consumo de droga. No ano seguinte à saída da prisão, a taxa de mortalidade induzida pela droga foi de 5,2 por cada 1 000 homens e de 5,9 por cada 1 000 mulheres. No período imediatamente a seguir à saída, as taxas previstas foram excedidas mais de dez vezes no caso das mulheres e mais de oito vezes no caso dos homens. Todas as mortes de mulheres e 95% das mortes de homens ocorridas nas duas primeiras semanas fora da prisão estavam relacionadas com a droga, tendo sido possível atribuí-las a *overdoses* de droga ou, de

um modo mais geral, a perturbações causadas pelo consumo de substâncias. Os relatórios de medicina legal mencionaram a presença de opiáceos em 95% das mortes induzidas pela droga, benzodiazepinas em 20%, cocaína em 14% e antidepressivos tricíclicos em 10% dos casos.

O estudo VEdeTTE, na Itália (Davoli *et al.*, 2007), observou uma taxa de mortalidade por *overdose* de um por cada 1 000 consumidores de heroína em tratamento e de 23 por cada 1 000 consumidores no primeiro mês após o tratamento, o que equivale a um risco de morte por *overdose* 27 vezes superior nesse primeiro mês, após ajustamentos para ter em conta eventuais factores de confusão.

Não obstante a ligação observada entre as mortes induzidas pela droga e a saída da prisão ou a conclusão do tratamento, poucos países estão a investir sistematicamente na educação dos reclusos ou das pessoas em tratamento a respeito do risco de *overdose*. A continuidade da assistência e da reabilitação dos consumidores de droga que saem da prisão também não é suficientemente assegurada em muitos países. A melhoria destas duas áreas poderia criar oportunidades preciosas para prevenir as mortes relacionadas com o consumo de droga.



Capítulo 8

Novas drogas e tendências emergentes

Introdução

O consumo das novas substâncias psicoactivas pode ter importantes implicações em termos de política de saúde pública, mas é muito difícil monitorizar as tendências emergentes. Os novos padrões de consumo de droga são difíceis de detectar porque, normalmente, começam a surgir em níveis baixos e localidades específicas, ou em subgrupos restritos da população. Poucos países possuem sistemas de monitorização sensíveis a estes comportamentos e as dificuldades metodológicas da monitorização deste tipo de consumo de droga são consideráveis. No entanto, a importância de identificar novas ameaças possíveis é amplamente reconhecida e por isso mesmo a União Europeia, através da Decisão do Conselho sobre as novas substâncias psicoactivas, desenvolveu um sistema de alerta rápido que oferece um mecanismo de resposta rápida ao surgimento de novas substâncias psicoactivas no mercado de droga europeu. As actividades de apoio ao sistema de alerta rápido constituem uma parte importante do trabalho do OEDT e integram-se na perspectiva mais geral da utilização de uma grande variedade de fontes de dados para melhorar a oportunidade e a sensibilidade do sistema europeu de vigilância da droga.

Medidas da UE em relação às novas substâncias psicoactivas

A Decisão do Conselho sobre as novas substâncias psicoactivas ⁽¹⁵⁷⁾ estabelece um mecanismo de intercâmbio rápido de informações sobre novas substâncias psicoactivas que possam constituir uma ameaça social ou para a saúde pública. Ela também prevê uma avaliação dos riscos associados a estas novas substâncias, a fim de permitir que as medidas aplicáveis nos Estados-Membros aos estupefacientes e substâncias psicotrópicas também possam ser aplicadas às novas substâncias psicoactivas. Em Maio de 2007, o Comité Científico alargado do OEDT realizou uma avaliação dos riscos de uma nova substância

psicoactiva denominada BZP (1-benzilpiperazina), tendo sido apresentado um relatório ao Conselho e à Comissão Europeia ⁽¹⁵⁸⁾. A avaliação dos riscos concluiu que, devido às suas propriedades estimulantes, risco para a saúde e ausência de benefícios médicos, era necessário controlar a BZP, mas que as medidas de controlo deviam ser adequadas ao risco relativamente baixo colocado pela substância. Em Março de 2008, o Conselho aprovou uma Decisão que define a BZP como uma nova substância psicoactiva que deve estar sujeita a medidas de controlo e a disposições penais. Os Estados-Membros têm apenas um ano para tomar as medidas necessárias, de acordo com o seu direito nacional, para submeter a BZP a medidas de controlo proporcionais aos riscos da substância e às sanções penais previstas na sua legislação para dar cumprimento às obrigações que lhes incumbem por força da Convenção das Nações Unidas de 1971 sobre Substâncias Psicotrópicas.

Em Março de 2007, o OEDT e a Europol apresentaram um relatório à Comissão sobre a monitorização activa da 1-(3-clorofenil)piperazina (mCPP) ⁽¹⁵⁹⁾. O relatório foi elaborado apenas com fins informativos e concluiu que «é pouco provável que o mCPP se imponha como droga recreativa em si mesmo» devido às propriedades psicoactivas indistintas e a alguns efeitos adversos. Uma vez que o mCPP não parece ter atractivos especiais para os consumidores, é provável que o seu mercado na União Europeia seja impelido pela oferta e não pela procura.

Em 2007, foram pela primeira vez notificadas ao OEDT e à Europol 15 substâncias psicoactivas novas, no total, através do sistema de alerta rápido. O grupo de substâncias recém-notificadas é diversificado e, para além das novas drogas sintéticas, inclui medicamentos e substâncias naturais. Nove dos compostos notificados eram drogas sintéticas semelhantes às incluídas nas listas I e II da Convenção das Nações Unidas de 1971 sobre Substâncias Psicotrópicas. Entre eles figuravam substâncias de grupos químicos conhecidos como as

⁽¹⁵⁷⁾ Decisão 2005/387/JHA do Conselho de 10 de Maio de 2005 relativa ao intercâmbio de informações, avaliação de riscos e controlo de novas substâncias psicoactivas (JO L 127, 20.5.2005, p. 32).

⁽¹⁵⁸⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/publications/risk-assessments/bzp>.

⁽¹⁵⁹⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index16775EN.html>.

Novas substâncias controladas

Desde Janeiro de 2006, doze países comunicaram aditamentos ou alterações às suas listas de substâncias controladas. A mCPP [1-(3-clorofenil)piperazina] foi incluída na lista de substâncias controladas em seis países (Bélgica, Alemanha, Lituânia, Hungria, Malta, Eslováquia) e a BZP (1 – benzilpiperazina) em quatro países (Estónia, Itália, Lituânia, Malta). Destas substâncias, a mCPP tinha sido activamente monitorizada pelo OEDT e a Europol, e a BZP fora objecto de uma avaliação dos riscos em 2007. Entre as outras substâncias colocadas sob controlo neste período incluem-se os alucinogénios DOC (4-cloro-2,5-dimetoxianfetamina), DOI (4-iodo-2,5-dimetoxianfetamina) e «bromo-dragonfly» (bromo-benzodifuranil-isopropilamina), na Dinamarca e na Suécia, e a cetamina, na Estónia.

Várias plantas com propriedades psicoactivas estão a ser igualmente controladas. Para isso, a Bélgica reestruturou a sua legislação relativa às substâncias psicotrópicas de modo a incluir uma nova categoria que integra as plantas ou partes de plantas controladas e não apenas os seus ingredientes psicoactivos, como antes acontecia. Entre as plantas incluídas na lista figuram o khat (qat, *Catha edulis*) e a *Salvia divinorum*. O khat já é controlado por 11 países europeus (uma avaliação dos riscos realizada em 2005 no Reino Unido desaconselhou o seu controlo). Em 2006, a Suécia adicionou o salvinorina-A, principal princípio activo da *Salvia divinorum*, à sua lista e a planta também foi posta sob controlo na Alemanha em 2008. No mesmo período, a *Tabernanthe iboga* foi adicionada à lista de substâncias controladas em França, na sequência do controlo legal do seu princípio activo, a ibogaine, na Bélgica, na Dinamarca e na Suécia. Por último, em reacção às mortes associadas ao consumo de cogumelos alucinogénios, a Irlanda e os Países Baixos tomaram medidas legislativas para colmatar anteriores lacunas que permitiam a venda e a posse de cogumelos frescos com psilocin; na Irlanda, essa lei entrou em vigor em Janeiro de 2006 e nos Países Baixos estava em processo de aprovação parlamentar na altura em que o presente relatório foi redigido.

Para mais informações, apresenta-se uma lista das substâncias controladas em toda a UE e na Noruega no quadro «Substâncias e classificações» na Base de Dados Europeia de Legislação sobre Drogas (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/legal-reports>).

fenetilaminas, as triptaminas e as piperazinas, bem como substâncias com uma composição química menos comum. O grupo está igualmente dividido entre substâncias com efeitos alucinogénios pronunciados e as que apresentam propriedades predominantemente estimulantes.

Pela primeira vez foram notificadas, em 2007, três substâncias naturais, através do mecanismo de intercâmbio de informações; entre elas, a *Salvia divinorum*, uma planta com potentes propriedades psicoactivas ⁽¹⁶⁰⁾.

Internet — Um mercado para as novas substâncias psicoactivas

A Internet oferece uma perspectiva do mundo do consumidor de droga através de fóruns e salas de conversação em linha, bem como de lojas virtuais que vendem substâncias psicoactivas alternativas a outras que são controladas. As informações disponíveis permitem compreender diferentes aspectos do mercado de droga na Internet, por exemplo os métodos de funcionamento das lojas virtuais; a forma como respondem aos pedidos dos consumidores e as novas tendências entre as camadas jovens. Para identificar a evolução actual deste mercado de droga, o OEDT efectuou um estudo selectivo, no início de 2008, baseado num inquérito a 25 lojas virtuais. Os resultados desse estudo são aqui apresentados.

Lojas virtuais

Há notícia de um número crescente de lojas virtuais que vendem alternativas psicoactivas a drogas controladas, como o LSD, a *ecstasy*, a *cannabis* e os opiáceos. Embora as substâncias oferecidas para venda pelas lojas virtuais sejam frequentemente denominadas como «legal highs» (drogas legais) ou «herbal highs» (drogas herbáceas), em alguns países europeus estas drogas estão abrangidas pelas mesmas leis que as drogas controladas e podem incorrer nas mesmas sanções penais.

Metodologia de estudo da Internet

Com o objectivo de obter uma panorâmica sucinta da situação, em Janeiro de 2008 foram efectuadas pesquisas na Internet utilizando palavras-chave multilingues e o motor de busca Google (<http://www.google.com>). No total, foram identificadas 68 lojas virtuais sediadas na UE, que vendiam vários tipos de «drogas legais», e procedeu-se à sua estratificação segundo o país de origem. Para identificar este último, utilizaram-se os códigos dos domínios nacionais da UE (por exemplo, ES, FR, DE) ou outras indicações de que as lojas estavam sediadas na União (por exemplo, endereço de contacto). Mais de metade das lojas (52%) estava localizada no Reino Unido, 37% nos Países Baixos, 6% na Alemanha, 4% na Áustria e 1% noutros países (por exemplo, Irlanda, Polónia). Foi seleccionada uma amostra aleatória de 25 lojas virtuais para uma análise pormenorizada. As fracções de amostragem de cada estrato (país de origem) eram proporcionais às da amostra total de lojas virtuais. As que vendiam exclusivamente a estabelecimentos comerciais, e não aos consumidores, foram excluídas, bem como as lojas que só vendiam cogumelos alucinogénios.

⁽¹⁶⁰⁾ Ver «Novas substâncias controladas».

Na União Europeia, a maioria das lojas virtuais identificadas no estudo selectivo tem a sua sede no Reino Unido e nos Países Baixos e, em menor grau, na Alemanha e na Áustria. As lojas virtuais são frequentemente especializadas em certos tipos de produtos relacionados com a droga: por exemplo, umas vendem sobretudo materiais usados no consumo, outras especializam-se em cogumelos alucinogénios ou «pastilhas de festa», enquanto outros comercializam uma vasta gama de substâncias à base de ervas, semi-sintéticas e sintéticas.

As lojas virtuais sedeadas na Europa publicitam mais de 200 produtos psicoactivos. As «legal highs» mais comuns são a *Salvia divinorum*, a kratom (*Mitragyna speciosa*), a trepadeira elefante (*Argyreia nervosa*), os cogumelos alucinogénios (OEDT, 2006), e uma série de «pastilhas de festa».

As substâncias oferecidas para venda são publicitadas como tendo efeitos semelhantes aos das drogas controladas. Tanto a *Salvia divinorum* como a trepadeira elefante, juntamente com a campainha — *morning glory* (*Ipomoea violacea*), oferecida com menos frequência, são descritas como produzindo efeitos alucinogénios semelhantes aos do LSD. A Kratom é muitas vezes comercializada como um substituto dos opiáceos, várias preparações são oferecidas como alternativas para a *cannabis*, e as «pastilhas de festa» são vendidas como alternativas ao MDMA. As «pastilhas de festa» oferecidas podem conter matérias vegetais, substâncias semi-sintéticas ou sintéticas. O principal ingrediente das «pastilhas de festa» sintéticas é, muitas vezes, a benzilpiperazina (BZP), embora as lojas virtuais pareçam ter substâncias de substituição prontas para quando a BZP ficar sujeita a medidas de controlo nos Estados-Membros da UE. Os preços de venda publicitados dessas substâncias variam entre 1 euro e 11 euros pela quantidade equivalente a uma dose.

O GHB e o seu precursor GBL: acompanhamento

Na Europa, o ácido gama-hidroxibutírico (GHB) tem estado sob vigilância desde o ano 2000, altura em que foi objecto de uma avaliação dos riscos nos termos da Acção Comum de 1997 sobre as novas drogas sintéticas (OEDT, 2002). A inclusão do GHB na Lista IV da Convenção das Nações Unidas de 1971 sobre substâncias psicotrópicas, em Março de 2001, obrigou todos os Estados-Membros da UE a controlarem a droga ao abrigo da sua legislação relativa às substâncias

psicotrópicas, tendo os novos controlos posto rapidamente termo à venda, anteriormente livre, do GHB.

O GHB é uma substância naturalmente produzida pelo corpo humano, mas que também é usada como medicamento e como droga recreativa. O consumo não médico do GHB emergiu nos locais de diversão nocturnos de algumas regiões da Europa, dos EUA e da Austrália, na década de 1990, especificamente em clubes nocturnos onde muitas outras drogas eram habitualmente consumidas. Os riscos para a saúde associados ao seu consumo rapidamente suscitaram preocupação. Em especial, a possibilidade de adicionar o GHB sub-repticiamente às bebidas (prática vulgarmente denominada de «baptizar as bebidas») para facilitar o abuso sexual. A existência de tais abusos não está, todavia, confirmada por provas forenses, sendo difícil comprová-la devido ao curto espaço de tempo em que é possível detectar o GHB nos fluidos corporais. No entanto, a associação do GHB à facilitação do abuso sexual poderá ter contribuído para uma «imagem relativamente negativa» da substância (OEDT, 2008c).

GBL

Suscitam presentemente preocupação as notícias sobre o consumo de gama-butilolactona (GBL), uma substância precursora do GHB que não figura nas listas de qualquer das convenções de controlo de estupefacientes das Nações Unidas. A GBL é rapidamente convertida em GHB no organismo e actualmente não há qualquer análise toxicológica facilmente disponível que determine qual das duas substâncias foi consumida.

O GHB pode ser facilmente fabricado a partir da GBL e do 1,4-butanediol (1,4-BD), substâncias utilizadas de forma comum e legal em muitos sectores da indústria (por exemplo, produtos químicos, plásticos, produtos farmacêuticos) e que, por isso, podem ser adquiridas a fornecedores comerciais. A disponibilidade comercial da GBL possibilita que esta substância seja adquirida pelos traficantes e pelos consumidores a níveis de preços e de risco muito inferiores aos normalmente encontrados nos mercados de drogas ilegais da União Europeia. Por exemplo, o preço médio de uma dose de 1 grama de GBL comprada a granel pela Internet varia entre 0,09 euros e 2 euros.

Riscos para a saúde

Tanto o GHB como a GBL têm uma brusca curva dose-resposta, com um desencadeamento rápido dos sintomas, o que aumenta grandemente os riscos associados ao consumo ilegal. Náuseas, vômitos e vários graus de

diminuição da consciência são os principais efeitos adversos referidos na maioria dos casos notificados de intoxicação com GHB. Contudo, a presença frequente de outras drogas pode complicar a apresentação clínica. Um estudo neerlandês de 72 consumidores de GHB concluiu que a maioria tinha desmaiado pelo menos uma vez sob o efeito do GHB e alguns tinham desmaiado frequentemente (Korf *et al.*, 2002). Num inquérito a consumidores de GHB e GBL do Reino Unido, estes responderam que as reacções adversas eram mais comuns nos clubes do que em residências particulares (Sumnall *et al.*, 2008). Em Londres e em Barcelona, os doentes que sofreram intoxicações com GHB são descritos como sendo, principalmente, jovens e do sexo masculino, tendo a maioria recorrido ao hospital durante o fim-de-semana e apresentando, normalmente, um consumo concomitante de álcool ou de drogas ilegais (Miro *et al.*, 2002; Wood *et al.*, 2008).

As intoxicações e casos de emergência associados ao GHB já são mencionados na literatura científica, e notificados ao OEDT, desde finais da década de 1990, embora de forma não sistemática, na Bélgica, Dinamarca, Espanha, Luxemburgo, Países Baixos, Finlândia, Suécia, Reino Unido e Noruega. Embora o GHB apenas esteja associado a uma percentagem muito pequena das emergências médicas resultantes de intoxicações por consumo de droga, que exigem a intervenção dos serviços de urgência hospitalares ou de ambulâncias, o seu número parece ter aumentado desde o ano 2000. Em Amesterdão, em 2005, a percentagem de pedidos de ajuda de emergência que exigiram o transporte para o hospital foi maior nos casos relacionados com o GHB//GBL do que nos ligados a outras drogas.

No Reino Unido, o serviço de urgência de um hospital de Londres — que serve uma zona onde se localizam clubes nocturnos maioritariamente, mas não exclusivamente, ligados aos meios «gay» — registou, no total, 158 idas ao hospital devido ao GHB e à GBL, em 2006. Embora a maior parte destes doentes tenha mencionado o

consumo de GHB, a análise química das amostras de droga recolhidas nos clubes nocturnos da mesma zona e durante o mesmo período constatou que mais de metade das amostras continha GBL e não GHB. Este facto sugere que o consumo de GBL pode ser mais comum do que se julgava anteriormente (Wood *et al.*, 2008).

Devido à sua rápida eliminação do organismo, é difícil provar que o GHB/GBL é a causa de uma intoxicação ou morte. Além disso, não há um sistema preciso e comparável para registar o número de mortes e de casos de emergência médica não fatais relacionados com o consumo de GHB e dos seus precursores.

Respostas

Alguns Estados-Membros (Itália, Letónia, Suécia) optaram por controlar a GBL (ou a GBL e o outro precursor 1,4-BD) ao abrigo da legislação de controlo da droga, ou de outra legislação equivalente, e no Reino Unido estão em curso conversações sobre a introdução de eventuais controlos suplementares. Nos termos da legislação comunitária relativa ao controlo das substâncias precursoras, a GBL e o 1,4-BD figuram na lista de substâncias não controladas relativamente às quais todos os Estados-Membros têm medidas de vigilância voluntárias para prevenir o seu desvio das utilizações industriais legais.

As intervenções de prevenção e redução dos danos em resposta ao consumo do GHB/GBL são normalmente asseguradas por projectos nacionais e comunitários de luta contra a droga direccionados para os locais de diversão nocturna. Estas intervenções consistem normalmente em acções de formação junto do pessoal dos clubes nocturnos e na divulgação de informações sobre os riscos do consumo de GHB e outras drogas. Essas intervenções têm frequentemente lugar em conjunto com outras intervenções relacionadas com as «drogas de clubes» e com o consumo concomitante de álcool e de droga (OEDT, 2008e).



Referências

- Bargagli, A. M., Hickman, M., Davoli, M. *et al.* (2005), «Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries», *European Journal of Public Health* 16, p. 198-202.
- Brugal, M. T., Domingo-Salvany, A., Puig, R. *et al.* (2005), «Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and aids in a cohort of heroin users in Spain», *Addiction* 100, p. 981-989.
- Cameron, L. e Williams, J. (2001), «Cannabis, alcohol and cigarettes: substitutes or complements?», *Economic Record* 77, p. 19-34.
- CND (2008), *World drug situation with regard to drug trafficking: report of the Secretariat*, Comissão das Nações Unidas sobre os Estupefacientes: Conselho Económico e Social, Viena.
- Coggans, N. (2006), «Drug education and prevention: has progress been made?», *Drugs: Education, Prevention and Policy* 13, p. 417-422.
- Comissão Europeia (2007a), «Relatório da Comissão ao Parlamento Europeu e ao Conselho sobre a aplicação da Recomendação do Conselho, de 18 de Junho de 2003, relativa à prevenção e redução dos efeitos nocivos da toxicod dependência para a saúde», COM (2007) 199 final.
- Comissão Europeia (2007b), *Friendship, fun and risk behaviours in nightlife recreational contexts in Europe*, Direção «Saúde e Defesa dos Consumidores».
- Connock, M., Juarez-Garcia, A., Jowett, S. *et al.* (2007), «Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: a systematic review and economic evaluation», *Health Technology Assessment* 11(9).
- Copeland, A.L. e Sorensen, J.L. (2001), «Differences between methamphetamine users and cocaine users in treatment», *Drug and Alcohol Dependence* 62, p. 91-95.
- Cruys, G., Buster, M., Vicente, J., Deerenberg, I. e Van Laar, M. (2008), «Estimating the total mortality among problem drug users», *Substance Use and Misuse* 43, p. 733-747.
- Currie, C. *et al.* (eds.) (2008), «Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2005/06 survey», *WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents*, N.º 5, Gabinete Regional para a Europa da OMS.
- Daly, M. (2007), «Plant warfare», *Druglink* 22(2), Março-Abril.
- Darke, S. e Ross, J. (2002), «Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods», *Addiction* 97, p. 1383-1394.
- Darke, S., Degenhardt, L. e Mattick, R. (2007), *Mortality amongst illicit drug users: epidemiology, causes and intervention*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Davoli, M., Bargagli, A. M., Perucci, C.A. *et al.* (2007), «Risk of fatal overdose during and after specialised drug treatment: the VEdeTTE study, a national multi-site prospective cohort study», *Addiction* 102, p. 1954-1959.
- De la Fuente, L., Brugal, M.T., Domingo-Salvany, A. *et al.* (2006), «Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el futuro», *Revista Española de Salud Pública* 80, p. 505-520.
- DeFuentes-Merillas, L. e De Jong, C. A. J. (2008), «Is belonen effectief? Community reinforcement approach + vouchers: resultaten van een gerandomiseerde, multi-centre studie», NISPA, Nijmegen.
- Denton, J. S., Donoghue, E. R., McReynolds, J. e Kalelkar, M. B. (2008), «An epidemic of illicit fentanyl deaths in Cook County, Illinois: September 2005 through April 2007», *Journal of Forensic Science* 53, p. 452-454.
- Dolan, K. A., Shearer, J., MacDonald, M. *et al.* (2003), «A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system», *Drug and Alcohol Dependence* 72, p. 59-65.
- Donoghoe, M. C., Bollerup, A. R., Lazarus J. V., Nielsen, S. e Matic, S. (2007), «Access to highly active antiretroviral therapy (HAART) for injecting drug users in the WHO European Region 2002-2004», *International Journal of Drug Policy* 18, p. 271-280.
- ECDC (2007), *The first European communicable disease epidemiological report*, Centro Europeu de Controlo de Doenças, Estocolmo.
- Europol (2007a), *The production and trafficking of synthetic drugs, related precursors and equipment: a European Union perspective*, Project SYN2007076, Haia.
- Europol (2007b), *Project COLA: European Union cocaine situation report 2007*, Europol, Haia.
- Europol (2008), *European Union drug situation report 2007*, Europol, Haia.
- Farrell, M. e Marsden, J. (2008), «Acute risk of drug-related death among drug users newly released from prison or treatment», *Addiction* 103, p. 251-255.

- Farrelly, M. C., Bray, J. W., Zarkin, G. A. e Wendling, B. W. (2001), «The joint demand for cigarettes and marijuana: evidence from the National household surveys on drug abuse», *Journal of Health Economics* 20, p. 51-68.
- Gorman, D. M., Conde, E. e Huber, J. C. (2007), «The creation of evidence in “evidence-based” drug prevention: a critique of the strengthening families program plus life skills training evaluation», *Drug and Alcohol Review* 26, p. 585-593.
- Gossop, M., Manning, V. e Ridge, G. (2006), «Concurrent use and order of use of cocaine and alcohol: behavioural differences between users of crack cocaine and cocaine powder», *Addiction* 101, p. 1292-1298.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. e Treacy, S. (2002), «Change and stability of change after treatment of drug misuse: two-year outcomes from the national treatment outcome research study (UK)», *Addictive Behaviors* 27, p. 155-166.
- Griffiths, P., Mravcik, V., Lopez, D. e Klempova, D. (2008), «Quite a lot of smoke but very limited fire: the use of methamphetamine in Europe», *Drug and Alcohol Review* 27, p. 236-242.
- Hough, M., Warburton, H., Few, B. et al. (2003), *A growing market: the domestic cultivation of cannabis*, Joseph Rowntree Foundation, York (<http://www.jrf.org.uk/bookshop/eBooks/1859350852.pdf>).
- Hubbard, R. L., Craddock, S. G. e Anderson, J. (2003), «Overview of five-year follow up outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS)», *Journal of Substance Abuse Treatment* 25, p. 125-134.
- INCB (2008a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2007*, Nações Unidas: Conselho Internacional para o Controlo de Estupefacientes, Nova Iorque.
- INCB (2008b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances 2007*, Nações Unidas: Conselho Internacional para o Controlo de Estupefacientes, Nova Iorque.
- Jansen, A. C. M. (2002), *The economics of cannabis-cultivation in Europe*, apresentado na segunda conferência europeia sobre tráfico de droga e aplicação da lei, Paris, 26/27 Setembro de 2002 (<http://www.cedro-uva.org/lib/jansen.economics.html>).
- Kastelic, A., Pont, J. e Stöver, H. (2008), *Opioid substitution treatment in custodial settings: a practical guide*, BIS Verlag der Carl von Ossietzky Universität, Oldenburg (disponível no endereço: <http://www.archido.de/>).
- Korf, D., Nabben, T. e Benschop, A. (2002), *GHB: Tussen en narcose*, Rozenberg, Amsterdão.
- Mathers, M., Toumbourou, J. W., Catalano, R. F., Williams, J. e Patton, G. C. (2006), «Consequences of youth tobacco use: a review of prospective behavioural studies», *Addiction* 101, p. 948-958.
- Matrix Research and Consultancy and Institute for Criminal Policy Research, Kings College (2007), *Evaluation of drug interventions programme pilots for children and young people: arrest referral, drug testing and drug treatment and testing requirements*, Home Office (<http://drugs.homeoffice.gov.uk/publication-search/young-people/OLR0707>).
- Mattick, R. P., Kimber, J., Breen, C. e Davoli, M. (2008), «Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.
- Mayet, S., Farrell, M., Ferri, M., Amato, L. e Davoli, M. (2004), «Psychosocial treatment for opiate abuse and dependence», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4.
- Miro, O., Nogue, S., Espinosa, G., To-Figueras, J. e Sanchez, M. (2002), «Trends in illicit drug emergencies: the emerging role of gamma-hydroxybutyrate», *Journal of Toxicology: Clinical Toxicology* 40, p. 129-135.
- Morgan, O., Griffiths, C. e Hickman, M. (2006), «Association between availability of heroin and methadone and fatal poisoning in England and Wales 1993-2004», *International Journal of Epidemiology* 35, p. 1579-1585.
- Myrick, H., Malcolm, R., Taylor, B. e LaRowe, S. (2004), «Modafinil: preclinical, clinical, and post-marketing surveillance: a review of abuse liability issues», *Annals of Clinical Psychiatry* 16, p. 101-109.
- NICE (2007), *Drug misuse: psychosocial interventions*, Clinical Guideline 51, National Institute for Clinical Excellence, Londres.
- Nordstrom, B. R. e Levin, F. R. (2007), «Treatment of cannabis use disorders: a review of the literature», *American Journal of Addiction* 16, p. 331-342.
- Ødegard, E., Amundsen, E. J. e Kielland, K. B. (2007), «Fatal overdoses and deaths by other causes in a cohort of Norwegian drug abusers: a competing risk approach», *Drug and Alcohol Dependence* 89, p. 176-182.
- OEDT (2002), *Report on the risk assessment of GHB in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, Observatório Europeu da Droga e da Toxicod dependência, Lisboa.
- OEDT (2006), *Relatório Anual 2006: evolução do fenómeno da droga na Europa*, Observatório Europeu da Droga e da Toxicod dependência, Lisboa.
- OEDT (2007a), *Relatório Anual 2007: evolução do fenómeno da droga na Europa*, Observatório Europeu da Droga e da Toxicod dependência, Lisboa.
- OEDT (2007b), *Droga e criminalidade: uma relação complexa*, Drogas em destaque n.º 16, Observatório Europeu da Droga e da Toxicod dependência, Lisboa.
- OEDT (2008a), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, Monograph No 8, Observatório Europeu da Droga e da Toxicod dependência, Lisboa.
- OEDT (2008b), *Assessing illicit drugs in wastewater: potential and limitations of a new monitoring approach*, Insights No 9, Observatório Europeu da Droga e da Toxicod dependência, Lisboa.

- OEDT (2008c), *Sexual assaults facilitated by drugs or alcohol*, Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, Lisboa (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-datasheets/dfsa>).
- OEDT (2008d), *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe*, OEDT tema específico de 2008, Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, Lisboa.
- OEDT (2008e), *GHB and its precursor GBL: an emerging trend case study*, Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, Lisboa (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/ghb>).
- OEDT (2008f), *Preventing later substance abuse disorders in identified individuals during childhood and adolescence: review and analysis of international literature on the theory and evidence base of indicated prevention*, Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, Lisboa.
- Ojanperä, I., Gergov, M., Liiv, M., Riikoja, A. e Vuori, E. no prelo, «An epidemic of fatal 3-methylfentanyl poisoning in Estonia», *International Journal of Legal Medicine* (DOI 10.1007/s00414-008-0230-x).
- Oliver, P., Horspool, H., Rowse, G. *et al.* (2007), «A psychological autopsy study of non-deliberate fatal opiate-related overdose», *Research briefing 24*, National Treatment Agency for Substance Misuse, London.
- OMA (2007), *Customs and drugs report 2006*, Organização Mundial das Alfândegas, Bruxelas.
- Perkonig, A., Goodwin, R. D., Fiedler, A. *et al.* (2008), «The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life», *Addiction* 103, p. 439-449.
- Petrie, J., Bunn, F. e Byrne, G. (2007), «Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review», *Health Education Research* 22, p. 177-191.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. *et al.* (2004), «Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups», *European Addiction Research* 10, p. 147-155.
- Qureshi, A. I., Suri, M.F.K., Guterman, L. R. e Hopkins, L.N. (2001), «Cocaine use and the likelihood of non-fatal myocardial infarction and stroke. Data from the third national health and nutrition examination survey», *Circulation* 103, p. 502-506.
- Rawson, R., Huber, A., Brethen, P. *et al.* (2000), «Methamphetamine and cocaine users: differences in characteristics and treatment retention», *Journal of Psychoactive Drugs* 32, p. 233-238.
- Relatórios nacionais Reitox (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/national-reports>).
- Samhsa (2005), *National survey on drug use and health*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Scalia Tomba, G. P., Rossi, C., Taylor, C., Klempova, D. e Wiessing, L. (2008), «Guidelines for estimating the incidence of problem drug use», Relatório final report CT.06.EPI.150.1.0, OEDT, Lisboa (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/pdu/2008/incidence-estimation>).
- Schulte, B., Thane, K., Rehm, J., *et al.* (no prelo), «Review of the efficacy of drug treatment interventions in Europe», Relatório final GT 1 do projecto SANCO/2006/C4/02 sobre «Política em matéria de droga e redução dos danos» para a Comissão Europeia.
- Secades-Villa, R., Garcia-Rodriguez, O., Higgins, S. T., Fernandez-Hermida, J. R. e Carballo, J. L. (2008), «Community reinforcement approach plus vouchers for cocaine dependence in a community setting in Spain: six-month outcomes», *Journal of Substance Abuse Treatment* 34, p. 202-207.
- Stallwitz, A. e Stöver, H. (2007), «The impact of substitution treatment in prisons: a literature review», *International Journal of Drug Policy* 18, p. 464-474.
- Sumnall, H. R., Woolfall, K., Edwards, S. *et al.* (2008) «Use, function, and subjective experiences of gamma-hydroxybutyrate (GHB)», *Drug and Alcohol Dependence* 92, p. 286-90.
- Sutton, A. J., Edmunds, W. J. e Gill, O. N. (2006), «Estimating the cost-effectiveness of detecting cases of chronic hepatitis C infection on reception into prison», *BMC Public Health* 6, p. 170.
- Swift, W., Hall, W. and Copeland, J. (2000), «One year follow-up of cannabis dependence among long-term users in Sydney, Australia», *Drug and Alcohol Dependence* 59, p. 309-318.
- Szendrei, K. (1997,1998), «Cannabis as an illicit crop: recent developments in cultivation and product quality», *Bulletin on Narcotics* XLIX and L, Nos 1 and 2.
- Toumbourou, J. W., Stockwell, T., Neighbors, C. *et al.* (2007), «Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use», *Lancet* 369, p. 1391-1401.
- UNODC (2007a), *2007 World drug report*, Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime, Viena.
- UNODC (2007b), *Cocaine trafficking in West Africa: the threat to stability and development*, Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime, Viena (disponível no endereço: <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/Studies-on-Drugs-and-Crime.html>).
- UNODC (2008), *2008 World drug report*, Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime, Viena.
- UNODC e Governo de Marrocos (2007), *Morocco cannabis survey 2005*, Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime, Viena.
- USDS (2008), *International narcotics control strategy report*, Vol. I, US Department of State, Washington, DC.
- Van Den Berg, C., Smit, C., Van Brussel, G., Coutinho, R. e Prins, M. (2007), «Full participation in harm-reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam cohort studies among drug users», *Addiction* 102, p. 1454-1462.
- Werch, C.E. e Owen, D.M. (2002), «Latrogenic effects of alcohol and drug prevention programs», *Journal of Studies on Alcohol* 63, p. 581-590.

Wood, D., Warren-Gash, D., Ashraf, T. *et al.* (2008), «Medical and legal confusion surrounding gamma-hydroxybutyrate (GHB) and its precursors gamma-butyrolactone (GBL) and 1,4 butanediol (1,4BD)», *Quarterly Journal of Medicine* 101, p. 23-29.

Zador, D., Mayet, S. e Strang, J. (2006), «Commentary: Decline in methadone-related deaths probably relates to increased supervision of methadone in UK»,

International Journal of Epidemiology 35, p. 1586-1587.

Zonneville-Bender, M. J. S., Matthys, W., van de Wiel, N. M. H. e Lochman, J. E. (2007), «Preventive effects of treatment of disruptive behavior disorder in middle childhood on substance use and delinquent behavior», *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46, p. 33-39.

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência

Relatório Anual 2008: a evolução do fenómeno da droga na Europa

Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias

2008 — 106 p. — 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-336-9

Como obter publicações comunitárias?

As publicações para venda produzidas pelo Serviço das Publicações estão disponíveis na EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>), podendo encomendá-las através do agente de vendas da sua preferência.

Também pode solicitar uma lista da nossa rede mundial de agentes de vendas através do fax (352) 29 29-42758.

Acerca do OEDT

O Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) é uma das agências descentralizadas da União Europeia. Criado em 1993 e sediado em Lisboa, é a mais completa fonte de informação sobre a droga e a toxicodependência na Europa.

O OEDT recolhe, analisa e difunde informações factuais, objectivas, fiáveis e comparáveis sobre a droga e a toxicodependência. Deste modo, fornece aos seus públicos um panorama fundamentado do fenómeno da droga a nível europeu.

As publicações do Observatório são uma fonte de informação ímpar para uma grande variedade de públicos, incluindo os responsáveis políticos e seus consultores, profissionais e investigadores que trabalham no domínio da droga e, de um modo mais geral, os meios de comunicação social e o grande público.

O relatório anual apresenta a panorâmica geral anualmente traçada pelo OEDT do fenómeno da droga na UE, sendo uma obra de consulta essencial para quem procura os dados mais recentes sobre este fenómeno na Europa.