



Observatório Europeu da
Droga e da Toxicodependência

ISSN 1609-6185

RELATÓRIO ANUAL 2005

A EVOLUÇÃO DO FENÓMENO DA DROGA
NA EUROPA



Observatório Europeu da
Droga e da Toxicodependência

RELATÓRIO ANUAL 2005

A EVOLUÇÃO DO FENÓMENO DA DROGA
NA EUROPA

Nota

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

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

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

Número verde único (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

(*): 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, checo, dinamarquês, eslovaco, esloveno, espanhol, estónio, finlandês, francês, grego, húngaro, inglês, italiano, letão, lituano, neerlandês, polaco, português, sueco, búlgaro, romeno e norueguês. Todas as traduções foram efectuadas pelo Centro de Tradução dos Organismos da União Europeia.

Uma ficha bibliográfica figura no fim desta publicação

Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias, 2005

ISBN 92-9168-231-4

© Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2005

Reprodução autorizada mediante indicação da fonte

Printed in Belgium

IMPRESSO EM PAPEL BRANQUEADO SEM CLORO



Observatório Europeu da
Droga e da Toxicodependência

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23-25, 1149-045 Lisboa, Portugal

Tel.: (351) 218 11 30 00 • Fax: (351) 218 13 17 11

info@emcdda.eu.int • <http://www.emcdda.eu.int>

Índice

Prefácio	5
Agradecimentos	7
Nota introdutória	9
Comentário — Identificar as tendências da droga na Europa	11
Capítulo 1	
Evolução das políticas e legislações	18
Capítulo 2	
Escolas, juventude e droga	27
Capítulo 3	
<i>Cannabis</i>	36
Capítulo 4	
Estimulantes do tipo das anfetaminas, LSD e outras drogas sintéticas	45
Capítulo 5	
Cocaína e cocaína <i>crack</i>	56
Capítulo 6	
Heroína e consumo de droga injectada	63
Capítulo 7	
Questões de criminalidade e detenções	84
Referências	89



Prefácio

O relatório anual do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência deste ano vê-se completado por recursos adicionais disponíveis em linha, como o nosso novo boletim estatístico que, nesta sua segunda edição, foi consideravelmente enriquecido, comportando agora mais de 200 quadros-fonte de dados quantitativos descrevendo a situação da Europa em matéria de toxicodependência.

O OEDT tem vindo a trabalhar há mais de 10 anos, em associação com os Estados-Membros da União Europeia, no desenvolvimento de um panorama abrangente do fenómeno da droga na Europa. A quantidade e a qualidade dos dados agora disponíveis para a realização das análises do relatório anual deste ano reflectem não só os avanços técnicos alcançados pelos grupos de trabalho científicos que fornecem a informação, como também o desempenho dos decisores políticos em toda a Europa em investir e apoiar o processo de recolha de dados. Este é um exemplo concreto dos benefícios de a Europa trabalhar em conjunto. Os Estados-Membros divergem entre si não apenas no que diz respeito ao tipo de problema com que se deparam em matéria de toxicodependência, mas também nas respostas adoptadas para enfrentar tais desafios. Ao mesmo tempo, e apesar destas diferenças, emergiu agora aquilo a que poderemos chamar de uma perspectiva europeia face à questão da toxicodependência. É possível hoje observar um forte consenso quanto à necessidade de fundamentar a acção numa compreensão lúcida da situação, de partilhar as experiências dos resultados positivos e de agir em conjunto sempre que possível para obter benefícios comuns. Estas aspirações estão presentes na nova Estratégia da UE de luta contra a droga e no Plano de Acção da UE e constituem igualmente os temas-chave do presente relatório.

O nosso relatório anual coloca em destaque muitas áreas de interesse especial sobre o impacto que o consumo da droga exerce tanto sobre os cidadãos como sobre as comunidades em que estes vivem. Chamamos a atenção para problemas emergentes com que nos deparamos actualmente, tais como o crescente consumo de drogas

estimulantes, e da cocaína em particular, em certas partes da Europa ou o aumento contínuo do número de jovens a experimentar drogas na Europa. Nitidamente, há ainda muito por fazer para melhorar a resposta ao consumo de drogas na Europa. Não obstante, apontamos igualmente no presente relatório para uma série de evoluções positivas, nomeadamente a expansão global de serviços para todos aqueles com problemas de toxicodependência e sinais de estabilização ou mesmo de declínio em alguns dos aspectos mais nocivos deste fenómeno. Além disso, este relatório não só destaca alguns dos principais problemas que enfrentamos, mas traz também luz àquele que será provavelmente o futuro caminho no combate eficaz aos problemas de droga na Europa.

É com satisfação que observamos que, uma vez mais este ano, a quantidade de dados disponibilizados pelos novos Estados-Membros da União Europeia aumentou. Além de notificar a situação na União alargada, incluímos também, sempre que disponíveis, dados sobre a Bulgária, Roménia e Turquia, e ainda algumas análises de evoluções a nível internacional que consideramos serem relevantes. O carácter global do problema do consumo da droga acarreta consigo a necessidade de situarmos a nossa análise de âmbito europeu num contexto mais alargado. O tráfico e o consumo de drogas estão intrinsecamente ligados a muitos dos problemas mais prementes do nosso tempo. O consumo de droga traz consequências para a saúde e o desenvolvimento globais, a criminalidade e segurança individual, e para a segurança policial à escala internacional. Mesmo sendo o relatório grandemente centrado no panorama europeu, nós não nos podemos dar ao luxo de ignorar que a questão com a qual estamos a lidar é uma questão que apresenta dimensões globais.

Marcel Reimen

Presidente do Conselho de Administração do OEDT

Wolfgang Götz

Director, 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 e os participantes nos grupos de trabalho técnicos do OEDT/rede Reitox;
- o Parlamento Europeu, o Conselho da União Europeia (em especial o grupo de trabalho horizontal «Droga») e a Comissão Europeia;
- o Conselho Sueco de Informação sobre Álcool e outras Drogas (CAN), o grupo «Pompidou» do Conselho da Europa, o Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime, a Organização Mundial de Saúde, a Europol, a Interpol, e o Centro Europeu de Vigilância Epidemiológica da sida (EuroHIV);
- o Centro de Tradução dos Organismos da União Europeia e o Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias;
- Prepress Projects Ltd.

Pontos focais nacionais Reitox

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

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



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 2003 (ou ao último ano disponível). Os gráficos e quadros incluídos no presente relatório podem reflectir a situação existente num subconjunto de países europeus: a selecção é efectuada com base nos países que dispõem de dados em relação ao período em causa.

Em <http://annualreport.emcdda.eu.int> poderá encontrar uma versão em linha do relatório anual, disponível em 22 versões linguísticas.

O Boletim Estatístico OEDT 2005 (<http://stats05.emcdda.eu.int>) contém todos os quadros-fonte em que se baseia a análise estatística apresentada no relatório anual. Contém, igualmente, mais informação sobre a metodologia utilizada e mais de 100 gráficos estatísticos adicionais.

Os perfis de dados por país (<http://datapfiles05.emcdda.eu.int>) fornecem um resumo gráfico de alto nível dos aspectos-chave da situação do fenómeno da droga em cada país.

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

- perturbação da ordem pública relacionada com a droga: tendências das políticas e medidas;
- alternativas à prisão para infractores consumidores problemáticos de droga na UE; e
- buprenorfina: tratamento, abuso e práticas de prescrição.

Os temas específicos encontram-se disponíveis em versão impressa e em linha (<http://issues05.emcdda.eu.int>) apenas em inglês.

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



Comentário — Identificar as tendências da droga na Europa

A construção de um mosaico europeu peça a peça

Nesta secção, apresenta-se uma panorâmica geral dos principais desenvolvimentos e tendências da situação europeia em matéria de droga, construída a partir da recolha de informativas provenientes de diversas fontes e tomando em consideração os pontos fortes e os pontos fracos do conjunto de dados actualmente existente. No comentário deste ano avalia-se o modo como os novos dados disponíveis em 2005 contribuem para compreendermos melhor as tendências a médio e longo prazo da situação europeia nesta matéria.

Os problemas associados ao policonsumo dificultam a nossa compreensão dos problemas do consumo de droga e a respectiva resposta

A abordagem analítica adoptada em grande parte do presente relatório centra-se em cada uma das principais substâncias consumidas. Esta abordagem orientada para substâncias específicas é conceptualmente fácil de entender e tem a vantagem adicional de a maioria dos indicadores do consumo de droga se basear em avaliações comportamentais específicas de cada substância. Apresenta, todavia, a desvantagem de omitir que o policonsumo de droga é um dos factores que mais contribuem para os problemas de droga existentes na Europa. É necessário que a análise do impacto do consumo de droga na saúde pública tenha em conta o complexo quadro do consumo interligado de substâncias psicoactivas, nas quais se incluem o álcool e o tabaco. Por exemplo, na Europa, a *cannabis* é frequentemente fumada em conjunto com tabaco e este comportamento tem consequências quer em termos dos danos que lhe poderão estar associados quer no que diz respeito à informação das actividades de prevenção da droga. As análises toxicológicas das mortes relacionadas com o consumo de droga revelam frequentemente a presença de várias substâncias e sabe-se que o consumo concomitante de álcool aumenta os riscos associados ao consumo de heroína e cocaína. Além disso, a concentração nas tendências registadas em relação a uma substância pode induzir em erro, se a interligação entre os diferentes tipos de droga for ignorada; por exemplo, no presente relatório há dados que apontam para uma crescente disponibilidade de opiáceos sintéticos: um importante elemento a ter em conta nas análises das tendências do consumo de heroína. Do mesmo modo, poderá ser sensato considerar a eventual sobreposição das tendências do consumo de diferentes drogas estimulantes e ter em conta, em qualquer análise, a medida em que as mudanças

observadas poderão dever-se a alterações dos padrões de consumo.

Em suma, a maioria das pessoas que recorrem aos centros de tratamento da Europa devido a um problema de droga terá consumido múltiplas substâncias. É necessário aperfeiçoar os métodos de comunicação deste aspecto fundamental do consumo de droga e compreender de que modo o policonsumo de droga afectará a eficácia das intervenções.

Os jovens e o consumo de droga: o consumo de *cannabis* aumenta, mas com padrões diferentes

O consumo de droga na Europa continua a ser, em grande medida, um fenómeno juvenil e que atinge sobretudo os jovens do sexo masculino. Os dados provenientes dos inquéritos realizados entre a população escolar e a população em geral permitem entender de forma mais aprofundada a evolução dos padrões de consumo de droga na Europa, a partir de meados da década de 1990. No relatório anual deste ano foi possível incluir dados oriundos da última série de inquéritos do Projecto Europeu de Inquéritos Escolares (ESPAD) sobre o álcool e outras drogas, que constitui uma fonte de dados preciosa para monitorizar o consumo de droga entre as populações escolares e identificar as suas tendências ao longo do tempo.

Reunindo todos os dados disponíveis, é evidente que o consumo de *cannabis* apresenta diferenças consideráveis entre países. Embora a tendência predominante na Europa desde meados da década de 1990 tenha sido para o crescimento deste consumo, há alguns países que apresentam um padrão mais estável. Por exemplo, não obstante as taxas de consumo de *cannabis* serem particularmente elevadas no Reino Unido, desde a década de 1990, mantiveram-se estáveis ao longo deste período. Além disso, o consumo de *cannabis* pouco se alterou em diversos países com baixa prevalência, nos quais se incluem a Suécia e a Finlândia, no norte da Europa, e a Grécia e Malta no sul. A maior parte dos aumentos do consumo de *cannabis* registados no ESPAD a partir 1999 teve lugar nos novos Estados-Membros da UE. A análise dos dados provenientes dos inquéritos escolares e entre a população em geral sugere que, em relação à maioria dos indicadores, a República Checa, a Espanha e a França se juntaram ao Reino Unido e constituem agora um grupo de países de prevalência elevada.

O impacto negativo do consumo de *cannabis* suscita uma preocupação crescente na Europa, embora escasseiem as

informações sobre a extensão dos problemas de saúde pública causados por esse consumo. Os dados disponíveis sobre a procura de tratamento da toxicod dependência na Europa colocam a *cannabis* em segundo lugar, após os opiáceos, apesar de, por enquanto, apenas estar na origem de 12% dos pedidos de tratamento e o quadro geral ser grandemente influenciado pela situação existente num número relativamente pequeno de países. Os dados sobre o consumo regular e intensivo de *cannabis* são essenciais para compreender a provável ligação entre o consumo de *cannabis* e a saúde pública, mas actualmente a informação disponível é limitada. De facto, embora os dados de que dispomos sugiram que nada menos de três milhões de pessoas, na sua maioria jovens do sexo masculino, podem estar a consumir *cannabis* diariamente na Europa, desconhece-se até que ponto esse grupo poderá estar a ter problemas devido ao consumo desta droga.

O que se passa com o consumo problemático de droga — O recrutamento de consumidores de heroína e o consumo de droga injectável estarão a diminuir?

A estimativa do número de pessoas que consomem drogas de forma crónica e particularmente prejudicial é um dos domínios metodologicamente mais difíceis da monitorização do consumo de droga. O indicador do consumo problemático de droga do OEDT foi desenvolvido para estimar este tipo de consumo e, na maioria dos Estados-Membros da UE, os indicadores do consumo problemático de droga reflectem principalmente o consumo de opiáceos e de droga injectada. As estimativas actuais apontam para a existência provável de 1,2 a 2,1 milhões de consumidores problemáticos de droga na UE, 850 000 a 1,3 milhões dos quais poderão ser consumidores recentes de droga injectada. As estimativas da prevalência do consumo problemático de droga ao longo do tempo são variadas, dificultando a identificação de tendências a longo prazo. Contudo, nos Estados-Membros da UE-15, os indicadores sugerem, de um modo geral, que o rápido recrutamento para o consumo de heroína que havia sido registado pela maior parte deles atingiu um pico num dos anos da primeira metade da década de 1990 e estabilizou seguidamente a partir de então. Apesar de vários países continuarem a registar aumentos desde 1999, há sinais recentes de que esta situação não é uniforme, e as estimativas da prevalência não mostram um quadro constante ao nível da União Europeia. Os novos Estados-Membros, em particular, merecem uma referência especial, pois os seus problemas com o consumo de heroína parecem ter-se iniciado mais tarde e, aparentemente, a sua situação é mais fluida.

Os dados referentes às mortes relacionadas com o consumo de droga e a procura de tratamento são outra fonte de informação que nos permite avaliar o consumo

problemático de droga. A análise das mortes relacionadas com este consumo (geralmente causadas por overdoses de opiáceos) sugere que as vítimas constituem uma população envelhecida, tendo-se registado uma diminuição das mortes entre toxicod dependentes com idade inferior a 25 anos a partir de 1996. Uma reserva importante a ter em conta é o facto de os dados dos novos Estados-Membros da UE, embora limitados, revelarem até recentemente uma tendência para o aumento da percentagem de mortes entre os consumidores com menos de 25 anos, se bem que a situação pareça estar agora mais estabilizada. De um modo geral, apesar de, na UE, o número de mortes relacionadas com o consumo de droga permanecer num nível historicamente elevado, parece provável que já tenha atingido o ponto máximo.

Na maioria dos países, a heroína continua a ser a principal droga que leva os pacientes a procurarem tratamento. Em alguns deles, é possível acompanhar historicamente as tendências do consumo de heroína entre os novos utentes que procuram tratamento e estas mostram uma pequena diminuição em termos absolutos desde 1996. Do mesmo modo, em alguns países verifica-se uma tendência para o envelhecimento da população de consumidores de opiáceos, embora isto não se aplique, uma vez mais, a todos os países, e em alguns dos novos Estados-Membros — novamente com base em dados limitados — os consumidores de opiáceos que iniciam tratamento pela primeira vez parecem ser relativamente jovens. Em alguns países europeus, nomeadamente nos Estados-Membros da UE-15, o consumo de droga por via endovenosa entre os novos consumidores de opiáceos que procuram tratamento tem vindo a diminuir há algum tempo e, em toda a Europa, menos de metade dos novos utentes que procuram tratamento devido ao consumo de opiáceos declara injectar-se. Uma vez mais, esta tendência não se verifica, de um modo geral, nos novos Estados-Membros, onde o consumo por via endovenosa continua a ser o modo de administração predominante entre os consumidores de heroína que acedem aos serviços.

Em suma, não existe uma resposta simples para a pergunta se o consumo de heroína ou de droga injectada está a diminuir na Europa. Em muitos aspectos, o panorama actual nos Estados-Membros da UE-15 (em termos de recrutamento para o consumo de heroína e por via endovenosa) parece mais positivo do que no início da década de 1990. Há indícios de que a situação, em muitos deles, é agora relativamente estável, com sinais até de um envelhecimento da população em causa, o qual reflectirá, talvez, uma redução da incidência. No entanto, em alguns dos novos Estados-Membros, onde o crescimento dos problemas associados ao consumo de heroína começou mais recentemente, o consumo por via endovenosa continua a ser o modo predominante de administração de opiáceos, sendo difícil interpretar as tendências actuais em matéria de consumo de heroína com base nos dados disponíveis.

Consumo de cocaína e outros estimulantes: não há lugar para a complacência

As drogas estimulantes continuam a ter na Europa um mercado importante e os indicadores sugerem que, no conjunto deste continente, o consumo de anfetaminas, *ecstasy* e cocaína tende a aumentar. O *ecstasy* ultrapassou, em muitas avaliações, as anfetaminas como segunda droga mais consumida na Europa, logo após a *cannabis*. Contudo, no Reino Unido, que desde a década de 1990 apresenta, na maior parte das avaliações, os mais elevados índices de prevalência do consumo de *ecstasy* e anfetaminas, os dados dos recentes inquéritos escolares e à população em geral sugerem que os índices de consumo de ambas as drogas poderão estar a diminuir, de forma bastante drástica no caso das anfetaminas e em menor medida no caso do *ecstasy*. Porém, os índices de prevalência no Reino Unido mantêm-se relativamente elevados em comparação com outros países, embora a diferença seja agora menos visível, pois vários deles apresentam índices de consumo semelhantes, tal como já acontecia no quadro acima descrito em relação à *cannabis*.

A prevalência do consumo de cocaína varia muito consoante as regiões da Europa, mas de um modo geral a tendência parece ser, uma vez mais, crescente. Os dados provenientes dos inquéritos sugerem que, em Espanha e no Reino Unido, em especial, o consumo de cocaína aumentou substancialmente no final dos anos 90, e que recentemente se verificaram novos aumentos, se bem que pequenos. Nestes dois países, as estimativas do consumo recente de cocaína entre os jovens adultos já ultrapassam as relativas ao *ecstasy* e às anfetaminas.

É difícil quantificar o impacto do consumo de estimulantes na saúde pública, a nível europeu, embora os dados existentes indiquem que não devemos ser complacentes com os actuais padrões de consumo. Os pedidos de tratamento relacionados com o consumo de cocaína estão a aumentar. Apesar de existirem grandes variações de país para país, a cocaína é responsável por cerca de 10% dos pedidos de tratamento no território europeu. O consumo de cocaína *crack*, uma forma da droga particularmente associada a problemas de saúde e outros, continua a ser limitado na Europa. As referências a esse consumo restringem-se, geralmente, a um pequeno número de grandes cidades, mas nas comunidades onde a cocaína *crack* é consumida os danos consequentes podem ser consideráveis. Há várias questões práticas e metodológicas que dificultam a avaliação do número de mortes relacionadas com o consumo de estimulantes, neste continente. Ainda que pequeno, em comparação com o das mortes relacionadas com o consumo de opiáceos, é possível que esse número esteja a aumentar e que muitas mortes causadas pelo consumo de estimulantes não sejam notificadas. Embora os dados ainda sejam muito limitados, vários países afirmam que a cocaína desempenha um papel determinante em cerca de 10% das

mortes relacionadas com o consumo de droga. As mortes relacionadas com o consumo de *ecstasy* continuam a ser raras na maioria dos países da UE, mas os procedimentos de notificação necessitam de ser melhorados.

Contrariando a tendência mundial: não há sinais de grandes problemas com as metanfetaminas na Europa

As metanfetaminas são uma droga que se sabe estar particularmente associada a problemas de saúde e sociais. Existe uma grande preocupação a nível mundial com os crescentes problemas causados por esta droga, cujos índices de consumo parecem ser elevados ou crescentes nos EUA, na Austrália, em algumas zonas de África e em grande parte do Sudeste Asiático. Até à data, o consumo de metanfetaminas na Europa esteve em grande medida limitado à República Checa, que há muito tem problemas com esta droga. Nas restantes regiões da Europa, existem apenas notícias esporádicas sobre a sua disponibilidade, com algumas notificações de apreensões e referências ocasionais à exportação de metanfetaminas da República Checa para os países vizinhos. Em virtude, todavia, de muitos países europeus possuírem fortes ligações a regiões do mundo onde existem problemas associados às metanfetaminas, e tendo em conta que o mercado europeu de estimulantes está a crescer, não se pode ignorar o potencial de propagação do consumo de metanfetaminas, continuando esta a ser, assim, uma área de vigilância importante.

Expandir e desenvolver os serviços de assistência aos toxicodependentes

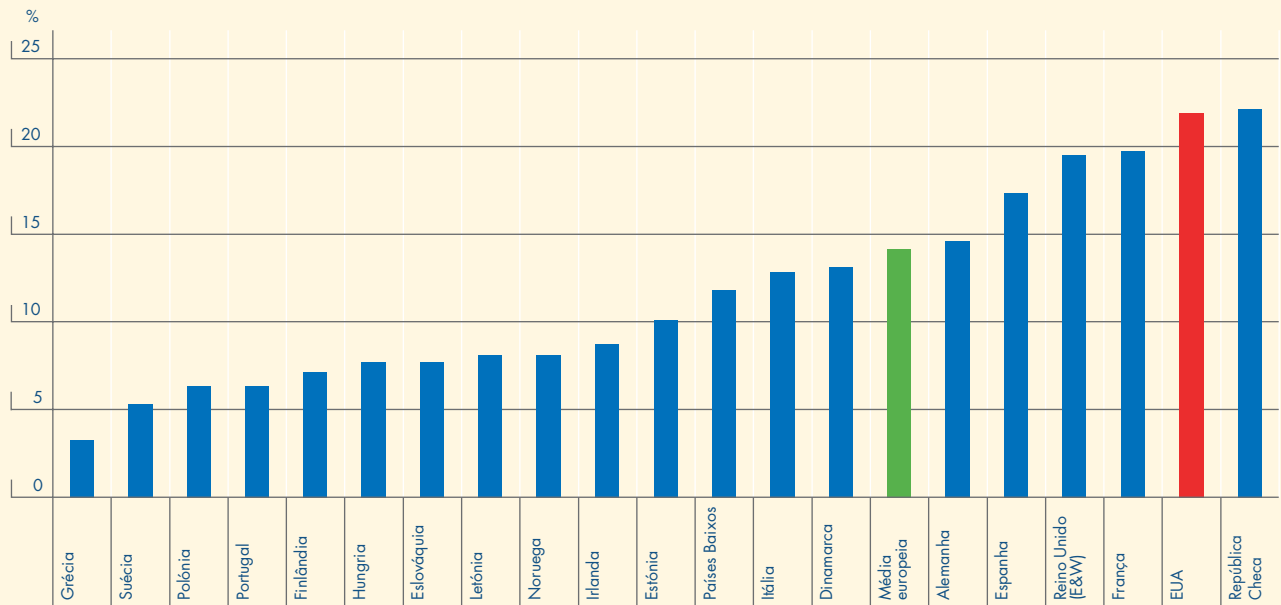
Os serviços de assistência aos toxicodependentes podem constituir uma diferença positiva tanto para os consumidores de droga a nível individual como para as comunidades onde eles vivem. Este facto é reconhecido por muitas políticas nacionais em matéria de droga e quer o novo plano de acção da UE em matéria de luta contra a droga quer os planos que o antecederam assumem o compromisso de expandir esses serviços. Embora seja difícil fazer um levantamento exaustivo da prestação desta assistência aos toxicodependentes na Europa, vários indicadores pertinentes sugerem um considerável aumento dos serviços de tratamento e de algumas formas de serviços de redução dos danos. No entanto, a natureza e a amplitude dos diferentes tipos de serviços variam entre os países. Um sector que se expandiu claramente ao longo da última década é o do tratamento de substituição de opiáceos, sobretudo nos países com níveis relativamente elevados de consumo de heroína injectada. A metadona corresponde a pouco menos de 80% do tratamento de substituição na Europa e a mais de 90% do tratamento de substituição nos serviços especializados, mas a buprenorfina está a tornar-se uma opção farmacológica cada vez mais popular, equivalendo provavelmente a cerca de 20% do tratamento de substituição na Europa (para mais informações sobre a

O consumo de droga na Europa ainda é inferior ao dos EUA, mas as estimativas de prevalência já são semelhantes em algumas áreas

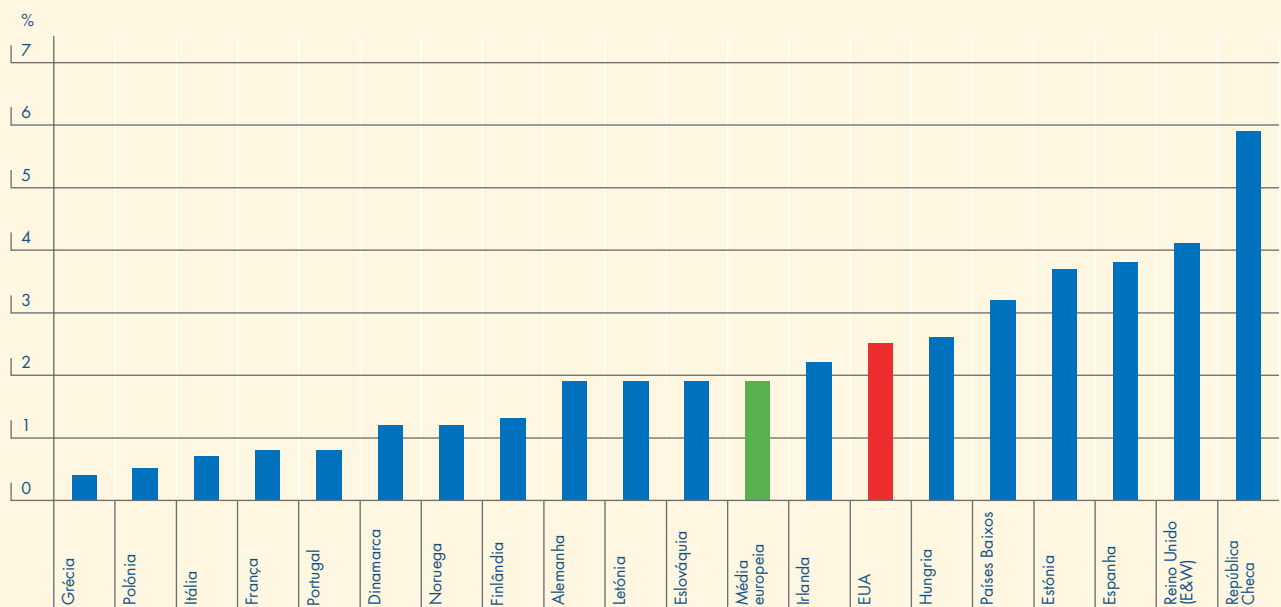
Historicamente, os níveis de consumo de droga nos EUA são bastante mais elevados do que nos países europeus. Esta situação mantém-se, em grande medida, mas a comparação dos dados relativos ao consumo recente (prevalência no último ano) sugere que, em alguns países europeus, os níveis de consumo de *cannabis*, *ecstasy* e cocaína entre os jovens adultos já se assemelham aos dos EUA (ver figura). E no caso do consumo recente de *ecstasy* entre os jovens adultos, as estimativas dos EUA são inferiores às de vários países europeus, reflectindo possivelmente a forte ligação europeia à evolução histórica do consumo desta droga. Globalmente, porém, a média da população da UE continua a ser inferior à média dos EUA em relação a todos os indicadores. Em muitos países europeus, o consumo generalizado de droga surgiu mais tarde do que nos EUA, e este facto poderá reflectir-se nas estimativas mais elevadas de prevalência ao longo da vida registadas nos EUA (ver figuras 1, 2 e 3 no Boletim Estatístico de 2005), as quais podem ser, até certo ponto, consideradas como indicadores cumulativos dos níveis de consumo ao longo do tempo.

Índices de prevalência no último ano do consumo de *cannabis*, *ecstasy* e cocaína entre os jovens adultos (15-34 anos) na Europa e nos EUA

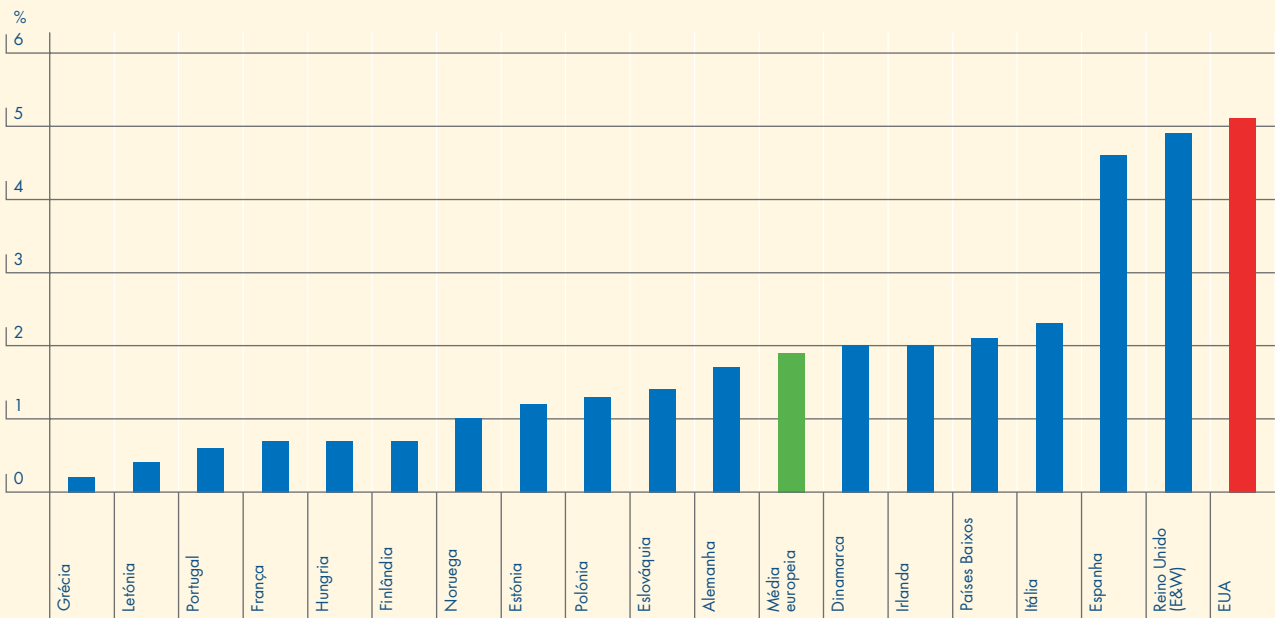
Consumo recente (último ano) de *cannabis* entre os jovens adultos (15-34 anos)



Consumo recente (último ano) de *ecstasy* entre os jovens adultos (15-34 anos)



Consumo recente (último ano) de cocaína entre os jovens adultos (15-34 anos)



NB: Nos EUA o inquérito foi realizado em 2003 e a faixa etária é de 16 a 34 anos, recalculada a partir dos dados originais. Nos países europeus, a maioria dos inquéritos (17 de 19) foi realizada entre 2001 e 2004, e a faixa etária padrão é de 15 a 34 anos (em alguns países a margem inferior pode ser de 16 ou 18 anos). A taxa de prevalência média europeia foi calculada como a média das taxas de prevalência nacionais ponderada pela população nacional dos 15 aos 34 anos (2001, retirado do Eurostat).

Fontes: EUA: SAMHSA, Office of Applied Studies, National Survey on Drug use and Health, 2003 (www.samhsa.gov) e (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>). Europa: Quadro GPS-11 no Boletim Estatístico OEDT 2005. Baseado nos relatórios nacionais Reitox (2004).

utilização desta substância ver «Buprenorphine: treatment, misuse and prescription practices» — «Buprenorfina: tratamento, abuso e práticas de prescrição» na secção de temas específicos apenas ao presente relatório). Calcula-se, presentemente, que haja mais de 500 000 toxicodependentes a fazer tratamento de substituição na Europa, o que implica que entre um quarto e metade das pessoas com problemas de consumo de opiáceos poderão estar inscritas no tratamento de substituição.

O tratamento de substituição não é a única opção ao dispor das pessoas com problemas de consumo de opiáceos, mas não existem dados suficientes sobre as outras abordagens terapêuticas para se fazerem estimativas fiáveis da prestação destes serviços ao nível da UE. Registaram-se progressos consideráveis no desenvolvimento de modelos de assistência a essas pessoas e os dados fundamentados em provas que permitem avaliar a sua eficácia são relativamente sólidos. O mesmo não acontece com os consumidores de outros tipos de drogas, que se acorrem em número crescente aos serviços de tratamento europeus. Existe um consenso muito menor em relação às opções terapêuticas mais adequadas para quem procura ajuda devido a problemas de consumo de estimulantes ou *cannabis*, por exemplo, sendo provável que o desenvolvimento de opções de tratamento eficazes para estes tipos de utentes venha a ser um desafio cada vez mais importante.

Consumo de droga, infecção pelo VIH e sida: há cada vez mais intervenções disponíveis, que poderão estar a influenciar as tendências globais

A expansão dos serviços de tratamento não é o único sector em que os serviços de assistência aos consumidores problemáticos de droga melhoraram. Os programas de troca de agulhas e seringas, que fornecem equipamento esterilizado aos consumidores de droga injectada, já existem praticamente em todos os Estados-Membros da UE e na maioria dos países regista-se uma tendência a médio prazo para o aumento da escala das suas actividades e da sua cobertura geográfica. Em alguns Estados-Membros, as farmácias também desempenham um papel importante na expansão da cobertura destes tipos de programas. Os programas especializados estão frequentemente inseridos em serviços mais gerais de assistência aos toxicodependentes, nomeadamente nos serviços de porta aberta, e como tal são muitas vezes encarados como uma forma de estabelecer contacto com os consumidores de droga activos e, eventualmente, de os encaminhar para os serviços de tratamento e outros.

De um modo geral, a incidência de sida devido ao consumo de droga injectada tem vindo a diminuir há algum tempo. As relações heterossexuais já ultrapassaram o consumo de droga injectada como principal factor de risco para a propagação da sida na Europa. Este facto

poderá atribuir-se à crescente disponibilidade de um tratamento anti-retroviral muito activa (HAART), desde 1996, ao aumento dos serviços de tratamento e redução dos danos e à diminuição do número de consumidores de droga injectada na maior parte dos países afectados. As estimativas da OMS sugerem que, na maioria dos países europeus, mais de 75% das pessoas que necessitam do tratamento HAART têm acesso a ele. Considera-se, todavia, que a cobertura é insuficiente em vários países bálticos, circunstância que poderá traduzir-se num aumento dos novos casos de sida entre os consumidores de droga injectada, pelo menos em alguns países desta zona. A dada altura, os índices das novas infecções pelo VIH também estavam a aumentar drasticamente em alguns países bálticos, mas os índices recentes diminuíram de forma igualmente drástica, provavelmente devido à saturação das populações em maior risco; além disso, é provável que o aumento da prestação de serviços esteja a produzir efeitos em algumas zonas.

Na maioria dos outros novos Estados-Membros da UE, os índices de prevalência do VIH permanecem baixos, à semelhança do que se passa em muitos Estados-Membros da UE-15. A maior parte dos países da União Europeia com índices de prevalência do VIH tradicionalmente elevados entre os consumidores de droga injectada registou um decréscimo significativo e depois uma estabilização. Isto não significa que estes problemas desapareceram: apesar das dificuldades metodológicas que dificultam a interpretação das tendências a nível nacional, alguns estudos recentes referem novos casos de transmissão em algumas subpopulações de consumidores de droga injectada, destacando a necessidade de manter a vigilância.

Relatórios globais das sanções legais por posse ou consumo de droga

Há muita falta de dados comparáveis a nível europeu sobre a maior parte dos aspectos da relação entre a droga e a criminalidade. As infracções à legislação em matéria de droga, ou seja os delitos registados contra esta legislação, constituem a principal excepção. Embora as comparações entre países devam ser feitas com prudência, este tipo de infracções parece ter aumentado entre o final da década de 1990 e o ano de 2003, em muitos países da UE e de forma particularmente acentuada em alguns dos seus novos Estados-Membros. Na maioria dos países, os relatórios referem-se sobretudo à posse ou ao consumo de droga. Na maior parte dos Estados-Membros, as infracções estão principalmente

relacionadas com a *cannabis* e a sua percentagem aumentou ou manteve-se estável desde 1998. Pelo contrário, a percentagem de infracções relacionadas com o consumo de heroína diminuiu em muitos deles.

Em numerosos países europeus, existe uma preocupação crescente com o maior impacto do consumo de droga nas comunidades onde este tem lugar. As questões relativas à segurança pública e à exposição dos jovens à droga figuram entre as preocupações mais citadas, que se podem agrupar sob o título «Drug-related public nuisance» — «Perturbação da ordem pública relacionada com a droga» — assunto analisado em pormenor na secção de temas específicos apenas ao relatório anual; e, no seguimento do tema relativo à justiça penal figura um tema específico dedicado à análise das estratégias que visam substituir as penas de prisão pelo tratamento, para as pessoas com problemas de droga («Alternatives to imprisonment: targetting offending problem drug users in the EU» — «Alternativas à prisão para infractores toxicodependentes»).

Desenvolvimento das políticas em matéria de droga: são visíveis elementos comuns, mas respeitando as diferenças nacionais

Como a leitura do presente relatório demonstrará claramente, existem diferenças consideráveis entre os Estados-Membros da União Europeia, em termos dos problemas de droga que enfrentam, das suas políticas e da escala e natureza das intervenções. No entanto, existem elementos comuns na situação com que a maioria deles se confronta. Politicamente, os Estados-Membros exprimem o compromisso geral de desenvolver uma resposta equilibrada e fundamentada em provas, coerente com os compromissos internacionais e, embora reconheçam que as políticas em matéria de droga continuam a ser uma responsabilidade nacional, também têm em conta os benefícios que poderão advir de uma melhor cooperação a nível europeu. Estas aspirações estão expressas na estratégia e nos planos de acção da UE de luta contra a droga. Apesar de a estratégia da UE de luta contra a droga e o plano de acção da UE 2000-2004 não terem atingido os ambiciosos objectivos estabelecidos na sua totalidade, existem indícios de uma importante evolução quanto ao modo como os Estados-Membros, as instituições da UE e as agências especializadas conseguem unir esforços na coordenação e avaliação dos progressos feitos neste domínio. A nova estratégia da UE de luta contra a droga 2005-2012 procura promover a evolução deste processo.



Capítulo 1

Evolução das políticas e legislações

Introdução

A evolução das políticas no domínio da droga nos Estados-Membros da UE é inevitavelmente heterogénea, reflectindo a diversidade das abordagens nacionais e europeia. No entanto, este facto não exclui a existência de elementos comuns que merecem análise.

No período em apreço, o primeiro destes elementos é a forma como as estratégias de luta contra a droga são avaliadas nos diferentes Estados-Membros. A aplicação das estratégias nacionais neste domínio é avaliada em vários deles. Apesar de ainda não ser possível determinar os efeitos da avaliação da política em matéria de droga, na sua globalidade, essa avaliação já produziu alguns resultados promissores: neste momento compreendemos melhor os êxitos e os insucessos e, em alguns casos, ela levou à afectação de mais recursos à prossecução de objectivos estratégicos ainda não realizados. Além disso, a avaliação da estratégia da UE de luta contra a droga e do plano de acção da UE 2000-2004 constitui o primeiro resultado de um importante processo em que os Estados-Membros, as instituições e as agências especializadas da UE colaboram entre si na medição dos progressos alcançados nesta área. Outra evolução política patente neste período inclui a redução, em alguns países, das sanções aplicáveis por consumo de droga e o aumento do rigor das sanções aplicáveis ao tráfico e às infracções relacionadas com a droga que ponham menores em risco.

Uma abordagem estratégica à política em matéria de droga na União Europeia

A Estratégia da UE em matéria de luta contra a droga para 2005-2012, adoptada pelo Conselho Europeu em Dezembro de 2004, tem em conta os resultados da avaliação final dos progressos alcançados no período anterior (2000-2004). O seu objectivo é acrescentar valor às estratégias nacionais respeitando, simultaneamente, os princípios de subsidiariedade e proporcionalidade estabelecidos no Tratado. Ela define dois objectivos gerais para a União no que respeita à droga:

- atingir um nível elevado de protecção da saúde, de bem-estar e de coesão social complementando a acção dos Estados-Membros em matéria de prevenção e

redução do consumo, da dependência da droga e das consequências nefastas da droga em termos sociais e de saúde;

- garantir um elevado nível de segurança para o público em geral, adoptando medidas contra a produção e a oferta de droga, bem como contra o tráfico transfronteiriço, e intensificar a acção preventiva contra a criminalidade relacionada com a droga através de uma cooperação eficaz entre os Estados-Membros.

Estes dois objectivos abrangem as seis prioridades identificadas na Estratégia da UE de luta contra a droga 2000-2004. A nova estratégia reitera a abordagem integrada, multidisciplinar e equilibrada, baseada numa combinação de medidas tendentes a reduzir tanto a procura como a oferta. Concentra-se, assim, nestes dois domínios políticos e em dois temas transversais («cooperação internacional» e «informação, investigação e avaliação»), bem como na «coordenação».

Em Fevereiro de 2005, a Comissão Europeia apresentou ao Parlamento Europeu e ao Conselho Europeu a Comunicação relativa a um plano de acção da União Europeia em matéria de luta contra a droga (2005-2008). O OEDT e a Europol foram consultados durante a elaboração deste plano de acção, bem como a sociedade civil. O plano de acção, que tem em conta os resultados da avaliação do plano anterior, foi concebido de modo a que, relativamente a cada acção, os responsáveis envolvidos sejam claramente identificados e os instrumentos de avaliação, indicadores e datas de realização especificados. Isto deve facilitar a monitorização posterior das acções e fornecer orientações mais eficazes em relação à execução do plano. A Comissão efectuará avaliações anuais dos progressos alcançados, bem como uma avaliação de impacto, antes de propor um plano para 2009-2012.

Seguindo o exemplo da UE, foram adoptadas estratégias nacionais de luta contra a droga na maior parte dos Estados-Membros. Dos 29 países considerados no presente relatório, 26 gerem a sua política nacional nesta matéria segundo um plano ou uma estratégia nacionais, ou um documento semelhante. Quanto aos restantes

países, em Itália o plano nacional foi aprovado pelo Comité Nacional de Coordenação das Actividades de Luta contra a Droga, em Março de 2003 e está a ser analisado pelas regiões e províncias autónomas; Malta e Áustria informaram que os processos de elaboração e adopção de uma estratégia nacional de luta contra a droga estavam em curso na altura em que o presente relatório estava a ser elaborado ⁽¹⁾.

Em sete Estados-Membros da UE foram adoptadas novas estratégias nacionais de luta contra a droga (ver quadro 1). O princípio de que as políticas em matéria de droga devem ser globais e multidisciplinares parece ser aceite em todas as estratégias nacionais dos Estados-Membros, em conformidade com a abordagem da União neste domínio. No entanto, podem existir diferenças de fundo no conteúdo das estratégias nacionais dos diversos países, por exemplo na execução das intervenções, que pode diferir não obstante a utilização da mesma terminologia; no papel que a avaliação desempenha nas estratégias, que pode variar entre importante e marginal; e até na adopção ou não de importantes abordagens políticas como a redução dos danos. Na verdade, entre os 26 documentos de política ou estratégia analisados ⁽²⁾, a questão da redução dos danos parece ser aquela em que as opiniões divergem mais: tem um papel destacado

em 12 deles, está inserida no debate sobre outros temas em nove e não é mencionada em cinco.

Avaliação das estratégias de luta contra a droga produz os primeiros resultados

A estratégia da UE de luta contra a droga (2000-2004) foi avaliada durante o período em apreço. O Conselho «Justiça e Assuntos Internos» de 25 e 26 de Outubro de 2004 analisou o relatório da Comissão sobre esta avaliação final ⁽³⁾. O seu intuito era apreciar em que medida o plano de acção tinha alcançado os objectivos da estratégia e o impacto desta última e do Plano de Acção na situação em matéria de droga na União Europeia. Também contribuiu para o debate conducente à aprovação ⁽⁴⁾ de uma nova estratégia de luta contra a droga. No seu trabalho de avaliação, a Comissão foi assistida por um grupo director (composto por representantes da Comissão, dos quatro Estados-Membros que detiveram a Presidência em 2003-2004, do OEDT e da Europol). A falta de objectivos operacionais precisos e quantificáveis constituiu uma séria dificuldade neste exercício.

A comunicação sobre a avaliação final e os seus anexos ⁽⁵⁾ destacou os principais resultados no domínio da

Quadro 1: Novas estratégias nacionais de luta contra a droga

País	Título	Calendário ou data de adopção	Objectivos	Objectivos quantificáveis	Indicadores de desempenho	Responsabilidade de execução	Orçamento para a execução
Estónia	Estratégia nacional de prevenção da toxicod dependência	2004-12	✓	✓	✓	n.d.	n.d.
Estónia	Plano de acção da estratégia orientado para os objectivos	2004-08	✓	✓	✓	✓	✓
França	Plano de acção contra as drogas ilícitas, o tabaco e o álcool	2004-08	✓	✓	✓	n.d.	✓
Chipre	Estratégia nacional de luta contra a droga	2004-08	✓	n.d.	n.d.	n.d.	✓ ⁽⁶⁾
Lituânia ⁽¹⁾	Estratégia relativa ao programa nacional de prevenção da toxicod dependência	2004-08	✓	n.d.	✓	✓	✓
Luxemburgo	Estratégia e plano de acção em matéria de droga e de toxicod dependência	2005-09	✓	✓ ⁽²⁾	✓	✓	✓
Eslovénia ⁽¹⁾	Resolução sobre o programa nacional no domínio da droga	2004-09	✓	n.d.	n.d.	✓	✓
Finlândia	Programa de acção política em matéria de droga	2004-07	✓	n.d.	n.d.	✓	n.d.

NB: n.d. = dados não disponíveis.

⁽¹⁾ Dados fornecidos pelo pessoal dos pontos focais nacionais.

⁽²⁾ Objectivos quantificáveis da estratégia do Luxemburgo não disponíveis relativamente à redução da oferta.

⁽³⁾ A estratégia de Chipre faz notar que serão disponibilizados recursos financeiros e humanos para atingir o seu objectivo, sem especificar os respectivos valores no texto.

⁽¹⁾ Para mais informações e definições, ver *website* do OEDT (www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1360).

⁽²⁾ Não existem informações sobre este assunto em relação à Eslováquia, Malta e Turquia.

⁽³⁾ COM (2004) 707 final.

⁽⁴⁾ Conselho Europeu (16 e 17 de Dezembro de 2004) — Conclusões.

⁽⁵⁾ Entre os quais figura o *Statistical Snapshot* (1999-2004) do OEDT-Europol (<http://snapshot.emcdda.eu.int>).

droga a nível nacional e da UE, bem como as áreas que requerem progressos. Salientou que se tinham feito progressos na redução da incidência dos problemas de saúde relacionados com a droga [incluindo a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) e as hepatites] e do número de mortes relacionadas com o consumo de drogas (objectivo n.º 2 da estratégia da UE de luta contra a droga), bem como, em especial, da expansão da disponibilidade de tratamento (objectivo n.º 3). No que respeita ao objectivo n.º 1, de redução do consumo de estupefacientes, não se observaram progressos significativos. Do mesmo modo, não se constatou uma diminuição da disponibilidade de droga (objectivo n.º 4). No entanto, os objectivos n.ºs 4 e 5, em conjunto, pareceram ter constituído um catalisador para diversas iniciativas ao nível da UE que reforçaram as medidas de aplicação da lei contra o tráfico e a oferta de droga. Durante o período abrangido pelo plano, surgiram várias iniciativas importantes para combater o branqueamento de capitais (objectivo n.º 6.1) e prevenir o desvio de precursores (objectivo n.º 6.2), em especial através da alteração da legislação comunitária relativa ao controlo do comércio de precursores.

A comunicação também realçou a necessidade de promover a investigação, por exemplo em matéria de factores biomédicos, psicossociais e outros subjacentes ao consumo e dependência da droga, especialmente em áreas onde este tipo de informação ainda é limitado (por exemplo, consumo prolongado de *cannabis* ou de drogas sintéticas). A necessidade de efectuar consultas regulares à sociedade civil na formulação da política da UE em matéria de droga foi igualmente salientada. A Comissão recomendou ainda o prolongamento da estratégia da UE de cinco para oito anos, abrangendo a execução de dois planos de acção consecutivos ao longo desse período, a fim de permitir a conclusão e o ajustamento das iniciativas de modo torná-las congruentes com os objectivos da estratégia.

Vale a pena comentar vários exercícios de avaliação realizados a nível nacional durante este período. Revestem-se de especial interesse as avaliações efectuadas por países que adoptaram uma abordagem mais «estruturada» à sua estratégia nacional de luta contra a droga, cujos elementos constitutivos podem ser resumidos como: documentação formal dos objectivos, definição e quantificação das metas a atingir, identificação da autoridade responsável pela execução e fixação da data em que os objectivos devem ser alcançados. Com esta abordagem, os países têm mais facilidade em dar informações sobre as tarefas que foram cumpridas e em identificar as questões problemáticas, permitindo-lhes adoptar medidas em caso de necessidade.

Podem encontrar-se exemplos dessa abordagem nas estratégias da República Checa, da Irlanda, do

Luxemburgo, da Polónia e de Portugal, cuja avaliação das estratégias nacionais de luta contra a droga revelou, ou tem possibilidades de revelar, as acções realizadas e as tarefas não concretizadas que ainda têm de ser levadas a cabo. Um exemplo de como uma abordagem estruturada pode contribuir para a avaliação dos progressos efectuados é visível na avaliação de 2004 da estratégia nacional portuguesa. Os avaliadores externos concluíram que se tinham feito progressos na consecução de alguns dos 30 objectivos principais do plano de acção português, com oito objectivos totalmente atingidos e 10 parcialmente atingidos; no entanto, a falta de informação dificultou a avaliação de outros objectivos e considerou-se ainda que cinco deles não tinham sido atingidos. Na Alemanha, foi criado um grupo director (Conselho Nacional para a Toxicoddependência) para orientar a execução do plano de acção de 2003 e monitorizar os resultados.

A adopção de uma estratégia nacional de luta contra a droga, ou a avaliação do êxito da anterior, levou alguns países a aumentarem o orçamento consagrado a esta questão. Por exemplo, na Grécia, a despesa com os serviços de cuidados de saúde registou um aumento contínuo; na Hungria, foram mobilizados fundos para financiar os elementos da estratégia que ainda não tinham sido implementados e no Luxemburgo o orçamento do Ministério da Saúde afectado à luta contra a droga aumentou de cerca de 1 milhão de euros em 1999 para quase 6 milhões de euros em 2004. No entanto, em todos os Estados-Membros, a despesa pública neste domínio representa apenas uma pequena parte da despesa pública total (entre 0,1% e 0,3%). Este facto pode explicar, em parte, a conclusão de que, no conjunto da UE, não existe uma ligação directa entre o crescimento económico, e as alterações do orçamento geral a este associadas, e as alterações do nível de despesa pública com o problema da droga.

Em vários Estados-Membros da UE, os gastos com a redução da oferta continuaram a constituir o grosso da despesa pública (aproximadamente 68% a 75% da despesa total relacionada com a droga) ^(*). Contudo, em alguns países, incluindo Malta e Luxemburgo, a despesa com a redução da procura parece ter sido mais elevada do que a despesa com a redução da oferta (equivalendo a despesa com a redução da procura a 66% e 59%, respectivamente, da despesa total na luta contra a droga). Não se entende, porém, claramente se as diferenças mencionadas em termos de dotação orçamental representam uma diferença de fundo nas prioridades políticas ou se reflectem apenas uma distorção na recolha de dados.

A falta de informações disponíveis sobre a despesa pública directa na luta contra a droga continua a ser um problema. Há, todavia, alguns sinais de que,

(*) Ver tema específico «Despesa pública na área da redução da procura de droga» no Relatório Anual do OEDT 2003 (<http://ar2003.emcdda.eu.int/pt/page077-pt.html>).

paralelamente ao crescente interesse dos meios académicos nesta área (?), existe um empenhamento político crescente na identificação e descrição da despesa pública relacionada com a droga, de modo a que a despesa nacional neste domínio seja um dos elementos-chave das análises de custo-benefício. Juntamente com a Rede Reitox e a Comissão Europeia, o OEDT está presentemente a desenvolver uma metodologia que permitirá realizar estimativas coerentes e credíveis da despesa pública relacionada com a droga na UE, tal como exige o plano de acção da União Europeia para 2005.

Este primeiro processo de avaliação a nível nacional e europeu constitui um mecanismo de *feedback* valioso, que informa os decisores políticos acerca do grau de aplicação das suas decisões e dos custos incorridos, permitindo-lhes intensificar esforços nos domínios em que se registaram problemas ou em que a avaliação produziu conclusões desfavoráveis. Embora ainda não existam dados claros sobre o impacto das estratégias nacionais de luta contra a droga sobre o fenómeno da droga na sua globalidade (OEDT, 2004a), a atitude de «contabilizar os resultados» constitui um sinal positivo e espera-se que dê início, na Europa, a uma tendência geral para avaliar minuciosamente cada estratégia nacional de luta contra a droga.

Debates nos parlamentos e meios de comunicação social nacionais

A preocupação da sociedade com o fenómeno da droga reflecte-se nos meios de comunicação social e nos debates parlamentares. No período em causa, entre os dados sobre os debates parlamentares fornecidos nos relatórios nacionais Reitox, os temas mais mencionados foram a «redução dos danos» ou intervenções que se enquadram nesta categoria, o «consumo de *cannabis*» e a «criminalidade relacionada com a droga e alterações conexas da legislação em matéria de droga».

As vantagens e desvantagens das terapias de substituição e das medidas de redução dos danos comparativamente às abordagens sem o recurso à droga suscitaram debates parlamentares animados na República Checa, Estónia, França, Irlanda e Noruega. Entre os temas acaloradamente debatidos figuram a proposta de tornar permanente o programa de troca de seringas na Suécia, ainda que em condições rigorosamente controladas, e a criação temporária de salas de consumo na Noruega (ver

tema específico relativo às legislações nacionais e atentados contra a ordem pública).

A *cannabis* continuou a ser um importante tema de debate, principalmente na Alemanha, onde o consumo de *cannabis* pelos jovens mereceu especial atenção, no Luxemburgo e em Portugal, onde se propôs a sua disponibilização mediante receita médica. O consumo de *cannabis* ou, de um modo mais geral, o consumo de droga em meio escolar e pelos jovens, foi um assunto muito focado pelos meios de comunicação social da Alemanha, Áustria, Bélgica, Chipre, Luxemburgo e República Checa. Nos Países Baixos, a atenção dos meios de comunicação social foi atraída para a notícia do aumento da concentração de tetrahydrocannabinol (THC) nas culturas de *cannabis* («nederwiet») e as possíveis consequências para a saúde da *cannabis* muito potente. Na Polónia, a *cannabis* foi a substância mais mencionada nos meios de comunicação social, sendo responsável por 865 de um total de cerca de 2 500 referências a drogas. Foram apresentados projectos de lei preconizando a sua legalização na Bélgica, Dinamarca e em alguns municípios dos Países Baixos (com o intuito de resolver o denominado «problema da porta traseira») (?), os quais provocaram uma forte oposição pública da maioria dos deputados e ministros do Governo.

A perspectiva de alteração da legislação em matéria de droga atraiu a atenção dos meios de comunicação social e despoletou um debate político em França e em Itália. Em França, uma proposta para que as penas de prisão por consumo de droga fossem substituídas por multas foi abandonada devido à preocupação de que essa mudança fosse «interpretada como um sinal de que as drogas não são muito perigosas» e conduziu a «um novo aumento do consumo e a um consumo mais precoce» (?). Em Itália, os meios de comunicação social fizeram-se eco do enérgico debate parlamentar sobre a alteração da lei de 1990 e a diferenciação das sanções por posse de droga atraiu as atenções dos meios de comunicação social e dos meios políticos na República Checa.

Na Grécia, Luxemburgo, Polónia, Portugal e República Checa foi realizada uma investigação *ad hoc* para analisar as mensagens transmitidas pelos meios de comunicação social, e na Bélgica (?), Polónia e Reino Unido (?), realizaram-se campanhas mediáticas nacionais especialmente dirigidas aos jovens.

(?) Bélgica, Espanha, França, Luxemburgo, Países Baixos, Finlândia, Suécia e Reino Unido — Ver referências detalhadas no sítio web do OEDT (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1357>).

(?) Os «Coffee shops» podem armazenar até 500 g de *cannabis* para venda, mas só a podem adquirir através de mercados ilegais. É o chamado «problema da porta traseira».

(?) MILDT (2004), p. 43, citado no relatório nacional francês.

(?) Ver www.partywise.be.

(?) A campanha «Talk to Frank» sobre os riscos do consumo de *cannabis* (<http://www.talktofrank.com/>).

Evolução dos programas e legislação da União Europeia

Neste período, foram identificadas iniciativas comunitárias importantes relativas ao problema da droga, que tiveram lugar nos domínios da saúde pública, do tráfico de droga e do controlo dos precursores e drogas sintéticas.

Saúde pública

A nível europeu, a prevenção da toxicoddependência está incluída na categoria das determinantes da saúde do programa de acção comunitária no domínio da saúde pública⁽¹²⁾. O plano de trabalho de 2004 relativo a este programa concentrou-se na recomendação do Conselho de 18 de Junho de 2003 e no desenvolvimento, com a participação do OEDT, de uma base adequada para a elaboração de um inventário de actividades na União Europeia. A Comissão incentivou os intervenientes a apresentarem propostas que impliquem uma abordagem em termos de estilo de vida contra o consumo de todas as substâncias susceptíveis de criarem dependência, sobretudo em ambientes recreativos (por exemplo, clubes nocturnos) e nas prisões. Manifestou particular interesse no desenvolvimento de melhores práticas e na melhoria das comunicações, bem como na divulgação de informação com recurso a tecnologias modernas. Em 2004, a Comissão seleccionou quatro projectos destinados a prevenir os comportamentos de risco, harmonizar o conhecimento a nível internacional sobre os efeitos biomédicos secundários do *doping* (dopagem), reforçar a transferência de conhecimentos sobre as respostas ao consumo de droga e alargar aos novos Estados-Membros um recurso já existente de informação em linha sobre drogas legais e ilegais.

Tráfico de droga

Em 2004, foram adoptados vários instrumentos ao nível da UE para combater o tráfico de droga. A Decisão-Quadro 2004/757/JAI do Conselho, de 25 de Outubro de 2004, adoptou regras mínimas quanto aos elementos constitutivos das infracções penais e às sanções aplicáveis no domínio do tráfico ilícito de droga⁽¹³⁾, sendo um instrumento fundamental no combate ao tráfico de droga através do estabelecimento de sanções mínimas para esse tipo de infracções nos Estados-Membros.

Em Dezembro de 2004, o Conselho chegou a acordo sobre uma decisão relativa ao intercâmbio de informações, avaliação de risco e controlo das novas substâncias psicoactivas. Esta decisão estabelece um quadro para um intercâmbio de informações eficaz sobre

Criação de um sistema sustentável de monitorização da saúde

A criação e o funcionamento de um sistema sustentável de monitorização da saúde é um dos objectivos fundamentais do programa de saúde pública (2003-2008). A Comissão prosseguiu as consultas aos Estados-Membros e às entidades internacionais tendo em vista a consolidação de um conjunto de indicadores de saúde da União Europeia. Neste contexto, as «mortes relacionadas com o consumo de droga» e o «consumo de drogas psicotrópicas» foram incluídas no projecto de lista de indicadores principais, reforçando assim as ligações estruturais com o OEDT como potencial produtor de dados.

as novas substâncias psicotrópicas, bem como um mecanismo para as controlar ao nível da União Europeia.

Em 30 de Março de 2004, o Conselho adoptou uma recomendação relativa a directrizes em matéria de recolha de amostras de drogas apreendidas. Nela se recomenda que, nos casos em que ainda o não façam, os Estados-Membros introduzam um sistema de recolha de amostras baseado em directrizes internacionalmente aceites. O Conselho também aprovou uma resolução sobre a *cannabis* e um relatório intercalar relativo aos planos de execução das medidas de redução da procura e da oferta de droga e da oferta de drogas sintéticas.

Em 11 de Fevereiro de 2004, o Parlamento Europeu e o Conselho adoptaram o Regulamento (CE) n.º 273/2004 relativo aos precursores de drogas⁽¹⁴⁾. Este regulamento estabelece medidas harmonizadas para o controlo e a fiscalização intracomunitários de certas substâncias frequentemente utilizadas no fabrico ilegal de estupefacientes ou de substâncias psicotrópicas, a fim de evitar o seu desvio. Em especial, fornece orientações aos Estados-Membros para estes adoptarem as medidas necessárias para permitir que as suas autoridades competentes cumpram as suas tarefas de controlo e fiscalização, bem como informações sobre o modo de reconhecer e notificar transacções suspeitas. Em 22 de Dezembro de 2004, o Conselho adoptou o Regulamento (CE) n.º 111/2005, que estabelece regras de controlo do comércio de precursores de drogas entre a Comunidade e países terceiros.

No seguimento de uma resolução do Conselho de Novembro de 2002, a Comissão Europeia apresentou no grupo de trabalho horizontal «Droga», em Novembro de 2004, um estudo sobre uma abordagem ao controlo das drogas sintéticas baseada em listas genéricas e de emergência. Também lhe apresentou sugestões para novos aperfeiçoamentos possíveis dos métodos utilizados na

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

⁽¹³⁾ JO L335 de 11.11.2004, p. 8; ver também Relatório Anual do OEDT 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int>).

⁽¹⁴⁾ JO L47 de 18.2.2004, p. 1.

cartografia das redes de distribuição de drogas sintéticas na UE, em Abril de 2004.

Novas legislações nacionais

Jovens

Entre as alterações introduzidas na legislação nacional de vários Estados-Membros, no período em questão, incluem-se as medidas destinadas a proteger os jovens dos infractores ou a responder à possibilidade de eles quererem consumir drogas.

A protecção pode ser assegurada através de abordagens directas ou de carácter mais geral. Na Hungria, a lei de Março de 2003 visa proteger os menores de 18 anos do abuso de estupefacientes e as sanções aplicáveis aos adultos são mais rigorosas em caso de infracções que envolvam menores. Na Estónia, as alterações adoptadas no início de 2004 introduzem sanções mais severas para a maioria dos crimes relacionados com droga, incluindo a instigação de menores ao consumo de drogas ilegais.

Na Dinamarca, a lei dos euforizantes foi alterada em Julho de 2004; a distribuição de drogas nos restaurantes, discotecas ou locais semelhantes frequentados por crianças ou jovens é agora considerada como uma circunstância consideravelmente agravante. Essas infracções devem ser sempre puníveis com pena de prisão e pretende-se aumentar em um terço a pena de prisão média que lhes é aplicável. Também em Espanha, desde Outubro de 2004, o tráfico nas imediações das escolas constitui uma circunstância agravante e, além disso, o limite de idade para se ser considerado «jovem» aliciado para cometer infracções relacionadas com o tráfico aumentou de 16 para 18 anos. As orientações relativas à nova legislação na Inglaterra e no País de Gales foram publicadas na *Cannabis Enforcement Guidance* (ACPO, 2003), que apresenta recomendações sobre o modo de tratar as pessoas encontradas na posse de *cannabis* no interior ou nas proximidades de locais como escolas, clubes juvenis e espaços de recreio.

Entre as medidas que procuram dar resposta ao consumo de droga pelos jovens incluem-se dois regulamentos ministeriais aprovados na Letónia em Dezembro de 2003. Um deles descreve os procedimentos relativos ao tratamento institucional obrigatório (com o consentimento dos pais) das crianças apanhadas a abusar de drogas e as outras acções específicas que devem ser adoptadas quando se encontrarem drogas ou outros narcóticos numa escola. Na Inglaterra e no País de Gales, os menores de 18 anos detidos por infracções relacionadas com a *cannabis* continuam a receber uma admoestação ou advertência final, ou são multados pela polícia, dependendo da gravidade da infracção. Após uma advertência final, o jovem infractor é encaminhado para

uma «*youth offending team*» (YOT) e essa equipa encarrega-se de programar o seu tratamento ou outra forma de apoio.

Na República Checa, a lei sobre a justiça juvenil, que entrou em vigor em 2004, altera as condições aplicáveis aos jovens envolvidos em infracções ao Código Penal, as quais têm precedência sobre as leis gerais. As medidas penais só devem ser aplicadas quando necessário e nas medidas educativas podem incluir-se a proibição de consumir substâncias ou a obrigação de se sujeitar a tratamento. Os limites máximos para as sanções não detentivas também correspondem agora a metade dos aplicáveis aos adultos. Na Polónia, um regulamento ministerial de Janeiro de 2003 estabelece formas específicas de actividades educativas e preventivas entre as crianças e jovens ameaçados pela droga. As escolas devem adoptar estratégias educativas e preventivas.

Em Outubro de 2003, a Base de Dados Jurídicos Europeia sobre Droga (ELDD) publicou um estudo comparativo das legislações relativas à droga e à juventude ⁽¹⁵⁾, que serviu de base a um documento de apoio à avaliação do plano de acção da UE 2000-2004, elaborado pela Comissão e publicado em Outubro de 2004 ⁽¹⁶⁾. Nesta avaliação concluiu-se que 22 leis, no total, aprovadas por 11 dos 15 Estados-Membros, abordavam estas questões no plano de acção relativo aos jovens. A maioria das leis pretendia aplicar alternativas à prisão, embora seis países tenham aprovado leis destinadas a reduzir a prevalência do consumo de droga, sobretudo entre os jovens. De um modo geral, porém, esses pontos do plano de acção parecem ter merecido relativamente pouca atenção a nível legislativo, ao longo do período de cinco anos. Para uma análise aprofundada das medidas dirigidas aos infractores juvenis que consomem droga, ver tema específico relativo às alternativas à prisão.

Redução dos danos

Em 2003 e 2004, foram aprovadas várias leis relativas à questão da redução dos danos.

Em França, a lei aprovada em Agosto de 2004, que adoptou o plano político quinquenal de saúde pública, integra a política de redução dos danos para os consumidores de droga na legislação de saúde pública, conferindo à redução dos danos uma definição oficial e colocando-a sob a jurisdição do Estado.

Na Finlândia, um decreto governamental alterou a lei das doenças contagiosas, a qual passou a prever que os especialistas em doenças infecto-contagiosas dos centros de saúde devem desenvolver um trabalho de prevenção, incluindo o fornecimento de conselhos de saúde aos consumidores de drogas por via intravenosa e a realização de trocas de agulhas e seringas na medida do necessário. No Luxemburgo, o decreto grão-ducal de

⁽¹⁵⁾ *Young people and drugs: a legal overview* (<http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5620>).

⁽¹⁶⁾ *Drug law and young people 2000-2004* (<http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=9937>).

Dezembro de 2003 regulamenta os programas nacionais de distribuição de seringas definindo os centros e os profissionais autorizados a fornecer seringas aos consumidores de droga. Esta medida dá continuidade à tendência para legislar explicitamente no sentido de permitir a posse e a oferta de seringas esterilizadas ⁽¹⁷⁾, apoiada pelo plano de acção da UE 2000-2004 cessante, que exigia o desenvolvimento da distribuição de meios profilácticos. É possível encontrar outras informações jurídicas na síntese temática da ELDD «Quadro jurídico dos programas de troca de agulhas e seringas» ⁽¹⁸⁾.

A lei relativa ao abuso de drogas do Reino Unido foi alterada em Agosto de 2003, a fim de permitir que os médicos, farmacêuticos e assistentes sociais que trabalham com toxicodependentes forneçam legalmente compressas, água esterilizada, utensílios de mistura (incluindo colheres, tigelas, chávénas e pratos) e ácido cítrico aos consumidores de droga que tenham obtido drogas controladas sem receita médica. Em Junho de 2004, o parlamento norueguês adoptou, por três anos, a lei temporária relativa a um projecto experimental de salas de injeção de droga. Esta lei isenta os utilizadores das salas de injeção de sanções por posse e consumo de uma única dose de droga e permitiu a abertura de uma sala de injeção em Fevereiro de 2005.

Na República Checa, várias organizações não governamentais (ONG) prestam serviços de análise de pastilhas, que visam reduzir o risco de consumo de substâncias desconhecidas ou imprevistas, embora a legalidade desses sistemas esteja a ser objecto de um acalorado debate. Não se registaram acções penais em 2003 e o único caso até agora apresentado pela polícia (um processo de 2002) foi rejeitado pelo Ministério Público. A Procuradoria-Geral já emitiu, desde então, algumas orientações sobre este assunto.

De acordo com esta evolução legislativa, os serviços de redução dos danos são, de um modo geral, reconhecidos pela nova estratégia e pelo plano de acção da UE como uma resposta válida à exigência de um maior acesso à troca de seringas, a fim de reduzir os riscos relacionados com a droga para a saúde individual e para a sociedade no seu conjunto.

Sanções penais

Durante o período em causa, vários países alteraram igualmente a sua legislação em matéria de droga no que respeita às sanções penais aplicáveis a diversas infracções, para além das atrás analisadas e que envolvem especificamente os jovens. Por exemplo, no ano passado, a Bélgica e o Reino Unido reduziram efectivamente a sanção aplicável à posse de *cannabis* não

problemática. Na Bélgica, uma nova directiva emitida em Fevereiro de 2005 clarificou as excepções a esta sanção reduzida, exortando à acção judicial plena em casos que envolvam «perturbação da ordem pública». Isto inclui a posse de *cannabis* em locais, ou na proximidade de locais em que se possam reunir crianças em idade escolar (escolas, parques, paragens de autocarro), e também a posse «flagrante» num lugar ou edifício público. Na Dinamarca, uma alteração de Maio de 2004 à lei das substâncias euforizantes, juntamente com uma circular do Ministério Público, declarou que a posse de drogas para uso privado passará agora a ser normalmente punida por multa e não com as advertências que antes eram emitidas.

Estas alterações acompanham o padrão das alterações às possíveis sanções aplicáveis aos consumidores e traficantes que se tem configurado ao longo dos últimos anos, como consta dos relatórios do OEDT ⁽¹⁹⁾. Por exemplo, em 2003 a Bélgica criou uma nova categoria de infracção que permite que os consumidores não problemáticos de *cannabis* não sejam processados judicialmente, a Grécia reduziu a pena máxima por consumo de droga de cinco anos para um ano e a Hungria retirou a infracção de consumo de droga do seu Código Penal. Em 2002, a Estónia deixou de considerar infracção o consumo ou a posse repetidos de uma pequena quantidade de droga ilícita para consumo pessoal (com a pena máxima de três anos de prisão a ela associada), embora a Lituânia tenha aditado a infracção de posse ao seu código penal, com uma potencial pena de prisão que pode atingir dois anos. Em 2001, o Luxemburgo descriminalizou o consumo de *cannabis* e retirou a pena de prisão conexa por consumo de droga simples não associado a circunstâncias agravantes, e a Finlândia adoptou a infracção de consumo de droga, com uma pena máxima de prisão mais baixa e procedimentos penais sumários por parte do Ministério Público. Em 2000, Portugal adoptou sanções administrativas para o consumo de droga, embora nesse mesmo ano a Polónia tenha revogado a isenção de sanção anteriormente possível para a infracção de posse de droga. Este padrão não reflecte, contudo, um abrandamento do controlo dos efeitos do consumo de droga na sociedade, como se viu acima no tema específico relativo aos atentados à ordem pública e às restrições à posse na proximidade de jovens.

Em relação aos suspeitos de tráfico, a tendência é para aumentar a eventual sanção. Na Dinamarca, as penas máximas para as infracções de tráfico sofreram um aumento superior a 50%, em Março de 2004. No início de 2004, a Estónia aprovou penas mais severas em relação à maior parte dos crimes relacionados com a droga, sobretudo se existirem circunstâncias agravantes. No Reino Unido, a pena máxima para o tráfico de drogas

⁽¹⁷⁾ Sete Estados-Membros legislaram desde 1999: Bélgica, Eslovénia, Finlândia, França, Luxemburgo, Polónia e Portugal.

⁽¹⁸⁾ Ver <http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5036>

⁽¹⁹⁾ Ver informações mais detalhadas no documento temático do OEDT *Thematic paper Illicit drug use in the EU: legislative approaches* (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7079>).

da classe C aumentou de cinco para catorze anos de prisão. Além disso, nos últimos anos tem-se dado mais ênfase às sanções aplicáveis às infracções específicas de distribuição de droga a jovens (ver acima) e de tráfico, na Grécia em 2001, na Lituânia em 2000 e na Irlanda em 1999. Este crescimento unânime do rigor das penas aplicáveis ao tráfico de droga reflecte-se na decisão-quadro do Conselho de Outubro de 2004, que adopta disposições mínimas relativas aos elementos constitutivos das infracções penais e das sanções aplicáveis no domínio do tráfico ilícito de droga.

Droga no local de trabalho

Dois países mencionaram iniciativas legislativas referentes à droga no local de trabalho. Na Finlândia, a lei de protecção da privacidade na vida profissional (759/2004) visa regulamentar e reforçar a privacidade do trabalhador em relação à realização de análises de despistagem do consumo de drogas na vida profissional. A lei determina que a entidade patronal e os trabalhadores devem elaborar um programa de luta contra a droga no local de trabalho, que inclua planos de prevenção e opções de tratamento e enumere as actividades que exigem um certificado de análise relativo às drogas. No processo de recrutamento, a entidade patronal apenas pode pedir um certificado desse tipo ao candidato seleccionado. A entidade patronal tem o direito de utilizar as informações constantes do certificado se o posto de trabalho exigir precisão, fiabilidade, ponderação ou vigilância individuais e se o desempenho sob a influência ou a dependência de drogas puder pôr

em risco a vida e a saúde ou causar danos consideráveis. No emprego, o trabalhador só é obrigado a apresentar um certificado se existirem suspeitas fundamentadas de ser toxicodependente ou trabalhar sob a influência de drogas.

Na Irlanda, o projecto de lei relativo à segurança, saúde e bem-estar no trabalho foi publicado em Junho de 2004. Uma das suas secções exige que os trabalhadores garantam não estar sob a influência de qualquer narcótico no trabalho, na medida em que possam pôr em risco a segurança, saúde ou bem-estar no trabalho deles próprios ou de terceiros. Exige igualmente que os trabalhadores, se tal lhes for solicitado com razoabilidade pela entidade patronal, se submetam a análises adequadas, aceitáveis e proporcionais efectuadas por um técnico competente.

A prevenção em locais específicos, tais como o local de trabalho, é agora destacada no novo plano de acção da UE. A maior ênfase conferida à prevenção específica pode servir de contrapeso à tendência geral para reduzir a severidade das penas aplicáveis aos consumidores de droga, talvez devido à preocupação com a prevalência e a frequência do consumo de droga na União Europeia. Não existem, todavia, dados quantitativos claros sobre a verdadeira dimensão do fenómeno assim percebido e a realização de análises de despistagem do consumo de drogas com outros objectivos que não a simples influência de comportamentos pode suscitar problemas jurídicos complicados de privacidade nos termos de algumas legislações nacionais e internacionais. Entretanto, o investimento privado continua a procurar melhorar a precisão e a facilidade de utilização dos *kits* de análise.

Perturbação da ordem pública relacionada com a droga: tendências das políticas e medidas, Relatório Anual OEDT 2005: temas específicos

A perturbação da ordem pública é uma preocupação emergente no debate sobre a política em matéria de droga, tanto a nível nacional como a nível europeu. Os comportamentos e actividades normalmente abrangidos pelo termo «perturbação da ordem pública relacionada com a droga» já existem há muito na maioria dos Estados-Membros, nos países candidatos e na Noruega. Não estamos, portanto, perante um fenómeno novo, mas sim face a uma nova tendência nesta política, visível pelo menos em alguns Estados-Membros, para classificar e compilar estes fenómenos sob um conceito central e para integrar a redução da sua ocorrência entre os objectivos da estratégia nacional de luta contra a droga.

Até que ponto é esta tendência partilhada pelos países europeus? Existirá uma definição consensual para este conceito? Como se deverá avaliar a natureza e a dimensão deste fenómeno? Que objectivos pretendem as

políticas atingir e que tipos de intervenção estão a ser implementados, independentemente de visarem ou não reduzir, específica e explicitamente, a perturbação da ordem pública relacionada com a droga? Já existem resultados de avaliações disponíveis e estabeleceram-se normas de qualidade para as intervenções? Estas são algumas das perguntas fundamentais que este tema específico pretende abordar.

Ao apresentar uma análise oportuna da forma como a perturbação da ordem pública relacionada com a droga está a evoluir no debate político europeu, o OEDT pretende informar os decisores políticos e o público em geral sobre a natureza do fenómeno e as tendências e medidas existentes nesta área da política em matéria de droga.

Este tema específico encontra-se disponível em versão impressa e na Internet, apenas em inglês: «Drug-related public nuisance: trends in policy and preventive measures», *EMCDDA annual report 2005: Selected issues*. (<http://issues05.emcdda.eu.int>).



Capítulo 2

Escolas, juventude e droga

Os dados comparáveis sobre o consumo de álcool e drogas entre os jovens são em grande medida provenientes dos inquéritos a estudantes de 15 e 16 anos de idade. No âmbito do Projecto Europeu de Inquéritos Escolares (ESPAD) sobre o álcool e outras drogas realizou inquéritos em 1995, 1999 e, mais recentemente, em 2003. O inquérito de 2003 (Hibell et al., 2004) fornece dados comparáveis de 22 Estados-Membros da UE, Noruega e três países candidatos (Bulgária, Roménia e Turquia). Outros inquéritos escolares (por exemplo nos Países Baixos, Suécia e Noruega) e os inquéritos Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) também

fornece dados sobre o consumo de drogas entre os estudantes e, de um modo geral, as conclusões são muito semelhantes.

Prevalência e padrões de consumo de droga

Cannabis

Os dados mais recentes dos inquéritos ESPAD, relativos a 2003, revelam que a prevalência mais elevada do consumo de *cannabis* ao longo da vida entre estudantes

O Projecto Europeu de Inquéritos Escolares (ESPAD) sobre o álcool e outras drogas: um recurso crescente para compreender as tendências em matéria de consumo de drogas e álcool entre os jovens

O ESPAD é uma importante fonte de informação sobre o consumo de drogas e de álcool entre os estudantes das escolas europeias e é muito útil para registar as tendências ao longo do tempo. Os inquéritos ESPAD foram realizados em 1995, 1999 e 2003. A utilização de métodos e instrumentos uniformes em amostras nacionalmente representativas de estudantes de 15 e 16 anos proporciona um conjunto de dados comparáveis de grande qualidade. A participação no ESPAD tem aumentado em cada novo inquérito e abrange Estados-Membros da UE e países terceiros. Em 1995, participaram 26 países europeus no total (incluindo os 10 países que aderiram à UE em Maio de 2004). Este valor aumentou para 30 em 1999, enquanto que o inquérito de 2003 envolveu o número impressionante de 35 países, incluindo 23 Estados-Membros da UE (incluindo os 10 países que aderiram à UE em 2004), três países candidatos (Bulgária, Roménia e Turquia) e a Noruega. A Espanha não participou no estudo, mas o relatório ESPAD de 2003 apresenta os dados nacionais do inquérito escolar espanhol (PNSD).

A comparabilidade do inquérito escolar ESPAD baseia-se na uniformização do grupo etário alvo e do método e calendário de recolha dos dados, na utilização de amostras aleatórias, na solidez da concepção do questionário e na garantia do anonimato.

As perguntas do inquérito concentram-se no consumo de álcool (prevalência ao longo da vida, nos últimos

12 meses e no último mês, consumo médio, consumo esporádico excessivo) e no consumo de drogas ilícitas (prevalência ao longo da vida, no último ano e no último mês, incluindo medições da frequência com que o consumo de droga se verificou nestes períodos).

Eis algumas das principais conclusões do inquérito realizado em 2003 nos Estados-Membros da UE, países candidatos e Noruega:

- a *cannabis* é de longe a droga ilícita mais consumida;
- o *ecstasy* é a segunda droga ilegal mais consumida, mas a experiência ao longo da vida é relativamente baixa;
- a experiência de anfetaminas e de LSD e de outros alucinogénicos é baixa;
- embora a prevalência do consumo seja relativamente baixa, os cogumelos mágicos são os alucinogénicos mais consumidos nos 12 Estados-Membros;
- entre as outras substâncias consumidas pelos estudantes incluem-se os calmantes e sedativos sem receita médica (com um nível nacional registado mais elevado de 17%), e os inalantes (máximo nacional de 18%);
- a prevalência nos últimos 30 dias do consumo excessivo de álcool (definido como o consumo de pelo menos cinco bebidas seguidas) varia consideravelmente entre países.

Podem encontrar-se informações sobre o ESPAD e a disponibilidade do novo relatório no sítio *web* do ESPAD (www.ESPAD.org).

de 15 e 16 anos de idade se verifica na República Checa (44%) (figura 1). As estimativas mais baixas da prevalência ao longo da vida (menos de 10%) são as registadas em Chipre, Grécia, Suécia, Noruega, Roménia e Turquia. Entre os países onde a percentagem é superior a 25% incluem-se a Alemanha, a Eslováquia, a Eslovénia, a Itália e os Países Baixos (27% e 28%), ao passo que as estimativas mais elevadas de prevalência ao longo da vida, entre 32% e 40%, se registam na Bélgica, França, Irlanda e Reino Unido. Na maior parte dos países, verifica-se desde 1995 um aumento constante do número de estudantes que já experimentaram *cannabis* ⁽²⁰⁾. No entanto, existem variações acentuadas entre os países.

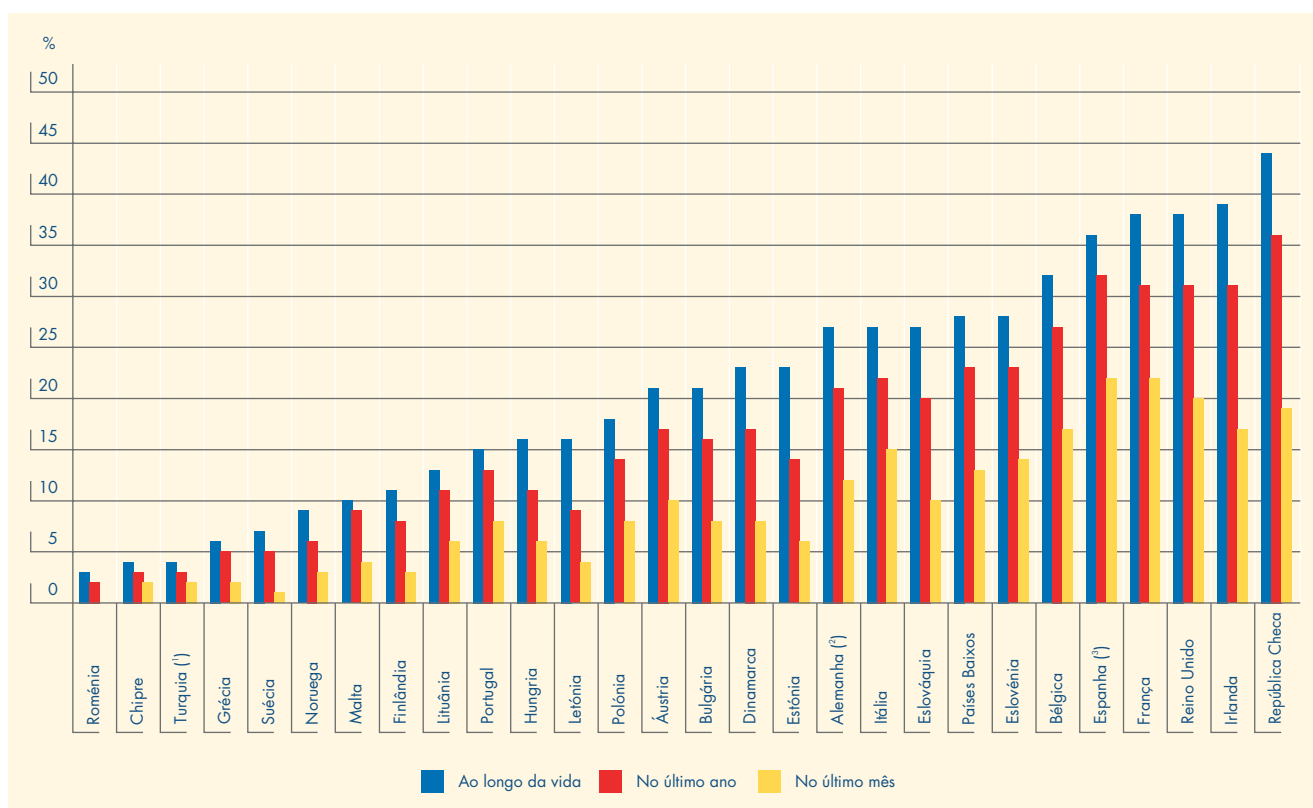
Os novos dados dos inquéritos ESPAD de 2003 a estudantes de 15 e 16 anos mostram que a prevalência do consumo de *cannabis* ao longo da vida varia entre 3% e 44%. Entre 2% e 36% dos estudantes dizem ter consumido esta droga nos últimos 12 meses, ao passo que o consumo no último mês variou entre 0%, em alguns países, e 19% noutros ⁽²¹⁾ (figura 1). Existem variações relativas nas

diversas taxas de prevalência. Por exemplo, a prevalência ao longo da vida é mais elevada na República Checa, mas o consumo actual (no último mês) é mais elevado em Espanha e França ⁽²²⁾.

Em quase todos os países, a prevalência do consumo de *cannabis* é mais elevado entre os rapazes do que entre as raparigas. As diferenças de género são mais acentuadas no caso dos estudantes que dizem ter consumido *cannabis* 40 ou mais vezes ao longo da vida ⁽²³⁾.

Foram incluídos estudantes mais velhos (17-18 anos) nos inquéritos escolares nacionais realizados em 11 Estados-Membros e na Bulgária. A prevalência do consumo de *cannabis* ao longo da vida neste intervalo etário variava entre menos de 2% em Chipre e 56% na República Checa, ao passo que o consumo actual (no último mês) de *cannabis* oscilava entre menos de 1% em Chipre e quase 30% em França. Em todos os países que efectuaram inquéritos, excepto Chipre, as estimativas da prevalência entre os estudantes mais velhos eram superiores às dos estudantes de 15 e 16 anos ⁽²³⁾.

Figura 1: Prevalência ao longo da vida, no último ano e no último mês do consumo de *cannabis* entre os estudantes de 15 e 16 anos em 2003



(1) Os valores turcos baseiam-se numa grande cidade de cada uma de seis regiões diferentes (Adana, Ankara, Diyarbakir, Istambul, Izmir e Samsun).

(2) Os dados alemães baseiam-se apenas em seis regiões (Baviera, Brandenburgo, Berlim, Hesse, Mecklenburgo-Pomerânia Ocidental e Turíngia).

(3) A Espanha não participou no inquérito ESPAD. Os dados aqui incluídos baseiam-se num inquérito espanhol realizado em Novembro e Dezembro de 2002. As perguntas relativas à prevalência do consumo de droga podem ser consideradas comparáveis às perguntas do ESPAD, mas outros aspectos metodológicos impedem os dados espanhóis de serem rigorosamente comparáveis.

Fonte: Hibell et al., 2004.

⁽²⁰⁾ Ver figuras EYE-1 (parte II) e EYE-1 (parte IX) no Boletim Estatístico de 2005.

⁽²¹⁾ Ver no capítulo 3 («*Cannabis*») uma descrição mais pormenorizada do consumo de *cannabis* entre os estudantes.

⁽²²⁾ Ver figura EYE-1 (parte III) no Boletim Estatístico de 2005.

⁽²³⁾ Ver quadros EYE-1 e EYE-3 no Boletim Estatístico de 2005.

Entre 1999 e 2003, houve na República Checa um aumento de 5% no número de estudantes que disseram ter experimentado a *cannabis* aos 13 anos de idade ou mais novos. Treze outros Estados-Membros da UE mencionaram pequenos aumentos (1% a 3%) ⁽²⁴⁾. Só os Países Baixos e o Reino Unido afirmaram ter registado uma diminuição (de 1%).

De acordo com um estudo *Eurobarómetro* (2004) recente ⁽²⁵⁾, o número de jovens entre os 15 e os 24 anos que declararam ter-lhes sido oferecida *cannabis* aumentou de 46% em 2002 para 50% em 2004. No mesmo período, o número de jovens que dizem conhecer pessoas que já tinham consumido *cannabis* também subiu de 65% para 68%.

Os inquéritos ESPAD mostram que a percepção que os estudantes têm da *cannabis*, tanto dos riscos associados ao seu consumo como da disponibilidade da droga, estão estreitamente correlacionados com a prevalência do consumo de *cannabis* ao longo da vida. Entre o risco e a prevalência a relação é inversa ⁽²⁶⁾, isto é, as percepções de um risco elevado estão associadas a uma baixa prevalência do consumo e vice-versa, mas a percepção da disponibilidade está directamente correlacionada com a prevalência do consumo ao longo da vida ⁽²⁷⁾.

Os jovens dos países com estimativas do consumo de *cannabis* superiores à média podem estar cada vez mais inclinados a considerar que o consumo de *cannabis* é «normal». A maioria dos países que apresentam estimativas relativamente elevadas do consumo de *cannabis* ao longo da vida também menciona estimativas relativamente altas de consumo compulsivo de álcool (definido como beber cinco ou mais bebidas de uma só vez) nos últimos 30 dias ⁽²⁸⁾, o que sugere que os dois comportamentos podem fazer parte de um estilo de vida comum. A França, a Itália e a Bulgária constituem excepções a este padrão, pois nesses países o consumo de *cannabis* é relativamente elevado mas o consumo compulsivo de bebidas alcoólicas é comparativamente baixo.

Outras drogas

A prevalência do consumo de *ecstasy* foi superior à das anfetaminas em 14 dos Estados-Membros da UE e nos países candidatos que participaram no inquérito ESPAD de 2003 ⁽²⁹⁾. Os níveis mais baixos de consumo de *ecstasy* ao longo da vida (2% ou menos) verificaram-se em Chipre, Dinamarca, Finlândia, Grécia, Lituânia, Malta,

Suécia, Noruega, Roménia e Turquia. Foram registadas taxas de prevalência superiores, entre 3% e 4%, na Alemanha, Áustria, Bélgica, Eslovénia, Eslováquia, França, Itália, Letónia, Polónia, Portugal, e Bulgária. Os Estados-Membros com taxas mais elevadas de prevalência do consumo de *ecstasy* ao longo da vida eram a República Checa (8%) e a Estónia, Espanha, Irlanda, Países Baixos e Reino Unido (todos com 5%).

No que respeita às taxas de prevalência em diferentes períodos, em 2003 a taxa mais elevada de prevalência do consumo de *ecstasy* ao longo da vida era de 8%, enquanto que o consumo nos últimos 12 meses (consumo recente) ascendia a 5% e o consumo no último mês (consumo actual) a 2%.

Os inquéritos consecutivos mostram que, de um modo geral, a prevalência do consumo de *ecstasy* ao longo da vida entre os estudantes de 15 e 16 anos aumentou no período de 1995 a 2003, tendo os maiores aumentos sido registados na República Checa e na maioria dos novos Estados-Membros ⁽³⁰⁾. No entanto, os valores relativos à prevalência ao longo da vida provenientes dos inquéritos ESPAD de 1999 revelam flutuações em alguns países. A redução do consumo de *ecstasy* verificada no Reino Unido teve lugar antes de 1999 e pode ser em parte atribuída à vasta cobertura dada pelos meios de comunicação às mortes relacionadas com o *ecstasy* no final da década de 1990.

Psilocina e psilocibina: «cogumelos mágicos»

A psilocina e a psilocibina, ingredientes psicoactivos dos denominados «cogumelos mágicos», figuram na lista 1 da Convenção das Nações Unidas de 1971, sendo por isso controladas em todos os Estados-Membros. No entanto, o estatuto jurídico dos cogumelos mágicos, bem como a medida em que as eventuais restrições jurídicas à sua cultura e consumo são aplicadas, variam consoante os Estados-Membros, isto é, os cogumelos podem ser controlados, não controlados ou unicamente controlados se forem «processados», situação que não é inteiramente clara do ponto de vista jurídico.

O inquérito ESPAD incluiu pela primeira vez o consumo dos «cogumelos mágicos» em 2003. As estimativas da prevalência deste consumo entre os estudantes de 15 e 16 anos é igual ou superior às do LSD ou outras drogas alucinogénicas na maioria dos países participantes ⁽³¹⁾. Além disso, em comparação com a experiência ao longo da vida do consumo de *ecstasy*, a prevalência ao longo

⁽²⁴⁾ Ver figura EYE-1 (parte VII) no Boletim Estatístico de 2005.

⁽²⁵⁾ Foi realizado um segundo inquérito *Eurobarómetro* (2004), «Os jovens e as drogas em 2004». Este inquérito por amostragem não probabilística abrangeu 7 659 jovens entre os 15 e os 24 anos dos 15 Estados-Membros incluídos no inquérito anterior de 2002.

⁽²⁶⁾ Ver figura EYE-1 (parte V) no Boletim Estatístico de 2005.

⁽²⁷⁾ Ver figura EYE-1 (parte VI) no Boletim Estatístico de 2005.

⁽²⁸⁾ Ver figura EYE-1 (parte VIII) no Boletim Estatístico de 2005.

⁽²⁹⁾ Ver figura EYE-2 (parte IV) no Boletim Estatístico de 2005.

⁽³⁰⁾ Ver figura EYE-2 (parte I) no Boletim Estatístico de 2005.

⁽³¹⁾ Ver figura EYE-2 (parte V) no Boletim Estatístico de 2005.

da vida do consumo de cogumelos mágicos era mais elevada na Alemanha, Bélgica e França e igual na Dinamarca, Itália e Polónia e República Checa. Esta prevalência era igual a zero em Chipre, na Finlândia e na Roménia, aumentando para 4% na Alemanha, Irlanda e Reino Unido, e para 5% na Bélgica, França e Países Baixos. A prevalência mais elevada regista-se na República Checa (8%). Não existem dados disponíveis sobre as tendências em matéria de consumo de cogumelos mágicos.

Evolução da prevenção

Os valores e comportamentos individuais são influenciados pela percepção de normalidade que as pessoas têm no contexto do seu meio social e isto aplica-se, em especial, aos jovens. Se estes percepcionarem o consumo experimental de *cannabis* como sendo «normal» e socialmente aceitável (associando-o a baixos níveis de risco e a uma disponibilidade fácil), esse facto pode ter uma influência fundamental nos seus valores e comportamentos relativamente ao consumo de *cannabis* (Botvin, 2000). O desafio em termos de prevenção consiste em dotar os jovens com estratégias sociais e cognitivas que lhes permitam gerir estas influências. Não é, por consequência, realista avaliar a eficácia das políticas de prevenção utilizando dados relativos ao consumo de droga por jovens, sobretudo as estimativas do consumo experimental, pois reflectem as normas sociais e não um verdadeiro problema de comportamento.

Em vez disso, a prevenção deveria ser avaliada com base num certo número de critérios claros: objectivos bem definidos, grupos-alvo e acções definidos nas estratégias nacionais e assentes na base de conhecimentos a nível internacional; medidas de controlo da qualidade; desenvolvimento de medidas de prevenção selectivas e da prevenção na família; e medidas regulamentares aplicáveis às drogas legais tendo em vista influenciar as normas sociais que implicam tolerância ou consentimento de determinados comportamentos de consumo.

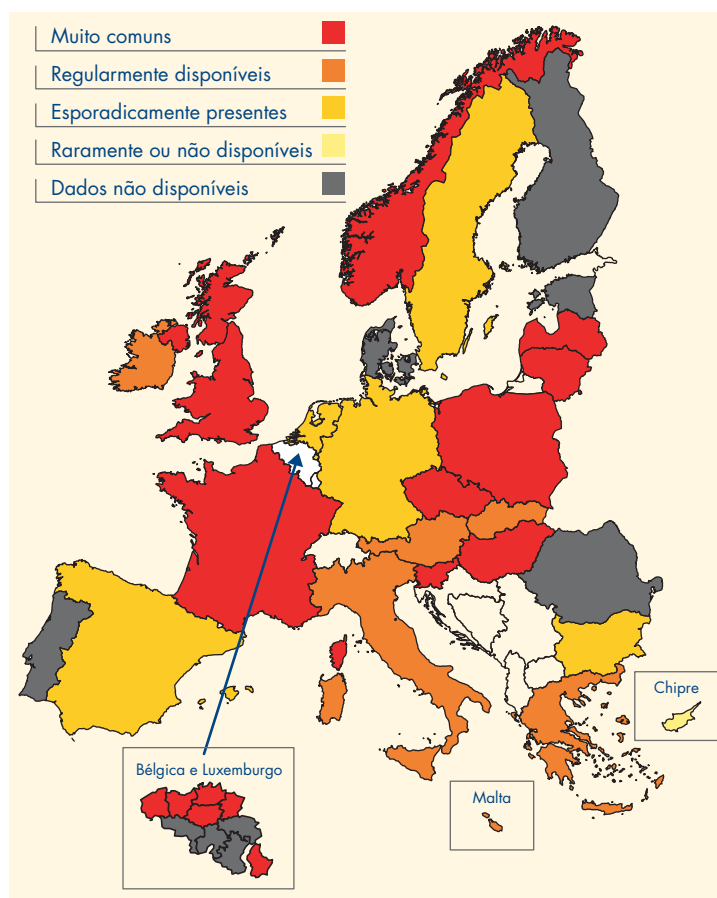
No tocante à avaliação das estratégias de prevenção, as novas estratégias nacionais da França e da Itália apresentam avanços importantes em relação às suas políticas anteriores, na medida em que o papel da prevenção se encontra mais bem definido, bem como a importância dos programas estruturados e as áreas prioritárias para a adopção de medidas. Em quase todos os Estados-Membros, é visível uma tendência para abordagens mais estratégicas e os grupos vulneráveis são crescentemente considerados no planeamento global.

Medidas normativas e estruturais

As medidas de controlo das drogas legais ajudam a estabelecer as bases normativas sobre as quais podem ser

instituídas outras medidas de prevenção. As normas sociais que favorecem o consumo de tabaco e álcool e toleram a sua influência nos comportamentos são factores de risco bem conhecidos que induzem a uma atitude complacente face às drogas ilícitas e ao seu consumo (Becoña, 2002). Ao contrário da crença comum, as normas sociais são mais influenciadas pelas políticas de controlo do que pelas campanhas mediáticas ou pelas abordagens educativas (Hawks *et al.*, 2002; Canning *et al.*, 2004). O estudo Eurostat (2002) comparou as medidas de controlo do tabaco e os indicadores do hábito de fumar entre as crianças e adolescentes dos Estados-Membros da UE, tendo encontrado uma relação entre a rigidez das políticas de controlo do tabaco (proibição da publicidade, imposição de limites de idade para a sua venda, restrições, etc.) e os hábitos de fumar. Concluiu-se que o hábito de fumar entre os adolescentes apresentava taxas mais elevadas nos países com políticas relativamente brandas (por exemplo, Alemanha, Dinamarca e Reino Unido) do que nos países com controlos mais severos (por exemplo, França, Suécia e Noruega). É sabido que as intervenções de prevenção têm um impacto limitado se elas

Figura 2: Desenvolvimento de políticas escolares



NB: Comunidade germanófona da Bélgica: disponibilidade esporádica.
Fontes: Pontos focais nacionais Reitox.

forem contrariadas, ou pelo menos não forem apoiadas, pelas normas e políticas sociais. As iniciativas da União Europeia e da OMS (Aspect Consortium, 2004) neste domínio ganharam terreno e presentemente os Estados-Membros ligam cada vez mais as políticas de controlo do tabaco à prevenção da droga.

Prevenção em meio escolar

Em todos os Estados-Membros considera-se que as escolas são o contexto mais importante para a prevenção universal, tendo-se registado um aumento visível da importância dada à prevenção em meio escolar nas estratégias nacionais e da aplicação estruturada desta abordagem. Este facto reflecte-se na expansão das políticas escolares em matéria de droga (figura 2), no desenvolvimento de programas modulares específicos de prevenção da droga para as escolas e na melhor formação dos professores.

Um maior número de países introduziu (a Dinamarca tem o seu primeiro programa escolar de competências de vida), expandiu (Alemanha) ou está a planear (França e Itália, nas suas estratégias nacionais) mais programas de prevenção estruturados. Por exemplo, em 2003, estavam a ser executados programas de prevenção em 60% das escolas polacas.

A Grécia constitui um exemplo particularmente bom de deslocação das políticas de prevenção das abordagens tradicionais, baseadas na informação e individualistas (aconselhamento), para a aplicação de uma verdadeira estratégia de saúde pública susceptível de maximizar a cobertura através de abordagens baseadas em programas. Na Grécia, o número de programas de prevenção em meio escolar aumentou para mais do dobro, entre 2000 e 2003, e os programas de prevenção na família triplicaram ao longo do mesmo período. Malta e o Reino Unido também aumentaram o papel das abordagens baseadas em programas nas suas políticas de prevenção: o programa *Blueprint* procura determinar o modo de adaptar a investigação internacional sobre uma prevenção eficaz da droga ao sistema escolar inglês e baseia-se em dados que sugerem que é mais eficaz combinar a educação escolar em matéria de droga com o envolvimento dos pais, as campanhas mediáticas, as iniciativas de saúde locais e as parcerias comunitárias do que efectuar intervenções isoladas nas escolas. Foi afectada uma dotação de seis milhões de libras (8,5 milhões de euros) a este programa, para um período de cinco anos ⁽³²⁾.

Monitorização e controlo da qualidade

O controlo e a melhoria da qualidade da prevenção dependem muito da existência prévia de uma perspectiva

geral aprofundada das actividades existentes e dos seus conteúdos. Consequentemente, os Estados-Membros estão a conferir uma importância crescente à monitorização dos programas de prevenção, como mostram as novas experiências em curso na Alemanha ⁽³³⁾ e na Noruega ⁽³⁴⁾ e o projecto de investigação húngaro «Luzes e sombras», que recolheu informações sobre o conteúdo, os objectivos, a metodologia, os grupos-alvo e a cobertura dos programas de prevenção em meio escolar. A monitorização também é efectuada na República Checa e na Flandres, através da base de dados GINGER. Infelizmente, a Espanha abandonou o sistema IDEA Prevención que, durante muitos anos, foi o sistema de monitorização e controlo de qualidade da prevenção mais bem desenvolvido da Europa.

Os sistemas de informação sobre a prevenção também ajudam a identificar a ocorrência de práticas e componentes de programas ineficazes. Por exemplo, as sessões de informação ou palestras isoladas dadas por especialistas ou agentes da polícia ainda são comuns em vários Estados-Membros, apesar dos estudos terem concluído unanimemente que estas intervenções são, na melhor das hipóteses, ineficazes, ou mesmo prejudiciais (Canning *et al.*, 2004).

Só o registo sistemático das actividades de prevenção permite analisar o conteúdo dos programas de prevenção e, consequentemente, com base nos conhecimentos existentes sobre a sua eficácia, direccioná-los para populações específicas. As orientações ou normas de execução dos programas de prevenção são essenciais, sobretudo em países onde a prevenção está muito descentralizada.

Conteúdo dos programas e actividades

O aumento das abordagens baseadas em programas e numa melhor recolha de dados uniformizados permitiu que o conteúdo e as tendências das políticas de prevenção fossem analisado e comparados em toda a União. Esta informação provém normalmente de peritos ou grupos de peritos nacionais, detentores de uma perspectiva fiável da situação existente nos seus países, que lhes permite apresentar classificações normalizadas, ou de dados quantitativos relativos às intervenções monitorizadas, baseadas em programas, que estão disponíveis em alguns Estados-Membros, como a Grécia e a Hungria.

Por exemplo, a maioria dos Estados-Membros implementaram a formação em matéria de competências pessoais e sociais nas escolas como abordagem de prevenção. Entre os temas abordados, inclui-se a tomada de decisões, a capacidade de enfrentar as situações, o estabelecimento de objectivos e a assertividade, a

⁽³²⁾ Ver www.drugs.gov.uk/NationalStrategy/YoungPeople/Blueprint.

⁽³³⁾ PrevNet (www.preynet.de).

⁽³⁴⁾ Ver www.forebyggingsstiltak.no.

comunicação e a manifestação de empatia. Esta técnica fundamentada em provas e que deriva das teorias de aprendizagem social ⁽³⁵⁾, parece já ser uma metodologia importante na maioria dos Estados-Membros, mesmo em países onde não existem abordagens baseadas em programas (França, Luxemburgo e Suécia) (quadro 2). A Estónia refere a ampla utilização de um livro que ensina competências sociais.

O fornecimento de informações continua a desempenhar um papel fundamental em muitos Estados-Membros (ver quadro 2). O valor limitado do fornecimento de informações na prevenção do consumo de drogas está a ser muito lentamente reconhecido (ver, por exemplo, o relatório nacional sueco). As abordagens exclusivamente baseadas na educação para a saúde também se limitam a influenciar os processos cognitivos, faltando-lhes

Quadro 2: Prevenção em meio escolar na Europa

	Normas/orientações de qualidade ⁽¹⁾			Desempenho pessoal e social	Objectivos	
	Existem	Obrigatórias	Pré-requisito para financiamento		Principais	Secundários
Bélgica fl	Sim	Sim	Sim	Muito comum	Competências de vida	Informação
Bélgica fr	Sim	Sim	Sim	n.d.	Ambiente protector	Relação educativa
República Checa	Previstas		Sim	Muito comum	Auto-estima	Ambiente protector
Dinamarca	Não			Não	Informação	
Alemanha	Não			Muito comum	Competências de vida	Informação
Estónia	Não			Esporadicamente	n.d.	
Grécia	Sim	Sim	Sim	Muito comum	Competências de vida	Relação educativa
Espanha	Previstas	Sim	Sim	Muito comum	Competências de vida	Auto-estima
França	Sim			Raramente	Informação	Competências de vida
Irlanda	Sim	Sim		Muito comum	Competências de vida	Auto-estima
Itália	Sim			Regular	Informação	Competências de vida
Chipre	Previstas	Sim	Sim	Esporadicamente	Ambiente protector	Competências de vida
Letónia	Previstas			Esporadicamente	Informação	Competências de vida
Lituânia	Não			Regular	Informação	
Luxemburgo	Sim		Sim	Regular	Relação educativa	Competências de vida
Hungria	Previstas			Regular	Informação	Competências de vida
Malta	Não			Muito comum	Informação	Competências de vida
Países Baixos	Sim			Não	Informação	
Áustria	Sim		Não	Esporadicamente	Competências de vida	Ambiente protector
Polónia	Não			Regular	Competências de vida	Informação
Portugal	Sim	Sim	Sim	Esporadicamente	Informação	Competências de vida
Eslovénia	Previstas			Esporadicamente	Informação	Competências de vida
Eslováquia	Não			Raramente		
Finlândia	n.d.			n.d.	Prestação de serviços de assistência	Informação
Suécia	Não			Regular	Ambiente protector	Inclusão social
Reino Unido	Sim			Muito comum	Informação	Competências de vida
Noruega	Não			Regular	Informação	Auto-estima
Bulgária	n.d.			Esporadicamente	Informação	Ambiente protector
Roménia	n.d.			Esporadicamente		

NB: n.d. = dados não disponíveis.

(1) Recorde-se que não existe uma definição europeia comum de «normas e orientações de qualidade» e que o nível de pormenor pode variar, facto que influencia a comparabilidade.

⁽³⁵⁾ O comportamento é entendido como um resultado da aprendizagem social através de modelos, normas, atitudes das «pessoas importantes» (Bandura, 1977). As atitudes de rejeição do consumo de droga e uma capacidade de autoprotecção eficaz podem ser aprendidas ou condicionadas. Este conceito está na base dos modelos de pares e do modelo de competências de vida específico.

frequentemente componentes concretos de formação comportamental e de interacção social. No entanto, estas abordagens ainda são comuns em alguns países, não obstante o nosso presente entendimento do que será uma prevenção da droga eficaz.

Existem duas explicações para a manutenção dessas abordagens à prevenção da droga. Uma é o pressuposto instintivo e tradicional de que fornecer informação sobre as drogas e os riscos associados ao seu consumo terá efeitos dissuasores. A segunda explicação reflecte uma tendência muito recente inspirada pelos movimentos de redução dos danos e baseia-se na crença de que as competências cognitivas são mais importantes do que as abordagens comportamentais para ensinar os jovens a tomarem decisões e opções informadas ao longo da vida. Os defensores desta técnica consideram que as abordagens comportamentais à prevenção da droga, como a melhoria das competências de vida, são paternalistas e diabolizam o consumo de droga (Ashton, 2003; Quensel, 2004), preferindo o método de dotar os jovens com os instrumentos cognitivos de que necessitam, dando-lhes informação. Apesar de provirem de tradições diferentes, ambas as abordagens encaram o comportamento em termos de saúde e, especificamente, o consumo de droga, como uma questão de escolha racional individual, ao passo que o consenso geral das ciências sociais é de que os factores sociais (vizinhança, grupo de pares, normas) e pessoais (temperamento, competências académicas e emocionais) influenciam mais o comportamento sanitário e o consumo de droga do que o mero conhecimento.

A percepção errada de que a população de pares considera o consumo de droga como algo normal e socialmente aceitável é o elemento cognitivo mais importante susceptível de ser influenciado pela prevenção. De facto, uma taxa de prevalência de 30% no consumo de *cannabis* ao longo da vida entre jovens adultos significa que mais de dois terços desta população nunca consumiram *cannabis*, e essa é a verdadeira «normalidade». No entanto, apesar da comprovada eficácia das técnicas dirigidas às crenças comuns dos jovens (Reis et al., 2000; Taylor, 2000; Cunningham, 2001; Cuijpers et al., 2002), elas raramente são utilizadas na Europa.

Prevenção selectiva

As estratégias e os planos de acção nacionais de luta contra a droga mencionam cada vez mais, e de forma explícita, os grupos vulneráveis que devem ser especialmente visados pelas medidas de prevenção. Esta orientação ainda é mais forte nos novos Estados-Membros: Estónia (meninos de rua, escolas especiais), Chipre, Eslovénia, Hungria, Malta e Polónia (crianças e jovens abandonados de famílias disfuncionais).

Dado que os grupos vulneráveis visados pela prevenção selectiva têm frequentemente uma experiência considerável de drogas legais e ilegais, a maior parte das intervenções de prevenção selectiva restringem-se ao fornecimento de informações adaptadas, aconselhamento individual e alternativas criativas ou desportivas. Há que recordar, contudo, que as técnicas utilizadas nos programas de prevenção universal com uma influência social global são igualmente eficazes, ou mesmo mais, quando utilizadas na prevenção selectiva. A reestruturação normativa (por exemplo, aprender que a maioria dos pares não aprova o consumo de droga), a formação em matéria de assertividade, a motivação e o estabelecimento de objectivos, bem como a correcção de mitos, já provaram ser muito eficazes entre os jovens vulneráveis (Sussman *et al.*, 2004), mas raramente são utilizados em prevenção selectiva na União Europeia. Contudo, as técnicas de intervenção em contextos recreativos (ver «Prevenção em contextos recreativos», mais adiante, no capítulo 4, p. 50) assumem prioritariamente a forma de fornecimento de informações direccionadas.

Prevenção selectiva nas escolas

A actividade principal da prevenção selectiva nas escolas é a intervenção em caso de crise e a identificação precoce dos alunos com problemas. O objectivo é encontrar soluções, ao nível da escola, para evitar que os alunos em risco abandonem o ensino ou sejam expulsos, agravando assim a sua situação. Na Alemanha, Áustria, Irlanda e Luxemburgo (Leppin, 2004) estão disponíveis abordagens baseadas em programas, ao passo que a Finlândia e a Polónia oferecem aos professores cursos de formação e orientações sobre o modo de reconhecerem os alunos com problemas, incluindo o consumo de droga, e adoptarem medidas adequadas. Entre as abordagens individualistas tradicionais incluem-se os serviços de psicopedagogia (caso da França e de Chipre), que dependem dos (auto)encaminhamentos. A Irlanda tem um novo serviço intensivo de bem-estar educativo, que colabora com as escolas e as famílias das zonas mais desfavorecidas do ponto de vista educativo, a fim de garantir que as crianças frequentam a escola regularmente.

Abordagens selectivas baseadas na comunidade

A maioria das abordagens selectivas baseadas na comunidade é dirigida aos jovens vulneráveis que vivem na rua. Nos países nórdicos, as iniciativas do tipo «Nightwalkers» mobilizam grupos de pais para patrulharem as ruas. A Áustria fez um grande investimento na melhoria do equilíbrio entre a prevenção da droga, a educação social e as estruturas de assistência social através de cursos, directrizes de qualidade e seminários conjuntos destinados, por exemplo, aos assistentes sociais que trabalham com jovens em contextos recreativos. O seu

objectivo é utilizar também as estruturas de assistência social destinadas aos jovens para realizar intervenções profissionais de prevenção da droga. Com uma orientação semelhante, a Noruega está a desenvolver a cooperação e a reforçar os esforços interdisciplinares entre a escola, os serviços de protecção das crianças e os serviços sociais. Os métodos de avaliação e resposta rápida (ARR) ⁽³⁶⁾ — recolha rápida de informações (material estatístico) combinada com entrevistas (questionários, grupos de reflexão) e/ou observações da zona problemática — são utilizados nestes projectos noruegueses, mas também na Alemanha e nos Países Baixos.

As intervenções centradas nos bairros de alto risco têm tradição na Irlanda, no Reino Unido e, em menor grau, nos Países Baixos e em Portugal. Contudo, a Alemanha (Stöver e Kolte, 2003, citado no relatório nacional alemão) e a França também já propuseram a adopção de medidas nesta área. Para estes países, orientar a prevenção da droga para zonas geográficas específicas e de acordo com critérios sociais constitui uma novidade.

Os Estados-Membros também estão a orientar crescentemente as suas políticas de prevenção selectiva para grupos étnicos específicos (por exemplo Hungria, Irlanda, Luxemburgo). Por exemplo, a concentração nas questões étnicas é um aspecto importante na Hungria, país onde a população romanichel corre grandes riscos de ter problemas relacionados com a droga devido às suas características sociais e culturais, bem como às suas condições de vida desfavorecidas. Nesse Estado-Membro a formação de pares, os grupos de auto-ajuda, a supervisão, vários programas de prevenção e serviços de porta aberta dirigidos aos romanichéis são geridos por organizações não governamentais (ONG).

Famílias vulneráveis

A prevenção universal baseada na família, prioritariamente composta por eventos, palestras, seminários e *workshops* realizados em horário pós-laboral e dirigidos aos pais, ainda é popular em muitos Estados-Membros (Alemanha, Chipre, Finlândia e França), apesar de não existirem provas da sua eficácia (Mendes *et al.*, 2001). Contudo, na Grécia, em Espanha, na Irlanda e na Noruega verificou-se uma evolução interessante na prevenção selectiva dirigida às famílias através da introdução de conceitos inovadores que vão além da questão dos pais/famílias com problemas de droga e reconhecem o papel dos factores sociais, económicos e culturais no consumo de droga. Nos Países Baixos, da avaliação dos projectos de prevenção da droga dirigidos aos pais imigrantes concluiu-se que a

intervenção normalizada através das redes de imigrantes e dirigida separadamente a mulheres e a homens seria uma nova direcção viável (Tarweij e Van Wamel, 2004). Na Noruega, a Formação em Gestão Parental (PMTO, modelo de Orégão), método de formação originalmente destinado a famílias com crianças que sofrem de perturbações comportamentais graves, foi aplicada e avaliada em três municípios. Noutros dois países, foi aplicado o Iowa Strengthening Families Program (ISFP). Este programa de intervenção familiar intensiva para famílias em risco combina métodos de ensino para estudantes (10 aos 14 anos) com um programa educativo para os pais, tendo em vista a prevenção da droga através de um reforço das competências e dos laços familiares (Kumpfer *et al.*, 2003).

A necessidade de prevenção específica

A prevenção específica concentra-se em indivíduos identificados como tendo factores de risco que os tornam mais propensos a problemas de droga, por exemplo a síndrome de hiperactividade/défice de atenção (ADHD). Contudo, só a Alemanha e a Suécia mencionam medidas de prevenção da droga destinadas aos jovens com ADHD. Na Alemanha, as actuais estimativas da prevalência da ADHD sugerem que 2% a 6% das pessoas entre os 6 e os 18 anos sofrem desta síndrome, o que a torna num dos quadros clínicos crónicos mais comuns entre crianças e jovens. Na Suécia, a estratégia preventiva para estas crianças inclui formação cognitiva e social, sendo as suas metodologias divulgadas através da formação de profissionais em prevenção. Como quase todas as crianças em idade pré-escolar são abrangidas pelos cuidados de saúde primários e a maioria frequenta a escola primária, foi possível identificar a maioria das crianças em risco através de um rastreio sistemático e de intervenções individualizadas subsequentes.

O plano de acção italiano dá grande importância às condições psicopatológicas e aos problemas comportamentais graves em crianças e adolescentes que possam indiciar um possível consumo e abuso de drogas, se forem ignorados numa fase inicial. Entre os problemas identificados figuram os problemas comportamentais; a hiperactividade e o défice de atenção; a ansiedade acompanhada de perturbações do humor; a bulimia e a obesidade psicogénica; os distúrbios de personalidade; os problemas de comunicação interpessoal; as perturbações de stress pós-traumático e os ataques de pânico. Tanto as abordagens de prevenção universal como as de prevenção selectiva são consideradas respostas possíveis.

⁽³⁶⁾ Organização Mundial de Saúde: *The rapid assessment and response guide on psychoactive substance use and especially vulnerable young people* (<http://www.who.int/docstore/VIH/Core/acknowledgements.html>).



Capítulo 3

Cannabis

Prevalência e padrões de consumo

A *cannabis* é, de longe, a substância ilegal mais consumida na Europa. Inquéritos à população recentemente realizados indicam que entre 3% e 31% dos adultos (entre os 15 e os 64 anos) experimentaram essa substância pelo menos uma vez na vida (consumo ao longo da vida). As taxas de prevalência do consumo ao longo da vida mais baixas verificam-se em Malta (3,5%), Portugal (7,6%) e Polónia (7,7%) e as mais elevadas em França (26,2%), Reino Unido (30,8%) e Dinamarca (31,3%). Na maioria dos países (15 dos 23 países com informação), a prevalência ao longo da vida varia entre 10% e 25%.

Entre 1% e 11% dos adultos afirmam ter consumido *cannabis* nos últimos 12 meses, apresentando Malta, a Grécia e a Suécia as taxas de prevalência mais baixas e a República Checa, a França, a Espanha e o Reino Unido as mais elevadas. A maior parte dos países (14) mencionaram taxas de prevalência do consumo recente entre 3% e 7%.

É possível calcular o número total de adultos (15 aos 64 anos) que consomem *cannabis* no conjunto da União Europeia a partir das estimativas nacionais disponíveis. Este exercício sugere que cerca de 20% da população total, ou seja, mais de 62 milhões de pessoas, já experimentaram *cannabis*. Este valor diminui para cerca de 6% dos adultos, ou seja, mais de 20 milhões de pessoas, quando se considera o consumo mais recente de *cannabis* (prevalência no último ano). Como elemento de comparação, no inquérito nacional sobre consumo de drogas e saúde realizado nos EUA em 2003 (SAMHSA, 2003), 40,6% dos adultos (a partir dos 12 anos de idade) referiam ter experimentado *cannabis* ou marijuana pelo menos uma vez e 10,6% diziam ter consumido esta substância nos últimos 12 meses. No intervalo etário dos 18 aos 25 anos, os valores foram de 53,9% (ao longo da vida), 28,5% (últimos 12 meses) e 17% (último mês) ⁽³⁷⁾.

À semelhança do que acontece com outras drogas, os jovens adultos apresentam sempre taxas de consumo mais elevadas. Entre 11% e 44% dos jovens europeus entre os 15 e os 34 anos afirmam já ter experimentado *cannabis*, registando-se as taxas de prevalência mais baixas na Grécia, Portugal e Polónia e as mais elevadas em França

Estimativa do consumo de droga entre a população

O consumo de droga entre a população em geral é avaliado através de inquéritos, que proporcionam estimativas da percentagem da população que consumiu drogas durante determinados períodos de tempo: consumo ao longo da vida (experimentação), nos últimos 12 meses (consumo recente) ou nos últimos 30 dias (consumo actual) ⁽¹⁾.

O OEDT desenvolveu um conjunto de elementos fundamentais comuns («Questionário-Modelo Europeu», QME) que é implementado na maioria dos inquéritos realizados nos Estados-Membros da UE ou compatíveis com eles. O QME está incluído num relatório disponível no sítio *web* do OEDT ⁽²⁾. O «consumo ao longo da vida» pode ter pouco valor como indicador da situação actual entre a população adulta (embora possa ser um indicador razoável entre as crianças em idade escolar), mas conjugado com outras indicações pode permitir conhecer melhor alguns aspectos dos padrões de consumo (continuação ou descontinuação) e a dinâmica geracional da disseminação do consumo de droga. O «consumo nos últimos 12 meses» dá uma indicação do consumo de droga recente, embora este seja muitas vezes ocasional, e o «consumo nos últimos 30 dias» informa sobre o consumo mais actual, que incluirá as pessoas que consomem a droga frequentemente.

⁽¹⁾ Para mais informações sobre a metodologia dos inquéritos à população e a metodologia utilizada em cada inquérito nacional, ver Boletim Estatístico de 2005.

⁽²⁾ *Handbook for surveys about drug use among the general population* (www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1380).

(39,9%), Reino Unido (43,4%) e Dinamarca (44,6%). O consumo recente foi mencionado por 3% a 22% dos jovens adultos, com os valores mais baixos na Grécia, Suécia, Polónia e Portugal, e os mais elevados no Reino Unido (19,5%), França (19,7%) e República Checa (22,1%), tendo 11 países referido taxas de prevalência do consumo recente entre 7% e 15%.

Entre os europeus dos 15 aos 24 anos, 9 a 45% afirmam já ter experimentado a *cannabis* e a maioria dos países apresenta taxas que variam entre 20% e 35%. O consumo recente (nos últimos 12 meses) foi mencionado por 4 a

⁽³⁷⁾ Note-se que o intervalo de variação de idades no inquérito dos EUA (a partir dos 12 anos) é maior do que o intervalo comunicado pelo OEDT para os inquéritos realizados na UE (15 aos 64 anos). Por outro lado, o intervalo etário para os jovens adultos (18 aos 25 anos) é menor do que o intervalo utilizado na maior parte dos inquéritos da UE (15 aos 24 anos).

32% das pessoas, variando as taxas na maioria dos países entre 9 e 21% ⁽³⁸⁾.

Tal como acontece com outras drogas ilícitas, as taxas de consumo de *cannabis* são visivelmente mais elevadas entre os homens do que entre as mulheres, embora a amplitude desta diferença varie entre os países. O rácio homem-mulher no caso da experiência ao longo da vida varia entre 1,25 para 1 e 4 para 1 (1,25 a 4 homens para cada mulher) e no caso do consumo actual entre aproximadamente 2 para 1 e 6 para 1. Os inquéritos sugerem também que o consumo de *cannabis* é mais comum nas zonas urbanas ou em zonas de grande densidade populacional. Deste modo, as diferenças nacionais constatadas poderão reflectir, em parte, a diferença nos níveis de urbanização, embora tenha sido sugerido que o consumo de drogas a título recreativo se está a expandir das zonas urbanas para as zonas rurais.

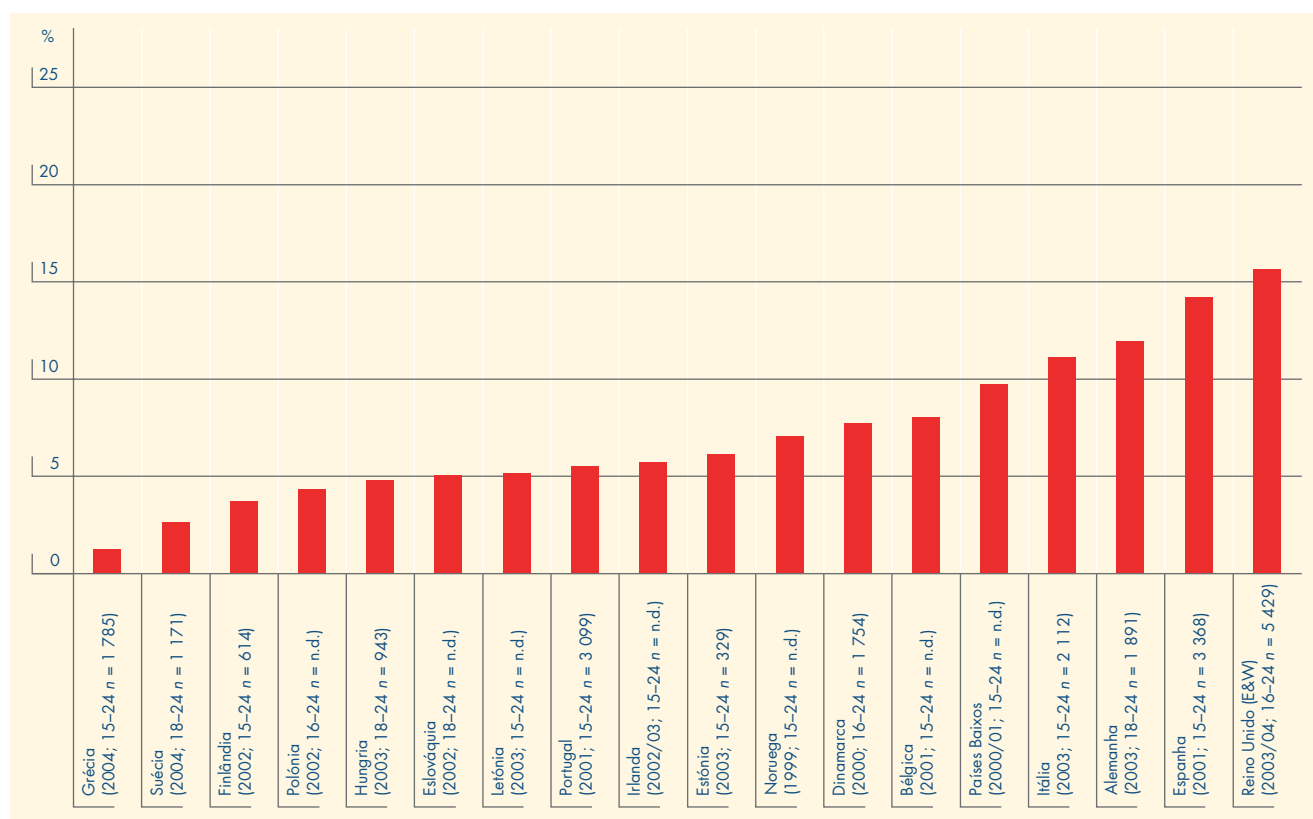
O facto de as taxas de consumo recente e de consumo actual serem substancialmente inferiores às taxas de experiência ao longo da vida sugere que o consumo de *cannabis* tende a ser ocasional, ou a cessar ao fim de algum tempo. Na maioria dos Estados-Membros da UE,

20% a 40% dos adultos que experimentaram *cannabis* dizem tê-la consumido nos últimos 12 meses e cerca de 10% a 20% afirmam tê-la consumido nos últimos 30 dias («taxas de continuação»).

Em inquéritos recentes, o consumo no último mês foi mencionado por 0,5% a 9% dos adultos (em muitos países, 2% a 4%), por 1,5% a 13% dos jovens adultos (em muitos países, 3% a 8%) e por 1,2 a 16% das pessoas entre os 15 e os 24 anos (em muitos países, 5% a 10%) (figura 3). Fazendo um cálculo muito aproximado, dir-se-á que 1 em 10 a 20 dos jovens europeus consome *cannabis* actualmente. Entre os países com taxas de prevalência do consumo actual mais baixas incluem-se Finlândia, Grécia, Malta, Polónia e Suécia, apresentando a Espanha e o Reino Unido as taxas mais elevadas.

No Relatório Anual de 2004 (OEDT, 2004a), os dados apresentados sobre a frequência do consumo de *cannabis* nos últimos 30 dias sugeriam que aproximadamente um quarto (19% a 33%) das pessoas que tinham consumido *cannabis* no último mês o faziam diariamente ou quase diariamente ⁽³⁹⁾ e eram, na sua maioria, jovens adultos do

Figura 3: Consumo actual (último mês) de *cannabis* entre os jovens adultos (15-24 anos), medido pelos inquéritos nacionais



NB: Os dados provêm dos inquéritos nacionais mais recentes disponíveis em cada país. Alguns países utilizam uma faixa etária ligeiramente diferente da faixa etária padrão do OEDT para jovens adultos. A variação dos intervalos etários pode explicar, em alguma medida, as disparidades entre países.

Fontes: Relatórios nacionais Reitox (2004), obtidos a partir de inquéritos à população, relatórios ou artigos científicos. Ver também quadro GPS-0, Boletim Estatístico de 2005.

⁽³⁸⁾ Ver figura GPS-2 no Boletim Estatístico de 2005.

⁽³⁹⁾ Ver Relatório Anual 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int>). A informação refere-se ao «consumo em 20 ou mais dias nos últimos 30 dias», também expresso como «consumo diário ou quase diário».

sexo masculino. Estima-se que entre os europeus dos 15 aos 34 anos, 0,9% a 3,7% consumiam *cannabis* diariamente e que cerca de 3 milhões de pessoas, na Europa, poderiam consumir a substância diariamente ou quase diariamente.

Tendências

A falta de uma série de inquéritos coerentes a longo prazo na maioria dos Estados-Membros da UE limita a identificação fiável das tendências em matéria de droga. Muitos países realizam inquéritos consecutivos, mas estes não constituem uma série propriamente dita — apesar dos progressos em termos de harmonização, os métodos e a dimensão das amostras diferem de inquérito para inquérito e a frequência pode ser irregular. Além disso, os inquéritos são realizados em anos diferentes nos diversos países, o que dificulta a identificação de tendências a nível europeu. Idealmente, os inquéritos nacionais à população deveriam realizar-se em todos os Estados-Membros ao mesmo tempo; seria assim muito mais fácil comparar os resultados a nível nacional (ao longo do tempo) e a nível europeu (entre países), bem como avaliar a execução dos planos de acção europeus em matéria de luta contra a droga.

As conclusões disponíveis, obtidas a partir dos diversos tipos de inquéritos (inquéritos nacionais ou locais às famílias, inquéritos a soldados recrutados ou à população escolar), revelam que o consumo de *cannabis* aumentou acentuadamente durante a década de 1990 em quase todos os Estados-Membros da UE, sobretudo entre os jovens, e que este consumo continuou a crescer nos últimos anos, em alguns países (figura 4). No Reino Unido, que até ao ano 2000 apresentava os valores mais elevados, o consumo de *cannabis* entre os jovens adultos manteve-se relativamente estável entre 1998 e 2003/2004, enquanto outros Estados-Membros (França e Espanha) ⁽⁴⁰⁾ o alcançavam. Na Grécia, registou-se uma diminuição entre 1998 e 2004.

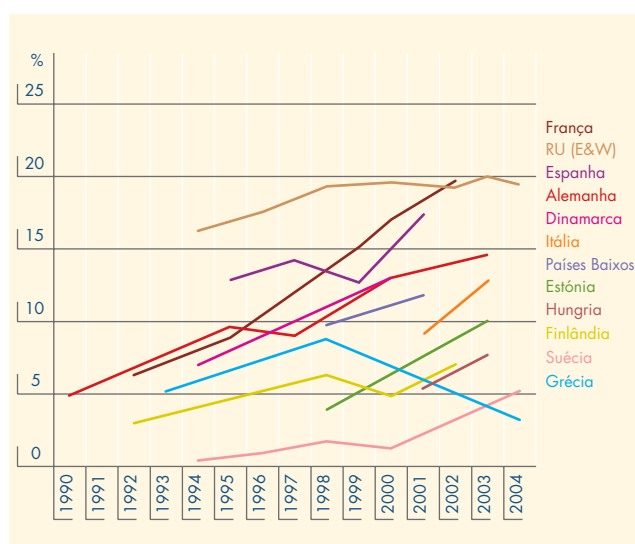
Nos novos Estados-Membros, os dados disponíveis, provenientes sobretudo de inquéritos escolares, sugerem que, em muitos deles, se registou um aumento substancial do consumo de *cannabis* nos últimos anos. Este aumento verificou-se principalmente a partir de meados da década de 1990 e concentrou-se nas zonas urbanas, entre os indivíduos do sexo masculino e os jovens adultos. Na Estónia e na Hungria, os inquéritos consecutivos à população adulta permitiram identificar as tendências recentes (figura 4).

Uma comparação dos resultados dos inquéritos escolares ESPAD realizados em 1995, 1999 e 2003 (Hibell *et al.*, 2004) mostra que, em quase todos os Estados-Membros e países candidatos que participaram no inquérito, a prevalência do consumo de *cannabis* ao longo da vida entre os estudantes de 15 e 16 anos aumentou 2% ou

mais (figura 5). Em mais de metade destes países, as estimativas da prevalência duplicaram ou triplicaram desde 1995. Os aumentos relativos mais elevados verificaram-se principalmente nos Estados-Membros da Europa Oriental que tinham comunicado taxas de prevalência do consumo de *cannabis* ao longo da vida inferiores a 10% em 1995. Em nenhum dos países participantes nos inquéritos ESPAD se registou uma diminuição contínua e visível do consumo de *cannabis* ao longo da vida no decurso dos três inquéritos.

Os inquéritos escolares revelam que os Estados-Membros podem ser classificados em três grupos distintos no que se refere às tendências do consumo recreativo e ocasional de *cannabis*. No primeiro grupo (que inclui a Irlanda e o Reino Unido), a prevalência ao longo da vida é elevada (cerca de 38% a 39%), mas tem-se mantido estável ao longo dos últimos oito anos. Estes países têm uma longa tradição de consumo de *cannabis* e desenvolveram-se taxas elevadas de prevalência deste consumo nas décadas de 1980 e 1990. Num segundo grupo de países, a prevalência do consumo de *cannabis* ao longo da vida entre os estudantes aumentou consideravelmente durante este período (até 26 pontos percentuais). Este

Figura 4: Tendências no consumo recente (último ano) de *cannabis* entre os jovens adultos (15-34 anos), medidas pelos inquéritos nacionais ⁽¹⁾



⁽¹⁾ A dimensão das amostras (inquiridos) para o grupo etário dos 15 aos 34 anos de idade, por país e por ano, é apresentada no quadro GPS-4, Boletim Estatístico de 2005.

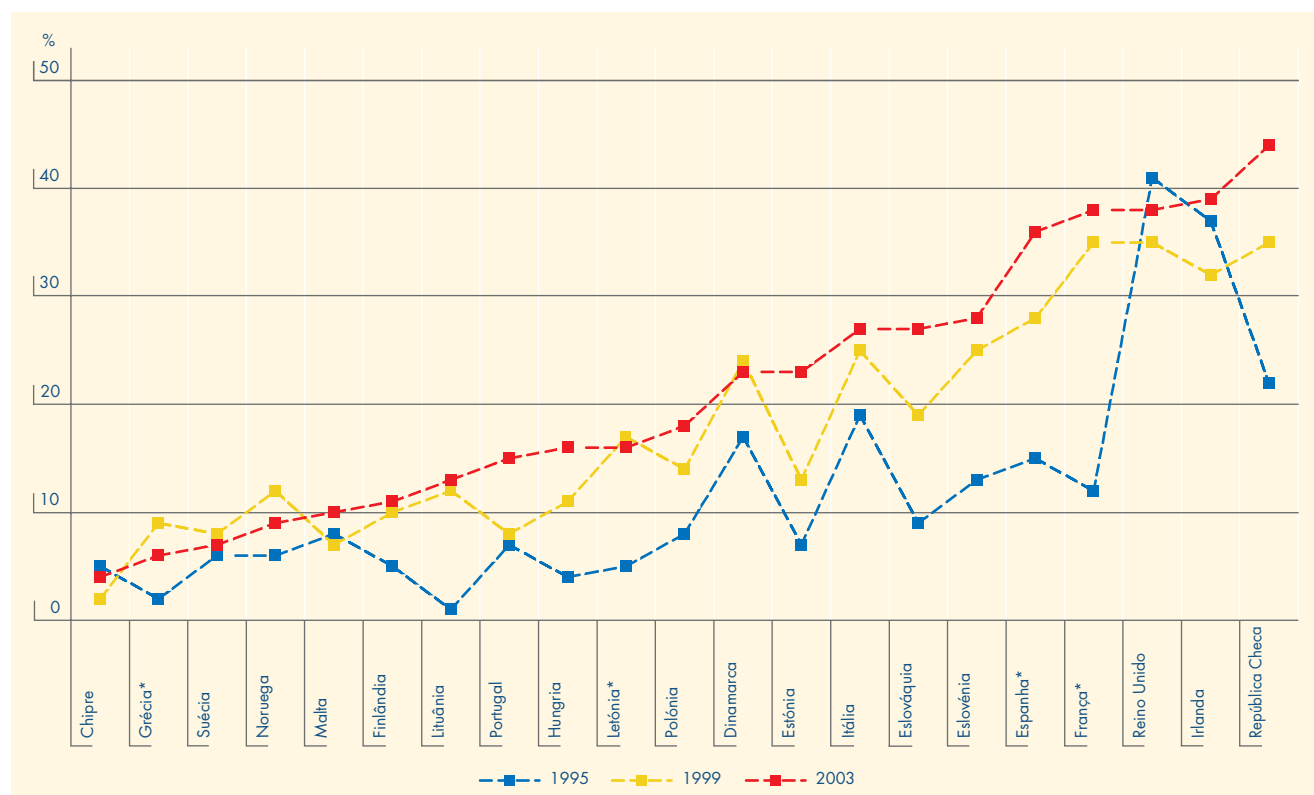
NB: Dados obtidos a partir dos inquéritos nacionais disponíveis em cada país. Os valores e a metodologia relativos a cada inquérito podem ser consultados no quadro GPS-4, Boletim Estatístico de 2005.

Para os jovens adultos, o OEDT utiliza o intervalo etário dos 15 aos 34 anos (Dinamarca e Reino Unido de 16, Alemanha, Estónia (1998) e Hungria de 18). Em França, o intervalo etário era dos 25 aos 34 anos em 1992 e dos 18 aos 39 anos em 1995.

Fontes: Relatórios nacionais Reitox (2004), obtidos a partir de inquéritos à população, relatórios ou artigos científicos. Ver também quadro GPS-0, Boletim Estatístico de 2005.

⁽⁴⁰⁾ Informações que chegaram demasiado tarde para serem incluídas no relatório apontavam para uma prevalência de 20,1% nos últimos 12 meses entre os jovens adultos espanhóis, no inquérito de 2003.

Figura 5: Prevalência ao longo da vida do consumo de *cannabis* entre os estudantes de 15 e 16 anos registada nas séries de 1995, 1999 e 2003 do inquérito ESPAD



NB: Em 1995, os inquéritos realizados nos países assinalados com um asterisco não eram rigorosamente comparáveis com os inquéritos ESPAD. A Espanha não participou no inquérito ESPAD. Os dados aqui incluídos baseiam-se numa série de inquéritos espanhóis realizados em 1996, 1998 e 2002. As perguntas relativas à prevalência do consumo de droga podem ser consideradas comparáveis às perguntas do ESPAD, mas outros aspectos metodológicos impedem os dados espanhóis de serem rigorosamente comparáveis.

Fonte: Hibell *et al.*, 2004.

grupo compreende todos os novos Estados-Membros da Europa Oriental, juntamente com a Dinamarca, a Espanha, a França, a Itália e Portugal. No terceiro grupo, as estimativas de prevalência ao longo da vida entre os estudantes mantiveram níveis relativamente baixos (cerca de 10% ou menos). Este grupo inclui Estados-Membros do norte e do sul da Europa (Finlândia, Suécia e Noruega, bem como Chipre, Grécia e Malta).

Entre os adultos, o quadro é menos claro porque há menos informação disponível e a que existe é mais heterogénea, mas o padrão parece ser semelhante, com um consumo recente de *cannabis* (no último ano) elevado mas estável no Reino Unido, alguns Estados-Membros (por exemplo, Alemanha, Dinamarca, Espanha, Estónia e França) a revelarem aumentos substanciais nos últimos anos e outros países a apresentarem estimativas da prevalência mais baixas e tendências menos claras (por exemplo, Finlândia, Grécia e Suécia). A realização de novos inquéritos nas escolas e entre a população adulta, nos próximos 2 ou 3 anos, ajudará a esclarecer melhor a complexa questão da evolução das tendências em matéria de droga.

Prevenção do consumo de *cannabis*

A preocupação suscitada em alguns países pelo aumento do consumo de *cannabis* entre os jovens esteve na origem de debates sobre a eventual utilidade da realização de análises de despistagem do consumo de drogas como medida de controlo. Alguns países tomaram medidas nesse sentido, embora elas continuem a ser pouco comuns. Na República Checa, os meios de comunicação social têm noticiado a utilização de análises à urina e de cães detectores de droga nas escolas. Embora este tipo de métodos tenha algum apoio, um painel de peritos concluiu que eles não devem fazer parte de uma estratégia de prevenção primária eficaz. No Reino Unido, as orientações recentemente emitidas para as escolas destacam várias questões importantes a considerar antes de se implementar um programa de análises de despistagem do consumo de drogas, nomeadamente a obtenção de consentimento adequado dos pais (e dos alunos, se forem considerados competentes), a necessidade de ponderar se a realização de análises se coaduna com o dever que a escola tem de orientar e aconselhar os seus alunos e ter em conta a

disponibilidade ou não de serviços de apoio apropriados. Qualquer decisão de sujeitar os alunos a tais análises deve inserir-se na política escolar de luta contra a droga. O sítio web do OEDT contém um relatório sucinto sobre a realização de análises de despistagem do consumo de droga nas escolas da UE ⁽⁴¹⁾.

A *cannabis* figura quase sempre nos programas de prevenção universal (não específica) da droga. A atenção prestada pelos meios de comunicação social ao consumo crescente de *cannabis* entre os jovens, juntamente com a insinuação de que tal consumo é cada vez mais «normal», acentua a necessidade de tomar como alvo as crenças comuns dos jovens. O mal-estar causado pela crescente aceitação do consumo de *cannabis* por parte destes levou à adopção de programas de prevenção centrados nas suas crenças daquilo que constitui um comportamento normal ou aceitável. Esta questão é analisada com mais pormenor no capítulo 2 («Escolas, juventude e droga»). Muitas intervenções consistem principalmente no fornecimento de informações sobre a *cannabis* através de campanhas mediáticas, folhetos ou sítios web. Existem, todavia, alguns exemplos interessantes de prevenção selectiva, os quais poderão ser consultados na base de dados EDDRA do OEDT, que contém os projectos de prevenção avaliados ⁽⁴²⁾. Estes projectos são essencialmente dirigidos a jovens consumidores de *cannabis* que cometeram infracções relacionadas com a droga, oferecendo-lhes aconselhamento, formação em competências pessoais e apoio de vários organismos. Os projectos FRED (Alemanha), MSF-Solidarité Jeunes (Luxemburgo), Ausweg (Áustria) e as «youth offending teams» (YOT) do Reino Unido são exemplos a assinalar.

A elevada prevalência do consumo de *cannabis* entre os jovens transforma-o frequentemente num problema fundamental para as pessoas que trabalham com crianças em idade escolar. Uma abordagem de prevenção selectiva em meio escolar que poderá revelar-se promissora é o programa «Step by Step», implementado na Alemanha e na Áustria. Este programa ajuda os professores a identificarem e a reagirem correctamente face ao consumo de droga e aos comportamentos problemáticos dos alunos ⁽⁴³⁾.

Uma questão difícil para os que procuram dar resposta ao problema do consumo de *cannabis* é saber onde traçar a linha divisória entre uma perspectiva de prevenção e uma perspectiva de tratamento. Este consumo é influenciado

por factores sociais, relacionados com os pares e pessoais, e estes factores desempenham um papel importante no risco individual de desenvolver um problema de droga a longo prazo; por isso o trabalho de prevenção concentra-se frequentemente nestas áreas e não na própria droga (Morrall *et al.*, 2002). Por exemplo, uma avaliação do projecto austríaco Ausweg concluiu que os jovens notificados pela primeira vez devido a infracções ligadas à *cannabis* manifestavam menos défices de personalidade do que se esperava, facto que demonstra a importância das influências circunstanciais, sociais e dos pares para o consumo de droga, a qual supera a dos problemas psicológicos individuais (Rhodes *et al.*, 2003; Butters, 2004). Vários projectos concentram-se, contudo, na própria *cannabis* e aconselham os jovens a reduzir o seu consumo. Um exemplo, vindo da Alemanha, é o sítio web «Quit the Shit» (www.drugcom.de), um programa de aconselhamento inovador, baseado na Internet, dirigido aos consumidores de *cannabis*.

Dados sobre a procura de tratamento

Entre os cerca de 480 000 pedidos de tratamento notificados no total, a *cannabis* é mencionada como droga principal em cerca de 12% dos casos, o que a coloca em segundo lugar, a seguir à heroína. Ao longo dos oito anos decorridos entre 1996 e 2003, a percentagem de consumidores de *cannabis* entre os novos utentes que procuravam tratamento em relação a todas as drogas aumentou pelo menos para o dobro em muitos países ⁽⁴⁴⁾, registando-se uma subida semelhante no número de utentes. Contudo, esta análise deve ser tratada com cautela pois baseia-se no pequeno número de países em condições de fornecer os dados necessários para uma comparação em termos de tendências ao longo do tempo.

Globalmente, logo a seguir à heroína, a *cannabis* é também a segunda droga mais frequentemente citada nos relatórios sobre os utentes que iniciam o tratamento pela primeira vez ⁽⁴⁵⁾. Há variações consideráveis entre os países, sendo a *cannabis* mencionada por apenas 2% a 3% dos utentes na Bulgária e na Polónia, mas por mais de 20% dos utentes na Alemanha, Dinamarca, Finlândia e Hungria ⁽⁴⁶⁾. Em todos os países com dados disponíveis, a percentagem de utentes que procuram tratamento devido ao consumo de *cannabis* é mais elevado entre os novos utentes do que entre os utentes em geral, verificando-se apenas um pequeno número de excepções em que as duas percentagens são quase iguais ⁽⁴⁷⁾.

⁽⁴¹⁾ Ver <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7022>

⁽⁴²⁾ Ver <http://eddra.emcdda.eu.int>

⁽⁴³⁾ Ver o sítio web EDDRA para mais informações: «Step by Step» (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=36) e Early detection and intervention with regard to problematic drug use and addiction (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2088).

⁽⁴⁴⁾ Ver quadros TDI-2 (parte I) e TDI-3 (parte III) no Boletim Estatístico de 2005.

⁽⁴⁵⁾ Ver também o tema específico relativo à procura de tratamento por consumo de *cannabis* no Relatório Anual 2004 do OEDT (<http://ar2004.emcdda.eu.int>). A análise de dados baseia a distribuição geral e as tendências nos utentes que procuram tratamento em todos os centros de tratamento e o perfil dos utentes e os padrões de consumo nos centros de tratamento em regime ambulatório.

⁽⁴⁶⁾ Ver quadros TDI-2 (parte II) e TDI-5 (parte II) no Boletim Estatístico de 2005.

⁽⁴⁷⁾ Ver quadros TDI-4 (parte II) e TDI-5 (parte II) no Boletim Estatístico de 2005.

Indicador da procura de tratamento

A informação sobre o número de pessoas que procuram tratamento da toxicod dependência fornece-nos um conhecimento útil das tendências gerais da toxicod dependência e ainda uma perspectiva sobre a organização e o acesso aos centros de tratamento na Europa. O indicador da procura de tratamento (IPT) ⁽¹⁾ ⁽²⁾ do OEDT proporciona uma estrutura uniforme para a comunicação do número e características dos utentes encaminhados para unidades de tratamento da toxicod dependência. Embora se possa considerar que os dados IPT fornecem uma representação razoavelmente sólida e útil das características dos utentes encaminhados para serviços especializados de toxicod dependência, diversas razões de ordem técnica recomendam o uso de precaução na extrapolação de resultados para a clientela global destes serviços. Em especial, o número de países que comunicam estes dados varia de ano para ano e, por isso, é necessário interpretar prudentemente as tendências identificadas a nível europeu. Além disso, há que ter em conta que a cobertura dos dados pode mudar consoante os países (os dados sobre as unidades abrangidas são comunicados no Boletim Estatístico) e os dados sobre a procura de tratamento reflectem parcialmente a disponibilidade de tratamento da toxicod dependência nos diversos países.

Para facilitar a interpretação e a comparação dos dados sobre a procura de tratamento, devemos recordar as seguintes questões:

- Os utentes que iniciam o tratamento da toxicod dependência pela primeira vez são denominados «novos utentes». Considera-se que este grupo é mais importante do ponto de vista analítico para indicar as

tendências do consumo de droga. Também são comunicadas análises relativas a todos os utentes. Este grupo inclui os novos utentes e aqueles que, tendo interrompido ou terminado o tratamento num ano anterior, o retomaram no ano a que o relatório se refere. Os dados sobre os utentes que, no período em apreço, continuaram, sem interrupções, o tratamento iniciado em anos anteriores não são registados.

- São compilados dois tipos de dados: dados de síntese sobre todos os tipos de centros de tratamento e dados detalhados por tipo de centro (centros de tratamento em regime ambulatorio, centros de tratamento em regime de internamento, agências de porta aberta, clínicos gerais, unidades de tratamento na prisão, outros tipos de centros). Contudo, na maior parte dos países, existem poucos dados sobre outros tipos de centros que não os de tratamento em regime ambulatorio ou em regime de internamento. Por esta razão, a análise restringe-se frequentemente aos centros de tratamento em regime ambulatorio, que têm uma melhor cobertura de dados.
- Também são incluídas informações qualitativas e contextuais extraídas dos relatórios nacionais Reitox relativos a 2004, a fim de auxiliar a interpretação dos dados IPT.

⁽¹⁾ Para informações mais pormenorizadas, ver a página web do OEDT sobre procura de tratamento (<http://www.emcdda.eu.int/?nodeid=1420>) e a ligação à versão 2.0 do protocolo comum relativo ao indicador de procura de tratamento entre o Grupo Pompidou e o OEDT.

⁽²⁾ Para informações pormenorizadas sobre as fontes de dados por país, ver quadro TDI-1 no Boletim Estatístico de 2005.

Todavia, no período de oito anos entre 1996 e 2003, a percentagem de consumidores de *cannabis* entre os utentes que procuraram tratamento para todas as drogas aumentou de 9,4% para 21,9% ⁽⁴⁸⁾. No entanto, esta análise deve ser tratada com cautela pois baseia-se no pequeno número de países em condições de fornecer os dados necessários para uma comparação em termos de tendências ao longo do tempo.

Entre os consumidores de droga em tratamento, os indivíduos do sexo masculino são muito mais numerosos do que os do sexo feminino. Os rácios mais elevados entre os dois sexos verificam-se entre os novos utentes que procuram tratamento devido ao consumo de *cannabis* (4,8 para 1). Estes rácios são mais elevados na Alemanha, Chipre, Eslováquia e Hungria e mais baixos na Eslovénia, Finlândia, República Checa e Suécia. Estas diferenças entre países podem reflectir factores culturais ou eventuais diferenças na organização dos serviços de tratamento ⁽⁴⁹⁾.

As pessoas em tratamento devido a problemas com a *cannabis* tendem a ser relativamente jovens: praticamente todos os utentes que iniciam o tratamento por causa da *cannabis* têm menos de 30 anos de idade. Os adolescentes em tratamento especializado são mais susceptíveis de serem registados como tendo um diagnóstico primário de consumo problemático de *cannabis* do que os utentes de outros grupos etários, sendo a *cannabis* responsável por 65% dos pedidos de tratamento das pessoas com menos de 15 anos e por 59% dos pedidos das pessoas entre os 15 e os 19 anos de idade ⁽⁵⁰⁾.

Os diversos países apresentam claras diferenças no tocante à frequência do consumo de *cannabis* entre os novos clientes. As percentagens mais elevadas de consumidores diários de *cannabis* verificam-se na Dinamarca e nos Países Baixos, entre os novos utentes consumidores de *cannabis*, e as percentagens mais elevadas de consumidores ocasionais ou de pessoas que não consumiram *cannabis* no último mês antes do tratamento são as registadas na Alemanha e na Grécia ⁽⁵¹⁾, o que talvez reflecta algumas diferenças do

⁽⁴⁸⁾ Ver quadro TDI-3 (parte III) no Boletim Estatístico de 2005.

⁽⁴⁹⁾ Ver quadro TDI-22 no Boletim Estatístico de 2005.

⁽⁵⁰⁾ Ver quadro TDI-10 (parte II) no Boletim Estatístico de 2005.

⁽⁵¹⁾ Ver quadro TDI-18 (parte IV) no Boletim Estatístico de 2005.

encaminhamento para tratamento. Na Alemanha, cerca de um terço dos novos utentes consumidores de *cannabis* consome a droga ocasionalmente, ou não a consumiu no mês anterior ao tratamento, mas noutros países este grupo corresponde a cerca de 11% dos utentes e aproximadamente 60% consomem-na diariamente.

Apreensões e informação sobre o mercado

Produção e tráfico

Em 2003, a *cannabis* continuou a ser a droga ilícita mais produzida e traficada em todo o mundo. No entanto, é problemático estimar a quantidade produzida devido à expansão mundial da produção de *cannabis* e à dificuldade em monitorizá-la (UNODC, 2003a).

A produção de resina de *cannabis* em larga escala concentra-se num pequeno número de países, principalmente em Marrocos, ao passo que o seu tráfico está disseminado por um grande número de países (CND, 2004, 2005). Com base num inquérito sobre a produção de *cannabis* em Marrocos, realizado pelo Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime (UNODC) e o Governo de Marrocos (2003), estimou-se que a região do Rif tenha sido responsável por cerca de 40% da produção mundial de resina de *cannabis* em 2003 (INCB, 2005). A maior parte da resina de *cannabis* consumida na UE provém de Marrocos e entra na Europa sobretudo pela Península Ibérica, embora os Países Baixos representem um importante centro de distribuição secundário em relação ao transporte subsequente para os Estados-Membros da UE (Bovenkerk e Hogewind, 2002). Entre os outros países mencionados em 2003 como países de origem da resina de *cannabis* apreendida na UE incluem-se a Albânia, o Afeganistão, o Irão, o Paquistão, o Nepal e a Índia (relatórios nacionais Reitox, 2004; INCB, 2005).

A produção mundial de *cannabis* herbácea continua a estar disseminada por todo o mundo, estimando-se a produção potencial em pelo menos 40 000 toneladas (CND, 2005). Segundo as informações existentes, a *cannabis* herbácea apreendida na UE em 2003 provinha de vários países, incluindo os Países Baixos e a Albânia, mas também países africanos (África do Sul, Malavi, Nigéria) e EUA (relatórios nacionais Reitox, 2004). Além disso, verifica-se o cultivo e a produção locais (dentro de casa ou no exterior) de produtos de *cannabis* na maioria dos Estados-Membros da UE (relatórios nacionais Reitox, 2004).

Interpretação dos dados sobre apreensões e mercado

O número de apreensões efectuadas num país é geralmente considerado um indicador indirecto da oferta e disponibilidade de drogas, mas reflecte também os recursos, as prioridades e estratégias dos serviços de aplicação da lei, bem como a vulnerabilidade dos traficantes face às estratégias nacionais e internacionais de redução da oferta. As quantidades apreendidas podem variar muito de ano para ano, por exemplo, se num ano se efectuarem apreensões muito volumosas. Por esta razão, vários países consideram que o número de apreensões é um melhor indicador das tendências. Em todos os países, o número de apreensões inclui uma grande percentagem de pequenas apreensões ao nível da venda a retalho. A origem e o destino da droga apreendida, quanto conhecidos, podem dar indicações sobre as rotas de tráfico e as zonas de produção. A maioria dos Estados-Membros comunica dados sobre a pureza e o preço das drogas ao nível da venda a retalho. Contudo, os dados provêm de uma série de fontes diferentes, nem sempre comparáveis ou fiáveis, o que dificulta a realização de comparações precisas.

Apreensões

Em 2003, foram apreendidas, em todo o mundo, 1 347 toneladas de resina de *cannabis* e 5 821 toneladas de *cannabis* herbácea, no total. A maior parte da resina de *cannabis* foi apreendida na Europa Ocidental e Central (70%), no Sudoeste Asiático e no Próximo e Médio Oriente (21%), ao passo que a *cannabis* herbácea foi apreendida em maior quantidade nas Américas (68%) e em África (26%) (CND, 2005). No que se refere ao número de apreensões, a *cannabis* é a droga mais apreendida em todos os Estados-Membros da UE, excepto na Estónia e na Letónia, onde o número de apreensões de anfetaminas foi mais elevado em 2003. Em termos de quantidades, a *cannabis* também é, normalmente, a droga mais apreendida na UE, embora em 2003 tenham sido notificadas, em alguns países, apreensões de outras drogas em quantidades superiores (anfetaminas na Estónia e no Luxemburgo, heroína na Hungria e cocaína na Polónia). Historicamente, a maioria das apreensões de *cannabis* na UE era efectuada pelo Reino Unido, seguido da Espanha e França, sendo provável que assim continue ⁽⁵²⁾. No entanto, nos últimos cinco anos, em termos de quantidade, a Espanha foi responsável por mais de metade do volume total apreendido na UE. Ao nível da União, o número de apreensões de *cannabis* ⁽⁵³⁾ tem revelado uma tendência mais ou menos crescente desde 1998, embora o facto de alguns países só terem comunicado uma parte dos seus dados não permita confirmá-lo, e as quantidades apreendidas ⁽⁵⁴⁾ parecem ter aumentado desde o ano 2000.

⁽⁵²⁾ Esta informação deve ser verificada tendo em conta os dados que faltam em relação a 2003, quando estiverem disponíveis. Não existiam dados disponíveis sobre o número de apreensões de *cannabis* em 2003 relativamente a Itália, Chipre, Países Baixos e Roménia; também não existiam dados sobre o número de apreensões de *cannabis* nem sobre a quantidade de *cannabis* apreendida em 2003 para a Irlanda e ao Reino Unido.

⁽⁵³⁾ Ver quadro SZR-1 (parte I) no Boletim Estatístico de 2005.

⁽⁵⁴⁾ Ver quadro SZR-2 (parte I) no Boletim Estatístico de 2005.

Preço e potência

Em 2003, o preço médio de venda a retalho da resina de *cannabis*, na União Europeia, variou entre 1,4 euros por grama em Espanha e 21,5 euros por grama na Noruega, ao passo que o preço da *cannabis* herbácea oscilou entre 1,1 euro por grama em Espanha e 12 euros por grama na Letónia ⁽⁵⁵⁾.

A potência dos produtos de *cannabis* é determinada pelo teor de tetrahidrocanabiol (THC), a sua substância activa. Em 2003, nos países com dados disponíveis, a resina de *cannabis* vendida a retalho tinha um teor médio de THC que variava entre menos de 1% (Polónia) e 25% (Eslováquia), ao passo que a potência da *cannabis* herbácea oscilava entre 1% (Hungria, Finlândia) e 20% (produção caseira nos Países Baixos) ⁽⁵⁶⁾.

⁽⁵⁵⁾ Ver quadro PPP-1 (parte I) no Boletim Estatístico de 2005.

⁽⁵⁶⁾ Ver quadro PPP-5 (parte I) no Boletim Estatístico de 2005.



Capítulo 4

Estimulantes do tipo das anfetaminas, LSD e outras drogas sintéticas

Em termos de prevalência do consumo, quase todos os países referem algum tipo de droga sintética como segunda substância mais consumida. Os índices globais de consumo destas substâncias na população em geral são habitualmente baixos, mas as taxas de prevalência entre os grupos etários mais jovens são significativamente mais elevadas, e o consumo destas drogas pode ser particularmente alto em alguns contextos sociais e/ou entre alguns grupos subculturais.

Entre as drogas sintéticas consumidas na Europa figuram as substâncias estimulantes e as substâncias alucinogénicas. Destas últimas, o ácido lisérgico dietilamida (LSD) é, de longe, o mais conhecido, mas os seus níveis de consumo globais há muito tempo que se mantêm baixos e bastante estáveis. Estão a surgir indícios de um interesse crescente pelos alucinogénios naturais, tema abordado noutra secção do presente relatório.

O termo «estimulantes do tipo das anfetaminas (ATS)» utiliza-se para designar tanto as anfetaminas como as drogas do grupo do *ecstasy*. Anfetaminas é um termo genérico utilizado para descrever várias drogas quimicamente relacionadas entre si que estimulam o sistema nervoso central, sendo as anfetaminas e as metanfetaminas as mais importantes, em termos do mercado europeu de drogas ilícitas. Destas drogas, as anfetaminas são claramente mais fáceis de obter, embora o consumo das metanfetaminas esteja a aumentar globalmente. Por enquanto, o consumo significativo de metanfetaminas a nível europeu parece estar restringido à República Checa, mas o aparecimento de notícias esporádicas referentes a outros países realça a importância de o monitorizar, pois é sabido que esta droga está associada a vários problemas de saúde graves.

O membro mais conhecido do grupo do *ecstasy* é o 3,4-metilenodioximetanfetamina (MDMA), mas podem encontrar-se outras substâncias análogas nas pastilhas de *ecstasy*. Estas drogas são, por vezes, denominadas substâncias entactógenas, termo que significa «tocar no íntimo» e inclui substâncias sintéticas quimicamente relacionadas com as anfetaminas, mas que diferem um pouco destas quanto aos efeitos, uma vez que também

produzem efeitos mais habitualmente encontrados nas substâncias alucinogénicas.

Prevalência e padrões de consumo

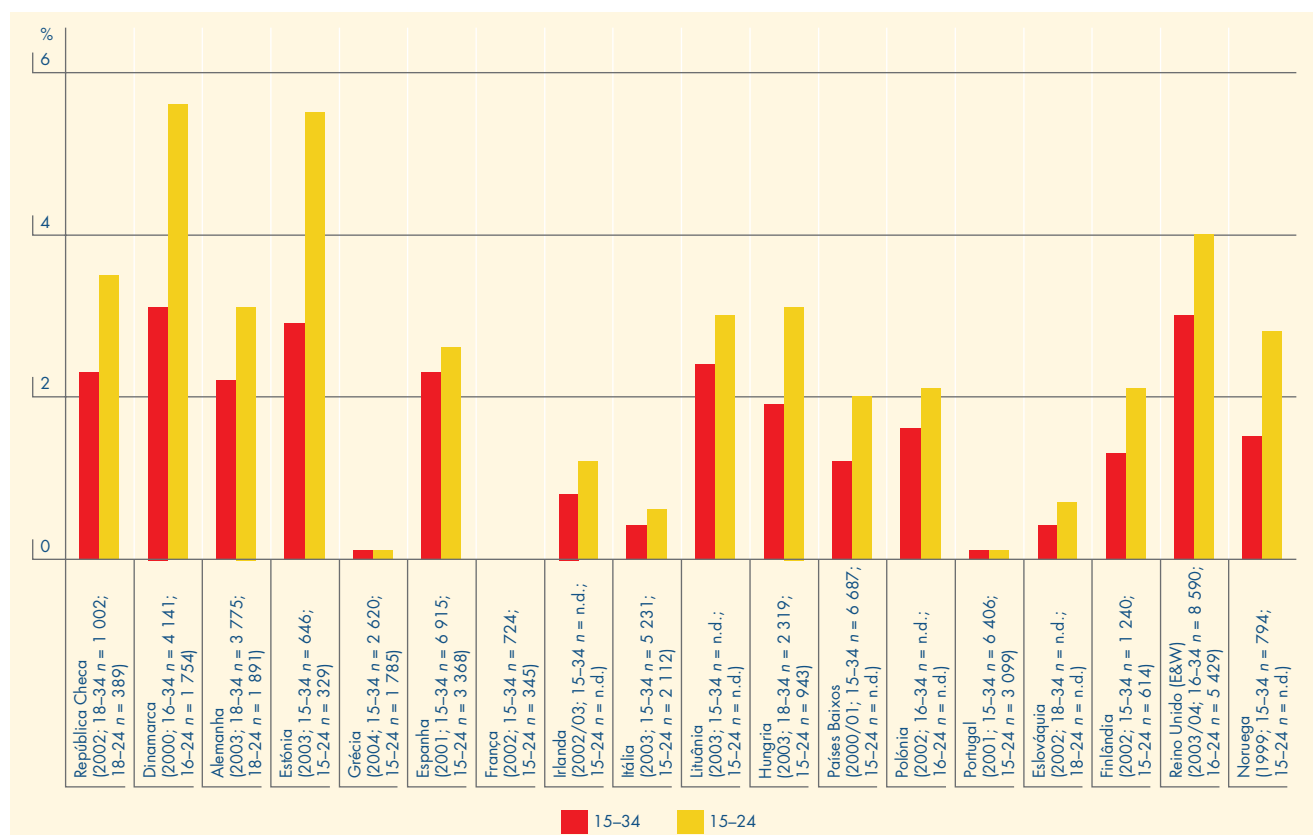
Os inquéritos à população têm demonstrado, tradicionalmente, que as anfetaminas são a substância ilegal mais consumida a seguir à *cannabis*, embora a prevalência global do consumo de anfetaminas seja claramente inferior ao desta última. Este padrão parece estar actualmente a mudar em muitos países, com o *ecstasy* a ultrapassar as anfetaminas e a ocupar o segundo lugar a seguir à *cannabis*, tanto nos inquéritos à população em geral como nos inquéritos escolares mais recentes. Por exemplo, os inquéritos escolares ESPAD realizados em 2003 (Hibell *et al.*, 2004) concluíram que as estimativas da prevalência ao longo da vida relativas ao consumo de *ecstasy* excediam as relativas às anfetaminas em 14 dos Estados-Membros da UE, Noruega e países candidatos ⁽⁵⁷⁾. No entanto, vale a pena recordar que o *ecstasy* só se tornou popular na década de 1990, ao passo que o consumo de anfetaminas tem uma história mais longa. Esta circunstância reflecte-se nos recentes inquéritos à população adulta, que revelaram valores mais elevados para a experiência de anfetaminas ao longo da vida em 11 países e para a de *ecstasy* em 10 países, mas um consumo recente (últimos 12 meses) mais elevado de *ecstasy* em 15 países e de anfetaminas em apenas cinco países (dois deles notificaram valores idênticos).

De acordo com inquéritos recentes, o consumo de anfetaminas ao longo da vida entre todos os adultos (15 aos 64 anos), nos Estados-Membros da UE, varia entre 0,1% e 6%, excepto no Reino Unido, onde chega a atingir 12%. O consumo recente é claramente inferior, variando entre 0% e 1,5%, com a Dinamarca, a Estónia e o Reino Unido no topo da escala.

Nos inquéritos à população emerge um quadro semelhante no grupo dos jovens adultos (15 aos 34 anos), cuja experiência do consumo de anfetaminas ao longo da vida varia entre 0,1% e 10%, com o Reino Unido a referir uma taxa excepcionalmente elevada de 18,4%. O consumo recente varia entre 0% e 3%, ocupando a Dinamarca, a Estónia e o Reino Unido novamente o topo da escala (figura 6). Embora os dados do consumo ao

⁽⁵⁷⁾ Ver figura EYE-2 (parte IV) no Boletim Estatístico de 2005.

Figura 6: Consumo recente (último ano) de anfetaminas entre jovens adultos de idades seleccionadas, 15-34 e 15-24 anos, medido pelos inquéritos à população



NB: Os dados são provenientes dos inquéritos nacionais mais recentes disponíveis em cada país (ver quadro GPS-4 para o grupo etário dos 15 aos 34 anos). Alguns países utilizam uma faixa etária ligeiramente diferente da faixa etária padrão do OEDT para jovens adultos. A variação dos intervalos etários pode explicar, em alguma medida, as disparidades entre países.

Fontes: Relatórios nacionais Reitox (2004), obtidos a partir de inquéritos à população, relatórios ou artigos científicos. Ver também quadro GPS-0, Boletim Estatístico de 2005.

longo da vida relativos ao Reino Unido sejam consideravelmente mais elevados do que os registados noutros países, as taxas de prevalência do consumo recente de anfetaminas (nos últimos 12 meses) são muito semelhantes às mencionadas por estes e continuam a diminuir globalmente.

Nos inquéritos ESPAD de 2003 ⁽⁵⁸⁾, são comunicados novos dados sobre o consumo de anfetaminas entre os estudantes de 15 e 16 anos. A prevalência do consumo de anfetaminas ao longo da vida oscila entre menos de 1% e 7%; sendo as estimativas nacionais mais elevadas para o consumo recente e actual (últimos 30 dias) desta droga de 4% e 3%, respectivamente.

Cerca de 0,2 a 6,5% da população adulta já experimentou o *ecstasy*, situando-se as percentagens relativas à maioria dos países entre 1% e 4%. O consumo recente é mencionado por 0 a 2,5% dos adultos, apresentando a Espanha, a República Checa e o Reino Unido as percentagens de prevalência mais elevadas.

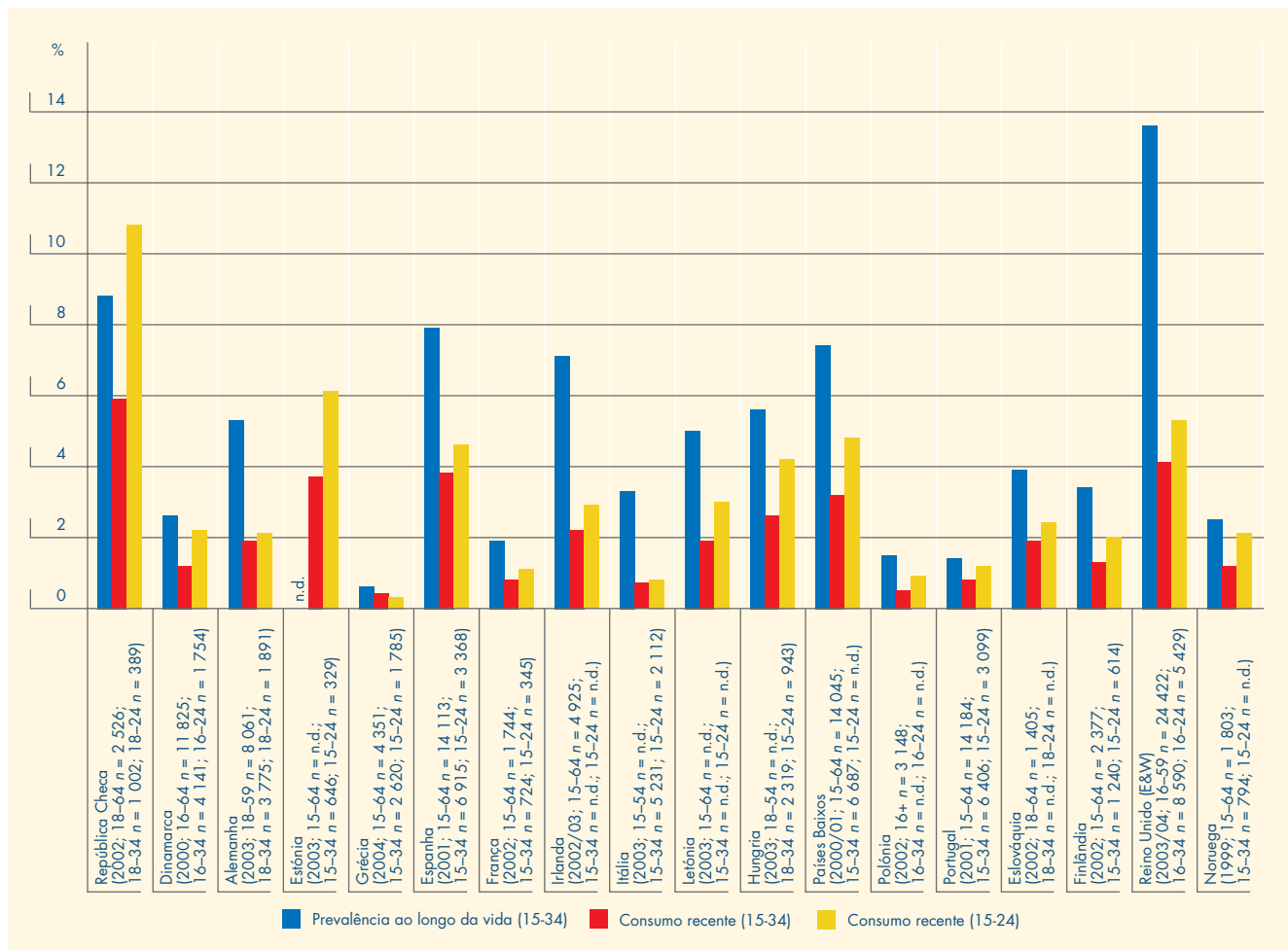
Entre os jovens adultos (15 aos 34 anos), 0,6% a 13,6% dizem já ter experimentado *ecstasy*. O consumo recente

(prevalência nos últimos 12 meses) é mencionado por 0,4% a 6% das pessoas deste grupo, apresentando a República Checa, a Estónia, a Espanha e o Reino Unido as taxas de prevalência mais elevadas (figura 7).

Sendo o consumo de *ecstasy* um fenómeno predominantemente juvenil, convém analisar as taxas de prevalência no intervalo etário dos 15 aos 24 anos e entre os estudantes de 15 e 16 anos. No grupo etário dos 15 aos 24 anos, as taxas da experiência ao longo da vida variam entre 0,4% e 13%, ao passo que as taxas relativas ao consumo recente oscilam entre 0,3% e 11%. Além disso, como as taxas de consumo de droga neste grupo etário são mais elevadas nos indivíduos do sexo masculino do que nos indivíduos do sexo feminino, a maioria dos países refere taxas de experiência ao longo da vida de 4% a 16% e de consumo recente entre 2% e 8%, entre os indivíduos do sexo masculino dos 15 aos 24 anos. Por último, os valores relativos ao consumo actual (nos últimos 30 dias), incluindo o consumo regular, foram comunicados por sete países e variavam entre 2% e 5%, o que sugere que 1 em 20 a 50 indivíduos do sexo masculino entre os 15 e os 24 anos consome *ecstasy*

⁽⁵⁸⁾ Ver no capítulo 2 («Escolas, juventude e droga») uma análise pormenorizada das conclusões do ESPAD 2003.

Figura 7: Prevalência ao longo da vida e consumo recente (último ano) de *ecstasy* entre jovens adultos de idades seleccionadas, 15-34 e 15-24 anos, medido pelos inquéritos à população



NB: Os dados são provenientes dos inquéritos nacionais mais recentes disponíveis em cada país (ver os quadros GPS-2, para a prevalência ao longo da vida, e GPS-4, para o consumo recente no grupo etário dos 15 aos 34 anos, Boletim Estatístico de 2005). Alguns países utilizam uma faixa etária ligeiramente diferente da faixa etária padrão do OEDT para jovens adultos. A variação dos intervalos etários pode explicar, em alguma medida, as disparidades entre países.

Fontes: Relatórios nacionais Reitox (2004), obtidos a partir de inquéritos à população, relatórios ou artigos científicos. Ver também quadro GPS-0, Boletim Estatístico de 2005.

regularmente. Estes valores serão provavelmente mais elevados nas zonas urbanas e, em especial, entre os frequentadores de discotecas e outros locais de diversão (Butler e Montgomery, 2004).

As estimativas da prevalência do consumo de *ecstasy* são consideravelmente mais baixas para os estudantes de 15 a 16 anos do que para os jovens dos 15 aos 24 anos. A prevalência do consumo de *ecstasy* ao longo da vida entre os estudantes inquiridos varia entre 0% e 8%, com taxas ainda mais baixas de consumo recente (0% a 4%) e actual (0% a 3%). Na maior parte dos países, as estimativas do consumo actual situam-se entre 1% e 2%, apresentando poucas diferenças entre os sexos (Hibell *et al.*, 2004).

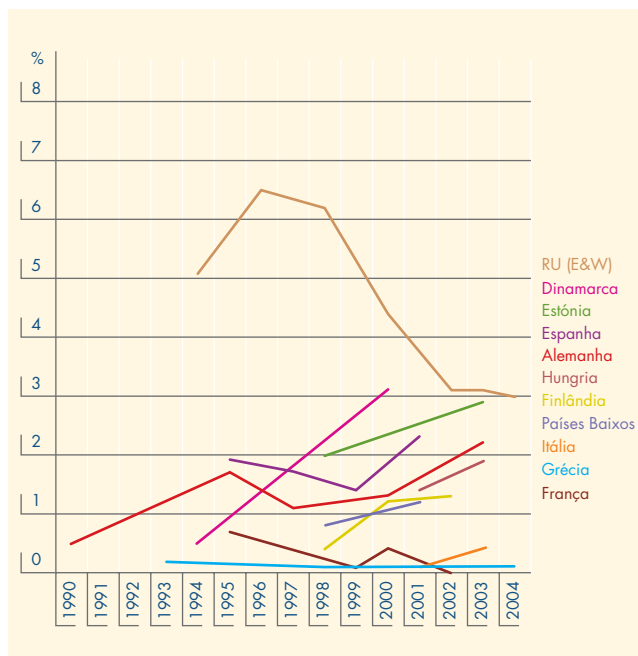
Como elemento de comparação, no inquérito nacional sobre o consumo de droga e a saúde realizado em 2003 nos Estados Unidos (SAMHSA, 2003), 4,6% dos adultos (pessoas a partir dos 12 anos) comunicaram ter experimentado *ecstasy* ao longo da vida e 0,9% tê-lo consumido recentemente. Das pessoas no intervalo etário dos 18 aos 25 anos que responderam ao mesmo inquérito, 14,8% disseram ter experimentado *ecstasy* ao longo da vida, 3,7% tê-lo consumido recentemente e 0,7% actualmente (no último mês) ⁽⁵⁹⁾.

Tendências

Os inquéritos à população revelam um aumento do consumo recente de anfetaminas (figura 8) e de *ecstasy* (figura 9) entre os jovens adultos, na maioria dos países

⁽⁵⁹⁾ Registe-se que o intervalo de variação de idades no inquérito norte-americano (a partir dos 12 anos) é maior do que o intervalo comunicado pelo OEDT para os inquéritos realizados na UE (15 aos 64 anos). Por outro lado, o intervalo etário para os jovens adultos (18 aos 25 anos) é menor do que o intervalo utilizado na maior parte dos inquéritos da UE (15 aos 24 anos).

Figura 8: Tendências do consumo recente (último ano) de anfetaminas entre jovens adultos (15-34 anos), medidas pelos inquéritos à população (1)



(1) As dimensões das amostras (inquiridos) para o grupo etário dos 15 aos 34 anos, por país e por ano, são apresentadas no quadro GPS-4, Boletim Estatístico de 2005.

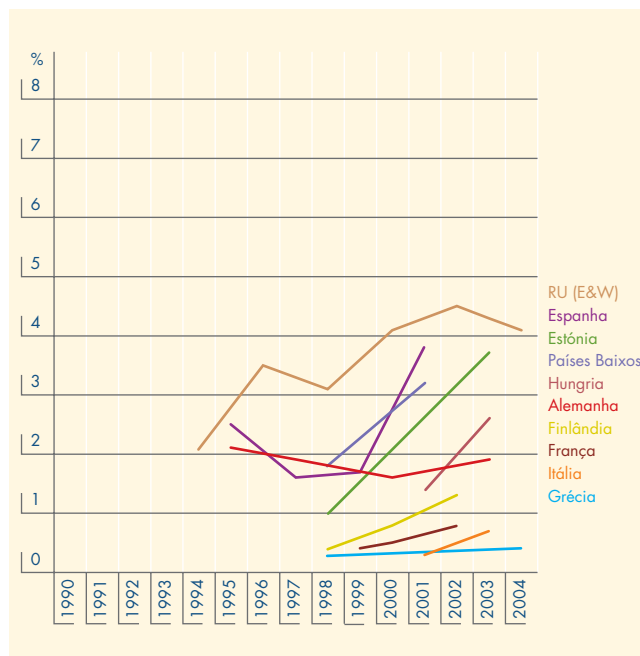
NB: Dados obtidos a partir dos inquéritos nacionais disponíveis em cada país. Os valores e a metodologia utilizados em cada inquérito podem ser consultados no Quadro GPS-4, Boletim Estatístico de 2005. Em relação aos jovens adultos, o OEDT utiliza o intervalo etário dos 15 aos 34 anos (Dinamarca e Reino Unido a partir dos 16, Alemanha, Estónia (1998) e Hungria a partir dos 18). Em França o intervalo etário era dos 18 aos 39 anos em 1995.

Fontes: Relatórios nacionais Reitox (2004), obtidos a partir de inquéritos à população, relatórios ou artigos científicos. Ver também quadro GPS-0, Boletim Estatístico de 2005.

que dispõem de dados provenientes de inquéritos consecutivos. No caso do *ecstasy*, constituem exceções a Alemanha e a Grécia, países cujos níveis de consumo não aumentaram, e o Reino Unido, onde o consumo destas drogas estabilizou recentemente (2002/2003), se bem que em níveis relativamente elevados (figura 9).

Como se disse atrás, em muitos países o consumo de *ecstasy* ultrapassa actualmente o das anfetaminas, mas isto está longe de representar uma diminuição do consumo destas últimas. Na maioria dos países em condições de fornecer dados resultantes de inquéritos consecutivos, o consumo de anfetaminas (consumo recente entre os jovens adultos) aumentou, efectivamente. Uma excepção digna de nota é a do Reino Unido, onde se observou uma diminuição substancial do consumo de anfetaminas desde 1998. Este facto poderá explicar por que razão, neste país, a prevalência da experiência ao longo da vida é elevada, quando comparada com os níveis mais moderados do consumo recente. Poderá especular-se sobre se a redução do consumo de anfetaminas terá de

Figura 9: Tendências do consumo recente (último ano) de *ecstasy* entre jovens adultos (15-34 anos), medidas pelos inquéritos à população (1)



(1) As dimensões das amostras (inquiridos) para o grupo etário dos 15 aos 34 anos, por país e por ano, são apresentadas no quadro GPS-4, Boletim Estatístico de 2005.

NB: Dados obtidos a partir dos inquéritos nacionais disponíveis em cada país. Os valores e a metodologia utilizados em cada inquérito podem ser consultados no quadro GPS-4, Boletim Estatístico de 2005. Em relação aos jovens adultos, o OEDT utiliza o intervalo etário dos 15 aos 34 anos (Dinamarca e Reino Unido a partir dos 16, Alemanha, Estónia (1998) e Hungria a partir dos 18).

Fontes: Relatórios nacionais Reitox (2004), obtidos a partir de inquéritos à população, relatórios ou artigos científicos. Ver também Quadro GPS-0, Boletim Estatístico de 2005.

algum modo sido compensado pelo aumento do consumo de cocaína e *ecstasy* (ver figuras 8 e 9).

Dados sobre a procura de tratamento

O consumo de estimulantes do tipo das anfetaminas (ATS) raramente está na base da procura de tratamento da toxicod dependência. Existem, todavia, algumas excepções: na Finlândia, República Checa e Suécia, os ATS e, especificamente, mais as anfetaminas do que o *ecstasy*, representam entre 18% e mais de 50% da procura total de tratamento primário. Na República Checa, mais de 50% da procura de tratamento registada relaciona-se com problemas de dependência principal de metanfetaminas. Este facto reflecte-se igualmente nos novos pedidos de tratamento, situação que também se verifica na Eslováquia (60). Além disso, 11% dos novos utentes europeus em busca de tratamento mencionam os ATS como droga secundária (61).

(60) Ver quadros TDI-4 (parte II) e TDI-5 (parte II) no Boletim Estatístico de 2005.

(61) Ver quadro TDI-24 no Boletim Estatístico de 2005.

A comparação entre os dados relativos a 2002 e 2003 revela que a tendência para o crescimento do número de consumidores de ATS se manteve (+ 3,5%); entre 1996 e 2003, o número de utentes que procuraram tratamento devido a estas drogas aumentou de 2 204 para 5 070, em 12 Estados-Membros da UE.

Entre os novos utentes que procuram tratamento nos centros que funcionam em regime ambulatorio, devido ao consumo de ATS, 78,5% consomem anfetaminas e 21,4% MDMA (*ecstasy*)⁽⁶²⁾. A percentagem mais elevada de utentes consumidores de *ecstasy* encontra-se na Hungria, Países Baixos e Reino Unido.

Quase um terço de consumidores de ATS em busca de tratamento tem entre 15 e 19 anos e outro terço entre 20 e 24 anos⁽⁶³⁾. A grande maioria dos utentes consumidores de ATS consumiu estas drogas pela primeira vez entre os 15 e os 19 anos de idade⁽⁶⁴⁾.

Entre os utentes consumidores de ATS em tratamento existem números idênticos de consumidores ocasionais e diários. Nos países onde a percentagem de utentes consumidores de anfetaminas é mais elevada, a maioria destes utentes consome a droga 2 a 6 vezes por semana⁽⁶⁵⁾.

A principal via de consumo das anfetaminas e do *ecstasy* é oral (58,2%); no entanto, cerca de 15% dos utentes injectam a droga; em alguns países, mais de 60% dos utentes consumidores de ATS consomem anfetaminas por via intravenosa (Finlândia e República Checa)⁽⁶⁶⁾.

Mortes relacionadas com o consumo de *ecstasy*

Quando comparadas com as mortes relacionadas com os opiáceos, as mortes relacionadas com o consumo de *ecstasy* são relativamente raras, mas em alguns países não podem ser consideradas insignificantes e a sua monitorização deveria ser melhorada. A expressão «morte relacionada com o consumo de *ecstasy*» poderá significar que a substância foi mencionada na certidão de óbito ou que foi detectada (frequentemente em conjunto com outras drogas) através de análise toxicológica⁽⁶⁷⁾.

Embora os procedimentos de comunicação de dados não estejam harmonizados, os dados dos relatórios nacionais Reitox relativos a 2004 sugerem que as mortes relacionadas com o consumo de *ecstasy* são raras na maioria dos países da UE, muito em especial os casos em que o *ecstasy* é a única droga envolvida. Em 2003, vários países notificaram mortes associadas ao *ecstasy*: a Áustria

(uma morte unicamente relacionada com o *ecstasy*), a República Checa (uma morte provavelmente devida a uma *overdose* de MDMA), a França (oito casos associados ao *ecstasy*), a Alemanha (dois casos associados unicamente ao *ecstasy* e oito envolvendo *ecstasy* combinado com outras drogas — com os valores correspondentes de 8 e 11 em 2002), Portugal (detectado em 2% das mortes relacionadas com a droga) e o Reino Unido (o *ecstasy* é «mencionado» em 49 certidões de óbito em 2000, 76 em 2001 e 75 em 2002). Os Países Baixos comunicaram sete mortes devidas a intoxicação aguda com psicoestimulantes, embora a substância em causa não tenha sido mencionada.

Poucos países apresentam dados sobre o recurso às urgências hospitalares associado ao consumo de *ecstasy*. Em Amesterdão, o número de casos de emergências não fatais (relatório nacional dos Países Baixos) atribuíveis ao consumo de *ecstasy* manteve-se estável entre 1995 e 2003 (o mesmo acontecendo com os casos associados ao consumo de anfetaminas), ao passo que as emergências causadas pelos cogumelos alucinogénicos e o gama-hidroxibutirato (GHB) aumentaram. Na Dinamarca (relatório nacional), o número de contactos hospitalares atribuíveis a intoxicação com estimulantes aumentou de 112 casos em 1999 para 292 casos em 2003; o número destes contactos hospitalares associado ao consumo de *ecstasy* aumentou acentuadamente entre 1999 e 2000, mas sem mostrar uma tendência clara subsequente, ao passo que o número de contactos associados ao consumo de anfetaminas aumentou constantemente ao longo deste período.

Prevenção

Os projectos de prevenção móvel estão a adaptar-se à fragmentação da cultura «rave», de modo a conseguir chegar ao grupo-alvo dos jovens consumidores de droga a título recreativo, por exemplo através de pontos de contacto em cada uma das zonas de consumo. A Alemanha e Portugal, dois dos países que tinham serviços de análise de pastilhas, suspenderam esta prática. Nos Países Baixos, as análises das pastilhas apenas são efectuadas em laboratórios e em França foi proposto o abandono da realização de análises *in loco*. Entre as razões para estas mudanças figuram a reduzida frequência de pastilhas adulteradas na Europa Ocidental e as persistentes preocupações com a legalidade desta prática. Na República Checa, todavia, os projectos de análise de pastilhas prosseguiram e, na verdade, até foram objecto de debate nos meios de comunicação social.

⁽⁶²⁾ Ver quadro TDI-23 no Boletim Estatístico de 2005.

⁽⁶³⁾ Ver quadros TDI-11 (parte I) e TDI-11 (parte V) no Boletim Estatístico de 2005.

⁽⁶⁴⁾ Ver quadros TDI-10 (parte I) e TDI-10 (parte V) no Boletim Estatístico de 2005.

⁽⁶⁵⁾ Ver quadro TDI-18 (parte III) no Boletim Estatístico de 2005.

⁽⁶⁶⁾ Ver quadro TDI-17 (parte III) no Boletim Estatístico de 2005.

⁽⁶⁷⁾ Ver no Relatório anual OEDT 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int/pt/page038-pt.html>) uma análise mais pormenorizada das mortes relacionadas com o consumo de *ecstasy*.

Prevenção em contextos recreativos

Os projectos de prevenção selectiva em contextos recreativos são crescentemente mencionados pelos novos Estados-Membros, sobretudo pela República Checa, Chipre (unidade de informação móvel em locais de diversão nocturna), Hungria (três organizações), Eslovénia e Polónia.

De um modo geral, o conteúdo das intervenções permanece inalterado e é semelhante na maioria dos Estados-Membros, assumindo a forma de discotecas antidroga, manifestações artísticas, teatro, suportes mediáticos (filmes, banda desenhada, etc.), seminários, exposições móveis e viagens de estudo (relatório nacional do Luxemburgo).

As abordagens estruturais continuam a ser importantes. Na Itália, Países Baixos e Escandinávia a formação de redes é considerada como um requisito prévio da prevenção da droga, sendo o seu objectivo influenciar a cultura da vida nocturna. Para este fim, técnicos de prevenção estabelecem ligações com os proprietários dos locais normalmente usados para o consumo recreativo de droga (incluindo os «*coffee shops*» dos Países Baixos) e com outras pessoas ligadas a locais de diversão nocturna, tais como os porteiros e o pessoal dos bares. Na Suécia, essas intervenções estão a ser alargadas a outras grandes cidades para além de Estocolmo. Um estudo sobre projectos semelhantes levados a cabo nos Países Baixos concluiu que «os visitantes e os organizadores das festas comportam-se de forma consideravelmente mais responsável em relação às drogas ilegais do que se esperava» (Pijlman *et al.*, 2003). As abordagens integradas deste tipo também têm a vantagem de desviar a atenção pública dos incidentes e emergências médicas causados pelas drogas ilegais nas grandes festas e de sensibilizar o público para os riscos globais dos locais de diversão nocturna. As orientações para uma vida nocturna mais segura enquadram-se nesta categoria, mas ainda não estão muito divulgadas na Europa (Calafat *et al.*, 2003).

O aconselhamento individual em linha através de sítios na Internet é uma abordagem relativamente nova adoptada na Alemanha e na Áustria (www.drugcom.de). De acordo com a mesma orientação, na Áustria, o aconselhamento por correio electrónico está disponível no novo centro de assistência telefónica para problemas de droga criado em Viena e foram elaboradas normas de qualidade (FSW, 2004). No entanto, a maioria dos sítios *web* de prevenção da droga limita-se a fornecer conselhos de especialistas e não inclui fóruns de discussão, visto não

existirem provas sólidas da eficácia dessas comunidades de pares lideradas por consumidores (Eysenbach *et al.*, 2004).

Apreensões e informação sobre o mercado ⁽⁶⁸⁾

Como refere o Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime (UNODC, 2003a), é difícil quantificar a produção de ATS («drogas sintéticas incluindo as anfetaminas, as metanfetaminas e o *ecstasy* quimicamente relacionadas entre si») porque «se baseia em produtos químicos facilmente disponíveis e tem lugar em laboratórios fáceis de ocultar». Contudo, estima-se que a produção global anual de ATS ronde as 520 toneladas (UNODC, 2003b). As apreensões mundiais de ATS atingiram o auge no ano 2000, com 46 toneladas e, após um período de declínio subsequente, voltaram a aumentar para 34 toneladas em 2003 (CND, 2004, 2005).

Anfetaminas

Com base no número de laboratórios desmantelados, considera-se que a produção mundial de anfetaminas continua concentrada na Europa. Em 2003, foram descobertos laboratórios de anfetaminas em oito Estados-Membros da UE (Alemanha, Bélgica, Estónia, Lituânia, Luxemburgo, Países Baixos, Polónia, Reino Unido). A maior parte das anfetaminas apreendidas na UE em 2003 provinha dos Países Baixos, seguidos pela Bélgica e a Polónia. Além disso, há notícias de anfetaminas produzidas na Estónia e na Lituânia e depois direccionadas para os países nórdicos. O tráfico de anfetaminas continua a ser essencialmente intra-regional (relatórios nacionais Reitox, 2004; CND, 2005).

Do mesmo modo, a maioria das apreensões de anfetaminas é feita na Europa. A Europa Ocidental e Central foram responsáveis por 82% do volume total de anfetaminas apreendidas a nível mundial em 2003, a Europa de Leste e de Sudeste por 13% e os países do Próximo e Médio Oriente por 3% (CND, 2005). Ao longo dos últimos cinco anos, o Estado-Membro da UE que efectuou mais apreensões de anfetaminas foi o Reino Unido ⁽⁶⁹⁾. No conjunto da UE, o número de apreensões de anfetaminas ⁽⁷⁰⁾, que antes já mostrava uma tendência crescente, atingiu o ponto mais alto em 1998, enquanto as quantidades de anfetaminas apreendidas ⁽⁷¹⁾ atingiram um pico em 1997. O número de apreensões de anfetaminas voltou a aumentar em 2001 e 2002, mas, segundo as tendências existentes nos países com dados disponíveis, poderá ter estabilizado ou diminuído em

⁽⁶⁸⁾ Ver a caixa «Interpretação dos dados sobre apreensões e mercado», p. 42.

⁽⁶⁹⁾ Esta situação deverá ser verificada quando estiverem disponíveis os dados em falta referentes ao ano de 2003 no Reino Unido. Não existiam dados disponíveis sobre o número de apreensões de anfetaminas em 2003 para Chipre, Itália, Países Baixos e Roménia; os dados sobre o número de apreensões de anfetaminas e as quantidades apreendidas em 2003 não se encontravam disponíveis para a Irlanda e o Reino Unido.

⁽⁷⁰⁾ Ver quadro SZR-7 (parte I) no Boletim Estatístico de 2005.

⁽⁷¹⁾ Ver quadro SZR-8 (parte I) no Boletim Estatístico de 2005.

2003. As quantidades apreendidas também têm variado, mas parecem estar a aumentar desde 2002 ⁽⁷²⁾.

Em 2003, os preços médios das anfetaminas ao nível do utilizador iam desde 10 euros por grama na Bélgica, Eslováquia, Estónia, Grécia, Hungria, Letónia e Países Baixos e os 37,5 euros por grama na Noruega ⁽⁷³⁾. A pureza média das anfetaminas vendidas a retalho, em 2003, oscilava entre 7,5% (Alemanha) e 50% (Noruega) ⁽⁷⁴⁾.

Metanfetaminas

A nível global, os ATS mais importantes em termos de quantidades produzidas e traficadas são as metanfetaminas. Em 2003, as maiores quantidades continuaram a ser produzidas e apreendidas na Ásia Oriental e do Sudeste (China, Filipinas, Mianmar, Tailândia), seguidas da América do Norte (Estados Unidos) (CND, 2005). A produção de metanfetaminas na Europa é feita em muito menor escala. Em 2003, foram detectados e notificados laboratórios clandestinos de metanfetaminas pela Alemanha, Eslováquia, Lituânia e República Checa, (relatórios nacionais Reitox, 2004; CND, 2005). Na República Checa, a produção de metanfetaminas já tinha sido detectada no início da década de 1980 (UNODC, 2003a); a maior quantidade destina-se ao consumo local, embora alguma parte seja traficada para a Alemanha e a Áustria (relatório nacional checo, 2004). Em 2003, as autoridades checas comunicaram um aumento da produção de «pervitin» (metanfetamina local) a partir de produtos farmacêuticos de marca devido à escassez de efedrina (precursor das metanfetaminas) no mercado negro local. Apesar de o OEDT não compilar sistematicamente os dados relativos a apreensões de metanfetaminas, a Alemanha, a Lituânia, a República Checa e a Noruega comunicam ter feito apreensões dessas drogas em 2003. Além disso, a Dinamarca mencionou que as anfetaminas são cada vez mais comuns no mercado de drogas ilícitas e a Letónia notificou a apreensão de uma maior quantidade (0,8 toneladas) de efedrina em 2003 (comparativamente a 2002) (relatórios nacionais Reitox, 2004).

Segundo as informações existentes, em 2003 o preço de venda a retalho de «pervitin» na República Checa variou entre 16 euros e 63 euros por grama ⁽⁷⁵⁾, enquanto a pureza desta droga oscilou entre 50% e 75% ⁽⁷⁶⁾.

Ecstasy

Em termos globais, a Europa continua a ser o principal centro de produção de *ecstasy*, embora a sua importância relativa pareça estar a decrescer, já que essa produção alastrou a outras partes do mundo nos últimos anos, nomeadamente à América do Norte e ao Leste e Sudeste Asiático (CND, 2005; INCB, 2005). Em 2003, o número de laboratórios de *ecstasy* detectados em todo o mundo diminuiu (CND, 2005); na UE, foram descobertos laboratórios desse tipo na Bélgica, Estónia, Lituânia e Países Baixos (relatórios nacionais Reitox, 2004; CND, 2005). Segundo as informações de que dispomos, o *ecstasy* apreendido na UE provém sobretudo dos Países Baixos, seguidos da Bélgica, embora a Estónia e o Reino Unido também sejam mencionados como países de origem (relatórios nacionais Reitox, 2003).

O tráfico de *ecstasy* continua fortemente concentrado na Europa Ocidental, embora, tal como a produção, se tenha espalhado por todo o mundo nos últimos anos (UNODC, 2003a). Em termos de quantidades apreendidas, em 2003 a Europa Ocidental e Central foi responsável por 58%, seguida pela Oceânia com 23% (CND, 2005). Em 2002, os Países Baixos foram o Estado-Membro da UE que apreendeu mais *ecstasy*, ultrapassando, pela primeira vez, o Reino Unido ⁽⁷⁷⁾.

O número de apreensões de *ecstasy* ⁽⁷⁸⁾ ao nível da UE aumentou rapidamente no período de 1998-2001. No entanto, desde 2002 o número de apreensões diminuiu e, com base nas tendências observadas nos países relativamente aos quais existem dados disponíveis, parece provável que este declínio tenha continuado em 2003. As quantidades de *ecstasy* apreendidas ⁽⁷⁹⁾ aumentaram acentuadamente entre 1998 e 2000, tendo abrandado um pouco desde então. Em 2003, todavia, as quantidades apreendidas diminuíram na maior parte dos países que apresentaram dados. Porém, o aparente declínio das apreensões de *ecstasy* na UE (tanto em termos de número como em termos de quantidades) em 2003 deverá ser confirmado quando estiverem disponíveis os dados em falta referentes ao ano de 2003 — sobretudo para o Reino Unido.

Em 2003, o custo médio de um comprimido de *ecstasy* ao nível da rua variou entre menos de 5 euros (Hungria, Países Baixos) e 20 a 30 euros (Grécia, Itália) ⁽⁸⁰⁾.

⁽⁷²⁾ Esta informação deverá ser verificada quando estiverem disponíveis os dados referentes a 2003 — em especial, no Reino Unido.

⁽⁷³⁾ Ver quadro PPP-4 (parte I) no Boletim Estatístico de 2005.

⁽⁷⁴⁾ Ver quadro PPP-8 (parte I) no Boletim Estatístico de 2005.

⁽⁷⁵⁾ Ver quadro PPP-4 (parte I) no Boletim Estatístico de 2005.

⁽⁷⁶⁾ Ver quadro PPP-8 (parte I) no Boletim Estatístico de 2005.

⁽⁷⁷⁾ Esta situação deverá ser verificada quando estiverem disponíveis os dados em falta referentes ao ano de 2003. Não existiam dados sobre o número de apreensões de *ecstasy* em 2003 em relação a Chipre, Itália, Países Baixos e Roménia; também não existiam dados sobre o número de apreensões de *ecstasy* nem sobre as quantidades apreendidas em 2003 relativamente à Irlanda e ao Reino Unido.

⁽⁷⁸⁾ Ver quadro SZR-9 (parte IV) no Boletim Estatístico de 2005.

⁽⁷⁹⁾ Ver quadro SZR-10 (parte I) no Boletim Estatístico de 2005.

⁽⁸⁰⁾ Ver quadro PPP-4 (parte I) no Boletim Estatístico de 2005.

Em 2003, as análises confirmaram que a maior parte dos comprimidos vendidos como drogas ilícitas apenas continha *ecstasy* (MDMA, o princípio activo) e substâncias afins (MDEA, MDA) como substâncias psicoactivas. Assim aconteceu na Dinamarca, Espanha, Hungria, Países Baixos, Eslováquia e Noruega, onde mais de 95% dos comprimidos analisados continham estas substâncias. Contudo, dois países, Estónia e Lituânia, comunicaram que uma elevada percentagem dos comprimidos analisados (94% e 76% respectivamente) continha anfetaminas e/ou metanfetaminas como únicas substâncias psicoactivas. O teor em MDMA dos comprimidos de *ecstasy* varia muito de lote para lote (inclusive entre os que apresentam o mesmo logótipo), num mesmo país e entre países. Em 2003, o teor médio de MDMA por comprimido de *ecstasy* variava entre 54 e 78 mg ⁽⁸¹⁾. Outras substâncias psicoactivas presentes nos comprimidos vendidos como *ecstasy* em 2003 são as seguintes: MDA, MDE, PMA, PMMA, DOB, 5-MeO-DIPT, 4-MTA e 1-PEA (relatórios nacionais Reitox, 2004).

LSD

O LSD é fabricado e traficado a uma escala muito inferior à dos ATS. Até 2000, o país da UE que efectuava o maior número de apreensões de LSD era o Reino Unido, mas entretanto foi superado ⁽⁸²⁾ pela Alemanha ⁽⁸³⁾. Ao longo do período de 1998-2002, ao nível da UE, quer o número de apreensões de LSD ⁽⁸⁴⁾ quer as quantidades apreendidas ⁽⁸⁵⁾ diminuíram constantemente — salvo em 2000 em que a situação estacionou. No entanto, em 2003, pela primeira vez em nove anos, registou-se um aumento quer do número de apreensões de LSD quer das quantidades apreendidas. Em Espanha, França e Polónia foram apreendidas quantidades excepcionalmente elevadas. Este facto poderá indicar um recrudescimento do tráfico (e talvez do consumo) de LSD na UE. Em 2003, o custo médio no consumidor de um comprimido de LSD variou entre 4 euros no Reino Unido e 25 euros em Itália ⁽⁸⁶⁾.

Sistema de informação de alerta precoce

O objectivo principal do sistema de alerta precoce (*EWS — European early-warning system*) adoptado no âmbito da acção comum relativa às novas drogas sintéticas de 1997 ⁽⁸⁷⁾ é a recolha, análise e intercâmbio

rápidos de informações sobre estas drogas, assim que estas aparecem no mercado de droga europeu. O EWS funciona sob a égide do OEDT, através da rede Reitox, e em estreita cooperação com a Europol, que fornece informações relevantes sobre a aplicação da lei através da sua rede de unidades nacionais (ENU).

Em 2004, o OEDT foi notificado de seis novas drogas sintéticas pelos Estados-Membros, o que eleva para mais de 25 o número total de drogas monitorizadas. Entre elas incluem-se as fenetilaminas de anel substituído (a maioria do grupo 2C, bem como a TMA-2, 4-MTA, PMMA, etc.), triptaminas (DMT, AMT, DIPT e vários derivados) e piperazinas (BZP, mCPP). Também foram recolhidas e permutadas informações sobre várias outras substâncias, incluindo algumas catinonas (como as pirrolidinas substituídas). Contudo, não foi solicitado à Comissão Europeia nem ao Conselho Europeu que autorizassem uma avaliação de risco de qualquer substância nova porque não existiam provas suficientes da existência de riscos para a saúde individual e/ou pública, nem de riscos sociais.

A cetamina e o GHB, que foram ambos sujeitos a uma avaliação dos riscos em 2000, continuam a ser monitorizadas através do EWS. Embora existam indicações de que o consumo destas duas substâncias em locais de diversão poderá ter-se expandido significativamente, os dados disponíveis ainda não são suficientes para quantificar a prevalência ou identificar tendências ao nível da UE.

A Bélgica, Dinamarca, França, Grécia, Hungria, Países Baixos, Reino Unido, Suécia e Noruega comunicaram casos de identificação de cetamina. A maior parte das apreensões foram de pó branco, mas a França e o Reino Unido também comunicaram apreensões/aquisições de cetamina líquida. Os números mais altos de detecções em fluidos e amostras de tecidos corporais foram comunicados pela Suécia e Noruega (51 e 30, respectivamente), mas nenhum deles fazia distinção entre o consumo médico e o consumo ilegal.

Foram comunicados casos de identificação de GHB, incluindo apreensões dos seus precursores GBL e 1,4-BD (produtos químicos que se encontram facilmente disponíveis a nível comercial) pela Bélgica, Dinamarca, Estónia, Finlândia, França, Noruega, Países Baixos,

⁽⁸¹⁾ Estes valores baseiam-se em dados de um pequeno número de países, nomeadamente Alemanha, Dinamarca, França, Luxemburgo e Países Baixos.

⁽⁸²⁾ O pequeno número de apreensões de LSD deve ser tido em conta, a fim de evitar interpretações abusivas de um ano para outro.

⁽⁸³⁾ Esta situação deverá ser verificada quando estiverem disponíveis os dados em falta referentes ao ano de 2003. Não existiam dados sobre o número de apreensões de LSD em 2003 em relação a Chipre, Itália, Países Baixos e Polónia; também não existiam dados sobre o número de apreensões de LSD nem sobre as quantidades apreendidas em 2003 relativamente à Eslovénia, Irlanda, Malta, Reino Unido, Bulgária e Roménia.

⁽⁸⁴⁾ Ver quadro SZR-11 (parte I) no Boletim Estatístico de 2005.

⁽⁸⁵⁾ Ver quadro SZR-12 (parte I) no Boletim Estatístico de 2005.

⁽⁸⁶⁾ Ver quadro PPP-4 (parte I) no Boletim Estatístico de 2005.

⁽⁸⁷⁾ A acção comum de 1997 relativa ao intercâmbio de informações, avaliação de risco e controlo das novas drogas sintéticas (JO L 167 de 25.6.1997) define como novas drogas sintéticas as drogas sintéticas actualmente não incluídas em qualquer das listas da Convenção das Nações Unidas de 1971 sobre substâncias psicotrópicas, que constituem uma ameaça séria para a saúde pública comparável à das substâncias constantes das listas I e II da referida Convenção e que apresentam valor terapêutico limitado. Esta acção diz respeito a produtos finais, distintos dos precursores.

República Checa, Suécia e Reino Unido. O GHB tem sido apreendido tanto em pó como na forma líquida.

Nos últimos dois meses de 2004, foram notificados vários casos de intoxicação devida ao consumo de cocaína adulterada com doses relativamente elevadas de atropina⁽⁸⁸⁾ na Bélgica, França, Itália e Países Baixos. Assim que o risco de intoxicação devido à combinação de cocaína com atropina se tornou visível, o OEDT emitiu um alerta para os parceiros do EWS, aconselhando-os a informarem as suas redes e, em especial, as autoridades sanitárias competentes a respeito dos sintomas de intoxicação causada por cocaína/atropina, para que esta possa ser diagnosticada numa fase inicial. Em resultado deste aviso, vários Estados-Membros optaram igualmente por emitir alertas precoces para as suas redes ou autoridades de saúde pública.

Em Maio de 2005, o EWS foi reforçado através de uma decisão do Conselho (2005/387/JAI) que substituiu a acção comum de 1997. A decisão do Conselho alarga o seu âmbito de acção a todas as novas substâncias psicoactivas (estupefacientes e drogas sintéticas). Além disso, o mecanismo permite incluir medicamentos no intercâmbio de informações sobre as novas substâncias psicoactivas.

Medidas internacionais contra o tráfico de drogas sintéticas

A UE e a cooperação internacional têm vindo a reconhecer crescentemente a importância de monitorizar e controlar os precursores químicos necessários para a produção de substâncias controladas. Aumentando a vigilância sobre os produtos químicos necessários para a produção de drogas como a heroína, a cocaína e o *ecstasy*, é possível aplicar medidas para quebrar ou restringir a oferta. Actualmente, existem três grandes programas internacionais nesta área: a operação «Purple», que incide sobre o permanganato de potássio, utilizado na produção de cocaína; a operação «Topázio», que monitoriza o comércio internacional de anidrido acético, um precursor utilizado na produção de heroína, e o *Project Prism* que se concentra na investigação das apreensões de precursores dos estimulantes do tipo das anfetaminas, nos portos de entrada ou em laboratórios ilegais. No total, foram notificadas ao INCB, e examinadas no âmbito destas operações, 20 227 transacções nos últimos dois anos, existindo indícios de que estas acções afectaram a produção de droga.

O *Project Prism* é particularmente importante para a análise da produção de drogas sintéticas na UE. Trata-se de um domínio de trabalho difícil porque, entre o grande número de produtos químicos que podem ser usados para produzir ATS, figuram muitas substâncias necessárias para actividades comerciais legítimas ou derivadas das

mesmas. Entre as áreas de interesse do *Project Prism* incluem-se a monitorização do comércio internacional de safrolo, utilizado na produção de *ecstasy*; a prevenção do desvio de preparações farmacêuticas contendo pseudoefedrina; e a localização dos laboratórios envolvidos no fabrico ilegal de 1-fenil-2-propanona. Não obstante as dificuldades do trabalho neste domínio, o *Project Prism* parece ter contribuído para melhorar a cooperação internacional, que realizou várias actividades de interdição bem sucedidas. Um exemplo destas últimas, destacado pelo INCB (2005) no seu recente relatório, foi a cooperação entre a China e a Polónia que levou à identificação de um importante caso de contrabando de 1-fenil-2-propanona para a Polónia.

Medidas contra a produção e o tráfico de drogas sintéticas na Europa

Em conformidade com o plano de execução das acções contra a oferta de drogas sintéticas, a Comissão, em cooperação com a Europol, elaborou em Dezembro de 2003 um relatório sobre o ponto da situação dos grandes projectos multilaterais relativos ao mapeamento das redes de distribuição e a experiência adquirida neste domínio ao nível da UE, dos Estados-Membros e dos países candidatos. O relatório destacou os elementos fundamentais desses projectos que parecem ser essenciais para obter benefícios operacionais. Concluiu também que existe uma «potencial vantagem em combinar as informações provenientes de vários sectores relacionados com as drogas sintéticas numa estratégia inclusiva e integrada».

Em Dezembro de 2004, a Europol fundiu os projectos CASE e GENESIS para formar o projecto «Sinergia», que inclui um ficheiro de trabalho para fins de análise (AWF) apoiado por 20 Estados-Membros e alguns países terceiros, o sistema de comparação de laboratórios clandestinos de drogas ilícitas (EILCS) e o Sistema de Logos de *Ecstasy* (EELS). O projecto continua a apoiar a *Comprehensive Action against Synthetic Drugs in Europe* (CASE), uma iniciativa sueca relativa à caracterização das anfetaminas, e a Unidade Comum Europeia em matéria de precursores (*European Joint Unit on Precursors* — EJUP), composta por peritos de seis Estados-Membros.

O componente AWF prevê a recolha e a análise de informações criminais de alto nível relacionadas com drogas e precursores, dando prioridade à investigação de grupos criminosos e/ou *modus operandi* significativos.

O EILCS compila informações fotográficas e técnicas dos locais de produção de drogas sintéticas e das lixeiras químicas com eles relacionadas, permitindo investigar as ligações entre os equipamentos, materiais e produtos químicos apreendidos, promovendo o intercâmbio de informações, as investigações regressivas, a análise

⁽⁸⁸⁾ A atropina, um agente anticolinérgico, é um alcalóide natural da *Atropa belladonna*. Uma intoxicação grave pode ser fatal.

forense para efeitos de prova, identificação e definição dos facilitadores e grupos criminosos a estes associados que devem ser visados. A Europol, através do EILCS, é o ponto focal europeu do *Project Prism — Equipment*, o programa global do INCB das Nações Unidas que investiga as máquinas de fabrico de comprimidos e outros equipamentos de produção de drogas sintéticas.

O EELS compila informações fotográficas e forenses básicas sobre o *modus operandi*, em apreensões importantes, permitindo a identificação de pontos comuns

entre os comprimidos apreendidos e os equipamentos de fabrico, promovendo o intercâmbio de informações entre as autoridades responsáveis pela aplicação da lei, uma investigação aprofundada e a caracterização científica para efeitos de prova e definição dos grupos criminosos que devem ser alvo das acções.

O catálogo da Europol sobre os equipamentos de produção de drogas sintéticas e o catálogo da Europol sobre os logótipos do *ecstasy* são periodicamente actualizados e publicados.



Capítulo 5

Cocaína e cocaína crack

Prevalência e padrões de consumo de cocaína

Segundo inquéritos nacionais recentemente realizados, entre 0,5% e 6% da população adulta reconhece ter experimentado cocaína pelo menos uma vez (isto é, ter experiência ao longo da vida de consumo desta substância), sendo a Itália (4,6%), a Espanha (4,9%) e o Reino Unido (6,8%) os países onde se registam as percentagens mais elevadas nesta matéria. De um modo geral, menos de 1% dos adultos refere ter consumido cocaína recentemente (últimos 12 meses); na maior parte dos países, esta percentagem varia entre 0,3% e 1%. Em Espanha e no Reino Unido, os índices de consumo recente são superiores a 2%.

Embora os valores da prevalência do consumo de cocaína sejam muito inferiores aos valores comparáveis para a *cannabis*, os níveis de consumo entre os jovens adultos podem ser superiores às médias populacionais. A experiência ao longo da vida entre os indivíduos com idades dos 15 aos 34 anos varia entre 1% e 11,6%, registando-se os níveis mais elevados novamente em Espanha (7,7%) e no Reino Unido (11,6%). O consumo recente oscila entre 0,2% e 4,6%, apresentando a Dinamarca, a Irlanda, a Itália e os Países Baixos índices de aproximadamente 2%; em Espanha e no Reino Unido esses índices são superiores a 4%.

O consumo de cocaína é mais elevado entre os indivíduos do sexo masculino. Por exemplo, os inquéritos realizados na Alemanha, Dinamarca, Espanha, Itália, Países Baixos e Reino Unido permitiram concluir que, entre a população masculina com idades compreendidas entre 15 e 34 anos, 5% a 13% apresentam experiência ao longo da vida. Em seis países, o consumo recente foi superior a 3%, comunicando a Espanha e o Reino Unido índices de 6% a 7% (figura 10).

Entre a população em geral, o consumo de cocaína ou é descontinuado após um período de experimentação durante a juventude adulta ou é ocasional, ocorrendo

sobretudo aos fins-de-semana e em contextos recreativos (bares e discotecas). Porém, em alguns países, existem formas de consumo regular que podem não ser desprezáveis. O consumo actual (nos últimos 30 dias) é comunicado por 1,5% a 4% dos jovens do sexo masculino (15 aos 34 anos) em Espanha, Itália, Países Baixos e Reino Unido. É provável que nas zonas urbanas os índices de consumo de cocaína sejam substancialmente mais elevados.

Num estudo recente realizado em várias cidades, a grande maioria (95%) dos denominados consumidores bem integrados socialmente (recrutados em discotecas, clubes ou contactos privados) cheirava cocaína; só uma ínfima parte já tinha fumado ou injectado esta substância (Prinzleve *et al.*, 2004).

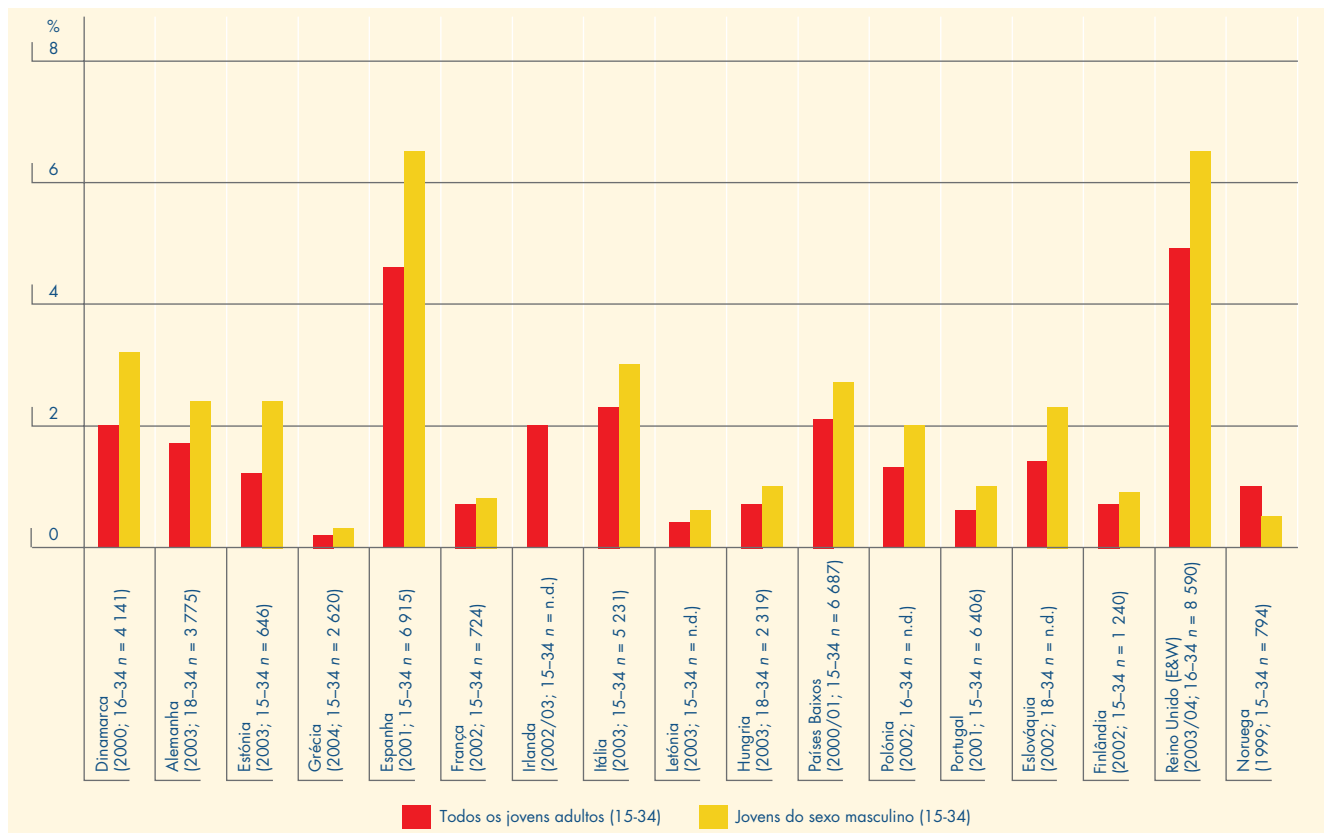
Um cálculo muito aproximado do consumo recente (prevalência no último ano) de cocaína, presumindo uma prevalência média de cerca de 1% da população adulta, indicará um valor de 3 a 3,5 milhões de pessoas na Europa. Os índices do consumo recente apontam para uma estimativa aproximada de cerca de 1,5 milhões de consumidores ⁽⁸⁹⁾.

Como elemento de comparação do exterior da Europa, no inquérito nacional sobre a saúde e o consumo de droga realizado pelos Estados Unidos em 2003 (SAMHSA, 2003), 14,7% dos adultos (a partir de 12 anos) referiram ter experiência ao longo da vida do consumo de cocaína e 2,5% disseram ter consumido cocaína nos últimos 12 meses ⁽⁹⁰⁾. Entre a população com idades compreendidas entre 18 e 25 anos, os valores eram de 15% (longo da vida), 6,6% (últimos 12 meses) e 2,2% (último mês). Para a população masculina entre 18 e 25 anos, os valores eram de 17,4%, 8,2% e 2,9%, respectivamente. Globalmente, a prevalência do consumo de cocaína ao longo da vida é mais elevada entre a população dos EUA em geral do que nos países da Europa com prevalência mais elevada. Contudo, esta diferença não é tão evidente nas avaliações do consumo mais recentes, em que alguns países europeus já comunicam estimativas mais elevadas do que os valores americanos.

⁽⁸⁹⁾ Estas estimativas muito aproximativas baseiam-se apenas na utilização dos valores médios dos índices de prevalência nacionais (ver quadro GPS-1 no Boletim Estatístico de 2005). Note-se que diversos países com grandes populações (Alemanha, Espanha, Itália, Países Baixos e Reino Unido) têm índices de prevalência relativamente elevados, em vários casos mais elevados do que a faixa usada para o cálculo.

⁽⁹⁰⁾ Note-se que o intervalo de variação de idades no inquérito dos EUA (a partir dos 12) é maior do que o intervalo comunicado pelo OEDT para os inquéritos realizados na UE (15 aos 64 anos). Por outro lado, o intervalo etário para os jovens adultos (18 aos 25 anos) é menor do que o intervalo utilizado na maior parte dos inquéritos da UE (15 aos 24 anos).

Figura 10: Consumo recente (último ano) de cocaína entre todos os jovens adultos e os jovens do sexo masculino, medido pelos inquéritos nacionais



NB: Os dados são provenientes dos inquéritos nacionais mais recentes disponíveis em cada país (ver quadro GPS-4, Boletim Estatístico de 2005). Alguns países utilizam uma faixa etária ligeiramente diferente da faixa etária padrão do OEDT para jovens adultos. A variação dos intervalos etários pode explicar, em alguma medida, as disparidades entre países.

Fontes: Relatórios nacionais Reitox (2004), obtidos a partir de inquéritos à população, relatórios ou artigos científicos. Ver também quadro GPS-0, Boletim Estatístico de 2005.

Tendências no consumo de cocaína

Ainda é difícil identificar tendências claras associadas ao consumo de cocaína a nível europeu, com base nos estudos populacionais (ver secção sobre as tendências da *cannabis*). No entanto, têm chegado avisos sobre o aumento do consumo de cocaína na Europa provenientes de várias fontes, incluindo relatórios locais, estudos direccionados efectuados em locais de dança, notícias de aumentos dos indicadores relativos às apreensões e dos indicadores relacionados com problemas (mortes, emergências).

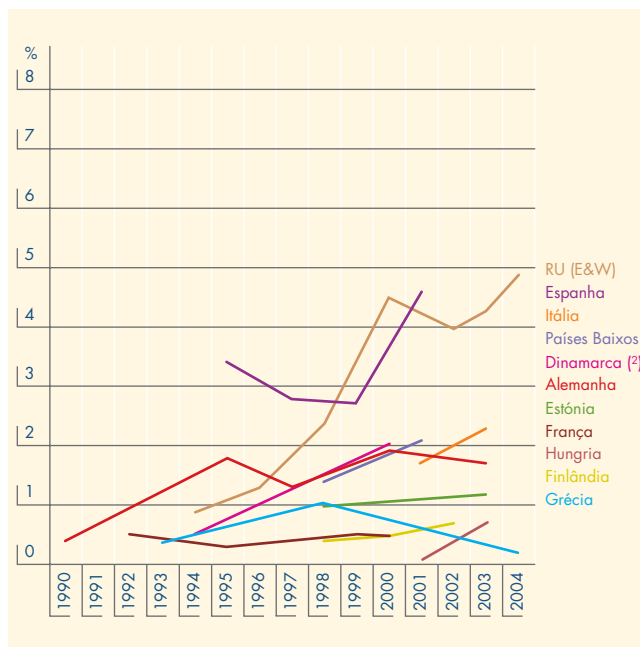
O consumo recente de cocaína entre os jovens aumentou consideravelmente no Reino Unido, entre 1996 e 2000, mas manteve-se relativamente estável desde então, ainda que se tenham observado aumentos moderados nos últimos anos, e também em Espanha ⁽¹⁾ entre 1999 e 2001. Verificaram-se aumentos menos acentuados na Dinamarca, Itália, Hungria, Países Baixos e Áustria (nos inquéritos locais) e, com oscilações ao longo da década de 1990, na Alemanha (figura 11).

Mortes relacionadas com o consumo de cocaína

Os riscos que o consumo de cocaína apresenta para a saúde têm suscitado cada vez mais preocupação, em especial devido à tendência para o aumento do consumo recreativo observada em alguns países, sobretudo em locais (discotecas, clubes) frequentados por grupos de jovens. Apesar de ser difícil calcular o número de mortes relacionadas com a cocaína, este cálculo pode ser um indicador valioso da existência de maiores riscos ou ajudar a identificar padrões de consumo de risco. Embora as mortes por intoxicação aguda relacionada com o consumo de cocaína sem a presença de opiáceos pareçam ser pouco frequentes na Europa, é provável que as estatísticas actuais registem as mortes relacionadas com a cocaína de forma inadequada. As informações disponíveis sobre estas mortes a nível europeu são limitadas e fornecidas de formas diferentes. O consumo de cocaína é frequente entre os consumidores de opiáceos, sendo comum encontrar cocaína nas análises

⁽¹⁾ Informações que chegaram já tarde para serem incluídas no relatório sugerem uma estabilização, nos inquéritos realizados em 2003 (prevalência de 4,8% no último ano entre os jovens adultos comparativamente a 4,6% em 2001).

Figura 11: Tendências do consumo recente (último ano) de cocaína entre jovens adultos (15-34 anos), medidas pelos inquéritos à população (1)



(1) As dimensões das amostras (inquiridos) para o grupo etário dos 15 aos 34 anos, por país e por ano, são apresentadas no quadro GPS-4, Boletim Estatístico de 2005.

(2) Na Dinamarca, o valor relativo a 1994 refere-se às «drogas duras». NB: Dados provenientes dos inquéritos nacionais disponíveis em cada país. Os valores e a metodologia utilizados em cada inquérito podem ser consultados no quadro GPS-4, Boletim Estatístico de 2005.

Em relação aos jovens adultos, o OEDT utiliza o intervalo etário dos 15 aos 34 anos (Dinamarca e Reino Unido a partir dos 16, Alemanha, Estónia (1998) e Hungria a partir dos 18). Em França o intervalo etário era dos 25 aos 34 anos em 1992 e dos 18 aos 39 anos em 1995.

Fontes: Relatórios nacionais Reitox (2004), obtidos a partir de inquéritos à população, relatórios ou artigos científicos. Ver também quadro GPS-0, Boletim Estatístico de 2005.

toxicológicas dos casos de *overdose* de opiáceos, em conjunto com outras substâncias como o álcool e as benzodiazepinas.

Vários países comunicaram informações sobre as mortes relacionadas com a cocaína em 2003 (relatórios nacionais Reitox): Alemanha (25 casos unicamente atribuíveis à cocaína e 93 envolvendo cocaína conjuntamente com outras drogas; em 2002, os valores correspondentes foram de 47 e 84), França (10 mortes atribuíveis unicamente à cocaína e uma em associação com um medicamento), Grécia (dois casos devidos à cocaína), Hungria (quatro mortes devidas a *overdose* de cocaína), Países Baixos (17 mortes devidas à cocaína em 2003, com uma tendência crescente entre 1994, com dois casos, e 2002, com 37 casos), Áustria (foi detectada cocaína em 30% das mortes relacionadas com droga, mas apenas em três casos não estava associada a outras drogas e num caso houve associação com gás), Portugal

(foi detectada cocaína em 37% das mortes relacionadas com a droga) e Reino Unido (as «menções» de cocaína em certificados de óbito aumentaram de 85 em 2000, para 115 em 2001 e 171 em 2002, tendo octuplicado no período de 1993 a 2001). No seu relatório nacional Reitox relativo a 2003, a Espanha comunicou que, em 2001, a cocaína estava presente em 54% das mortes relacionadas com a droga; em 39 casos (8% das mortes relacionadas com a droga) a morte verificou-se sem associação a opiáceos, sendo 21 deles causados apenas por cocaína e cinco por cocaína e álcool.

Apesar das limitações da informação disponível, a cocaína parece ter desempenhado um papel determinante em 1% a 15% das mortes relacionadas com a droga, nos países em condições de diferenciar os tipos de droga causadores da morte, comunicando vários deles (Alemanha, Espanha, França e Hungria) percentagens de cerca de 8% a 12% das mortes relacionadas com a droga. Embora seja muito difícil extrapolar estes resultados para o conjunto da Europa, estas percentagens poderão equivaler a várias centenas de mortes relacionadas com a cocaína por ano, ao nível da UE. Não obstante os valores serem muito mais baixos do que os das mortes causadas pelos opiáceos, as mortes relacionadas com a cocaína constituem um problema grave e que poderá estar a aumentar; nos poucos países relativamente aos quais se podem estimar as tendências, estas são geralmente crescentes.

Além disso, a cocaína pode contribuir para a ocorrência de morte devido a problemas cardiovasculares (arritmias, enfarte do miocárdio, hemorragias cerebrais; ver Ghuran e Nolan, 2000), sobretudo em consumidores com predisposição, e muitas destas mortes podem não ser notificadas.

Dados sobre a procura de tratamento (92)

A seguir aos opiáceos e à *cannabis*, a cocaína é a droga mais mencionada como droga principal consumida pelas pessoas que iniciam tratamento, estando na base de cerca de 10% dos pedidos de tratamento em toda a UE. Contudo, este valor global reflecte uma grande variação entre países: na maioria deles os pedidos de tratamento relacionados com o consumo de cocaína são pouco numerosos, mas em Espanha e nos Países Baixos a percentagem de utentes que procuram tratamento devido ao consumo de cocaína é de 26% e 38%, respectivamente (93). Na maioria dos países, as percentagens de novos utentes que procuram tratamento por consumo de cocaína como primeira droga são mais elevadas do que para o conjunto global de utentes (94). A cocaína também é mencionada como droga secundária

(92) Para a distribuição geral e as tendências, a análise de dados baseia-se nos utentes que procuram tratamento em todos os centros de tratamento e para o perfil dos utentes e os padrões de consumo baseia-se nos centros de tratamento em regime ambulatorio.

(93) Ver quadro TDI-5 (parte II) no Boletim Estatístico de 2005. Os dados relativos a Espanha referem-se a 2002.

(94) Ver quadro TDI-4 (parte II) no Boletim Estatístico de 2005.

por 13% dos novos utentes que procuram tratamento nos centros que funcionam em regime ambulatorio (⁹⁵).

Muitos países comunicam um aumento do consumo de cocaína entre os utentes que procuram tratamento; de 1996 a 2003, a percentagem de novos utentes que procuravam tratamento por consumo de cocaína cresceu de 4,8% para 9,3%, e o número de novos utentes que solicitaram tratamento por consumo de cocaína como primeira droga aumentou de 2 535 para 6 123. Nos Países Baixos, em 2003, pela primeira vez, os novos utentes que procuraram tratamento devido ao consumo de cocaína ultrapassaram em número os que procuraram tratamento por consumo de opiáceos. A partir de uma análise dos dados relativos ao tratamento efectuada em Londres, durante o período de 1995-1996 a 2000-2001, os utentes que consumiam cocaína aumentaram para mais do dobro (GLADA, 2004), se bem que a partir de um nível inicial baixo (735 para 1 917).

Provavelmente, estes dados são influenciados por um problema pequeno mas crescente de consumo de cocaína crack (cocaína de base para fumar), sobre o qual têm havido indícios provenientes dos Países Baixos e do Reino Unido, países onde o número de utentes consumidores de cocaína crack aumentou nos últimos anos. Embora o número de consumidores problemáticos seja baixo, eles tendem a concentrar-se num pequeno número de grandes zonas urbanas e, por isso, são mais visíveis nos relatórios provenientes da monitorização efectuada nas cidades.

Os consumidores de cocaína crack tendem a ter uma origem social diferente dos consumidores de cocaína em pó. Os primeiros tendem a ser mais desfavorecidos socialmente e alguns dados sugerem que as populações das minorias étnicas podem ser particularmente vulneráveis aos problemas de consumo de cocaína crack: dois terços dos negros que procuram tratamento da toxicod dependência em Londres consomem cocaína crack como primeira droga (GLADA, 2004) e 30% dos utentes consumidores de crack dos Países Baixos são de origem não neerlandesa. Não obstante as preocupações suscitadas pelo crack, recorde-se que, embora esta droga esteja associada a danos particularmente graves tanto para os indivíduos que a consomem como para as comunidades onde vivem, esse problema continua a estar muito localizado, na Europa. Note-se que os utentes consumidores de cocaína crack são sobretudo mencionados por dois países (Países Baixos e Reino Unido).

Globalmente, a maioria dos pedidos de tratamento por consumo de cocaína na Europa não se encontra relacionada com a cocaína crack. Cerca de 70% dos novos utentes consumidores de cocaína consomem hidrocloreto de cocaína (cocaína em pó) (a maioria inala

a droga) e os restantes 30% consomem cocaína crack. Cerca de 5% dos novos utentes consumidores de cocaína dizem injectar-se.

Os novos utentes que procuram tratamento por consumo de cocaína como primeira droga são predominantemente do sexo masculino (rácio de 3,7 homens para 1 mulher), havendo diferenças entre os países na distribuição dos géneros (⁹⁶). Um estudo de investigação qualitativa realizado em Itália sobre os utentes que procuravam tratamento por consumo de estimulantes, principalmente cocaína, refere que o número de mulheres consumidoras quase iguala o dos homens, mas que entre as pessoas que procuram tratamento por consumo de cocaína e outros estimulantes o rácio entre homens e mulheres pende fortemente para o lado dos homens (Macchia et al., 2004).

Os novos utentes que consomem cocaína como primeira droga são mais velhos, em média, do que os outros consumidores de droga (média de idades de 30 anos, pertencendo a maioria à faixa etária dos 20 aos 34 anos); uma percentagem mais pequena, se bem que importante, dos utentes situa-se, segundo as informações, entre os 35 e os 39 anos de idade (⁹⁷).

A cocaína é frequentemente consumida em conjunto com outras drogas secundárias, muitas vezes cannabis (40%) ou álcool (37%). Estudos locais sobre os consumidores de droga injectada sugerem que, em algumas zonas, a combinação de heroína e cocaína numa injeção se está a tornar mais popular (prática por vezes denominada «speedballing» pelos consumidores de droga injectada). Porém, a realidade sugerida por estes estudos não é visível nos dados globais sobre a procura de tratamento da maior parte dos países, em que apenas uma pequena percentagem de utentes menciona o consumo combinado de heroína e cocaína. Contudo, isto não se aplica a todos os países; por exemplo, nos Países Baixos, uma análise dos dados sobre a procura de tratamento por consumidores de cocaína sugere que muitos destes utentes fazem policonsumo de drogas e que, entre eles, o grupo mais numeroso é o dos que consomem cocaína e heroína simultaneamente (Mol et al., 2002).

Tratamento do consumo problemático de cocaína

Não existe um tratamento farmacológico consagrado e generalizado disponível para os consumidores com problemas devido ao consumo de cocaína como os que existem para os que sofrem de problemas causados pelo consumo de opiáceos. Por vezes podem ser-lhes prescritos medicamentos que aliviam os sintomas de forma sistemática, mas normalmente são de curta duração e

(⁹⁵) Ver quadro TDI-24 no Boletim Estatístico de 2005.

(⁹⁶) Ver quadro TDI-22 no Boletim Estatístico de 2005 e *Differences in patterns of drug use between women and men* (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7293>).

(⁹⁷) Ver quadro TDI-10 (parte I) no Boletim Estatístico de 2005.

visam apenas reduzir os problemas relacionados com o consumo de cocaína, por exemplo a ansiedade ou as perturbações do sono. As opções de tratamento a mais longo prazo para os consumidores de cocaína inserem-se normalmente no âmbito dos serviços genéricos de tratamento da toxicod dependência. Contudo, as opções globais de tratamento para as pessoas com problemas causados pelo consumo de cocaína parecem estar pouco desenvolvidas (Haasen, 2003). É possível que esta situação esteja a começar a mudar uma vez que alguns países procuram desenvolver novas respostas de tratamento direccionadas para as pessoas com esses problemas, sendo disto exemplo a criação de serviços específicos para o consumo de cocaína *crack* na Inglaterra (NTA, 2003).

A maior parte da literatura científica sobre o tratamento de problemas causados pelo consumo de cocaína provém de estudos americanos e, por isso, poderá não reflectir o contexto europeu. Infelizmente, a avaliação do tratamento do consumo problemático de cocaína continua a escassear na UE, o que em parte se limita a reflectir o facto de, até agora, ser relativamente raro os serviços de tratamento depararem com problemas causados pelo consumo de cocaína. Uma análise europeia sistemática da literatura sobre o tratamento para o consumo de cocaína (Rigter *et al.*, 2004) constatou que a observância do tratamento por parte dos consumidores problemáticos de cocaína é geralmente baixa e as taxas de recaída elevadas. Existem alguns indícios de que a psicoterapia poderá ajudar a reduzir o consumo, não tendo sido encontradas provas sólidas da eficácia da acupunctura no tratamento dos problemas causados pelo consumo de cocaína. No entanto, em termos globais, estas conclusões devem ser consideradas no contexto da ausência de uma sólida fundamentação europeia, baseada em provas, que oriente as intervenções terapêuticas neste domínio. Por exemplo, nem sequer se sabe ao certo se as intervenções especificamente orientadas para a cocaína são mais eficazes do que a inscrição das pessoas com problemas de consumo de cocaína em programas mais genéricos de tratamento da toxicod dependência não especificamente relacionados com esta substância. Além disso, ainda está em aberto se é ou não possível desenvolver um tratamento farmacológico para os consumidores problemáticos de cocaína que possa vir a ser a «opção de tratamento normais», da mesma forma que a metadona e a buprenorfina se transformaram em métodos normais de tratamento do consumo problemático de opiáceos. Note-se que os opiáceos e os estimulantes como a cocaína têm mecanismos de actuação no organismo muito diferentes, sendo por conseguinte normal que as opções terapêuticas para tratar os problemas de toxicod dependência também sejam diferentes. Nos EUA está em curso um trabalho interessante tendo em vista desenvolver intervenções que bloqueiem temporariamente

o efeito do consumo de cocaína no consumidor, e será interessante ver se este trabalho irá permitir disponibilizar novas opções de tratamento, no futuro.

Redução dos riscos para a saúde

Nos últimos anos, as medidas destinadas a prevenir e reduzir os riscos para a saúde associados ao consumo de cocaína e de cocaína *crack* aumentaram rapidamente e têm sido publicadas novas informações específicas sobre a cocaína e o *crack*, sobretudo na Internet. As linhas telefónicas de auxílio da Bélgica, França e Portugal receberam mais pedidos de informações sobre o consumo de cocaína e cocaína *crack* do que em períodos anteriores, embora a percentagem destas chamadas ainda seja muito inferior às das chamadas relativas às drogas legais e à *cannabis*. O pessoal que trabalha nos serviços de tratamento da toxicod dependência dispõe presentemente de mais formação sobre o modo de responder adequadamente aos problemas suscitados pelo consumo de cocaína e cocaína *crack* em vários contextos onde este constitui um fenómeno recente (as diversões de fim-de-semana em Dublin ou nos meios *techno* de Viena).

Nos grandes centros urbanos, é oferecido aconselhamento especializado e tratamento aos consumidores de cocaína e *crack*, por exemplo, em Frankfurt (Suchthilfezentrum Bleichstrasse: www.drogenberatung-ji.de), Barcelona (Hospital Vall d'Hebron: www.vhebron.es), Viena (ChEck iT!: www.checkyourdrugs.at) e Londres (www.cracklondon.org.uk).

Apreensões e informação sobre o mercado ⁽⁹⁸⁾

Produção e tráfico

A Colômbia é de longe o primeiro produtor mundial de coca ilícita, seguida do Peru e da Bolívia. Calcula-se que a produção mundial de cocaína em 2003 tenha sido de 655 toneladas, das quais 67% provieram da Colômbia, 24% do Peru e 9% da Bolívia (CND, 2005). A maior parte da cocaína apreendida na Europa provém directamente da América do Sul (Colômbia) ou é expedida através da América Central e das Caraíbas. Em 2003, o Brasil e a Venezuela, em especial, foram mencionados como países de trânsito para a cocaína importada pela UE, lado a lado com a Argentina, a Costa Rica e Curaçao (relatórios nacionais Reitox, 2004; CND, 2005). Outras zonas de trânsito foram a África Austral e Ocidental (INCB, 2005). Os principais pontos de entrada na UE continuam a ser a Espanha, os Países Baixos e Portugal (relatórios nacionais Reitox, 2004; CND, 2005; INCB, 2005).

⁽⁹⁸⁾ Ver a caixa «Interpretação dos dados sobre apreensões e mercado», p. 42.

Apreensões

Os dados relativos às apreensões indicam que a cocaína é a terceira droga mais traficada no mundo, a seguir à *cannabis* herbácea e à resina de *cannabis*. Em termos de volume apreendido (490,5 toneladas em todo o mundo em 2003) a maior parte do tráfico de cocaína continuou a ter lugar, em 2003, no continente americano (82%) e na Europa. Esta última foi responsável por 17% da quantidade total de cocaína apreendida a nível mundial, o que constitui um aumento relativamente ao ano anterior (CND, 2005). Na Europa, é nos países ocidentais que se verifica a maior parte das apreensões de cocaína. Nos últimos cinco anos, a Espanha foi, em permanência, o Estado-Membro da UE com o nível mais elevado de apreensões de cocaína. Em 2003, foi responsável por mais de metade do total da UE, quer em termos do número de apreensões quer de quantidades apreendidas ⁽⁹⁹⁾.

No período de 1998–2002, verificou-se um aumento do número de apreensões de cocaína ⁽¹⁰⁰⁾ em todos os países, com excepção da Alemanha e de Portugal. No mesmo período, verificaram-se oscilações nas quantidades de cocaína apreendidas na UE ⁽¹⁰¹⁾, embora com uma tendência ascendente. Contudo, a avaliar pelas tendências registadas nos países relativamente aos quais

existem dados disponíveis, o número de apreensões de cocaína ao nível da UE parece ter diminuído em 2003 (nomeadamente em Espanha), ao passo que a quantidade de cocaína apreendida aumentou substancialmente (sobretudo em Espanha e nos Países Baixos). Na União Europeia parecem ter sido efectuadas apreensões de quantidades particularmente elevadas de cocaína em 2003.

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

Preço e pureza

Em 2003, o preço médio da cocaína ⁽¹⁰²⁾ vendida a retalho no território da UE variava muito, entre 34 euros por grama em Espanha e 175 euros por grama na Noruega.

Em comparação com a heroína, a pureza média da cocaína ao nível do utilizador é elevada, tendo oscilado, em 2003, entre 32% na Alemanha e na República Checa e 83% na Polónia ⁽¹⁰³⁾.

⁽⁹⁹⁾ Esta situação deverá ser verificada quando estiverem disponíveis os dados em falta referentes ao ano de 2003. Não existiam dados disponíveis sobre o número de apreensões de cocaína efectuadas em 2003 para Chipre, Itália, Países Baixos e Roménia; os dados sobre o número de apreensões de cocaína e as quantidades apreendidas em 2003 não se encontravam disponíveis para a Irlanda e o Reino Unido.

⁽¹⁰⁰⁾ Ver quadro SZR-5 (parte I) no Boletim Estatístico de 2005.

⁽¹⁰¹⁾ Ver quadro SZR-6 (parte I) no Boletim Estatístico de 2005.

⁽¹⁰²⁾ Ver quadro PPP-3 (parte I) no Boletim Estatístico de 2005.

⁽¹⁰³⁾ Ver quadro PPP-7 (parte I) no Boletim Estatístico de 2005. Note-se que as estimativas da pureza média da cocaína na Polónia e na República Checa em 2003 se baseiam num pequeno número de amostras ($n = 5$ e 6 respectivamente).



Capítulo 6

Heroína e consumo de droga injectada

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

Consumo problemático de droga

Em termos operacionais, o consumo problemático de droga é definido como sendo o «consumo de droga injectada ou consumo prolongado/regular de opiáceos, cocaína e/ou anfetaminas»⁽¹⁰⁴⁾. Da dificuldade de obter cálculos fiáveis neste domínio resultam variações nas definições e incertezas metodológicas, o que exige um cuidado especial ao interpretar as diferenças entre países e ao longo do tempo.

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

O consumo problemático de droga está a tornar-se cada vez mais diversificado. Por exemplo, os problemas associados ao policonsumo têm vindo a adquirir um peso crescente na maioria dos países, enquanto outros, onde os problemas associados aos opiáceos têm tradicionalmente predominado, dão agora conta de mudanças para outras drogas. Em Espanha, verifica-se uma diminuição dos índices relativos aos consumidores problemáticos de opiáceos e observa-se um aumento dos problemas associados ao consumo de cocaína, apesar de o país não

dispor de estimativas fiáveis das tendências temporais do consumo problemático de cocaína. A Alemanha e os Países Baixos dão conta de uma percentagem crescente de consumidores de cocaína *crack* entre os seus grupos populacionais com problemas de consumo de droga, se bem que o índice global de consumidores problemáticos de droga nos Países Baixos não tenha sofrido alterações.

Prevalência

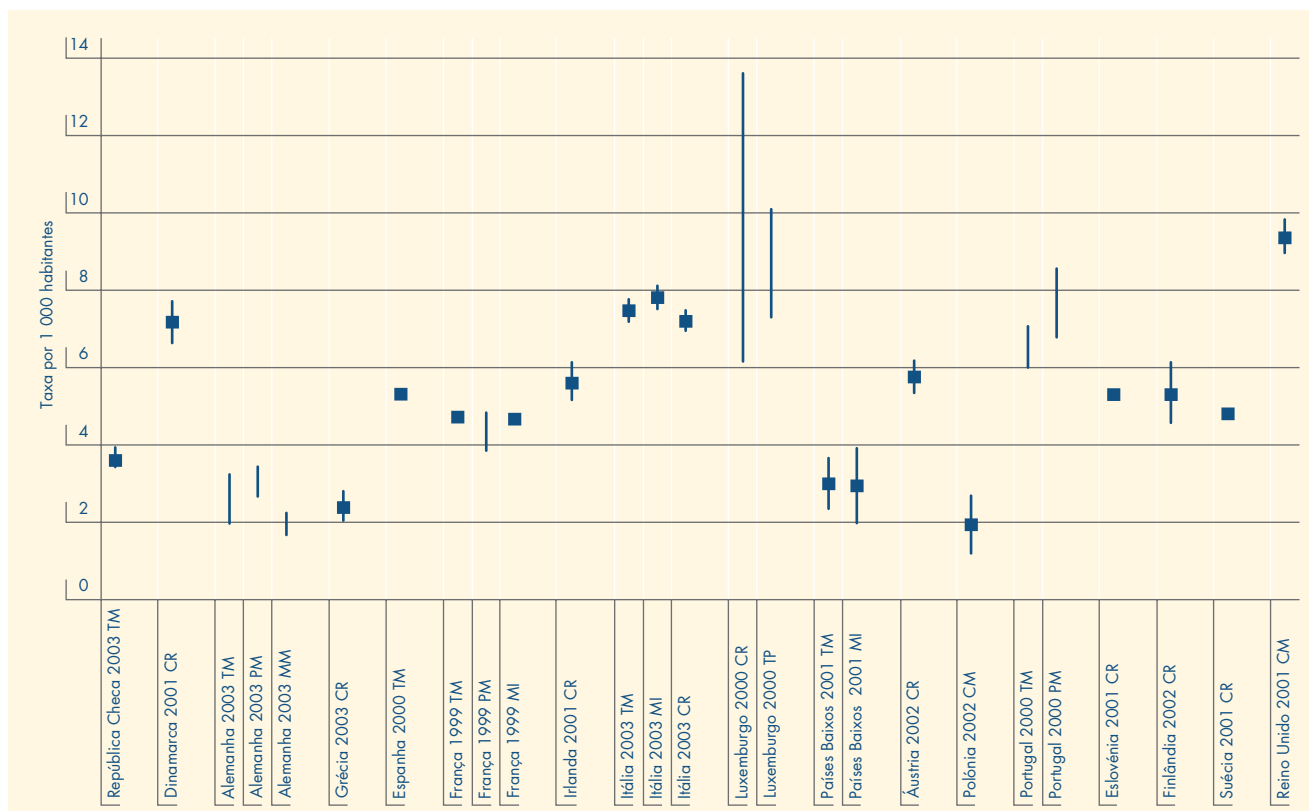
Os cálculos da prevalência do consumo problemático de droga a nível nacional, no período de 1999 a 2003, situam-se entre dois e 10 casos por cada 1 000 habitantes com idades compreendidas entre 15 e 64 anos (utilizando os pontos médios das estimativas) ou até 1% da população adulta⁽¹⁰⁵⁾. A prevalência parece apresentar grandes diferenças entre os países, embora nos casos em que foram utilizados métodos diferentes dentro do mesmo país os resultados sejam em grande medida coerentes. As estimativas mais elevadas foram as comunicadas pela Dinamarca, Irlanda, Itália, Luxemburgo, Áustria, Portugal, Espanha e Reino Unido (6 a 10 casos por 1 000 habitantes com idades compreendidas entre 15 e 64 anos), e as taxas mais baixas foram comunicadas pela Alemanha, Grécia, Países Baixos e Polónia (menos de quatro casos por 1 000 habitantes com idades entre 15 e 64 anos) (figura 12). De entre os novos Estados-Membros da UE e países candidatos, só nos chegaram cálculos bem documentados da Eslovénia, Polónia e República Checa, com valores que se situam na média ou abaixo da média do referido intervalo de variações, ou seja, 3,6, 1,9 e 5,3 por 1 000 habitantes com idades compreendidas entre 15 e 64 anos, respectivamente. A média ponderada de consumidores problemáticos de droga na UE situa-se provavelmente entre quatro e sete casos por cada 1 000 habitantes com idades compreendidas entre 15 e 64 anos, o que se traduz em 1,2 a 2,1 milhões de consumidores problemáticos de droga na UE, dos quais cerca de 850 000 a 1,3 milhões são consumidores activos de droga injectada. Contudo, estas estimativas estão longe de estar adequadamente fundamentadas e terão de ser revistas quando existirem mais dados disponíveis provenientes dos novos Estados-Membros.

As estimativas locais e regionais sugerem que a prevalência de consumidores problemáticos de droga pode variar muito consoante a cidade e a região. As estimativas de prevalência locais mais elevadas, no

⁽¹⁰⁴⁾ Para uma informação mais pormenorizada, ver as Notas metodológicas sobre o consumo problemático de droga no Boletim Estatístico de 2005.

⁽¹⁰⁵⁾ Ver quadro PDU-1 no Boletim Estatístico de 2005.

Figura 12: Estimativas da prevalência do consumo problemático de droga, 1999-2003 (taxa por 1 000 habitantes entre os 15 e os 64 anos)



NB: CR = captura/recaptura; MT = multiplicador tratamento; MP = multiplicador polícia; IM = indicador variantes múltiplas; RTP = regressão truncada de Poisson; MC = métodos combinados. Para mais pormenores ver PDU-1, PDU-2 e PDU-3, Boletim Estatístico de 2005. O símbolo indica uma estimativa pontual e uma barra indica um intervalo de incerteza, que pode ser um intervalo de confiança de 95% ou um intervalo baseado numa análise de sensibilidade (ver quadro PDU-3). Os grupos-alvo podem variar ligeiramente em virtude dos diferentes métodos e fontes de dados, pelo que as comparações devem ser efectuadas com prudência. A estimativa espanhola não inclui o consumo problemático de cocaína; nos quadros PDU-2 e PDU-3, figura uma estimativa mais elevada que tem este grupo em conta, mas que poderá não ser tão fiável.

Fontes: Pontos focais nacionais. Ver também OEDT (2003).

período de 1999-2003, são comunicadas pela Irlanda, Portugal e o Reino Unido, com índices que atingem 16 (Dublim), 17 (Beja), 24 (Aveiro) e 25 (partes de Londres), até 29 (Dundee) e 34 (Glasgow) CDI por cada 1 000 habitantes (figura 13). A variabilidade geográfica é, todavia, acentuada a nível local, sendo a prevalência noutra zona de Londres estimada em 6 habitantes por cada 1 000. Estes dados apontam para a necessidade de aumentar a disponibilidade de estimativas de prevalência locais fiáveis em muitos outros países, onde podem existir taxas de prevalência locais ou regionais particularmente elevadas (ou baixas) mas que não estão a ser medidas.

Apesar dos consideráveis melhoramentos verificados ao nível dos métodos de cálculo, a falta de dados fiáveis e consistentes relativos ao passado torna complexa a avaliação das tendências em matéria de consumo problemático de droga. As informações que nos chegam de alguns países sobre mudanças ao nível dos cálculos, apoiadas por outros dados indicadores, sugerem que se tem verificado um aumento do consumo problemático de droga desde meados da década de 1990 (OEDT, 2004a); no entanto, em alguns países, este consumo parece ter

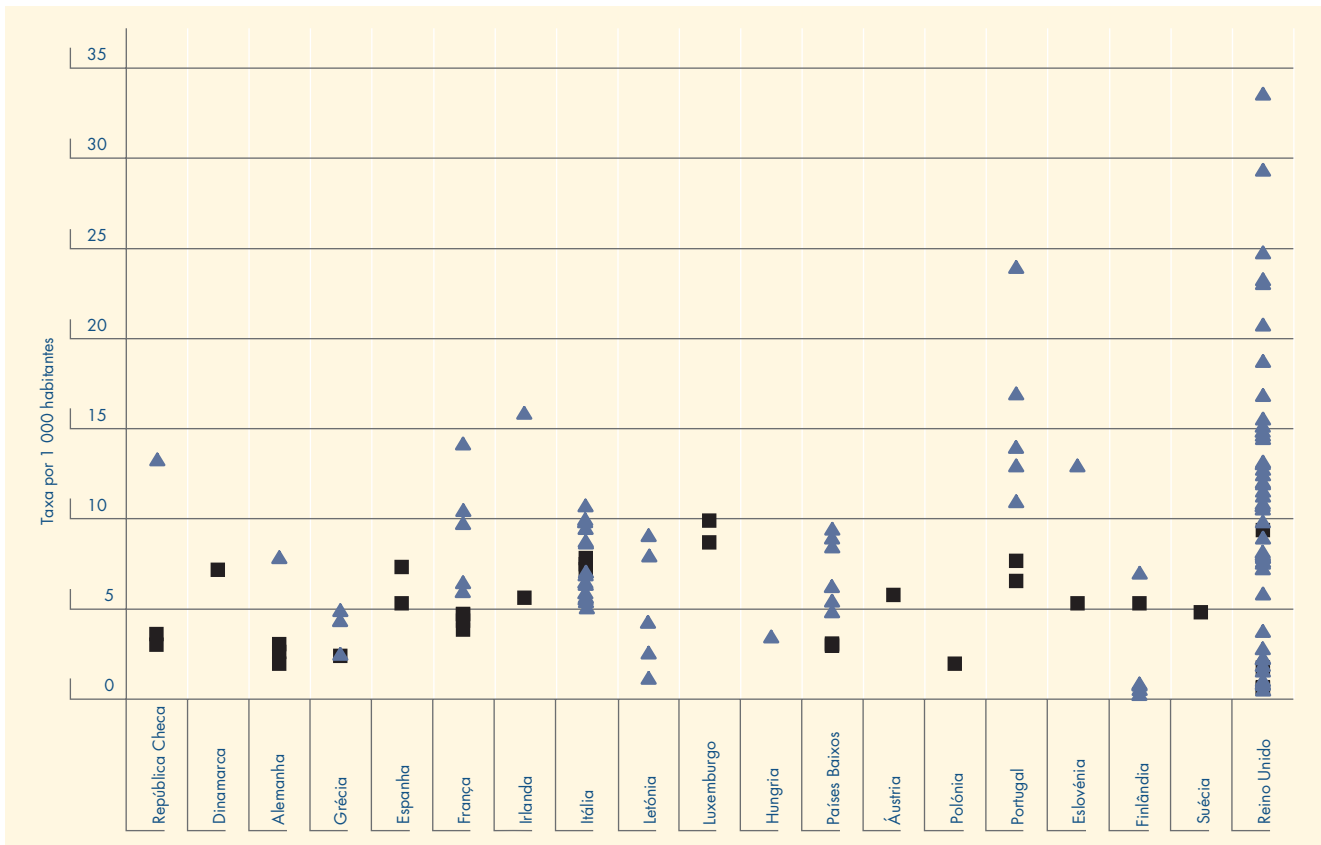
estabilizado nos últimos anos. Estão disponíveis estimativas repetidas em relação ao período de 1999 a 2003 provenientes de 16 países (contando com a Dinamarca e a Suécia, ambas com dados relativos a 1998-2001, e o Reino Unido, que tem dados referentes a 1996-2001). Destes 16 países, seis comunicaram um aumento, nas estimativas, do número de consumidores problemáticos de droga (Áustria, Dinamarca, Finlândia, Noruega, Suécia e Reino Unido), cinco referiram uma estabilização ou uma diminuição da prevalência (Alemanha, Eslovénia, Irlanda, Grécia e República Checa) e cinco (Espanha, Itália, Luxemburgo, Países Baixos e Portugal) apresentaram diversas tendências, dependendo do método de cálculo utilizado, as quais podem referir-se em parte a diferentes grupos-alvo entre os consumidores problemáticos de droga ⁽¹⁰⁶⁾.

Consumo de droga injectada

Os consumidores de droga injectada (CDI) correm elevados riscos de sofrer consequências adversas, impondo-se por conseguinte considerar o consumo de

⁽¹⁰⁶⁾ Ver figura PDU-4 no Boletim Estatístico de 2005.

Figura 13: Estimativas nacionais e locais da prevalência do consumo problemático de droga, 1999-2003 (taxa por 1 000 habitantes entre os 15 e os 64 anos)



NB: Quadrado preto = amostra nacional; triângulo azul = amostras locais/regionais. Os grupos-alvo podem variar ligeiramente em virtude dos diferentes métodos e fontes de dados, pelo que as comparações devem ser efectuadas com prudência. Para mais pormenores ver quadros PDU-1, PDU-2 e PDU-3, Boletim Estatístico de 2005. O padrão das estimativas da prevalência a nível local depende em grande medida da disponibilidade e da localização dos estudos; no entanto, quando disponíveis, as estimativas locais podem sugerir que a prevalência difere da média nacional em cidades ou regiões específicas.

Fontes: Pontos focais nacionais. Ver também OEDT (2003).

droga injectada em separado, como uma categoria nuclear do consumo problemático de droga.

Apesar da sua importância em termos de saúde pública, poucos países fornecem estimativas nacionais ou locais sobre o consumo de droga injectada. As estimativas disponíveis a nível nacional variam entre um e seis casos por cada 1 000 habitantes com idades compreendidas entre 15 e 64 anos, o que indica a existência de diferenças importantes entre os países na prevalência do consumo de droga injectada ⁽¹⁰⁷⁾. O Luxemburgo é o Estado-Membro da UE que apresenta as estimativas nacionais mais elevadas de consumidores de droga injectada, com taxas de cerca de seis casos por cada 1 000 habitantes entre os 15 e os 64 anos de idade, ao passo que a Grécia comunica a estimativa mais baixa, com pouco mais de um caso por 1 000 habitantes. Embora as estimativas da prevalência do consumo de droga injectada sejam escassas, há indícios de uma prevalência crescente a partir de 1999 na Noruega,

enquanto em Portugal diferentes métodos de cálculo sugerem tendências diferentes ⁽¹⁰⁸⁾.

A análise dos índices de consumidores de heroína injectada em tratamento revela acentuadas diferenças entre países na prevalência do consumo de droga injectada, bem como tendências variáveis ao longo do tempo ⁽¹⁰⁹⁾. Em alguns países (Espanha, Países Baixos e Portugal), a percentagem de consumidores de heroína que se injectam é relativamente pequena, ao passo que na maior parte dos outros países o consumo de heroína por via endovenosa continua a ser a regra. Em alguns dos Estados-Membros mais antigos da UE relativamente aos quais existem dados disponíveis (Dinamarca, Espanha, França, Grécia, Itália e Reino Unido), os índices de consumo por injeção entre os consumidores de heroína em tratamento diminuíram. Todavia, na maior parte dos novos Estados-Membros da União, pelo menos naqueles relativamente aos quais existem dados disponíveis, quase todos os consumidores de heroína o fazem por via endovenosa.

⁽¹⁰⁷⁾ Ver figura PDU-2 no Boletim Estatístico de 2005.
⁽¹⁰⁸⁾ Ver figura PDU-5 no Boletim Estatístico de 2005.
⁽¹⁰⁹⁾ Ver figura PDU-3 no Boletim Estatístico de 2005.

Dados sobre a procura de tratamento

Do total de pedidos de tratamento apresentados, sabe-se que 60% estão relacionados com o consumo de opiáceos, embora em muitos casos a droga principal não seja registada, e que mais de metade (54%) destes utentes consumidores de opiáceos fá-lo por via endovenosa, não se sabendo se 10% deles se injectam ou não. Segundo as informações comunicadas, os opiáceos são a droga secundária para cerca de 10% dos novos utentes ⁽¹¹⁰⁾.

Em muitos países, os opiáceos (sobretudo heroína) continuam a ser as principais drogas pelas quais os utentes procuram tratamento, mas constata-se diferenças importantes entre os países. Dividindo os Estados-Membros da UE e países candidatos à adesão aproximadamente em três grandes grupos, consoante a percentagem dos consumidores de heroína em relação à totalidade da população em tratamento, verificamos a seguinte distribuição:

- abaixo de 40%: Finlândia, Países Baixos, Polónia, República Checa, Suécia;
- entre 50% e 70%: Alemanha, Chipre, Dinamarca, Eslováquia, Espanha, Irlanda, Letónia, Roménia;
- acima de 70%: Eslovénia, França, Grécia, Itália, Lituânia, Luxemburgo, Malta, Reino Unido, Bulgária ⁽¹¹¹⁾.

De acordo com os relatórios, a prevalência de utentes consumidores de opiáceos que continuam em tratamento durante muitos anos está a aumentar, ao passo que a incidência de novos pedidos de tratamento por consumo de opiáceos está a diminuir (relatórios nacionais Reitox, 2004; Drug Misuse Research Division, 2004). Relativamente a alguns países, é possível acompanhar as tendências do consumo de heroína entre os utentes que iniciam tratamento, entre 1996 e 2003, e estas mostram um declínio global, em termos absolutos, do número de pessoas que procuram tratamento.

O contributo relativo do tratamento por consumo de opiáceos para a dimensão da população de novos utentes que iniciam tratamento diminuiu de forma mais acentuada, devido ao aumento do número de doentes notificados com problemas principalmente relacionados com outras drogas. Esta situação pode dever-se, por sua vez, à substituição do consumo de heroína pelo consumo de cocaína por parte de alguns utentes consumidores de opiáceos (Ouweland *et al.*, 2004), à diferenciação do sistema de tratamento, que se tornou mais acessível a outros consumidores problemáticos de droga, ou ao recrutamento reduzido de novos consumidores

problemáticos de droga (relatório nacional dos Países Baixos).

Esta tendência revela diferenças entre países, na última década, com uma forte diminuição dos utentes que consomem heroína na Dinamarca, Alemanha, Países Baixos, Eslováquia e Finlândia e algum aumento na Bulgária e no Reino Unido ⁽¹¹²⁾.

A análise dos dados sobre os novos utentes que frequentam os centros de tratamento em regime ambulatorio permite descrever mais pormenorizadamente o perfil dos consumidores de opiáceos. Por cada mulher que solicita a entrada em tratamento por consumo de opiáceos como droga principal, há 2,8 homens na mesma situação; no entanto, os rácios entre os géneros variam consideravelmente consoante o país, de 5:1 a 2:1, com as exceções de Chipre, onde o rácio entre os sexos masculino e feminino é muito elevado (11:1), e a Suécia, onde é muito baixo (0,9:1) e as mulheres são em maior número do que os homens entre os consumidores de opiáceos ⁽¹¹³⁾.

A maioria dos consumidores de opiáceos têm entre 20 e 34 anos de idade, e no grupo etário dos 30 a 39 anos mais de metade dos utentes procura tratamento por consumo de opiáceos. A tendência registada é para um envelhecimento destes utentes; por exemplo, nos Países Baixos cerca de 40% dos novos utentes consumidores de opiáceos têm mais de 40 anos. São exceções a Roménia e a Eslovénia, onde se encontra uma população muito jovem (15 aos 19 anos) de utentes consumidores de opiáceos ⁽¹¹⁴⁾.

A maioria destes utentes diz tê-los consumido pela primeira vez entre os 15 e os 24 anos de idade, tendo cerca de 50% consumido a droga pela primeira vez antes dos 20 anos ⁽¹¹⁵⁾. Comparando a idade do início do consumo com a idade do primeiro tratamento, o intervalo temporal entre o primeiro consumo e o primeiro pedido de tratamento situa-se, geralmente, entre 5 e 10 anos. O início do consumo de opiáceos numa idade muito jovem encontra-se frequentemente associado a um conjunto de problemas comportamentais e de desfavorecimento social (relatório nacional do Reino Unido).

Na maior parte dos países, entre 60% e 90% dos utentes consumidores de opiáceos consomem a droga diariamente, ao passo que alguns utentes não consumiram opiáceos no último mês ou consumiram-nos apenas ocasionalmente; este facto é provavelmente explicado por os utentes terem suspenso o consumo de droga antes de iniciarem o tratamento ⁽¹¹⁶⁾.

⁽¹¹⁰⁾ Ver quadro TDI-24 no Boletim Estatístico de 2005.

⁽¹¹¹⁾ Ver quadro TDI-5 (parte II) no Boletim Estatístico de 2005.

⁽¹¹²⁾ Ver quadro TDI-3 (parte I) no Boletim Estatístico de 2005.

⁽¹¹³⁾ Ver quadro TDI-22 no Boletim Estatístico de 2005.

⁽¹¹⁴⁾ Ver quadro TDI-10 (parte III) no Boletim Estatístico de 2005.

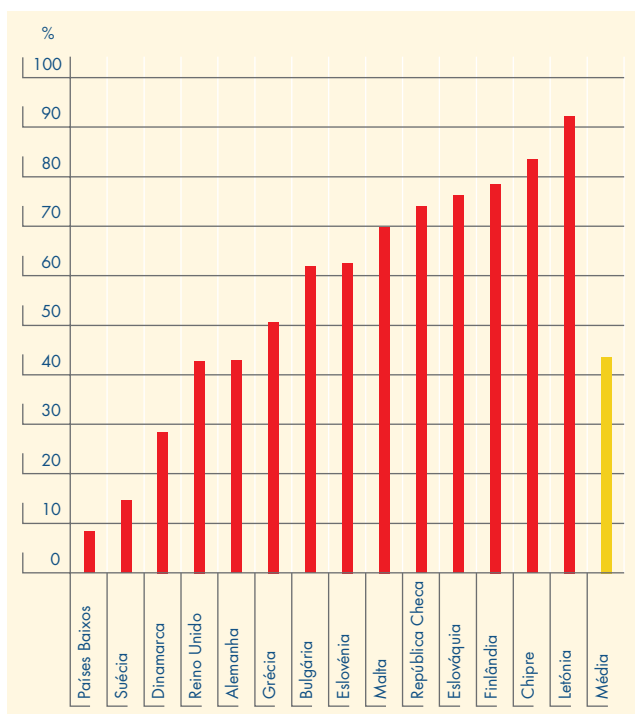
⁽¹¹⁵⁾ Ver quadro TDI-11 (parte II) no Boletim Estatístico de 2005.

⁽¹¹⁶⁾ Ver quadro TDI-18 (parte I) no Boletim Estatístico de 2005. A Alemanha é o único país que refere que 70% dos novos utentes consome opiáceos ocasionalmente ou não os consumiu no último mês.

Quarenta por cento dos utentes injectam a droga e outros 40% fumam-na ou inalam-na. Os antigos e os novos Estados-Membros referem diferenças quanto ao método de consumo ⁽¹¹⁷⁾ (figura 14), sendo a percentagem de consumidores de opiáceos por via endovenosa superior a 60% nos novos Estados-Membros e inferior a 60% nos antigos (à excepção da Finlândia, onde a percentagem de utentes consumidores de opiáceos por via endovenosa é de 78,4%). A percentagem mais baixa de consumidores de opiáceos por injeção é a dos Países Baixos (8,3%) ⁽¹¹⁸⁾.

Muitos utentes que iniciam tratamento consomem opiáceos em simultâneo com outra droga, muitas vezes *cannabis* (47%) ou álcool (24%). Verificam-se, todavia, diferenças acentuadas entre países: na Eslováquia e na República Checa, quase metade dos utentes consome opiáceos juntamente com outros estimulantes que não a cocaína; na Grécia e em Malta, 18% e 29% dos utentes, respectivamente, consomem opiáceos, com a cocaína como droga secundária; na Finlândia, entre os consumidores de opiáceos (sobretudo buprenorfina) 37% referem o consumo de hipnóticos e sedativos (sobretudo benzodiazepinas) como drogas secundárias ⁽¹¹⁹⁾.

Figura 14: Novos utentes de tratamento em regime ambulatorio que injectam opiáceos, em percentagem do número total de novos utentes consumidores de opiáceos por país, 2003



NB: Só estão abrangidos os países com utentes que consomem opiáceos como primeira droga e/ou os países que fornecem dados.

Fonte: Relatórios nacionais Reitox (2004).

Doenças infecto-contagiosas relacionadas com o consumo de drogas

VIH e sida

Tendências recentes nos casos de VIH notificados

A epidemia do VIH está a alastrar fortemente entre os consumidores de droga injectada nos novos Estados-Membros da UE da região do Báltico, na sequência de uma epidemia em grande escala na Europa Oriental (EuroHIV, 2004) (ver Caixa «O VIH e a sida na Europa Oriental»). Os índices de novos casos diagnosticados atingiram um pico na Estónia e Letónia em 2001, e na Lituânia em 2002, mas diminuíram drasticamente nos últimos tempos. Este padrão é típico da epidemia do VIH entre os consumidores de droga injectada. Surge porque o grupo central de consumidores de droga injectada em maior risco fica infectado num curto espaço de tempo, seguindo-se uma diminuição da incidência por falta de consumidores susceptíveis e depois uma estabilização num nível que depende da taxa de recrutamento de novos consumidores de droga injectada em alto risco. No entanto, não pode excluir-se a hipótese de um efeito adicional da mudança de comportamentos e, se esta se verificar, poderá dever-se em parte a intervenções específicas (ver «Prevenção das doenças infecto-contagiosas relacionadas com o consumo de drogas», adiante, p. 71).

Nos Estados-Membros da UE-15, os índices de casos de VIH recentemente diagnosticados mantiveram-se baixos nos últimos anos, com excepção de Portugal. No entanto, as comparações ao nível da União Europeia são incompletas pois continua a não haver dados disponíveis sobre a notificação de casos de VIH (Espanha e Itália) ou só agora começam a estar disponíveis (França) em alguns dos países mais afectados pela sida. Portugal revelou um índice muito elevado de 88 casos por milhão de habitantes em 2003, mas também uma grande diminuição desde o ano 2000 (em que o índice foi de 245 por milhão). Esta diminuição deve ser interpretada com cuidado pois a comunicação de dados a nível europeu só foi implementada em Portugal no ano 2000.

Prevalência da infecção pelo VIH

Os dados sobre a prevalência da infecção pelo VIH entre os CDI (percentagem de infectados nas amostras de consumidores de droga injectada) constituem uma importante informação complementar da notificação de casos de infecção pelo VIH. As tendências resultantes da dita notificação podem ser validadas por estudos repetidos sobre a prevalência desta infecção e pela monitorização de rotina dos dados provenientes dos testes de diagnóstico, os quais também podem fornecer informações mais pormenorizadas sobre regiões e contextos específicos. No entanto, os dados sobre a prevalência provêm de várias fontes que, em alguns

⁽¹¹⁷⁾ Somente países em relação aos quais existem dados disponíveis.

⁽¹¹⁸⁾ Ver quadro TDI-17 (parte I) no Boletim Estatístico de 2005.

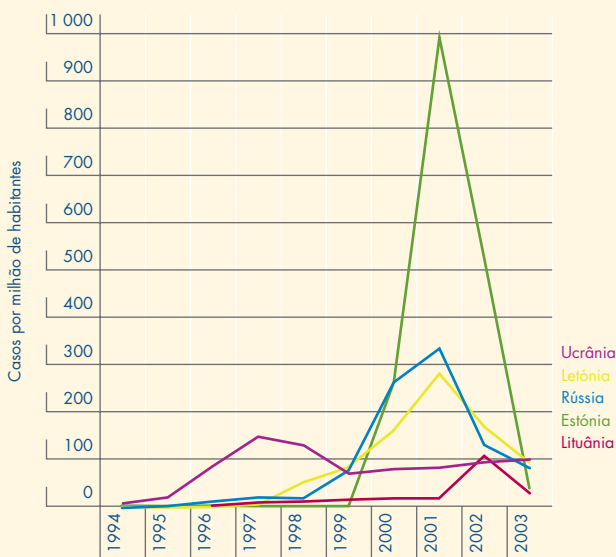
⁽¹¹⁹⁾ Ver quadro TDI-25 (parte II) no Boletim Estatístico de 2005. Ver também o tema específico relativo à buprenorfina. Cada utente pode mencionar o consumo de um máximo de quatro drogas secundárias.

VIH e sida na Europa Oriental

O vírus da imunodeficiência humana (VIH) tem revelado uma propagação epidémica maciça e recente entre os consumidores de droga injectada (CDI) na Rússia e na Ucrânia, tal como nos Estados-Membros da UE da região do Báltico. Em 2001, a taxa de casos de infecção pelo VIH recentemente diagnosticados relacionados com o consumo de droga por via endovenosa atingiu um pico na Estónia e na Federação da Rússia, com 991 e 333 casos por milhão de habitantes, respectivamente. Na Ucrânia, porém, o pico foi atingido mais cedo, em 1997, com 146 casos por milhão de habitantes, em resultado de uma vasta transmissão relacionada com o consumo de droga injectada, a que se seguiu uma diminuição das taxas de novos casos de VIH relacionados com este consumo, os quais voltaram, no entanto, a aumentar recentemente.

A incidência de sida entre os CDI está a aumentar rapidamente na Letónia e na Ucrânia, o que sugere um acesso e uma cobertura do tratamento antiviral provavelmente insuficientes (ver «Terapia antiretroviral altamente activa na região europeia da OMS», p. 69).

Casos de infecção pelo VIH recentemente diagnosticados em consumidores de droga injectada em países da UE seleccionados, Rússia e Ucrânia, por ano de relatório



Fonte: Centro Europeu de Vigilância Epidemiológica da sida (EuroHIV) (2004).

casos, podem ser difíceis de comparar, devendo ser, por isso, interpretados com cautela.

Os recentes aumentos registados na notificação de casos de infecção por VIH são na sua maioria confirmados pelos dados disponíveis sobre a prevalência desta infecção; por

exemplo, na Letónia, a prevalência em amostras de tratamento nacionais de CDI testados subiu de 1,5% (5/336) em 1997 para 14% (302/2 203) em 2001 e depois diminuiu para 7% (65/987) em 2003. Na Áustria, onde não existem dados disponíveis resultantes da notificação dos casos de infecção pelo VIH entre CDI, a prevalência do VIH entre as amostras nacionais das mortes (directamente) relacionadas com a droga sugere algum aumento, para 7% (11/163) em 2003 de 1% (1/117) em 1998, mas os valores são baixos e a tendência não é estatisticamente significativa.

Em 2002 e 2003, a prevalência do VIH entre os CDI, sobretudo entre os que se encontram em tratamento, revelou uma grande variação entre países e no interior de cada um deles, desde 0% na Eslovénia, Eslováquia, Hungria e Bulgária, e um valor máximo de 37,5% (54/144) numa cidade da Itália (2003, Bolzano — consumidores em tratamento e prisões) ⁽¹²⁰⁾. Os índices de prevalência mais elevados nas amostras nacionais (mais de 10% em 2002–2003) registaram-se na Itália, Letónia e em Portugal ⁽¹²¹⁾; em Espanha, os dados relativos a 2001 indicam uma prevalência muito elevada, mas faltam dados mais recentes ⁽¹²²⁾. Os índices de prevalência mais elevados entre as amostras regionais e locais (mais de 20% em 2002–2003) foram comunicados pela Espanha, Itália, Letónia e Polónia ⁽¹²³⁾, embora não tenham sido fornecidos dados recentes de alguns países e zonas com uma prevalência elevada nos anos anteriores. Na Letónia e Polónia, existem estudos locais que sugerem uma transmissão recente do VIH, com base na prevalência muito elevada verificada entre os jovens CDI ⁽¹²⁴⁾. No caso do estudo polaco, esta transmissão recente é confirmada por uma prevalência de 23% numa amostra de 127 novos consumidores por via endovenosa ⁽¹²⁵⁾.

As tendências da prevalência ao longo do tempo também diferem entre países. Embora se tenham verificado surtos recentes na região báltica, os dados sobre a prevalência da infecção pelo VIH proveniente de amostras de CDI sugerem uma diminuição, desde meados da década de 1990, em alguns dos países mais afectados (Espanha, França e Itália), seguida de uma estabilização nos últimos anos ⁽¹²⁶⁾. Contudo, se a prevalência da infecção pelo VIH for elevada e estável, é provável que a transmissão continue. Os dados relativos aos novos CDI revelam fortes indícios de que a transmissão continuou, ou até aumentou, entre 1999 e 2000. Noutros países (França 2001–2003, Portugal 1999–2000), os dados locais e regionais sobre os novos CDI e os CDI jovens sugerem alguma transmissão (acrescida), mas as dimensões das amostras são demasiado pequenas para que as tendências sejam

⁽¹²⁰⁾ Ver figura INF-3 no Boletim Estatístico de 2005.

⁽¹²¹⁾ Os dados relativos a Portugal e Itália não se limitam aos CDI e podem subestimar, por isso, a prevalência entre estes últimos.

⁽¹²²⁾ Ver quadros INF-1 e INF-8 no Boletim Estatístico de 2005.

⁽¹²³⁾ Ver quadro INF-8 no Boletim Estatístico de 2005.

⁽¹²⁴⁾ CDI com menos de 25 anos de idade: 33% infectados entre 55 jovens CDI na Polónia e 20% entre 107 jovens CDI na Letónia.

⁽¹²⁵⁾ Ver quadro INF-10 e figuras INF-4 e INF-5 no Boletim Estatístico de 2005.

⁽¹²⁶⁾ Ver figura INF-16 no Boletim Estatístico de 2005.

estatisticamente significativas ⁽¹²⁷⁾. Por outro lado, deve notar-se que em diversos países a prevalência de VIH entre os CDI permaneceu muito baixa, nos anos de 2002-2003. A prevalência do VIH foi inferior a 1% na Eslovénia, Eslováquia, Finlândia, Grécia (dados nacionais), Hungria, República Checa, Bulgária, Noruega (dados relativos a Oslo) e Roménia (dados apenas referentes a 2001). Em alguns destes países (por exemplo, a Hungria), a prevalência do VIH e do vírus da hepatite C (VHC) figura entre as menores da UE, o que sugere a existência de baixos níveis de risco no consumo por via endovenosa (ver secção «Hepatite B e C» *infra*).

Incidência da sida

Na Letónia, a incidência de sida relacionada com o consumo de droga injectada aumentou de 0 casos em 1997 para 19 casos por cada milhão de habitantes, segundo as estimativas, tanto em 2002 como em 2003 ⁽¹²⁸⁾. No entanto, o Estado-Membro da União com maior incidência continua a ser Portugal, com 33 casos por milhão de habitantes, embora este valor tenha vindo a diminuir desde 1999. A incidência de sida devido ao consumo de droga injectada na UE atingiu o ponto mais alto no início da década de 1990, tendo diminuído desde então. O país mais afectado costumava ser a Espanha, onde a incidência atingiu o pico de 124 casos por milhão de habitantes em 1994, mas em 2003 este valor tinha diminuído para 16 casos por milhão, segundo as estimativas.

Esta diminuição da incidência da sida no final da década de 1990 é resultante da introdução, em 1996, de um tratamento anti-retroviral muito activo (HAART), que impede o desenvolvimento da sida em pessoas

Terapia antiretroviral altamente activa na região europeia da OMS

As estimativas da OMS sobre a cobertura da terapia antiretroviral altamente activa (HAART) sugerem que, na UE e na maior parte da Europa Central, mais de 75% das pessoas que necessitam de tratamento têm acesso a esta terapia.

Contudo, nos Estados bálticos, estima-se que a cobertura é «pobre» na Estónia e na Lituânia (25% a 50%) e «muito pobre» na Letónia (menos de 25%). A cobertura é considerada «muito pobre» na maior parte dos países da Europa Oriental.

Não estão disponíveis estimativas de cobertura específicas para os CDI, mas os estudos mostraram que estes últimos correm mais riscos de não conseguir aceder adequadamente à HAART do que as pessoas infectadas por outras vias.

Fonte: OMS Gabinete Regional para a Europa, Base de Dados Saúde para Todos (www.euro.who.int/hfad) (accedida em 8 de Março de 2005).

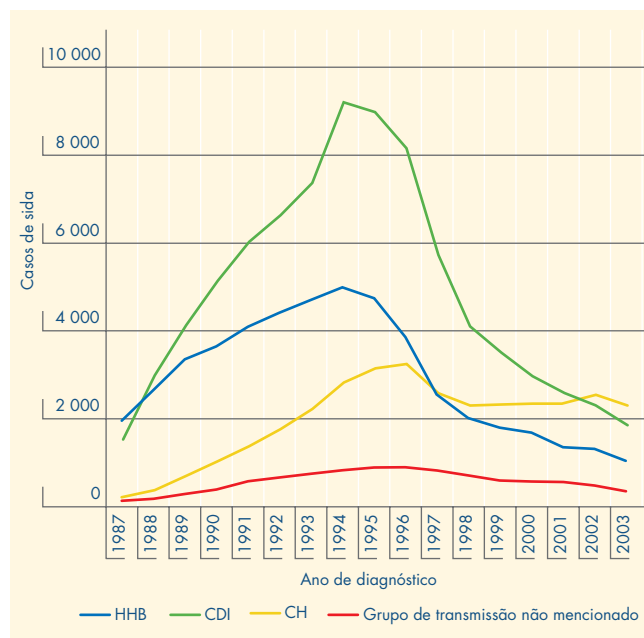
infectadas com o VIH (ver caixa sobre o HAART). No caso dos CDI, as medidas de prevenção do VIH também podem ter desempenhado um papel importante e, em alguns países, a diminuição do número de consumidores de droga injectada pode ter contribuído para a referida diminuição (ver, acima, «Consumo de droga injectada», p. 64).

Os dados de incidência anual mostram que, até 2002, o maior número de novos casos de sida na UE podiam ser atribuídos ao consumo de droga por via endovenosa; subseqüentemente, este modo de transmissão foi ultrapassado pelas relações sexuais heterossexuais, reflectindo as alterações da epidemiologia do VIH verificadas nos anos anteriores (figura 15). Note-se, todavia, que os padrões de contágio podem diferir muito entre os países ⁽¹²⁹⁾.

Hepatites B e C

Na União Europeia, a prevalência de anticorpos do vírus da hepatite C (VHC) entre os CDI é, de um modo geral, extremamente elevada, embora exista uma grande variação entre países e entre regiões de um mesmo país ⁽¹³⁰⁾. Entre as amostras de CDI, são comunicados

Figura 15: Casos de sida por grupo de transmissão e ano de diagnóstico (1987-2003) ajustados aos atrasos de comunicação, UE



NB: Dados apresentados para os três principais grupos de transmissão e para os casos em que não é mencionado qualquer grupo de transmissão. HHB = homens homossexuais e bissexuais. CDI = consumidores de droga injectada. CH = contacto heterossexual.

Os países não incluídos são a França, os Países Baixos (não tem dados disponíveis em relação a todo o período) e Chipre (não há dados disponíveis).

Fonte: EuroHIV; dados comunicados até 31 de Dezembro de 2003.

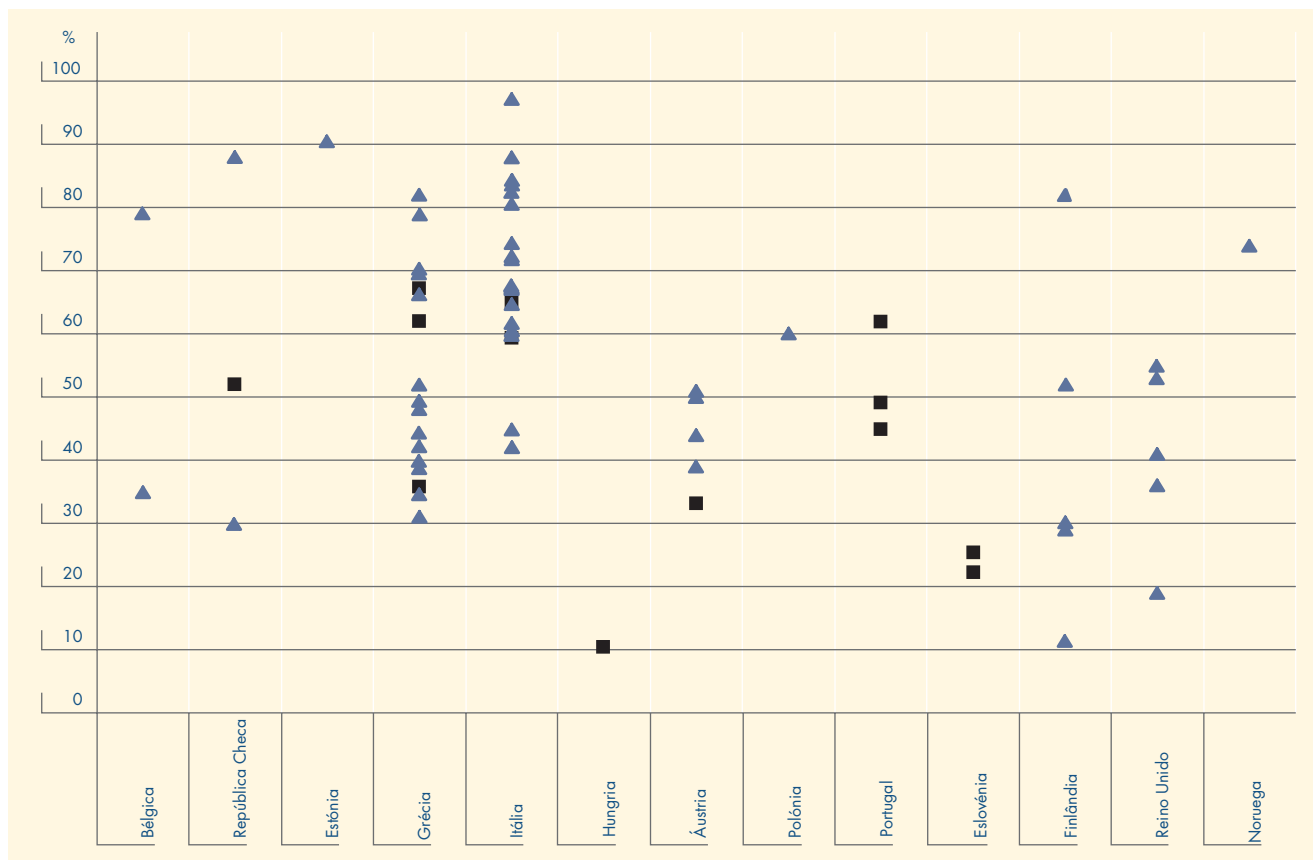
⁽¹²⁷⁾ Ver figuras INF-26 e INF-27 no Boletim Estatístico de 2005.

⁽¹²⁸⁾ Ver figura INF-1 no Boletim Estatístico de 2005.

⁽¹²⁹⁾ Ver figura INF-2 no Boletim Estatístico de 2005.

⁽¹³⁰⁾ Ver quadros INF-2 e INF-11 no Boletim Estatístico de 2005.

Figura 16: Estimativas nacionais e locais da prevalência do VHC entre os consumidores de droga injectada, 2002-2003



NB: Quadrado preto = amostra nacional; triângulo azul = amostras locais/regionais.
 As diferenças entre países deverão ser interpretadas com precaução, devido às diferenças dos tipos de populações e/ou métodos de estudo, bem como às diferentes estratégias nacionais relativas às amostras.
 Os dados relativos a Espanha e a Portugal, bem como alguns dados da República Checa incluem não-CDI, pelo que podem subestimar a prevalência entre os CDI (percentagem desconhecida de não-CDI nas amostras).
 Os dados relativos a Portugal, à Eslovénia e à Eslováquia estão limitados à prevalência entre os CDI em tratamento e podem não ser representativos da prevalência entre os CDI que não estão a fazer tratamento.
Fontes: Pontos focais nacionais Reitox (2004). Para as fontes primárias, pormenores dos estudos e dados anteriores a 2002, ver quadro INF-11, Boletim Estatístico de 2005.

índices de prevalência superiores a 60% em 2002-2003 pela Bélgica, Estónia, Grécia, Itália, Polónia, Portugal e Noruega, ao passo que são apresentadas amostras com uma prevalência superior a 40% pela Áustria, Bélgica, Eslovénia, Eslováquia, Finlândia, Grécia, Hungria, Reino Unido e República Checa (figura 16) ⁽¹³¹⁾.

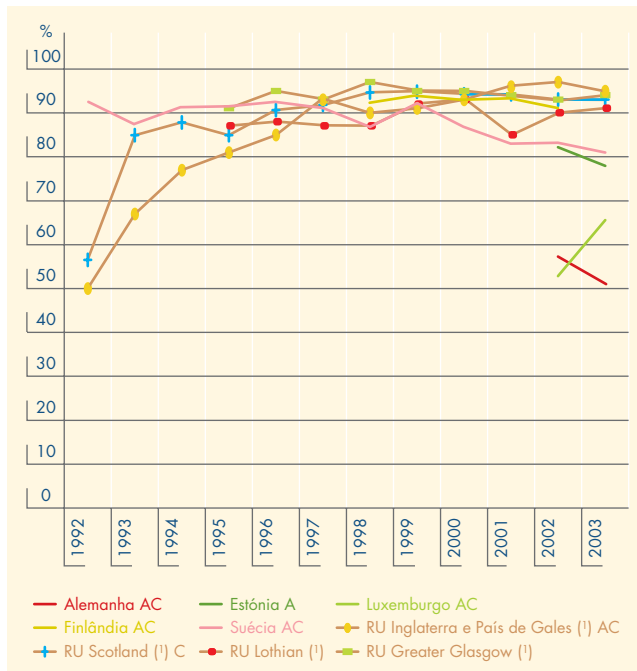
Só existem dados disponíveis sobre a prevalência entre os jovens CDI (com menos de 25 anos) em relação a alguns países e, em alguns casos, as amostras são de pequena dimensão. Nos casos em que existem dados disponíveis, a prevalência mais elevada entre os jovens CDI em 2002-2003 (mais de 40%) encontra-se em amostras da Grécia, Áustria e Polónia e a prevalência mais baixa (menos de 20%) em amostras da Eslovénia, Finlândia, Hungria e Reino Unido ⁽¹³²⁾. Os dados sobre a prevalência do VHC entre os novos consumidores por via endovenosa (que se injectam há menos de dois anos) ainda são mais

limitados, mas as informações disponíveis para 2002-2003 mostram que a prevalência mais elevada (mais de 40%) ocorre em amostras da Bélgica e da Polónia e a mais baixa (menos de 20%) em amostras da Eslovénia, Grécia e República Checa ⁽¹³³⁾. Os dados relativos à notificação dos casos de hepatite C para o período de 1992-2003 sugerem que, nos países que forneceram dados, os CDI correspondem à grande maioria dos casos notificados de hepatite C (as notificações limitam-se, na sua maioria, aos casos diagnosticados de infecção aguda) (figura 17).

A prevalência dos marcadores do vírus da hepatite B (VHB) também varia muito consoante os países e as regiões de cada país ⁽¹³⁴⁾. Os dados mais completos referem-se aos anticorpos da hepatite B, que indiciam um historial de infecções e, entre aqueles cujas análises têm resultados negativos, o potencial de vacinação. Em

⁽¹³¹⁾ Ver também figura INF-21 no Boletim Estatístico de 2005 e Matheï *et al.*, 2005.
⁽¹³²⁾ Ver quadro INF-12 no Boletim Estatístico de 2005.
⁽¹³³⁾ Ver quadro INF-13 e figuras INF-7 e INF-8 no Boletim Estatístico de 2005.
⁽¹³⁴⁾ Ver quadros INF-3, INF-14 e INF-15 no Boletim Estatístico de 2005.

Figura 17: Casos notificados de hepatite C, percentagem de casos registados como CDI, 1992-2003



(!) Os dados não são a nível nacional.
 NB: A = casos agudos; AC = casos agudos e crónicos; C = casos crónicos.
 Fonte: Pontos focais nacionais Reitox.

2002-2003, Bélgica, Estónia e Itália comunicaram amostras de CDI com prevalência superior a 60%, tendo sido comunicadas amostras com uma prevalência inferior a 30% pela Áustria, Bélgica, Eslovénia, Eslováquia, Espanha, Itália, Portugal e Reino Unido (135). Os dados das notificações de casos de hepatite B no período de 1992-2003, em relação aos países com dados disponíveis, sugerem que a percentagem de CDI tem vindo a aumentar (136). Na região nórdica, a grande maioria de casos agudos notificados de hepatite B verificam-se entre os CDI e os surtos de hepatite B coincidiram com aumentos do consumo de droga injectada em vários países (Blystad *et al.*, 2005).

Para uma breve panorâmica de outras doenças infecto-contagiosas relacionadas com o consumo de drogas, ver Relatório Anual de 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int/pt/page074-pt.html>).

Prevenção das doenças infecto-contagiosas relacionadas com o consumo de drogas

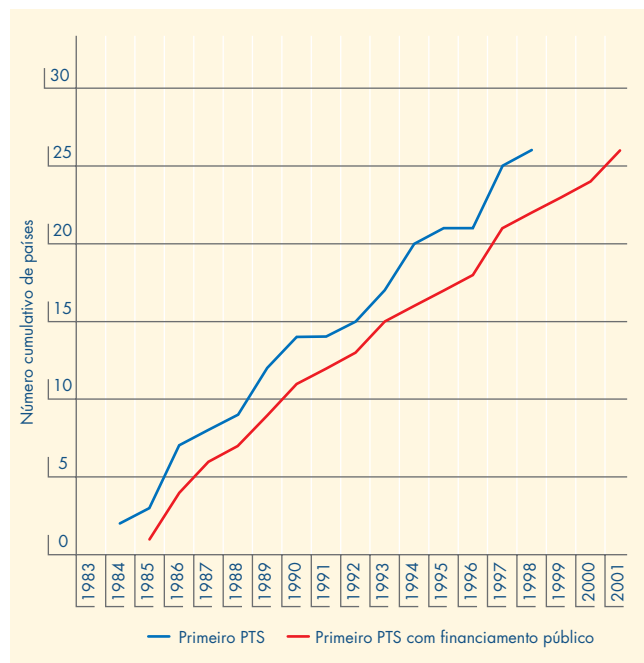
Apesar de as políticas nacionais dos Estados-Membros variarem, reflectindo a sua situação individual em termos

de droga e o seu contexto político específico, também existem indícios crescentes do surgimento de um consenso a nível europeu quanto aos elementos fundamentais que são necessários para responder e combater eficazmente o VIH e outras doenças infecciosas entre os CDI (137). Entre as respostas adequadas incluem-se o maior acesso ao tratamento da toxicod dependência (OMS, 2005), o desenvolvimento de serviços de porta aberta, o fornecimento de equipamento esterilizado e os programas educativos, embora se deva notar que existem diferenças entre países no que respeita à ênfase dada a estes diferentes elementos. Uma disponibilidade suficiente de tratamentos de substituição por via oral para os consumidores de opiáceos por via endovenosa reveste-se de especial importância, na medida em que estes tratamentos reduzem significativamente os comportamentos de risco elevado de transmissão do VIH relacionados com a droga (Gowing *et al.*, 2005; Sullivan *et al.*, 2005).

Troca de agulhas e seringas

Os programas de troca de agulhas e seringas (PTS) foram iniciados na União Europeia em meados da década de 1980, como resposta imediata à ameaça de uma epidemia de VIH entre os consumidores de droga injectada, e expandiu-se rapidamente ao longo da década de 1990 (figura 18). Em 1993, já existiam programas financiados pelo Estado em mais de metade dos actuais

Figura 18: Introdução de programas de troca de agulhas e seringas em 23 Estados-Membros da UE, Noruega e Bulgária



Fonte: Relatórios nacionais Reitox (2004).

(135) Ver figuras INF-9, INF-10, INF-22 e INF-23 no Boletim Estatístico de 2005.

(136) Ver figura INF-14 no Boletim Estatístico de 2005.

(137) Em duas conferências recentes, os representantes dos governos europeus confirmaram a sua parceria na luta contra o VIH/sida e definiram medidas para reforçar as suas respostas neste domínio (Declaração de Dublin, Fevereiro de 2004, e Declaração de Vilnius, Setembro de 2004). Todos os documentos fundamentais da UE sobre o VIH/sida podem ser consultados no sítio web sobre saúde pública da Comissão Europeia (http://europa.eu.int/comm/health/ph_threats/com/sida/keydocs_sida_en.htm).

25 Estados-Membros da UE e na Noruega. Actualmente, existem PTS na Bulgária, Roménia e Noruega, bem como em todos os países da UE, excepto Chipre, onde o equipamento esterilizado se pode obter, todavia, gratuitamente nas farmácias e se está a considerar a introdução de um PTS oficial ⁽¹³⁸⁾. De um modo geral, depois de esses programas serem introduzidos num país, a cobertura geográfica dos seus pontos de distribuição aumenta continuamente. Muitos países já completaram a sua cobertura geográfica, constituindo as farmácias um parceiro de importância crucial em vários Estados-Membros. Na Suécia, porém, os dois programas iniciados em 1986 no sul do país continuam a ser os únicos e na Grécia o número de PTS é limitado, encontrando-se disponíveis apenas em Atenas ⁽¹³⁹⁾.

Tornar os serviços mais acessíveis

O termo «porta aberta» descreve um contexto de implementação que visa facilitar o acesso dos consumidores de droga aos serviços sociais e de saúde. Para baixarem os seus limiares de acesso, as agências situam-se em locais específicos e têm horários de abertura adaptados às necessidades dos seus utentes, incluindo as primeiras horas da noite ou horários nocturnos. As agências de porta aberta também prestam frequentemente os seus serviços através de trabalhadores de proximidade. A utilização dos serviços das agências exige poucas burocracias e é frequentemente gratuita, para além de não estar associada a qualquer obrigação de não consumo ou de abandono do consumo de droga por parte dos utentes. Essas agências destinam-se aos consumidores actuais que nunca estiveram em contacto com outros serviços de saúde e de tratamento da toxicodependência e àqueles que perderam tal contacto. Os seus serviços são orientados para os grupos «difíceis de atingir» e para grupos de utentes específicos de alto risco, bem como para os consumidores experimentais (por exemplo, prestando os seus serviços em clubes e discotecas ou noutros locais de diversão). O contexto de porta aberta pode aplicar-se às agências de rua, aos centros de atendimento de dia e aos postos de saúde no terreno, bem como aos abrigos de emergência. Dentro de um sistema de cuidados globais, estas agências, devido à sua fácil acessibilidade, desempenham um papel importante no contacto com as populações de consumidores de droga mais «ocultas» ou «difíceis de atingir». Para além de motivarem os consumidores a procurar tratamento e fazerem encaminhamentos, também prestam frequentemente serviços «de sobrevivência», incluindo a distribuição de alimentos, roupas e equipamento de injeção esterilizado, bem como o fornecimento de abrigo e cuidados médicos. Estes locais são fundamentais para divulgar mensagens de promoção da saúde e aumentar os conhecimentos e competências em termos de consumo seguro entre as pessoas que consomem drogas quer experimentalmente quer de forma dependente ou problemática. Além disso, prestam cada vez mais serviços de tratamento.

Os PTS estão, de um modo geral, solidamente inseridos no trabalho das agências de aconselhamento de porta aberta (ver caixa 9 «Tornar os serviços mais acessíveis»), no trabalho de proximidade e na assistência aos sem abrigo nos Estados-Membros da UE e na Noruega. Como as agências que têm um acesso de baixo limiar conseguem chegar a populações ocultas de consumidores de droga activos, podem constituir um importante ponto inicial de contacto, prevenção, educação e aconselhamento, bem como de encaminhamento para o tratamento. Também é cada vez mais reconhecido que os serviços de porta aberta podem ser uma plataforma vital para a oferta de cuidados de saúde básicos, o rastreio de doenças infecto-contagiosas, a vacinação e o tratamento antiviral aos membros da comunidade que, por variadas razões, podem ter dificuldade em aceder aos serviços de saúde mais formais.

Os programas de troca de agulhas e seringas são descritos como uma abordagem predominante à prevenção de doenças infecto-contagiosas entre os consumidores de droga em 16 Estados-Membros da UE e na Noruega e como uma abordagem comum noutros seis; para além de serem considerados como uma resposta política prioritária para as doenças infecto-contagiosas entre os consumidores de droga em dois terços dos Estados-Membros da UE ⁽¹⁴⁰⁾.

Dados sobre a eficácia dos programas de troca de agulhas e seringas

A investigação científica sobre a eficácia dos PTS na redução do VIH/sida entre os CDI remonta à década de 1980 ⁽¹⁴¹⁾. Uma análise da literatura existente, publicada pela OMS em 2004, conclui que existem provas convincentes de que o aumento do acesso e da utilização de equipamento de injeção esterilizado pelos CDI reduz substancialmente a infecção pelo VIH e que não existem indícios de quaisquer consequências negativas inesperadas graves (OMS, 2004). No entanto, a análise concluiu que, só por si, os PTS não são suficientes para controlar a infecção pelo VIH entre os CDI, e que estes programas devem ser apoiados por uma série de medidas complementares a fim de controlar essa infecção entre os CDI e a partir deles. Analisando a relação custo-benefício dos PTS, de Wit e Bos (2004) concluíram que estes programas parecem ter uma boa relação custo-benefício na prevenção da propagação do VIH e que possuem vantagens complementares úteis para além de reduzirem o vírus, tais como a de porem populações de consumidores de droga difíceis de atingir em contacto com os serviços de saúde e sociais.

Prevenção das hepatites

As pessoas que injectam drogas correm um risco muito elevado de contraírem infecções pelos vírus VHB e VHC, e 50 a 80% dos consumidores de droga são infectados até

⁽¹³⁸⁾ Ver quadro NSP-2 no Boletim Estatístico de 2005.

⁽¹³⁹⁾ Ver «Disponibilidade de agulhas e seringas» no Boletim Estatístico de 2005.

⁽¹⁴⁰⁾ Ver no sítio web do OEDT uma panorâmica geral das respostas nacionais às doenças infecciosas (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10212>).

⁽¹⁴¹⁾ Ver no sítio web do OEDT uma lista de análises fundamentais (<http://emcdda.eu.int/?nnodeid=5777>).

cinco anos após terem começado a injectar-se, facto que pode causar infecções crónicas susceptíveis de prejudicar e, por fim, destruir o fígado (OEDT, 2004b). Embora actualmente não exista qualquer vacina contra a hepatite C, a hepatite B pode ser eficazmente prevenida através de vacinação ⁽¹⁴²⁾.

Vários Estados-Membros da UE introduziram ou reintroduziram a hepatite B nos seus programas nacionais de vacinação, na última década, e essa vacina já faz parte dos programas de vacinação de rotina das crianças da maior parte dos Estados-Membros. Até à data, só a Dinamarca, os Países Baixos, a Suécia, o Reino Unido e a Noruega não seguiram a recomendação da OMS ⁽¹⁴³⁾.

Apesar de ainda serem necessárias algumas décadas para que deixem de existir populações substanciais em risco, existem actualmente programas de vacinação dirigidos aos consumidores de droga na maioria dos Estados-Membros da UE e na Noruega. Para atingir as suas populações-alvo, a vacinação é facultada aos consumidores de droga em pontos de contacto de acesso fácil e também, cada vez mais, nas prisões ⁽¹⁴⁴⁾.

As campanhas de vacinação contra a hepatite B são frequentemente combinadas com a vacinação contra a hepatite A e o aconselhamento, análises e encaminhamento no que se refere ao vírus da hepatite C. Apesar do tratamento da hepatite C ser oferecido em todos os países, o acesso pode ser, na prática, difícil para os consumidores de droga. Dado que as directrizes médicas oficiais são consideradas um instrumento importante na orientação para o tratamento da hepatite C, o OEDT sujeitou-as a uma análise em 2003-2004 ⁽¹⁴⁵⁾. A maior parte das directrizes recomenda que os consumidores de droga sejam tratados após terem deixado de consumir ou depois de terem estabilizado com um tratamento de substituição oral por um período que pode variar entre três meses e dois anos. Quanto mais recentes são as directrizes, mais provável é que tenham em conta estudos que demonstram os benefícios para os consumidores de uma abordagem multidisciplinar ao tratamento efectuada através de equipas de hepatologistas e especialistas em toxicoddependência. O recente aumento das directrizes nacionais poderá melhorar as opções de tratamento e os seus resultados para os consumidores de droga.

Mortes relacionadas com o consumo de drogas

Mortes relacionadas com o consumo de heroína

Na presente secção, o termo «mortes relacionadas com o consumo de droga» é utilizado para denominar as mortes directamente causadas pelo consumo de uma ou mais drogas e que se verificam pouco depois do consumo da(s) substância(s). Estas mortes são denominadas «overdoses», «envenenamento», ou «mortes induzidas pela droga» ⁽¹⁴⁶⁾.

Os opiáceos estão presentes na maioria dos casos de «mortes relacionadas com o consumo de droga» causadas por substâncias ilegais registados na UE, embora muitas vezes também sejam identificadas outras substâncias durante o exame toxicológico, em particular o álcool, as benzodiazepinas e, em alguns países, a cocaína ⁽¹⁴⁷⁾.

Entre 1990 e 2002, foram registadas, anualmente, nos Estados-Membros da UE 7 000 a 9 000 mortes por *overdose* ⁽¹⁴⁸⁾, o que representou, no total, mais de 100 000 mortes durante esse período. Estes valores podem ser considerados como estimativas mínimas dada a probabilidade de, em muitos países, existir défice de notificação.

A *overdose* de opiáceos é uma das principais causas de morte entre os jovens da Europa, em especial entre os jovens urbanos do sexo masculino (OEDT, 2004c). Actualmente, a *overdose* também é a principal causa de morte entre os consumidores de opiáceos no conjunto da UE; por exemplo, em 2001, os Estados-Membros da UE-15 comunicaram 8 347 mortes relacionadas com a droga, em comparação com 1 633 mortes devido à sida, entre os CDI (EuroHIV, 2004) ⁽¹⁴⁹⁾, embora os custos e os eventuais problemas a longo prazo da infecção pelo VIH não devam ser esquecidos.

A maioria dos consumidores de drogas que tomam doses excessivas é do sexo masculino, correspondendo a 60% a 100% dos casos, e na maior parte dos países essa percentagem varia entre 75 e 90%. A maioria das vítimas de *overdose* tem entre 20 e 30 anos de idade, situando-se a média de idades por volta dos 35 anos (intervalo etário dos 22 aos 45 anos). A média de idades mais baixa verifica-se em vários dos novos Estados-Membros (Estónia, Letónia, Lituânia e Roménia), sendo em muitos deles a percentagem de vítimas de *overdose* com menos de

⁽¹⁴²⁾ Para mais informações sobre a hepatite, ver o sítio *web* do OEDT (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10192>).

⁽¹⁴³⁾ Relatório do 14.º Grupo Consultivo Global: Expansão do Programa de Vacinação, 14 a 18 de Outubro de 1991, Antalya, Turquia, aprovado pela Assembleia Mundial de Saúde em 1992.

⁽¹⁴⁴⁾ Ver quadro de vacinação contra a hepatite B (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10192>).

⁽¹⁴⁵⁾ Consultant study on hepatitis C treatment guidelines for injecting drug users (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=5826>).

⁽¹⁴⁶⁾ Trata-se de uma definição acordada pelo grupo de peritos nacionais do OEDT. Ver notas metodológicas «Definição de morte relacionada com o consumo de drogas do OEDT» no Boletim Estatístico de 2005 e DRD Standard protocol, versão 3.0 (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419>). A maioria dos países possui definições nacionais que, actualmente, são idênticas à do OEDT, ou relativamente semelhantes, embora alguns deles incluam casos devidos a medicamentos psicoactivos ou mortes não causadas por *overdose*, geralmente em percentagem reduzida (ver «Definições nacionais de morte relacionada com o consumo de droga» no Boletim Estatístico de 2005).

⁽¹⁴⁷⁾ Ver quadro DRD-1 no Boletim Estatístico de 2005.

⁽¹⁴⁸⁾ Ver quadros DRD-2 e DRD-3 no Boletim Estatístico de 2005.

⁽¹⁴⁹⁾ O valor relativo às mortes por sida refere-se à zona ocidental da OMS Europa e inclui os mortos de vários países terceiros, por exemplo Suíça, Islândia e Israel.

25 anos relativamente elevada, o que poderá reflectir a existência de uma população consumidora de heroína mais jovem nestes países ⁽¹⁵⁰⁾.

Mortes relacionadas com o consumo de metadona

Diversos países comunicaram a presença de metadona numa percentagem substancial de mortes relacionadas com o consumo de drogas nos relatórios nacionais Reitox relativos a 2004. As informações são fornecidas em conformidade com a terminologia nacional e, em alguns casos, é difícil avaliar exactamente o papel que a metadona desempenhou nessas mortes; alguns casos correspondem a verdadeiras intoxicações com metadona, mas noutros a presença da substância é meramente referida. A Dinamarca comunicou que a metadona estava presente em 49% das mortes por intoxicação (97 de 198 casos, em 64 dos quais a metadona era a única droga envolvida). A Alemanha notificou que 23% dos casos foram atribuídos a substâncias de substituição, 3% dos quais se deveram apenas a estas substâncias (55 casos) e 20% apresentavam combinação das mesmas com álcool e estupefacientes (354 casos), ao passo que em 2002 estes valores somavam 30% na globalidade (em 7% a substância foi a única responsável e em 23% encontrava-se combinada com outras). O Reino Unido comunicou 418 casos em que a metadona era «mencionada», embora esta menção não implique uma relação causal. Outros países referiram a presença de metadona nas mortes relacionadas com a droga de forma menos frequente: a França (oito casos em que a droga figurava sozinha ou em associação com outras), Áustria (presente em 10% das mortes), Portugal (detectada em 3% dos casos) e a Eslovénia (quatro mortes devidas à metadona). Nos relatórios nacionais Reitox relativos a 2003, a Irlanda e a Noruega também mencionaram um número significativo de casos associados à presença de metadona.

Como qualquer opiáceo, a metadona é uma substância potencialmente tóxica, mas a investigação tem demonstrado que os tratamentos de substituição reduzem o risco de mortalidade por *overdose* entre os participantes nesses programas. Segundo diversos estudos, é mais provável que as mortes em que se detectou a presença de metadona tenham sido provocados por metadona obtida ilegalmente do que por metadona prescrita, sendo que outros demonstraram existir um risco mais elevado durante a fase inicial dos tratamentos de substituição com metadona. Estes resultados põem em evidência a necessidade de assegurar que os programas de substituição obedeçam a normas de qualidade elevada.

Mortes relacionadas com o consumo de fentanil e de buprenorfina

Nos últimos anos, os Estados bálticos têm comunicado algumas mortes em que o fentanil foi detectado na

investigação toxicológica, muitas vezes de forma concomitante com a heroína. No seu relatório nacional, a Suécia comunicou 13 mortes relacionadas com o fentanil entre os consumidores de droga injectada, em 2003, quando nos anos anteriores esses casos eram meramente ocasionais. Para as informações sobre o papel da buprenorfina nas mortes relacionadas com a droga, ver o tema específico relativo à buprenorfina.

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

As tendências em matéria de mortes relacionadas com o consumo de drogas variam entre os países ⁽¹⁵¹⁾ e até entre regiões, em resultado das diferenças na evolução da epidemia de heroína, na prevalência do seu consumo, nos comportamentos de risco (por exemplo, percentagem de CDI, policonsumo de drogas), na oferta de tratamento e de serviços de apoio aos consumidores de droga e, talvez, na disponibilidade e características da heroína. As diferenças no tocante à organização e às políticas dos serviços de emergência médica também desempenham um papel importante.

Tendo estes limites presentes, é possível identificar algumas tendências gerais em relação à UE, especialmente para os Estados-Membros da UE-15, que dispõem de séries mais longas e mais sistemáticas de dados. Globalmente, observou-se um aumento acentuado das mortes relacionadas com o consumo de drogas na década de 1980 e início da década de 1990. No período de 1990-2000, e apesar das diminuições registadas em alguns países, a tendência crescente global manteve-se na Europa, embora com menor intensidade. Em 2000, foram notificadas 8 930 mortes; compare-se com 6 426 em 1990 (um aumento de 40%) ⁽¹⁵²⁾. Na maioria dos Estados-Membros mais «antigos», pode observar-se uma tendência para o envelhecimento das vítimas de *overdose*, que sugere um «efeito de envelhecimento da coorte», o qual poderá estar relacionado com um declínio do recrutamento de jovens toxicodependentes (figura 19).

A partir do ano 2000, todavia, muitos Estados-Membros da UE têm comunicado um decréscimo do número de mortes relacionadas com o consumo de droga. Entre os Estados-Membros da UE-15 e a Noruega, o número total diminuiu de 8 930 em 2000 para 8 394 em 2001 (uma diminuição de 6%) e 7 122 casos em 2002 ⁽¹⁵³⁾ (uma nova diminuição de 15%). Só 10 países comunicaram informações relativas a 2003, pelo que as inferências em relação às tendências ao nível da União devem ser feitas com cautela. No entanto, com base nesses 10 países, observou-se uma diminuição de 5% em 2003, ou seja, apenas um terço do decréscimo verificado em 2002. Dos 10 países que forneceram informações em relação a 2003, três comunicaram um aumento, um a inexistência de alterações e seis uma

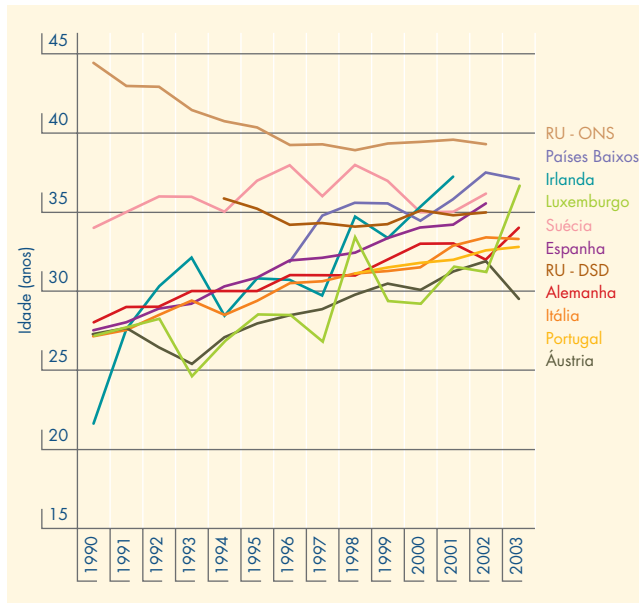
⁽¹⁵⁰⁾ Ver figura DRD-2 no Boletim Estatístico de 2005.

⁽¹⁵¹⁾ Ver Figura DRD-7 no Boletim Estatístico de 2005.

⁽¹⁵²⁾ Ver Figura DRD-8 no Boletim Estatístico de 2005.

⁽¹⁵³⁾ Os valores relativos à Bélgica e à Irlanda em 2002 não estão incluídos (registaram-se 88 casos na Irlanda em 2001).

Figura 19: Tendências em termos de idade média das vítimas de mortes por intoxicação aguda relacionada com as drogas em alguns Estados-Membros da UE-15, 1990–2001/03



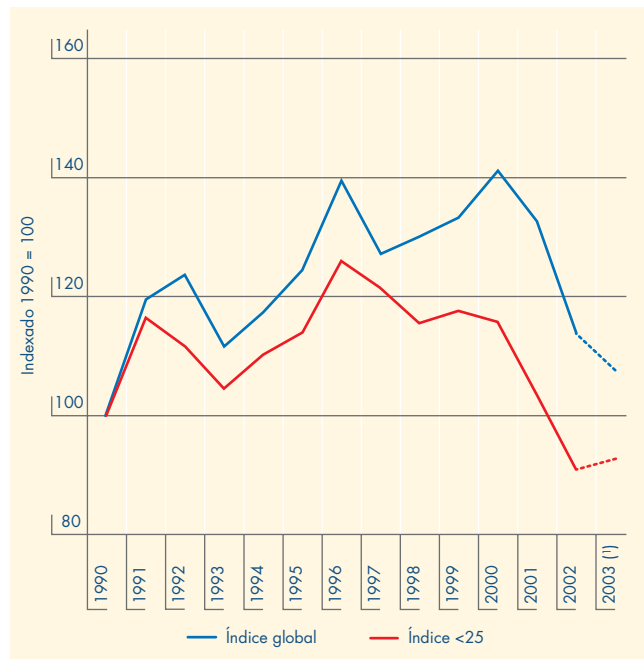
NB: A figura apresenta dados dos países que mencionaram a idade média das vítimas na maior parte dos anos do período em causa. As informações são baseadas nas «definições nacionais» apresentadas no quadro DRD-6, Boletim Estatístico de 2005. Em Inglaterra e no País de Gales, é utilizada a «definição da estratégia de luta contra a droga».

Fontes: Relatórios nacionais Reitox (2004), dados obtidos a partir dos registos nacionais de óbitos ou de registos especiais (da medicina legal ou da polícia).

diminuição, sendo que as diminuições notificadas pela Grécia (22%) e a Itália (17%) podem ser consideradas significativas ⁽¹⁵⁴⁾. Esta evolução deveria suscitar sérias preocupações, uma vez que é possível que os factores responsáveis pelo decréscimo das mortes relacionadas com o consumo de droga entre 2000 e 2002 (uma redução de quase 20%) tenham sido anulados em 2003; este facto é particularmente importante pois as mortes relacionadas com o consumo de droga ainda atingem níveis historicamente elevados — aproximadamente os mesmos que no início da década de 1990 (figura 20).

Globalmente, as mortes relacionadas com o consumo de droga entre os jovens com menos de 25 anos de idade têm vindo a diminuir com relativa regularidade desde 1996, o que indica uma possível diminuição do número de jovens consumidores de droga injectada (figuras 19 e 20), resultante de uma tendência decrescente ou estável na maioria dos Estados-Membros da UE-15, excepto em França, na Suécia e na Noruega. No entanto, em vários novos Estados-Membros, observou-se um nítido aumento da percentagem de vítimas com menos de 25 anos de idade, entre meados da década de 1990 e os anos de 2000-2002, o que sugere um recrutamento crescente de

Figura 20: Tendência global em matéria de mortes por intoxicação aguda relacionada com o consumo de droga nos Estados-Membros da UE-15 e evolução da percentagem de vítimas de mortes relacionadas com este consumo com menos de 25 anos de idade, 1990-2003



(1) O valor relativo a 2003 é provisório, uma vez que apenas 10 países forneceram dados para 2003. O valor referente a 2003 baseia-se nos países que forneceram dados para 2002 e 2003.

NB: Índice: 1990 = 100. O número de casos por país e por ano é apresentado no quadro DRD-2 (partes I e V), Boletim Estatístico de 2005. A Bélgica não forneceu dados para o período de 1998-2001 e a Irlanda para 2002. Foi utilizado um método de cálculo definido em OEDT (2001) para introduzir correcções a esta situação.

Fontes: Relatórios nacionais Reitox (2004), dados obtidos a partir dos registos nacionais de óbitos ou de registos especiais (da medicina legal ou da polícia), baseados nas definições nacionais apresentadas no quadro DRD-6, Boletim Estatístico de 2005.

jovens consumidores ⁽¹⁵⁵⁾. Além disso, o decréscimo observado ao nível da UE-15 desde 2000 teve lugar principalmente entre os homens (uma diminuição de 21,9%). As mulheres revelaram uma diminuição muito mais pequena (14,5%) e, em 2003, ao contrário dos homens, a tendência decrescente entre as mulheres parece ter-se invertido ⁽¹⁵⁶⁾.

É difícil identificar tendências nos novos Estados-Membros devido às poucas informações disponíveis. Embora existam diferenças entre os países, os dados disponíveis sugerem que as mortes relacionadas com o consumo de droga começaram a aumentar mais claramente na primeira metade da década de 1990. Esta conclusão também é apoiada pelo aumento da percentagem de vítimas com menos de 25 anos de idade entre meados da década de 1990 e os anos de 1999-2000, na maioria dos países que forneceram informações ⁽¹⁵⁷⁾. Nos novos

⁽¹⁵⁴⁾ Com base num modelo estatístico Poisson simples. Os dados policiais da Noruega também sugerem uma clara diminuição em 2003.

⁽¹⁵⁵⁾ Ver figura DRD-9 no Boletim Estatístico de 2005.

⁽¹⁵⁶⁾ Ver figura DRD-6 no Boletim Estatístico de 2005.

⁽¹⁵⁷⁾ Ver figura DRD-9 no Boletim Estatístico de 2005.

Estados-Membros com dados disponíveis, o número de vítimas com menos de 25 anos aumentou substancialmente mais do que o número total a partir de 1996 e até há muito pouco tempo (figura 21), o que corrobora a ideia de que existe uma epidemia mais recente. A partir de 2000, as mortes devidas ao consumo de substâncias ilegais estabilizaram ou diminuíram na Bulgária, República Checa ⁽¹⁵⁸⁾, Letónia (em 2003) e Hungria. De um modo geral, parece ter-se verificado alguma estabilização nos últimos anos, mas esta conclusão deve ser considerada com cuidado, pois a qualidade e a cobertura dos sistemas de informação ainda são limitadas em muitos países. O aumento provável do consumo de heroína que teve lugar na década de 1990 em muitos dos novos Estados-Membros pode ter sido compensado pelo aumento da oferta de serviços de tratamento nos últimos anos, ou por outros factores, mas é difícil prever as tendências futuras (figura 21).

Pode concluir-se que, apesar da evolução positiva verificada entre 2000 e 2002, possivelmente relacionada com factores como o decréscimo na prevalência do consumo injectado entre os consumidores de opiáceos, em vários países, e o aumento da oferta de tratamento, bem como a possível estabilização ou diminuição do número de consumidores de opiáceos, os valores actuais mantêm-se elevados numa perspectiva de longo prazo e há indícios de que as melhorias poderão não continuar.

Mortalidade global entre consumidores de opiáceos

A mortalidade global entre os consumidores de opiáceos chega a ser 20 vezes ou mais superior à da população em geral do mesmo nível etário. Esta mortalidade acrescida é particularmente elevada entre os consumidores de droga injectada. Apesar da baixa prevalência da dependência de opiáceos, este problema tem um impacto significativo na mortalidade dos jovens adultos na Europa (Bargagli *et al.*, 2004).

Nas causas da mortalidade entre os consumidores de opiáceos incluem-se não só as *overdoses*, mas também a sida e outras doenças infecto-contagiosas, bem como causas de morte externas (acidentes, violência, suicídios, etc.). A principal causa de morte entre as coortes com uma baixa prevalência da infecção pelo VIH é a *overdose*. As mortes causadas pela sida diminuíram substancialmente nos últimos anos, mesmo entre as coortes com uma prevalência elevada de infecção pelo VIH, devido a uma maior oferta do tratamento HAART a partir de 1995 (ver valores globais na Europa supra) ⁽¹⁵⁹⁾.

À medida que os consumidores de opiáceos envelhecem, a mortalidade aumenta progressivamente pois as mortes

causadas por doenças crónicas (como a cirrose, o cancro, doenças respiratórias, endocardite, sida) somam-se às mortes por *overdose* e por causas externas, como o suicídio e a violência (relatório nacional dos Países Baixos).

Além disso, as condições de vida e outros factores que não o consumo de droga propriamente dito (situação de sem-abrigo, doenças mentais, violência, subnutrição, etc.) podem contribuir substancialmente para a elevada mortalidade entre os consumidores de droga. Alguns estudos demonstram que a mortalidade entre os doentes psiquiátricos é quatro vezes mais elevada do que a da população em geral (Korkeila, 2000) e que a mortalidade entre os sem-abrigo também é três ou quatro vezes superior à da população em geral (Hwang, 2001).

Diminuição do número de mortes relacionadas com o consumo de drogas

Políticas de resposta

O objectivo político da UE para 2000-2004 de uma redução substancial das mortes relacionadas com o consumo de droga foi bastante bem acolhido pelos Estados-Membros. Oito dos Estados-Membros da UE-15 (Alemanha, Espanha, Finlândia, Grécia, Irlanda, Luxemburgo, Portugal e Reino Unido) e quatro Estados-Membros novos (Chipre, Letónia, Lituânia e Polónia) incluíram a redução das mortes relacionadas com a droga nos seus documentos de estratégia nacionais ⁽¹⁶⁰⁾. O facto de vários novos Estados-Membros ainda não terem informações fiáveis sobre o número de mortes relacionadas com a droga constitui, todavia, um obstáculo importante ao estabelecimento de uma política de resposta adequada.

A nova estratégia da UE de luta contra a droga (2005-2012) dá uma prioridade elevada à melhoria do acesso a uma série de serviços susceptíveis de reduzir a morbilidade e a mortalidade associadas à toxicodependência, e o número de mortes relacionadas com o consumo de droga foi escolhido como um dos principais indicadores de progresso na consecução deste objectivo no primeiro plano de acção quadrienal (2005-2008) ⁽¹⁶¹⁾.

Intervenções

Uma importante intervenção em termos de impacto nas mortes relacionadas com o consumo de droga é uma oferta adequada de tratamento, sobretudo do tratamento de substituição (OMS, 1998; ACMD, 2000; Brugal *et al.*, 2005). Na década de 1980, e ainda em maior grau na década de 1990, o tratamento de substituição expandiu-se rapidamente na Europa, sobretudo nos

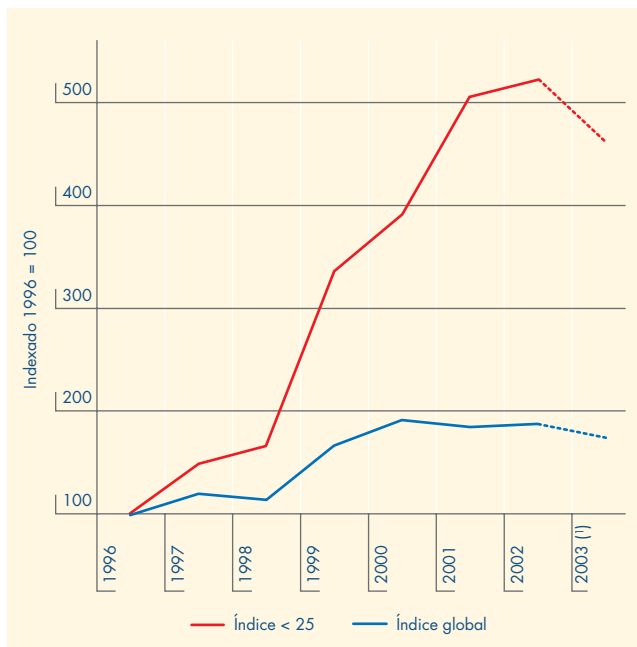
⁽¹⁵⁸⁾ Considerando apenas os casos abrangidos pela «Seleção D» do OEDT, que inclui as drogas ilegais. A definição nacional inclui muitos casos resultantes de medicamentos psicoactivos (75%).

⁽¹⁵⁹⁾ Mortalidade dos consumidores de droga na UE: coordenação da execução de novos estudos de coorte, acompanhamento e análise das coortes existentes e desenvolvimento de novos métodos e resultados. Relatório do OEDT CT.OO.EP.13, 2002 (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419>).

⁽¹⁶⁰⁾ Ver quadro de síntese: Estratégias e medidas específicas para a redução das mortes relacionadas com o consumo de droga (<http://emcdda.eu.int/?nnodeid=1333>).

⁽¹⁶¹⁾ Ver estratégia da UE de luta contra a droga 2005-2012 (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=6790>).

Figura 21: Tendência global em matéria de mortes por intoxicação aguda relacionada com o consumo de droga nos novos Estados-Membros e nos países candidatos e evolução da percentagem de vítimas com menos de 25 anos de idade, 1996-2003



(1) O valor relativo a 2003 é provisório.
 NB: Os países incluídos são: Eslovénia, Estónia, Hungria, Letónia, Lituânia, Malta, República Checa e Bulgária.
 Índice: 1996 = 100. O número de casos por país e por ano é apresentado no quadro DRD-2 (parte II), Boletim Estatístico de 2005.
 É importante recordar que o índice foi calculado a partir dos dados comunicados por um número limitado de países. Note-se também que a Estónia e a República Checa são responsáveis por uma percentagem substancial de vítimas com idades inferiores a 25 anos.
 A Estónia não forneceu dados para 1996 e 2003, a Hungria para 2002 e a República Checa para o período de 1996 a 2000. O método de cálculo é pormenorizadamente descrito em OEDT (2001).
 Fontes: Relatórios nacionais Reitox (2004), dados obtidos a partir dos registos nacionais de óbitos ou de registos especiais (da medicina legal ou da polícia), baseados nas definições nacionais apresentadas no Quadro DRD-6, Boletim Estatístico de 2005.

Estados-Membros da União Europeia com uma elevada prevalência de consumo de heroína injectada. Actualmente, mais de meio milhão de consumidores de heroína na UE (ou seja, entre um quarto e metade do grupo-alvo estimado de consumidores de heroína) estão inscritos em programas de tratamento de substituição.

Nos países em que mais de metade da população de consumidores problemáticos de droga está a fazer tratamento de substituição, é provável uma redução dos níveis de consumo de droga injectada e dos comportamentos de risco a este associados, com a consequente redução das mortes por *overdose*.

Em 2003, o Conselho Europeu recomendou aos Estados-Membros da UE várias medidas para reduzir o número de mortes relacionadas com a droga ⁽¹⁶²⁾. Para além da oferta de tratamento da toxicod dependência, entre estas medidas incluem-se a melhoria da educação e da difusão

de informações sobre o risco de *overdose* e a forma de o gerir entre os consumidores de droga, os seus pares e familiares; e estratégias proactivas para chegar àqueles que não têm contacto com os serviços através do trabalho de proximidade e de serviços de luta contra a droga acessíveis e atractivos. O nível de aplicação da recomendação e os efeitos da mesma estão a ser atentamente avaliados pela Comissão, que deverá apresentar um relatório em 2006.

O perfil demográfico das vítimas de *overdose* mostra que os consumidores mais idosos de heroína não tratados correm maiores riscos de morrerem de *overdose*. Uma medida específica que permite chegar eficazmente a este grupo prioritário é a criação de instalações de consumo vigiado ⁽¹⁶³⁾. Estes serviços funcionam actualmente em quinze cidades alemãs e em quinze cidades holandesas, bem como em Madrid, Barcelona e Bilbao (Espanha) e em Oslo (Noruega).

Tratamento da dependência de opiáceos

Sucintamente, as opções disponíveis para o tratamento do consumo problemático de opiáceos podem ser divididas em três categorias gerais: tratamento medicamente assistido (TMA), tratamento sem droga e tratamento da síndrome da abstinência (este último não será aqui analisado). Contudo, a abordagem dos problemas da dependência e da desabitação física é apenas um dos aspectos a considerar para um tratamento bem sucedido dos problemas relacionados com os opiáceos. É provável que ajudar os indivíduos a reinserirem-se na sociedade através da integração social, isto é, arranjando trabalho e um alojamento seguro e desenvolvendo as competências sociais e de resistência necessárias para evitarem recaídas, seja igualmente importante para garantir um resultado positivo a longo prazo. Numerosos estudos salientam que as pessoas com problemas de consumo de opiáceos têm frequentemente múltiplos contactos de tratamento e que os objectivos terapêuticos, sobretudo o da abstinência, podem não ser necessariamente alcançados no primeiro contacto de tratamento de um indivíduo, mas sim obtidos através de intervenções terapêuticas repetidas.

Tratamento medicamente assistido

O tratamento medicamente assistido da toxicod dependência inclui o tratamento de substituição com agonistas (metadona, buprenorfina, dihidrocodeína, heroína, morfina de libertação lenta) e, embora seja muito menos utilizado, o tratamento com antagonistas (por exemplo, a naltrexona).

A metadona está disponível em quase todos os Estados-Membros (ver quadro 3) e continua a ser o tratamento de substituição mais prescrito na Europa. Contudo, nos últimos anos, as opções de tratamento têm-se alargado. A buprenorfina está agora disponível em

⁽¹⁶²⁾ Ver <http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5173&pluginMethod=eldd.showlegaltxtdetail&id=2603&lang=en&T=2>

⁽¹⁶³⁾ European report on drug consumption rooms (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1327>).

Quadro 3: Substâncias aplicadas no tratamento medicamente assistido na Europa (incluindo testes)

País	Metadona	Buprenorfina	Dihidrocodeína	Morfina de libertação lenta	Heroína	Naltrexona/ /naloxona	Clonidina
Bélgica	X	X	X			X	X
República Checa	X	X					
Dinamarca	X	X					
Alemanha	X	X	X		X	X	
Estónia	X	X					
Grécia	X	X				X	
Espanha	X	X			X		
França	X	X		X			
Irlanda	X						
Itália	X	X				X	X
Chipre							
Letónia	X						
Lituânia	X	X				X	
Luxemburgo	X	X		X			
Hungria	X						
Malta	X		X			X	X
Países Baixos	X	X			X	X	X
Áustria	X	X	X	X			
Polónia	X						
Portugal	X	X				X	X
Eslovénia	X						
Finlândia	X	X					
Suécia	X	X					
Reino Unido	X	X	X		X	X	X
Bulgária	X			X			
Roménia	X						
Noruega	X	X					

NB: Não há dados disponíveis para a Eslováquia ou a Turquia.

Fonte: Quadro-padrão sobre a disponibilidade de tratamento relacionado com a droga.

18 dos 26 países para os quais existem informações disponíveis. O tratamento com outros agonistas, bem como o tratamento com antagonistas (naltrexona, naloxona ou clonidina), é utilizado com menos frequência no território da UE. Na Bélgica, está actualmente em curso um estudo sobre a introdução de prescrições de heroína controladas e a Áustria recebeu um parecer de peritos sobre o tratamento assistido com heroína dos opiómanos crónicos, baseado nos resultados dos programas internacionais existentes.

Os dados quantitativos mais recentes mostram que, em 2003, existiam na UE mais de 450 000 utentes a fazer tratamento de substituição em unidades especializadas

(quadro 4), mais de 90% dos quais recebiam metadona. Para além deles, existiam utentes que recebiam outros tipos de tratamento de substituição (por exemplo, com dihidrocodeína, morfina de libertação lenta ou heroína) e outros que recebiam tratamento de substituição através, por exemplo, do seu médico de clínica geral. Infelizmente, não estão actualmente disponíveis dados fiáveis sobre estes aspectos do tratamento de substituição em muitos Estados-Membros e, conseqüentemente, não é possível determinar valores agregados para a UE no seu conjunto.

No entanto, há países que têm dados ou estimativas fiáveis sobre o número de utentes que recebem tratamento

Quadro 4: Estimativas dos utentes em tratamento de substituição na Europa em 2003

País	Utentes em tratamento com metadona em unidades especializadas	Utentes em tratamento com buprenorfina em unidades especializadas	Total de utentes em tratamento de substituição em unidades especializadas
Bélgica	1 922	48	1 970
República Checa	368	204	572
Dinamarca	4 971	484	5 455
Alemanha	65 000	9 000	74 000
Estónia	60	13	73
Grécia	2 018	275	2 293
Espanha	88 678	36	88 714
França	15 000	13 000	28 000
Irlanda (¹)	5 561	0	5 561
Itália	79 065	7 113	86 178
Chipre	0	0	0
Letónia	67	0	67
Lituânia	332	n.d.	332
Luxemburgo	133	10	143
Hungria	750	0	750
Malta	698	0	698
Países Baixos	12 000	n.d.	12 000
Áustria (²)	1 796	1 667	6 413 (³)
Polónia	865	0	865
Portugal	9 765	2 743	12 508
Eslovénia	1 909	0	1 909
Finlândia	170	430	600
Suécia	800	1 300	2 100
Reino Unido	128 000	n.d.	128 000
Bulgária	380	0	380
Roménia	400	0	400
Noruega	1 947	484	2 431
Total (⁴)	422 655	36 807	462 412 (⁵)

(¹) Trata-se do número de casos e não de indivíduos tratados nesse ano.

(²) Na Áustria, cerca de 46% dos utentes recebem tratamento de substituição com outras substâncias que não a metadona e a buprenorfina, tendo sido acrescentados para obter o total correcto. A discriminação proporcional baseia-se nos primeiros tratamentos.

(³) O total agregado mais elevado deve-se à existência na Áustria de um número estimado de 2 950 utentes em tratamento de substituição com outras drogas que não a metadona e a buprenorfina (predominantemente morfina de libertação lenta).

(⁴) n.d. = dados não disponíveis. No cálculo dos totais, foi atribuído ao elemento «dados não disponíveis» o valor de 0 e, por isso, os números apresentados correspondem a valores mínimos.

NB: Não existem dados disponíveis para a Eslováquia e a Turquia.

Fonte: Quadro-padrão sobre a disponibilidade de tratamento relacionado com a droga.

de substituição através dos seus médicos de clínica geral, adicionando, deste modo, informações importantes às estimativas globais dos utentes em tratamento de substituição existentes na União. Os utentes que receberam tratamento com metadona através do seu médico de clínica geral em 2003 elevavam-se a 8 500 em França, 2 682 na Irlanda, 851 no Luxemburgo e 930 nos

Países Baixos. Além disso, na República Checa e em França, 1 200 e 70 000 utentes, respectivamente, recebiam tratamento com buprenorfina através do seu médico de clínica geral. Calcula-se que 81 743 utentes, no total, faziam tratamento de substituição através do seu médico de clínica geral nestes cinco países. Tendo em conta que existem mais de 450 000 utentes a fazer

tratamento de substituição em unidades especializadas, o número total de utentes que recebem tratamento de substituição já ultrapassou o meio milhão, situando-se em cerca de 530 000. Mais uma vez, em virtude de as informações serem incompletas, o valor de 530 000 representa um cálculo mínimo do número de consumidores de droga em tratamento de substituição.

Existem acentuadas diferenças quanto ao nível da oferta de tratamento de substituição entre os Estados-Membros da UE-15 e os novos Estados-Membros e países candidatos. Não obstante representarem mais de 20% da população total, os novos Estados-Membros e países candidatos correspondem apenas a 1,3% dos utentes em tratamento de substituição (não incluindo a Turquia, onde não existem quaisquer dados disponíveis sobre o tratamento de substituição). Dos novos Estados-Membros, apenas dois, a Eslovénia e a República Checa, fornecem estimativas do consumo problemático de droga e em ambos os países o tratamento de substituição está disponível para uma percentagem mais pequena dos consumidores problemáticos de droga (16% e 26%, respectivamente) do que a média da UE-15 (35%). Apesar da falta de estimativas da prevalência do consumo problemático de droga noutros novos Estados-Membros e países candidatos, o nível do tratamento de substituição está muito aquém do existente nos Estados-Membros da UE-15. Considerando o elevado risco de propagação de doenças infecto-contagiosas em alguns países e o papel preventivo que o tratamento medicamente assistido pode desempenhar na sua limitação (ver, por exemplo, UNODC, 2002), a situação é motivo de preocupações.

Nos últimos anos, surgiram duas tendências distintas no tratamento medicamente assistido. A primeira é uma continuação da tendência para aumentar a disponibilidade do tratamento de substituição, embora este aumento se esteja a tornar menos pronunciado. Além disso, verificou-se uma diversificação das substâncias fornecidas; por exemplo, o número de países que referem a utilização de buprenorfina subiu para 14 em 2003, quando em 1999/2000 foram apenas seis.

Uma terceira tendência, ainda que menos distinta, é a do envolvimento crescente dos médicos de clínica geral na oferta de tratamento medicamente assistido. Este envolvimento foi referido em apenas três dos 15 Estados-Membros (Bélgica, França, Reino Unido) em 2000/2001 (Solberg *et al.*, 2002), mas agora já se encontra em 10 dos Estados-Membros da UE-15 (Alemanha, Áustria, Bélgica, França, Irlanda, Itália, Luxemburgo, Países Baixos, Reino Unido e Suécia), bem como em três dos novos Estados-Membros (Eslovénia, Malta, República Checa).

Tratamento sem droga

O tratamento sem droga envolve a aplicação de técnicas psicológicas e educativas para a consecução de uma

abstinência da droga a longo prazo. Até agora, este tratamento era prestado em regime de internamento e era de longa duração, por exemplo, em comunidades terapêuticas, mas presentemente também é prestado em contextos comunitários.

Ao contrário do tratamento medicamente assistido, relativamente ao qual existem registos nacionais centralizados em muitos Estados-Membros, os registos do tratamento sem droga são raros, e escasseiam os dados quantitativos fiáveis e claros para este método de tratamento. Embora não seja possível fazer uma comparação precisa com o tratamento medicamente assistido, os relatórios dos Estados-Membros indicam que este último constitui a principal forma de tratamento para os consumidores problemáticos de opiáceos na maioria dos Estados-Membros da UE e a um nível agregado da União. Contudo, alguns países comunicam uma preferência generalizada pelo tratamento sem droga relativamente ao tratamento medicamente assistido (Chipre, Estónia, Finlândia, Lituânia e Polónia). Em vários países, nomeadamente a Espanha, Grécia e Noruega, os níveis de tratamento medicamente assistido e de tratamento sem droga parecem ser semelhantes.

Evolução no que se refere à garantia da qualidade

Diversos países (Alemanha, Áustria e Portugal) publicaram manuais destinados ao pessoal médico envolvido nos tratamentos relacionados com a toxic dependência. Os esforços realizados no âmbito da estratégia governamental de luta contra a droga do Reino Unido mostraram que, investindo no orçamento, na organização, na monitorização e no pessoal, as listas de espera podem ser reduzidas e um maior número de consumidores problemáticos de droga pode aceder ao tratamento e nele permanecer. Em Inglaterra, houve mais 41% de consumidores problemáticos de droga em contacto com os serviços de tratamento da toxic dependência em 2003-2004 do que em 1998-1999, e o tempo de espera sofreu uma redução de dois terços desde 2001. Em 2003-2004, 72% dos utentes tinham concluído com êxito um tratamento estruturado ou mantiveram-se em tratamento, comparativamente a 57% em 2000-2003 (NTA, 2004).

O contexto em que o tratamento sem droga é oferecido varia consideravelmente. Num grupo de países (Alemanha, Chipre, Eslovénia, Espanha, França, Grécia, Luxemburgo, Países Baixos, Polónia, Reino Unido) o tratamento sem droga dos consumidores problemáticos de opiáceos tem predominantemente lugar em regime ambulatorio, enquanto um grupo menor de países comunicam um recurso predominante ao tratamento em regime de internamento (Áustria, Irlanda, Itália) e outros não revelam uma predominância clara (Suécia, Noruega).

Reintegração social

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

A reintegração social é uma resposta menos enraizada ao consumo problemático de droga do que o tratamento e, por conseguinte, o acompanhamento e a comunicação de dados neste campo são também menos coerentes. Alguns países mencionam a realização de avaliações qualitativas dos seus esforços no domínio da reintegração social; no entanto, nenhum deles apresenta uma boa cobertura. Todos os países que comunicam informações (Estónia, Irlanda, Malta, Países Baixos, Roménia, Suécia e Noruega) identificam deficiências nos seus serviços e/ou programas de reintegração social. A Grécia constitui uma excepção à regra, possuindo um leque relativamente vasto de programas de reintegração social e dados fiáveis sobre o número de utentes que eles abrangem.

Apreensões e informação sobre o mercado ⁽¹⁶⁴⁾

Produção, tráfico e apreensões de opiáceos

O Afeganistão tornou-se, de longe, o principal fornecedor mundial de ópio ilegal, em especial porque a área total cultivada voltou a aumentar em 2004. Estima-se que a produção mundial de ópio ilegal em 2004 atingiu cerca de 4 850 toneladas (4 766 toneladas em 2003), 87% das quais provenientes do Afeganistão e 8% de Mianmar. A produção mundial de ópio tem permanecido estável ao longo dos últimos cinco anos com excepção de 2001, quando a proibição do cultivo de papoilas opiáceas imposta pelo regime dos Talibãs no Afeganistão se traduziu numa diminuição drástica, mas efémera, da produção. A produção mundial potencial de heroína foi estimada em 485 toneladas em 2004 (477 toneladas em 2003) (CND, 2005).

A heroína consumida na UE é maioritariamente produzida no Afeganistão (crescentemente) ou ao longo das rotas de tráfico do ópio, nomeadamente na Turquia (UNODC, 2003a; INCB, 2005), e entra na Europa através de duas rotas de tráfico principais. A rota dos Balcãs, historicamente importante, continua a desempenhar um papel crucial no contrabando de heroína. Após atravessar

o Irão, o Paquistão e a Turquia, países de trânsito, esta rota subdivide-se num ramo meridional, através da Grécia, da antiga República jugoslava da Macedónia, da Albânia, de parte de Itália, da Sérvia e Montenegro e da Bósnia e Herzegovina, e num ramo setentrional, através da Bulgária, da Roménia, da Hungria e da Áustria. O INCB (2005) comunica que, em 2003, o ramo setentrional da rota dos Balcãs passou a ser o dominante no tráfico de heroína. Desde meados da década de 1990, o contrabando de heroína para a Europa tem-se intensificado através da «rota da seda», que atravessa a Ásia Central, o mar Cáspio e a Federação da Rússia, a Bielorrússia ou a Ucrânia (relatórios nacionais Reitox, 2004; UNODC, 2003; CND, 2005; INCB, 2005). Apesar de estas rotas serem as mais importantes, vários países da África Oriental e Ocidental e do continente americano efectuaram apreensões de heroína destinada à Europa em 2003 (CND, 2005; INCB, 2005).

Para além da heroína importada, existem drogas opiáceas produzidas na UE. Esta produção está essencialmente limitada a uma pequena produção de produtos caseiros obtidos a partir da papoila (como a palha da papoila e o concentrado de papoila, obtido por trituração de caules e cabeças desta planta) em alguns países do leste da UE, como a Estónia, Letónia e Lituânia (relatórios nacionais Reitox, 2004). Em 2003 esses produtos parecem ter recuperado a popularidade sobretudo na Estónia.

Em termos de volume, em 2003, a Ásia (56%) e a Europa (34%) continuaram a ser responsáveis pela maior parte das apreensões de heroína efectuadas em todo o mundo. A percentagem da Europa está a aumentar, sobretudo devido ao acréscimo das apreensões de heroína nos países do leste e do sudeste da Europa (CND, 2005). Desde 1998, que o país da UE responsável pelo maior número de apreensões de heroína e de quantidades apreendidas desta droga é o Reino Unido, seguido da Espanha em termos do número de apreensões e da Itália em termos de quantidades apreendidas ⁽¹⁶⁵⁾. Em 2002, o Reino Unido foi responsável por cerca de 30% das apreensões de heroína e da quantidade total de heroína apreendida na UE.

De um modo geral, as quantidades de heroína apreendidas ⁽¹⁶⁶⁾ na União têm vindo a crescer nos últimos cinco anos, com um período de estabilização em 2000-2002, embora o número de apreensões tenha diminuído globalmente, durante o mesmo período. Com base nas tendências verificadas nos países com dados disponíveis, quer as apreensões quer as quantidades de heroína apreendidas na UE parecem ter diminuído em 2003 ⁽¹⁶⁷⁾.

⁽¹⁶⁴⁾ Ver a caixa «Interpretação dos dados sobre apreensões e mercado» p. 42.

⁽¹⁶⁵⁾ Embora esta informação deve ser verificada tendo em conta os dados que faltam em relação a 2003, quando estiverem disponíveis. Não existiam dados disponíveis sobre o número de apreensões de heroína em 2003 relativamente à Itália, Chipre, Países Baixos e Roménia; também não existiam dados sobre o número de apreensões de heroína nem sobre a quantidade de heroína apreendida em 2003 para a Irlanda e o Reino Unido.

⁽¹⁶⁶⁾ Ver quadro SZR-4 (parte I) no Boletim Estatístico de 2005.

⁽¹⁶⁷⁾ Ver quadro SZR-3 (parte I) no Boletim Estatístico de 2005.

Nesse ano, voltaram a ser comunicadas apreensões de fentanil e metilfentanil (opióceos sintéticos que chegam a ser até cem vezes mais potentes do que a heroína) na Estónia, ao passo que a Letónia notificou a sua primeira apreensão de 3-metilfentanil também em 2003 e a Áustria a sua primeira apreensão de fentanil em Janeiro de 2004. Na Estónia, a má qualidade da heroína disponível no mercado local foi compensada, desde 2002, pela introdução destes dois opiáceos sintéticos, com os nomes de «chinesa branca», «persa branca» ou «heroína sintética» (relatórios nacionais Reitox, 2004).

Embora os dados sobre as apreensões de benzodiazepinas (normalmente utilizadas como substitutas pelos consumidores de heroína) não sejam sistematicamente compilados pelo OEDT, a Espanha, a Lituânia, a Suécia e a Noruega comunicaram ter efectuado apreensões dessas drogas (em especial de Rohypnol) em 2003.

Buprenorfina: tratamento, abuso e práticas de prescrição, Relatório Anual OEDT 2005: temas específicos

Nos últimos dez anos, a buprenorfina é cada vez mais utilizada na Europa como uma alternativa à metadona no tratamento da dependência de opiáceos. Inicialmente desenvolvida como analgésico, a buprenorfina foi indicada para o tratamento da dependência de opiáceos no final da década de 1970. A sua introdução para esse fim nos 15 Estados-Membros da UE e a sua expansão nestes países e nos novos Estados-Membros encontra-se descrita.

São estabelecidas comparações entre a buprenorfina e a metadona, em termos de eficácia e de custos. Descreve-se a oferta de tratamento com buprenorfina na Europa e estabelecem-se comparações entre os Estados-Membros onde a buprenorfina é a principal substância utilizada no tratamento da dependência de opiáceos e aqueles em que o tratamento medicamente assistido se baseia sobretudo na metadona. Uma das conclusões é a de que cerca de 20% dos utentes em tratamento medicamente assistido na Europa estão actualmente a receber buprenorfina, embora a maioria deles se concentre num único país (França). De um modo geral, a buprenorfina expandiu-se para muitos

Preço e pureza da heroína

Na Europa, a heroína apresenta-se sob duas formas: a heroína castanha (forma química de base), de maior disponibilidade, e a heroína branca (forma de sal), menos comum e mais cara, habitualmente originária do Sudeste Asiático. Em 2003, segundo as informações existentes, na UE, o preço médio da heroína castanha vendida na rua variava entre 27 euros por grama na Bélgica e 144 euros por grama na Suécia, ao passo que o preço da heroína branca variava entre 25 euros (Eslováquia) e 216 euros (Suécia) por grama ⁽¹⁶⁸⁾. É provável que estas diferenças de preço reflectam a maior ou menor pureza da droga vendida.

Em 2003, a pureza média da heroína castanha ao nível da rua, na UE, variava entre 6%, na Áustria e 40% em Malta. Apenas alguns países apresentaram dados sobre a pureza da heroína branca ⁽¹⁶⁹⁾; que variava, em média, entre 6% na Finlândia e 70% na Noruega ⁽¹⁷⁰⁾.

países, mas o número efectivo de utentes ainda é limitado na maior parte dos Estados-Membros.

A buprenorfina é encarada da perspectiva de um potencial abuso. Segundo os primeiros indícios, o abuso de buprenorfina apenas é prevalente em alguns países, sendo incomum nos restantes. Alguns dados relacionam o abuso de buprenorfina com populações ou grupos etários específicos, ou procuram identificar grupos distintos de consumidores de buprenorfina. Embora as mortes devidas ao abuso de buprenorfina sejam muito raras, a literatura científica e alguns países europeus mencionam algumas. Os relatórios das mortes relacionadas com o abuso de buprenorfina são comparados com os das mortes relacionadas com o abuso de metadona.

O tema específico retira conclusões sobre os méritos relativos da buprenorfina e da metadona no tratamento da dependência de opiáceos. A buprenorfina é identificada como uma oportunidade de tornar o tratamento medicamente assistido mais disponível e acessível a mais pessoas.

Este tema específico está disponível em versão impressa e na Internet apenas em inglês, «Buprenorphine: treatment, misuse and prescription practices», *EMCDDA annual report 2005: Selected issues*. (<http://issues05.emcdda.eu.int>).

⁽¹⁶⁸⁾ Ver quadro PPP-2 (parte I) no Boletim Estatístico de 2005.

⁽¹⁶⁹⁾ Ver quadro PPP-6 (parte I) no Boletim Estatístico de 2005.

⁽¹⁷⁰⁾ Pequeno número de amostras para a Noruega (n = 8).



Capítulo 7

Questões de criminalidade e detenções

Criminalidade relacionada com a droga

Entende-se por criminalidade relacionada com a droga os delitos cometidos sob a influência de drogas; os cometidos para financiar o consumo de droga; os que se verificam no contexto do funcionamento dos mercados de drogas ilícitas e os delitos por infracção à legislação em matéria de droga. Na UE apenas existem dados de rotina disponíveis sobre o último tipo de delitos — infracções à legislação em matéria de droga.

Os «relatórios»⁽¹⁷¹⁾ sobre as infracções à legislação em matéria de droga reflectem as diferenças existentes nas legislações nacionais, as diferentes formas como a lei é executada e aplicada e as prioridades e recursos atribuídos a crimes específicos por órgãos da justiça penal. Para além disso, os sistemas de informação sobre infracções à legislação em matéria de droga variam consideravelmente entre os países, em especial no que respeita a práticas de registo e de comunicação, isto é, no que respeita àquilo que é registado, bem como à forma e à altura em que é registado. Estas diferenças dificultam a comparação entre os países da UE.

Entre 1998 e 2003, o número de «relatórios» de infracções à legislação em matéria de droga aumentou na maioria dos Estados-Membros da UE. Esse aumento foi particularmente significativo (duas vezes, ou mais) na Estónia e na Polónia. No entanto, o número de «relatórios» diminuiu, em 2003, na Bélgica, Espanha, Itália (desde 2001) e Áustria, Eslovénia, Hungria e Malta (desde 2002)⁽¹⁷²⁾.

Na maioria dos Estados-Membros da UE, a maior parte das infracções registadas à legislação em matéria de droga manteve-se relacionada com o consumo e a posse de droga⁽¹⁷³⁾, variando entre 39% de todas as infracções à legislação em matéria de droga, na Polónia e 87% na Áustria e no Reino Unido. No Luxemburgo e na República Checa, 46% e 91%, respectivamente, das infracções

Consumo de droga e criminalidade: alguns dados

Num inquérito realizado em 2004 na República Checa, os agentes de polícia que trabalham nos comandos regionais calcularam que aproximadamente 40% dos roubos comuns e cerca de 30% dos assaltos tinham sido cometidos com a finalidade de comprar drogas. No mesmo país, os dados de rotina sobre os crimes registados revelaram que, em 2003, 0,7% dos delitos tinham sido cometidos sob o domínio de substâncias estupefacientes ou psicotrópicas (excluindo o álcool) (relatório nacional checo).

Na Finlândia, nos anos de 2000-2003, a percentagem de homicídios e agressões perpetrados sob a influência de drogas ilícitas era muito inferior à dos perpetrados sob a influência do álcool (6% para 64% de homicídios e 2% para 71% das agressões) (Lehti e Kivivuori; citados no relatório nacional finlandês). Embora a presença de drogas nos assaltos pareça ter aumentado na última década, a presença de álcool neste tipo de crimes ainda é mais comum (43% dos assaltos envolvem álcool para 9% que envolvem drogas).

Na Alemanha, «os crimes económicos compulsivos directos» (infracções penais cometidas para obter estupefacientes, drogas substitutas ou alternativas) diminuíram em 2003 para 2 568 casos, estando mais de 70% deles relacionados com a falsificação de receitas ou o roubo de formulários de receitas (BKA, 2004).

Na Letónia, os dados de rotina do Ministério do Interior revelaram que 2,8% dos crimes detectados em 2003 (3,1% em 2002) foram cometidos sob a influência de estupefacientes (relatório nacional da Letónia).

registadas à legislação em matéria de droga tinham a ver com a compra e venda na rua (*dealing*) ou o tráfico de droga, enquanto em Itália e Espanha (onde o consumo e a posse de droga para consumo próprio não são considerados delitos penais) todos os crimes relacionados com a droga estão relacionados com a compra e venda na rua (*dealing*) e o tráfico. Por último, em Portugal⁽¹⁷⁴⁾ e

⁽¹⁷¹⁾ O termo «relatórios», quando se refere às infracções à legislação em matéria de droga, aparece entre aspas porque descreve conceitos diferentes nos diferentes países (relatórios policiais sobre indivíduos suspeitos de infracção à legislação em matéria de droga, acusações por infracção à legislação em matéria de droga, etc.). Para uma definição exacta por país, consultar as notas metodológicas sobre as definições de «relatórios» no que se refere às infracções à legislação em matéria de droga no Boletim Estatístico de 2005. (NB: O termo «detenções» foi utilizado em relatórios anuais até 2001.)

⁽¹⁷²⁾ Ver quadro DLO-1 (parte I) no Boletim Estatístico de 2005. Não estavam disponíveis dados sobre os «relatórios» relativos às infracções à legislação em matéria de droga em 2003 para a Alemanha, Dinamarca, Eslováquia, Irlanda, Letónia e Reino Unido.

⁽¹⁷³⁾ Ver quadro DLO-2 no Boletim Estatístico de 2005.

⁽¹⁷⁴⁾ Em Portugal, as infracções remanescentes à legislação em matéria de droga estão relacionadas com a «compra/venda e tráfico de droga», um vez que as infracções de consumo/posse de droga para consumo foram despenalizadas em Julho de 2001.

Noruega ⁽¹⁷⁵⁾, 59% das infracções relacionavam-se com o consumo e tráfico de droga.

Na totalidade dos países relativamente aos quais existem dados disponíveis, com a excepção de Portugal, a percentagem das infracções à legislação em matéria de droga registadas relacionadas com o consumo/posse para consumo próprio aumentou ao longo do quinquénio de 1998–2003 ⁽¹⁷⁶⁾. A taxa de aumento foi geralmente baixa, embora se tenham registado tendências mais nítidas de aumento na Bélgica, na Eslovénia e no Luxemburgo, bem como na Irlanda até 2001. Em Portugal, a percentagem de infracções à legislação em matéria de droga começou a diminuir em 2000, um ano antes da despenalização do consumo e da posse para consumo próprio, em Julho de 2001 ⁽¹⁷⁷⁾. Em 2003, foram comunicadas diminuições na Áustria, Eslovénia, Luxemburgo e República Checa.

Na maioria dos Estados-Membros, a *cannabis* continuou a ser a droga ilícita mais frequentemente envolvida nas infracções à legislação em matéria de droga comunicadas ⁽¹⁷⁸⁾. Nos países em que isso se verificou, as infracções relacionadas com a *cannabis* em 2003 representaram entre 39% (Itália) e 87% (França) de todas as infracções à legislação em matéria de droga. Nos Países Baixos, predominaram as infracções envolvendo «drogas duras» ⁽¹⁷⁹⁾ (58%), ao passo que na República Checa a maioria das infracções à legislação em matéria de droga estava relacionada com as anfetaminas (48%). A percentagem relativa das infracções relacionadas com uma droga específica é influenciada por vários factores, tais como as prioridades operacionais das autoridades de aplicação da lei ou a existência de decisões implícitas ou explícitas para que as operações visem os diversos tipos de infracções à legislação da droga de forma diferenciada.

Desde 1998 que a percentagem de infracções à legislação em matéria de droga relacionadas com a *cannabis* ⁽¹⁸⁰⁾ tem vindo a aumentar na Alemanha, Espanha, França, Irlanda, Lituânia, Luxemburgo, Malta e Portugal, mas permaneceu globalmente estável na Bélgica, Eslovénia, Países Baixos, Reino Unido, República

Checa e Suécia, e apresentou uma diminuição na Áustria e em Itália ⁽¹⁸¹⁾.

No mesmo período, a percentagem de crimes relacionados com a heroína decresceu na totalidade dos Estados-Membros da UE relativamente aos quais existem dados disponíveis, excepto na Áustria e no Reino Unido, onde aumentou ⁽¹⁸²⁾. Pelo contrário, a percentagem dos crimes relacionados com a cocaína em relação a todos os crimes associados à droga aumentou desde 1998 na totalidade dos países que forneceram dados, com excepção da Alemanha, países nos quais se registaram tendências decrescentes ⁽¹⁸³⁾.

Toxicodependentes e sistema prisional

Toxicodependentes reclusos

As informações de rotina a nível nacional acerca do tipo e dos padrões de consumo de drogas entre os reclusos são escassas e desiguais. Grande parte dos dados disponíveis na UE provém de estudos *ad hoc* baseados em amostras que variam em termos de dimensão e cujos resultados (e tendências) são muito difíceis de extrapolar.

Em comparação com a população em geral, os consumidores de droga estão sobre-representados entre a população prisional. Na maioria dos estudos realizados na UE, refere-se que a prevalência ao longo da vida do consumo de drogas entre os reclusos é superior a 50%; no entanto, varia muito, de 22% a 86%, entre populações reclusas, centros de detenção e países ⁽¹⁸⁴⁾. Na UE, a prevalência do consumo regular de droga ou da toxicodependência antes do encarceramento varia de 8% a 73% ⁽¹⁸⁵⁾.

A maioria dos toxicodependentes reduz o consumo ou deixa de consumir aquando da admissão no estabelecimento prisional. No entanto, alguns detidos mantêm o seu padrão de consumo de drogas e outros iniciam o consumo (e/ou começam a injectar drogas) já na prisão. Os estudos disponíveis mostram que entre 8% e 60% dos reclusos afirmam ter consumido drogas na prisão, e 10% e 42% referem um consumo regular de droga ⁽¹⁸⁶⁾.

⁽¹⁷⁵⁾ Na Noruega, não se faz distinção entre «venda/tráfico de droga» e «consumo/compra e venda e tráfico de droga». Consequentemente, as infracções remanescentes à legislação em matéria de droga dizem respeito apenas a «consumo de droga».

⁽¹⁷⁶⁾ Ver quadro DLO-4 no Boletim Estatístico de 2005.

⁽¹⁷⁷⁾ A lei de despenalização do consumo e posse de droga foi aprovada em Novembro de 2000 e entrou em vigor em Julho de 2001.

⁽¹⁷⁸⁾ Ver quadro DLO-3 no Boletim Estatístico de 2005.

⁽¹⁷⁹⁾ Nos Países Baixos, entende-se por «drogas duras» as drogas que apresentam riscos inaceitáveis para a saúde pública, como a heroína, a cocaína, o *ecstasy* e o LSD.

⁽¹⁸⁰⁾ Os seguintes países forneceram uma discriminação por droga dos crimes relacionados com a droga ao longo do tempo: Alemanha, Áustria, Bélgica, Eslovénia, Espanha, França, Irlanda, Itália, Lituânia, Luxemburgo, Malta, Países Baixos (apenas «drogas leves»/*cannabis* e «drogas duras»), Portugal, Reino Unido, República Checa e Suécia.

⁽¹⁸¹⁾ Ver quadro DLO-5 no Boletim Estatístico de 2005.

⁽¹⁸²⁾ Ver quadro DLO-6 no Boletim Estatístico de 2005.

⁽¹⁸³⁾ Ver quadro DLO-7 no Boletim Estatístico de 2005.

⁽¹⁸⁴⁾ Ver quadro DUP-1 no Boletim Estatístico de 2005.

⁽¹⁸⁵⁾ Ver quadro DUP-5 (anexo) no Boletim Estatístico de 2005.

⁽¹⁸⁶⁾ Ver quadro DUP-3 no Boletim Estatístico de 2005.

É geralmente aceite que a prevalência ao longo da vida do consumo de droga injectada entre os reclusos varia entre 15% e 50%; no entanto, alguns estudos têm dado a conhecer valores tão baixos como 1% ou tão elevados como 69%. Sempre que existem dados comparáveis (Áustria 1999, Inglaterra e País de Gales 1997-1998), estes mostram que os jovens infractores têm uma menor probabilidade de consumir droga por via endovenosa do que os adultos e que as mulheres reclusas têm maior probabilidade de consumir droga por via endovenosa do que os homens⁽¹⁸⁷⁾. Com base em diversos estudos realizados na UE, Bird e Rotily (2002) revelaram que cerca de um terço dos reclusos adultos do sexo masculino são consumidores de droga injectada. Os dados fornecidos pelos pontos focais Reitox revelam que entre 0,2% e 34% dos reclusos⁽¹⁸⁸⁾ consumiram droga por via endovenosa nos estabelecimentos prisionais durante o cumprimento da pena. Esta realidade levanta questões relacionadas com o acesso a equipamento de injeção esterilizado, a higiene das práticas de partilha de seringas entre a população reclusa e a potencial propagação de doenças infecto-contagiosas.

Assistência e tratamento dos toxicodependentes reclusos

Em todos os Estados-Membros e países candidatos, existe algum tipo de sistema de assistência aos toxicodependentes reclusos, embora a diversidade de serviços e a sua disponibilidade sejam consideravelmente diferentes. Uma tendência digna de nota é o crescente reconhecimento do facto de que os reclusos têm os mesmos direitos que o resto da população no que respeita ao acesso aos cuidados de saúde, incluindo a assistência e o tratamento dos toxicodependentes (OMS Gabinete Regional para a Europa, 2002; relatórios nacionais finlandês, irlandês e lituano). Entre os serviços que deveriam ser postos à disposição dos reclusos figuram as estratégias de prevenção, incluindo os programas sem droga, os tratamentos de desintoxicação, os tratamentos com metadona e outras substâncias, o aconselhamento e a educação.

No entanto, os países referem vários problemas no tocante à prestação de uma assistência adequada. Por exemplo, a disponibilidade de serviços é precária na Estónia; não existem serviços específicos disponíveis para os toxicodependentes na Letónia; a Polónia tem longas listas de espera para o tratamento; a Suécia diz que as prisões estão sobrelotadas e o pessoal prisional é reduzido e na Roménia falta legislação adequada. Em Chipre, apesar de não existir um programa de apoio integrado para os toxicodependentes reclusos, são tomadas algumas medidas de prevenção.

As actividades de ensino e formação profissional são estratégias de prevenção de carácter geral. Na maioria

dos Estados-Membros da UE e dos países candidatos, essas actividades têm tido lugar tanto para os toxicodependentes reclusos como para os guardas prisionais. Entre os países que mencionam tais actividades, figuram Chipre, Eslovénia, Espanha, Estónia, Hungria e Roménia (relatórios nacionais Reitox).

Outro elemento preventivo é a criação de unidades livres de droga nas prisões. A participação nestas unidades é voluntária, geralmente após a assinatura pelos toxicodependentes encarcerados de uma declaração por escrito de que aceitam determinadas condições, por exemplo, análises periódicas à urina. Essas unidades existem em todos os Estados-Membros da UE-15. Nos «novos» Estados-Membros, foram criadas unidades livres de droga na maioria dos países. Uma avaliação da ala livre de droga de uma prisão austríaca demonstrou que é muito menos frequente os reclusos saídos dessas alas serem novamente condenados do que os reclusos que saem das alas prisionais normais (35% para 62%).

A modalidade de tratamento mais comum nas prisões é o tratamento sem droga, que existe em todos os Estados-Membros (excepto Chipre e Letónia), embora a sua disponibilidade varie. Os centros de tratamento inseridos na comunidade prestam apoio e tratamento, bem como cuidados posteriores ao tratamento, em muitos países, por exemplo Bélgica, Grécia, Luxemburgo, Reino Unido e República Checa.

Na maioria dos países, a disponibilidade do tratamento de manutenção baseado na substituição existente na prisão não é idêntica à que existe fora dela. A Espanha é o único Estado-Membro da União em que o tratamento de substituição está muito difundido, abrangendo 18% da população prisional, ou 82% dos consumidores problemáticos de droga encarcerados. O Luxemburgo também tem uma cobertura elevada. Entre os países que comunicam um aumento considerável da disponibilidade de tratamento medicamente assistido, figuram a França, que utiliza sobretudo a buprenorfina, e a Irlanda (relatórios nacionais Reitox). Nos Países Baixos, o tratamento medicamente assistido apenas está disponível para reclusos com penas curtas e que consumiam metadona antes de serem encarcerados, ao passo que na Polónia o primeiro programa de tratamento com metadona, com 14 utentes, foi introduzido num estabelecimento de prisão preventiva.

Evolução do combate à propagação de doenças infecto-contagiosas nos estabelecimentos prisionais

Na Estónia, a situação em termos de prevenção da propagação do VIH melhorou em 2003. O número de testes primários de VIH aumentou 2,6 vezes relativamente a 2002, embora o número de testes positivos tenha aumentado muito pouco. Os serviços de aconselhamento

⁽¹⁸⁷⁾ Ver quadro DUP-2 no Boletim Estatístico de 2005.

⁽¹⁸⁸⁾ Ver quadro DUP-4 no Boletim Estatístico de 2005.

pré e pós-teste também melhoraram em quantidade e qualidade. Na Roménia, os programas destinados a prevenir a propagação do VIH/sida nas penitenciárias e entre os reclusos foram desenvolvidos em cooperação com algumas organizações não governamentais (ONG).

A Espanha é o único país com programas sistemáticos de troca de agulhas e seringas nas prisões. Em 2003, foram distribuídas no âmbito destes programas 18 260 seringas. Não se prevê a execução de programas semelhantes nos outros Estados-Membros nem nos países candidatos.

Alternativas à prisão para infratores consumidores problemáticos de droga na UE, Relatório Anual OEDT 2005: temas específicos

A prisão é um ambiente particularmente prejudicial para os consumidores problemáticos de droga e existe um amplo consenso político sobre o princípio de utilizar o tratamento como alternativa à prisão. As alternativas à prisão que podem ser oferecidas aos infratores toxicodependentes incluem várias sanções que podem adiar, evitar, substituir ou complementar as penas de prisão aplicadas a toxicodependentes que cometeram delitos normalmente punidos com o encarceramento pela legislação nacional. O tema específico concentra-se nas medidas que têm uma componente de tratamento da toxicodependência.

Desde a década de 1960, os acordos, estratégias e planos de acção das Nações Unidas e da UE vêm reafirmando e reforçando o princípio da oferta de tratamento, educação e reabilitação em alternativa à prisão e às sanções penais para os delitos relacionados com a droga. Este princípio foi transposto para a legislação nacional dos Estados-Membros e os sistemas judiciais, de saúde e de assistência social foram adaptados em conformidade. Os jovens consumidores de droga são particularmente vulneráveis à entrada num círculo vicioso de drogas e criminalidade, pelo que existe uma especial determinação em evitar o encarceramento dos jovens infratores.

A aplicação de medidas alternativas ao encarceramento enfrenta, todavia, algumas dificuldades devido aos diferentes sistemas administrativos envolvidos e aos diferentes princípios a eles subjacentes. Estão a ser envidados esforços para colmatar a lacuna entre o sistema judicial e os serviços de saúde e sociais através de estruturas e iniciativas de coordenação, isto é, entre a

polícia, os tribunais e as prisões, por um lado, e os serviços de tratamento da toxicodependência por outro. Muitas vezes, os mecanismos de cooperação informal a nível local foram precursores de formas institucionalizadas mais estáveis.

O recurso às alternativas à prisão aumentou nas últimas décadas nos Estados-Membros da UE-15, tendo estabilizado recentemente em alguns deles, ao passo que a legislação e a aplicação de alternativas à prisão neste domínio começaram mais tarde nos «novos» Estados-Membros. Normalmente, o tratamento dos infratores com um consumo problemático de droga é assegurado no âmbito do sistema de tratamento geral. Na maior parte dos países, este é normalmente fornecido em contextos residenciais, mas também existe a possibilidade de seguir programas de tratamento em regime ambulatorio.

Os estudos europeus de avaliação do tratamento como alternativa à prisão são raros e parcialmente inconclusivos. No entanto, concomitantemente com outros estudos sobre o tratamento, a permanência no tratamento demonstra ser um indicador-chave do seu êxito, constituindo as taxas de abandono um dos maiores problemas para as alternativas à prisão. Os dados sugerem que é a qualidade do tratamento prestado e não a via seguida pelo utente para a entrada em tratamento que determina o sucesso do tratamento. O tratamento em alternativa à prisão parece funcionar melhor se os toxicodependentes estiverem motivados para o fazerem, se os centros de tratamento obedecerem a normas clínicas adequadas e dispuserem de pessoal suficiente e qualificado.

Este tema específico está disponível em versão impressa e na Internet apenas em inglês: «Alternatives to imprisonment: targeting offending problem drug users in the EU», *EMCDDA annual report 2005: Selected issues*. (<http://issues05.emcdda.eu.int>).



Referências

- ACMD (2000), *Reducing drug-related deaths. A Report by The Advisory Council on the Misuse of Drugs*, The Stationery Office, Londres
- ACPO (2003), *Cannabis enforcement guidance*, ACPO, Londres
- Ashton, M. (2003), The American STAR comes to England, *Drug and Alcohol Findings* 8, p. 21-26
- ASPECT Consortium (2004), *Tobacco or Health in the European Union*, Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias, Luxemburgo (http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/ Documents/tobacco_fr_en.pdf)
- Bandura, A. (1977), *Social learning theory*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ
- Bargagli, A. M. et al. (2004), *Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries*, 6th Europad Conference, Paris
- Becoña, E. (2002), *Bases Científicas de la Prevención de las Drogodependencias*, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Madrid
- Bird, S. e Rotily, M. (2002), Inside methodologies for counting blood-borne viruses and injector-inmates' behavioural risks — Results from European prisons, *Howard Journal* 41 (2)
- BKA (Bundeskriminalamt) (2004), *Polizeiliche Kriminalstatistik 2003 Bundesrepublik Deutschland*. BKA, Wiesbaden
- Blystad, H., Blad, L., Tulisov, A. e Aavitsland, P. (2005), Hepatitis B in northwest Russia and the Nordic and Baltic countries: recent trends and prevention activities, *Eurosurveillance Weekly* 10: 050310 (<http://www.eurosurveillance.org/ew/2005/050310.asp>)
- Botvin, G. J. (2000), Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiological factors, *Addictive Behaviours* 25, p. 887-897
- Bovenkerk, F. e Hogewind, W. I. M. (2002), *Hennepteelt in Nederland: het probleem van criminaliteit en haar bestrijding*, Willem Pompe Instituut voor Strafrechtswetenschappen, Utrecht
- 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*, in press
- Butler, G. K. L. e Montgomery, A. M. J. (2004), Impulsivity, risk taking and recreational «ecstasy» (MDMA) use, *Drug and Alcohol Dependence* 76, p. 55-62
- Butters, J. E. (2004), The impact of peers and social disapproval on high-risk cannabis use: gender differences and implications for drug education, *Drugs: Education, Prevention and Policy* 11, p. 381-390
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., et al. (2003), *Enjoying the nightlife in Europe: the Role of moderation*, IREFREA España, Palma de Mallorca (www.irefrea.org)
- Canning, U., Millward, L., Raj, T. e Warm, D. (2004), *Drug use prevention among young people: a review of reviews*, Health Development Agency, Londres
- CND (2004), *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the secretariat*, Comissão das Nações Unidas sobre os Estupefacientes, Nações Unidas, Conselho Económico e Social, Viena
- CND (2005), *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the secretariat*, Comissão das Nações Unidas sobre os Estupefacientes, Nações Unidas, Conselho Económico e Social, Viena
- Cuijpers, P., et al. (2002), The effects of drug abuse prevention at school: the healthy school and drugs project, *Addiction* 97, p. 67-73
- Cunningham, J. A. (2001), Impact of normative feedback on problem drinkers: a small-area population study, *Journal of Studies on Alcohol* 62, p. 228-233
- De Wit, A. e Bos, J. (2004) Cost-effectiveness of needle and syringe exchange programmes: a review of the literature, In *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options*, EMCDDA Monographs 7, Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência: Lisboa, p. 329-343
- Drug Misuse Research Division (2004), Trends in treated problem opiates use in the seven health board areas outside the Eastern Regional Health Authority, 1998 to 2002, *Occasional Paper No. 13/2004*, Drug Misuse Research Division, Dublin
- OEDT (2001), Co-ordination of the implementation of the EMCDDA standard guidelines on the drug-related deaths in the EU Member States, and the collection and analysis of information on drug-related deaths, projecto CT.99.RTX.04, coordenado pelo Trimbos Institute, Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência: Lisboa
- OEDT (2003), National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995-2000, CT.00.RTX.23, coordenado pelo Institut für Therapieforschung, Munique, Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência: Lisboa (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372>)
- OEDT (2004a), *Relatório Anual 2004: Evolução do Fenómeno da Droga na UE e na Noruega*, Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência: Lisboa
- OEDT (2004b), Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options, *OEDT Monographs n.º 7*, Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência: Lisboa (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=428>)
- OEDT (2004c), *Drogas em foco n.º 13. Overdose — Uma importante causa de mortalidade evitável entre os jovens*, Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência: Lisboa
- Eurobarómetro (2004), Young people and drugs, *Flash Eurobarometer 158*, Taylor Nelson Sofres, Direcção-Geral de Imprensa e Comunicação, Comissão Europeia, Bruxelas
- EuroHIV (Centro Europeu de Vigilância Epidemiológica da SIDA) (2004), *VIH/SIDA Surveillance in Europe, End-year report, 2003, No. 70*, Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice
- Eurostat (2002), *Health statistics: Key data on health 2002*, Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias, Luxemburgo, p. 58.
- Eysenbach, G., Powell, J., Englesakis, M., et al. (2004), Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of online peer to peer interactions, *BMJ* 328, p. 1166

- FSW (Fonds Soziales Wien) (2004), *Jahresbericht 2003*, Fonds Soziales Wien, Viena
- Ghuran, A. e Nolan, J. (2000), Recreational drug misuse: issues for the cardiologist, *Heart* 83, p. 627-633
- Gowing, L., Farrell, M., Bornemann, R. e Ali, R. (2005), Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection (review), *The Cochrane Library*, 2005, Issue 2 (www.thecochranelibrary.com)
- GLADA (Greater London Alcohol and Drug Alliance) (2004), *An evidence base for London crack cocaine strategy*, Greater London Alcohol and Drug Alliance, Londres (http://www.london.gov.uk/mayor/health/drugs_and_alcohol/docs/coc_strategy_evidence.pdf)
- Haasen, C. (2003), Speech at «Conference on treatment monitoring in the EU and the EU action plan on drugs 2000–2004» at the EMCDDA, Novembro de 2003
- Hawks, D., Scott, K., McBride, N., et al. (2002), *Prevention of psychoactive substance use: a selected review of what works in the area of prevention*, Organização Mundial de Saúde, Genebra
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T., et al. (2004), *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European Countries*, Conselho Sueco para a Informação sobre o Alcool e Outras Drogas (CAN) e Conselho da Europa, Grupo Pompidou
- Hwang, S. (2001), Mental illness and mortality among homeless people, *Acta Psychiatrica Scandinavica* 103, p. 81-82
- INCB (2005), *Report of the International Narcotics Control Board 2004*, Conselho Internacional para o Controlo de Estupefacientes, Nações Unidas: Nova Iorque
- Korkeila, J. (2000), *Measuring aspects of mental health*, Themes 6/2000, STAKES: Helsinquia
- Kumpfer, K. L., Alvarado, R. e Whiteside, H. O. (2003), Family-based interventions for substance use and misuse prevention, *Substance Use and Misuse* 38, p. 1759-1787
- Leppin, A. (2004), Vortrag zur schulischen Suchtprävention im Rahmen der Fachtagung 'Qualität schulischer Suchtprävention' am 20.04.04 in Kärnten (<http://www.schule.at/community>)
- Macchia, T., Giannotti, F. C. e Taggi, F. (2004), *I servizi e le sostanze ricreative: una rilevazione clinica in Italia*, FrancoAngeli, Milão
- Matheï, C., Robaey, G., van Damme, P., et al. (2005), Prevalence of hepatitis C in drug users in Flanders: determinants and geographic differences, *Epidemiology and Infection* 133, p. 127-136
- Mendes, F., Relvas, A. P., Olaio, A., et al. (2001), *The challenge of prevention of drug use*, IREFREA España, Palma de Mallorca (www.irefrea.org)
- Mol, A., Van Vlaanderen, J. I. e De Vos, A. (2002), *Ontwikkeling van de cocaïne hulpvraag in the ambulante verslavingszorg 1994-2000*, IVZ, Houten
- Morrall, A. R., McCaffrey, D. F. e Paddock, S. M. (2002), Reassessing the marijuana gateway effect, *Addiction* 97, p. 1493-1504
- National Treatment Agency (NTA) (2003), New guidance on injectable heroin and injectable methadone treatment for opiate misusers, declaração à imprensa, 13 de Junho de 2003 (<http://www.nta.nhs.uk>)
- National Treatment Agency (NTA) (2004), 54 per cent more drug misusers get treatment in England, declaração à imprensa, 30 de Setembro de 2004 (<http://www.nta.nhs.uk>)
- Ouwehand, A., Van Alem, V., Mol, A. e Boonzaier Flaes, S. (2004), *Key figures addiction care 2003*, IVZ, Houten (<http://www.sivz.nl>)
- Pijlman, F. T. A., Krul, J. e Niesink, R. J. M. (2003), *Uitgaan en Veiligheid: Feiten en Fictie over Alcohol, Drugs en Gezondheidsverstoringen*, Trimbos-instituut, Utrecht
- Prinzleve M., Haasen C., Zurhold H., et al. (2004), Cocain use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups, *European Addiction Research* 10, p. 147-155
- Quensel, S. (2004), *Das Elend der Suchtprävention*, Verlag für Sozialwissenschaften (VS), Wiesbaden
- Reis, J., Riley, W., Lokman, L. e Baer, J. (2000), Interactive multimedia preventive alcohol education: a technology application in higher education, *Journal of Drug Education* 30, p. 399-421
- Relatórios Nacionais Reitox (2004) (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435>)
- Rhodes, T., Lilly, R., Fernández, C., et al. (2003), Risk factors associated with drug use: the importance of «risk environment», *Drugs: Education, Prevention and Policy* 10, p. 303-329
- Rigter, H., Van Gageldonk, A., Ketelaars, T. e Van Laar, M. (2004), Hulp bij probleemgebruik van drugs: stand van wetenschap voor behandelingen en andere interventies, 2004, Trimbos Institute/National Drug Monitor (NDM), Utrecht
- SAMHSA, Office of Applied Studies, 2003 National Survey on Drug Use and Health (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>)
- Solberg, U., Burkhart, G. e Nilson, M. (2002), An overview of opiate substitution treatment in the European Union and Norway, *International Journal of Drug Policy* 13, p. 477-484
- Sullivan, L. E., Metzger, D. S., Fudala, P. J. e Fiellin, D. A. (2005), Decreasing international HIV transmission: the role of expanding access to opioid agonist therapies for injection drug users, *Addiction* 100, p. 150-158
- Sussman, S., Earleywine, M., Wills, T., et al. (2004), The motivation, skills and decision-making model of «drug abuse» prevention, *Substance Use and Misuse* 39, p. 1971-2016
- Taylor, B. J. (2000), Modeling prevention program effects on growth in substance use: analysis of five years of data from the Adolescent Alcohol Prevention Trial, *Prevention Science* 1, p. 183-197
- Terweij, M. e Van Wamel, A. (2004), *Ouders aan zet: opvoedingsondersteuning en verslavingspreventie voor allochtonen: succes- en faalfactoren*, GGZ Nederland, Utrecht
- UNODC (2002), *Contemporary drug abuse treatment: a review of the evidence base*, Gabinete das Nações Unidas contra o Droga e o Crime, Viena
- UNODC (2003a), *Global illicit drug trends 2003*, Gabinete das Nações Unidas contra o Droga e o Crime, Viena
- UNODC (2003b), *Ecstasy and amphetamines: global Survey 2003*, Gabinete das Nações Unidas contra o Droga e o Crime, Viena
- UNODC e Governo de Marrocos (2003), *Morocco cannabis survey 2003*, Gabinete das Nações Unidas contra o Droga e o Crime, Viena
- OMS (1998), *Opioid overdose: trends, risk factors, interventions and priorities for action*, Organização Mundial de Saúde, Programa relativo ao Abuso de Substâncias, Departamento de Saúde Mental e Prevenção do Abuso de Substâncias, Genebra
- OMS (2004), Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users, *Evidence for action technical papers*, OMS, Genebra
- OMS (2005), Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users, *Evidence for action technical papers*, versão final, Março de 2005, OMS, Genebra
- OMS Gabinete Regional para a Europa (2002), *Prisons, Drugs and Society, A Consensus Statement on Principles, Policies and Practices*, OMS Gabinete Regional para a Europa, Genebra

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência

Relatório Anual 2005: A Evolução do Fenómeno da Droga na Europa

Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias
2005 — 90 p. — 21 x 29,7 cm
ISBN 92-9168-231-4

VENDAS E ASSINATURAS

As publicações para venda editadas pelo Serviço das Publicações estão disponíveis nos nossos agentes de vendas espalhados pelo mundo.

Para fazer a sua encomenda, procure a lista desses agentes de vendas no sítio Internet do Serviço das Publicações (<http://publications.eu.int/>), ou peça-a pelo fax (352) 29 29-42758.

Acerca do OEDT

O Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) é uma das agências descentralizadas da União Europeia. Criado em 1993 e sediado em Lisboa, é a mais completa fonte de informação sobre a droga e a toxicodependência na Europa.

O OEDT recolhe, analisa e difunde informações objectivas, fiáveis e comparáveis sobre a droga e a toxicodependência. Deste modo, fornece aos seus públicos um panorama fundamentado do fenómeno da droga a nível europeu.

As publicações do Observatório são uma fonte de informação ímpar para uma grande variedade de públicos, incluindo os responsáveis políticos e seus consultores, profissionais e investigadores que trabalham no domínio da droga e, de um modo mais geral, os meios de comunicação social e o grande público.

O Relatório Anual apresenta a panorâmica geral anualmente traçada pelo OEDT do fenómeno da droga na UE, sendo uma obra de consulta essencial para quem procura os dados mais recentes sobre este fenómeno na Europa.