

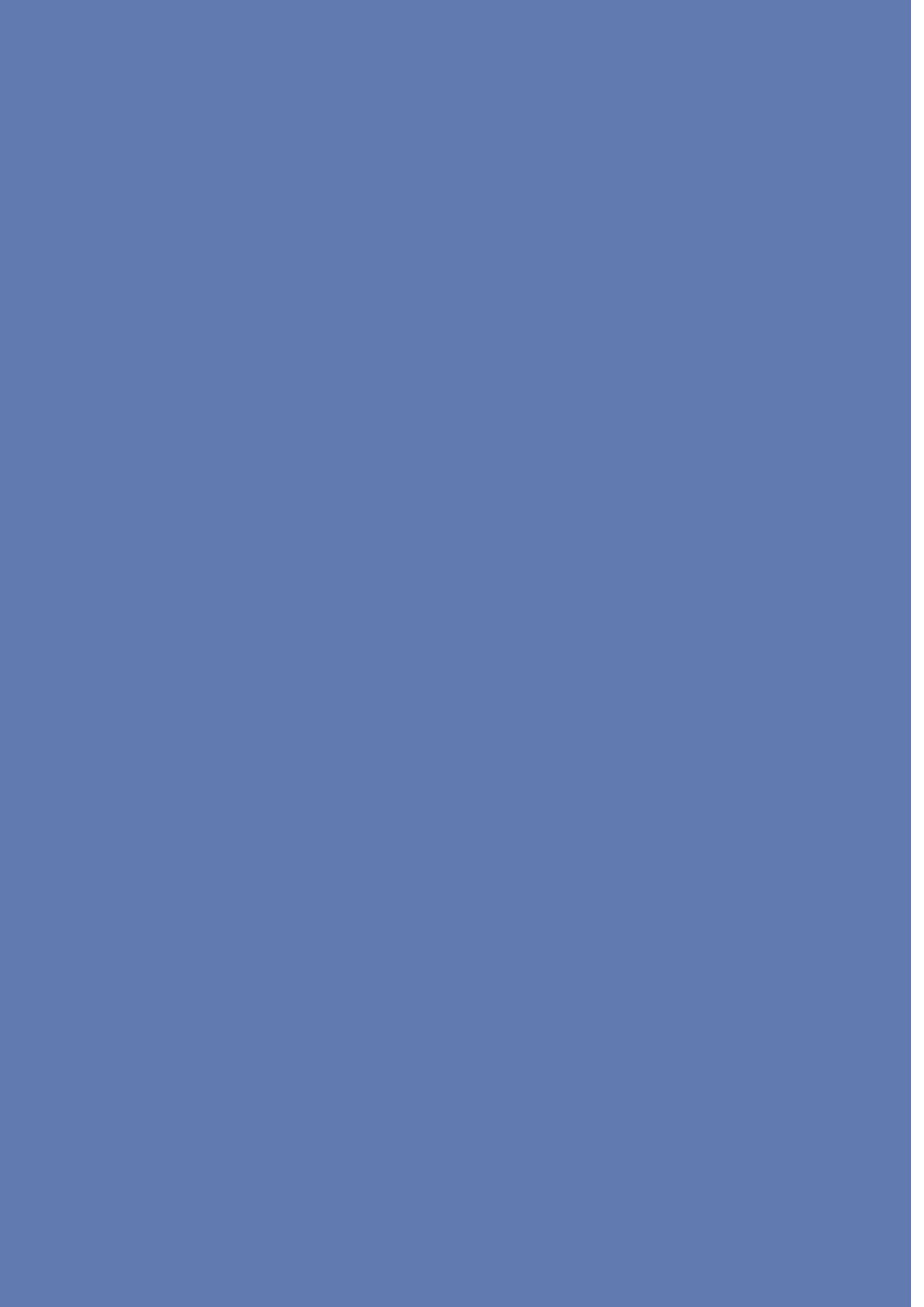


Observatório Europeu
da Droga e da Toxicod dependência

ISSN 1609-6185

RELATÓRIO ANUAL 2009

A EVOLUÇÃO DO FENÓMENO DA DROGA NA EUROPA





Observatório Europeu da
Droga e da Toxicodependência

RELATÓRIO ANUAL 2009

A EVOLUÇÃO DO FENÓMENO DA DROGA NA EUROPA

Aviso legal

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

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

Europe Direct é um serviço que responde às suas perguntas sobre a União Europeia

Linha telefónica gratuita (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

(*) Alguns operadores de telefonia móvel não permitem o acesso aos números iniciados por 00 800 ou cobram estas chamadas.

O presente relatório está disponível em alemão, búlgaro, checo, dinamarquês, eslovaco, esloveno, espanhol, estónio, finlandês, francês, grego, húngaro, inglês, italiano, letão, lituano, neerlandês, norueguês, polaco, português, romeno, sueco e turco. Todas as traduções foram efectuadas pelo Centro de Tradução dos Organismos da União Europeia.

Uma ficha bibliográfica figura no fim desta publicação.

Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia, 2009

ISBN 978-92-9168-393-2

© Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2009

Reprodução autorizada mediante indicação da fonte.

Printed in Luxembourg

IMPRESSO EM PAPEL BRANQUEADO SEM CLORO



Observatório Europeu da
Droga e da Toxicodependência

Cais do Sodré, 1249-289 Lisboa, Portugal
Tel. +351 211210200 • Fax +351 218131711
info@emcdda.europa.eu • www.emcdda.europa.eu

Índice

Prefácio	5
Agradecimentos	7
Nota introdutória	9
Comentário: Acertar num alvo em movimento — O desafio de desenvolver uma resposta política pragmática para um fenómeno da droga em constante evolução	11
Capítulo 1: Políticas e legislações	19
Evolução política internacional e na UE • Estratégias nacionais • Despesa pública • Legislação nacional • Investigação	
Capítulo 2: Resposta aos problemas de droga na Europa — Panorâmica geral	28
Prevenção • Tratamento • Redução dos danos • Reintegração social • Aplicação da legislação em matéria de droga e infracções a essa legislação • Respostas de saúde e sociais na prisão	
Capítulo 3: <i>Cannabis</i>	41
Oferta e disponibilidade • Prevalência e padrões de consumo • Tratamento	
Capítulo 4: Anfetaminas, <i>ecstasy</i> e substâncias alucinogénias	53
Oferta e disponibilidade • Prevalência e padrões de consumo • Contextos recreativos • Tratamento	
Capítulo 5: Cocaína e cocaína- <i>crack</i>	65
Oferta e disponibilidade • Prevalência e padrões de consumo • Consequências para a saúde • Consumo problemático e procura de tratamento • Tratamento e redução dos danos	
Capítulo 6: Consumo de opiáceos e droga injectada	77
Oferta e disponibilidade • Consumo problemático de opiáceos • Consumo de droga injectada • Tratamento	
Capítulo 7: Doenças infecto-contagiosas e mortes relacionadas com o consumo de droga	87
Doenças infecto-contagiosas • Respostas às doenças infecto-contagiosas • Mortes e mortalidade • Redução das mortes	
Capítulo 8: Novas drogas e tendências emergentes	100
Medidas em relação às novas drogas • «Spice» e canabinóides sintéticos associados • Lojas virtuais • Acompanhamento das substâncias	
Referências	106



Prefácio

O presente relatório apresenta uma avaliação oportuna e pormenorizada da situação do fenómeno da droga na Europa. Estamos gratos ao nosso pessoal que tanto trabalhou para o produzir. Devemos reconhecer, todavia, que a eficácia deste documento advém não só do trabalho que realizámos aqui em Lisboa mas, mais essencialmente, dos esforços envidados nos Estados-Membros para desenvolver um sistema de informação fiável e exaustivo. Além de dar um importante contributo para um debate amadurecido e esclarecido sobre o problema da droga, a existência deste sistema de monitorização permite formular, no nosso entender, políticas melhores e mais eficazes.

Tais políticas são cada vez mais necessárias, uma vez que os desafios neste domínio estão a aumentar e a tornar-se cada vez mais complexos. Um tema comum presente em todo este relatório é o da natureza dinâmica do fenómeno da droga, sendo necessário assegurar que a nossa visão acompanhe a evolução das condições com que estamos confrontados.

O OEDT celebrou, este ano, o décimo quinto aniversário da sua actividade de recolha e transmissão de informação sobre o fenómeno da droga na Europa. Para assinalar esta data, realizámos uma conferência subordinada ao título «Identificar as necessidades de informação na Europa para uma política eficaz contra as drogas». O evento constituiu uma oportunidade para que cientistas, profissionais e decisores políticos de toda a Europa, e fora dela, se deslocassem a Lisboa para nos ajudar a inventariar e avaliar a base de conhecimentos existente no domínio da droga, bem como a identificar as necessidades de informação actuais e futuras.

A conferência demonstrou que a Europa se transformou num magnífico laboratório para estudar e compreender o consumo de droga e as respostas correspondentes, circunstância que nos oferece agora grandes oportunidades de aprendizagem colectiva e partilha de conhecimentos. Em nenhuma outra região do mundo existe um tão grande grupo de países culturalmente diferentes que demonstrem uma determinação comum em melhorar o seu entendimento deste complexo fenómeno social e as formas como lhe respondem. Esta determinação está patente no desenvolvimento de um sistema transversal de monitorização da droga que engloba 30 países com uma população conjunta superior a quinhentos mil milhões de pessoas. Também é visível na estratégia e no plano de acção da UE de luta contra a droga, instrumentos destinados a examinar as informações disponíveis e a formular, assim, medidas práticas e colectivas devidamente fundamentadas.

Esse trabalho é particularmente importante neste momento em que os nossos Estados-Membros são obrigados a fazer opções difíceis no que respeita às prioridades de financiamento e têm, cada vez mais, a preocupação de obter os máximos benefícios dos investimentos realizados. Esperamos que o nosso relatório

contribua para este processo. Além disso, comprometemo-nos a conferir, nas futuras actividades do OEDT, uma importância crescente à identificação das práticas verdadeiramente eficazes no domínio da droga.

A conferência também identificou várias questões importantes, que são retomadas na análise aqui apresentada. Os nossos sistemas de informação têm de ser mais eficazes na identificação, no acompanhamento e na notificação das novas tendências, mas para isso é essencial que continuemos a comunicar as informações de forma precisa, fundamentada e não alarmista. Foi igualmente destacada a necessidade de, na nossa análise, associarmos as questões relativas à oferta com as relativas à procura. No relatório deste ano, damos maior realce à análise dos indicadores da oferta e do mercado de droga. Fazemo-lo com prudência, uma vez que ainda não se fizeram esforços suficientes para melhorar a qualidade, a fiabilidade e a comparabilidade do conjunto de dados europeus neste domínio. Esta insuficiência já é amplamente reconhecida e estamos empenhados em colaborar com os nossos parceiros nacionais e europeus na sua resolução.

Uma das conclusões do relatório é a de que a avaliação do fenómeno da droga na Europa exige uma compreensão simultânea das características nacionais, das especificidades sub-regionais e, cada vez mais, das tendências comuns europeias ou até mundiais. No futuro, teremos de descrever melhor esta relação complexa, pois essa descrição não só ajudará a entender que factores podem promover ou inibir o crescimento dos problemas de droga, como também nos orientará no desenvolvimento de intervenções adequadas.

Importa referir, por último, que a União Europeia e as Nações Unidas reformularam os seus documentos de política em matéria de droga quase ao mesmo tempo, no final de 2008 e no início de 2009. Tanto o novo plano de acção da UE de luta contra a droga como a nova declaração política e o novo plano de acção da ONU reflectem o compromisso internacional de reduzir o consumo de droga e os danos por ele causados. A consecução destes objectivos constitui um grande desafio e só se concretizará se as acções previstas forem amplamente executadas. A monitorização e a avaliação são elementos fundamentais deste processo, na medida em que nos permitem manter as nossas políticas no rumo devido e registar os progressos efectuados.

Marcel Reimen

Presidente do Conselho de Administração do OEDT

Wolfgang Götz

Director do OEDT



Agradecimentos

O OEDT agradece a colaboração prestada pelas pessoas e entidades que a seguir se mencionam, sem a qual este relatório não teria sido possível:

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

Pontos focais nacionais da Reitox

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

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

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



Nota introdutória

O presente relatório anual baseia-se em informação fornecida ao OEDT pelos Estados-Membros da UE, os países candidatos Croácia e Turquia, e a Noruega através dos respectivos relatórios nacionais. Os dados estatísticos aqui incluídos referem-se ao ano de 2007 (ou ao último ano disponível). Os gráficos e quadros incluídos no presente relatório podem reflectir a situação existente num subconjunto de Estados-Membros da UE; a selecção é efectuada com base nos países que dispõem de dados em relação ao período em causa.

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

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

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

A análise das tendências baseia-se apenas nos países que fornecem dados suficientes para descrever as mudanças ao longo do período em causa. Os valores relativos a 2006 podem substituir os relativos a 2007 que estejam em falta na análise das tendências dos dados do mercado de droga; em relação à análise de outras tendências, os dados em falta podem ser interpolados. As tendências em matéria de preços são indexadas à inflação a nível nacional.

As informações sobre a disponibilidade e a oferta de várias intervenções na Europa são, geralmente, baseadas no juízo fundamentado dos peritos nacionais, recolhido através de questionários estruturados.

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

O relatório anual pode ser descarregado em 23 línguas a partir do endereço <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2009>

O Boletim Estatístico de 2009 (<http://www.emcdda.europa.eu/stats09>) contém todos os quadros-fonte em que se baseia a análise estatística apresentada no relatório anual. Contém, igualmente, mais informação sobre a metodologia utilizada e cerca de 100 gráficos estatísticos adicionais.

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

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



Comentário

Acertar num alvo em movimento — O desafio de desenvolver uma resposta política pragmática para um fenómeno da droga em constante evolução

Consenso político permite direccionar melhor o plano de acção de luta contra a droga

O presente relatório abrange um período importante para a política em matéria de droga, tanto na Europa como no resto do mundo. Na União Europeia, procedeu-se à avaliação do plano de acção de luta contra a droga 2005-2008 — o quinto desde 1990 —, bem como à elaboração e ao lançamento do seu sucessor, que estará em vigor nos anos de 2009 a 2012. Embora as atenções tendam a incidir nas diferenças existentes entre os Estados-Membros neste domínio político, numa perspectiva histórica, a considerável concordância a que hoje se assiste nos debates a nível europeu merece ser destacada. Os Estados-Membros ainda podem ter perspectivas políticas distintas, que de algum modo reflectem as diferentes realidades nacionais, mas, em muitas áreas, o debate parece estar cada vez mais ponderado e consensual. Foi, deste modo, possível adoptar um novo plano de acção da UE que pode ser descrito como pragmático e orientado para objectivos específicos. Em termos concretos, esta abordagem está patente na atenção conferida a determinados domínios práticos, como a prevenção das mortes relacionadas com o consumo de droga, o trabalho nas prisões e a melhoria da qualidade do tratamento e de outras intervenções.

Internacionalmente, o interesse do público e dos profissionais foi consideravelmente estimulado pelos debates conducentes à adopção de uma nova declaração política das Nações Unidas sobre o fenómeno da droga e de um plano de acção para o combater a nível mundial, no seguimento da revisão dos objectivos fixados na Sessão Especial da Assembleia-Geral da ONU (UNGASS) de 1998. Nesse debate, a Europa defendeu com firmeza a adopção de políticas equilibradas, cientificamente fundamentadas e humanas. Esta atitude contribuiu para garantir a preservação, no acordo final, dos elementos mais progressivos dos documentos inicialmente adoptados na UNGASS de 1998. Apesar de os debates nas Nações Unidas terem sido, por vezes, acalorados, reflectindo posições políticas e ideológicas arregaçadas, também houve indícios de maior pragmatismo e razoabilidade na

identificação das medidas que são realmente eficazes. Os EUA, por exemplo, moderaram a sua atitude em relação à distribuição de equipamento de injeção esterilizado para reduzir o risco de infecções transmitidas por via sanguínea, atendendo aos sólidos dados científicos que atestam a eficácia desta medida. Além disso, em declarações políticas recentes, os EUA parecem estar, de um modo mais geral, a aproximar-se do modelo europeu. Da reunião da UNGASS também resultou um forte consenso quanto à necessidade de monitorizar eficazmente o fenómeno da droga a nível mundial, sobretudo devido ao contínuo aumento dos problemas nos países em desenvolvimento ou em transição. O mecanismo de notificação criado para avaliar a aplicação dos planos de acção da UNGASS foi alvo de críticas. Com a sua supressão, porém, há áreas de actividade importantes, nomeadamente as relativas às medidas de redução da procura, que ficam excluídas do actual quadro mundial de comunicação de informações. Esta questão constituirá, provavelmente, um dos temas importantes a debater na próxima sessão da Comissão de Estudeficientes.

Prática de aplicação da lei confrontada com objectivos políticos divergentes

O presente relatório anual confere grande destaque à aplicação da legislação em matéria de droga e num tema específico analisam-se as decisões judiciais e outras consequências em que incorrem as pessoas acusadas de infringir essa legislação. O número de infracções notificadas continua a crescer na Europa e, embora os dados sejam difíceis de interpretar, esta constatação suscita dúvidas a respeito da sintonia entre a prática de aplicação da lei e os objectivos políticos neste domínio.

De um modo geral, o debate político europeu evoluiu no sentido de considerar que as actividades de combate ao tráfico devem dar prioridade à oferta e não ao consumo de droga. Reflectindo esta tendência, em alguns países as penas aplicáveis às infracções relacionadas com a oferta foram agravadas ou sujeitas a níveis mínimos. É difícil avaliar em que medida a maior ênfase dada à repressão

dos fornecedores de droga, e não aos seus consumidores, se está a reflectir na prática policial, sendo poucos os países em que há mais infracções relacionadas com a oferta de droga do que com a sua posse. Globalmente, o número de infracções relacionadas com a oferta aumentou, mas o número de infracções relacionadas com a posse ou o consumo de drogas também cresceu, e até mais acentuadamente. Além disso, no caso das infracções relacionadas com a oferta, a situação é mais complexa a nível europeu, sendo que metade dos países que forneceram dados registou uma diminuição dos valores referentes aos dados a médio prazo.

A análise aprofundada das decisões judiciais proferidas na Europa contra as infracções à legislação em matéria de droga, que acompanha o presente relatório, examina o que acontece a este tipo de infractores. As infracções relacionadas com a oferta são comumente punidas com penas de prisão, mas estas tendem a corresponder aos níveis mais baixos que estão disponíveis, rondando, em média, três anos ou menos. Este facto pode reflectir simplesmente a realidade de muitos dos acusados se situarem nos níveis mais baixos da cadeia de abastecimento, sendo, por exemplo, traficantes de rua ou toxicodependentes que também vendem drogas para sustentar o seu vício. Esta conclusão tem implicações para a formulação de orientações mínimas para as decisões judiciais, caso pretendam dissuadir o envolvimento de criminosos profissionais de alto nível nas actividades de oferta de droga.

Na maioria dos países, raramente são aplicadas penas de prisão por consumo ou posse de droga. No entanto, uma pequena percentagem das pessoas levadas a tribunal será de imediato condenada a uma pena de prisão, possivelmente devido a circunstâncias agravantes. Isto significa que um número crescente de consumidores de droga entra em contacto com o sistema judicial apenas para receber uma sanção administrativa ou uma pena ligeira. Para além do eventual efeito dissuasor deste tipo de medidas, coloca-se a questão de saber em que medida este contacto com determinados grupos de consumidores de droga constitui uma oportunidade perdida para a realização de outras actividades de redução da procura. Alguns países desenvolveram abordagens inovadoras neste domínio, mas regra geral estas permanecem raras.

Uma vez que as pessoas julgadas por infracção à legislação em matéria de droga tendem a constituir um grupo diversificado, a avaliação das suas necessidades é particularmente importante para o desenvolvimento de serviços neste domínio. As intervenções no sector da saúde, por exemplo, podem compreender desde

abordagens de prevenção, educação e redução dos danos, até intervenções breves e, se for caso disso, o encaminhamento para serviços especializados de tratamento da toxicodependência e de assistência social. O desenvolvimento de um modelo praticável para garantir trajectórias de encaminhamento adequadas poderá constituir um desafio a nível organizativo. Portugal procurou resolver este problema de forma algo diferente. O consumo de drogas foi descriminalizado e as pessoas encontradas na posse de droga são directamente encaminhadas para um tribunal especial, denominado «Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência», onde as suas necessidades são avaliadas. O tribunal pode aplicar coimas, mas a aplicação de sanções penais não é o seu objectivo principal. Este programa está a funcionar há oito anos e os receios iniciais de que essa abordagem suscitasse um aumento do turismo da droga ou aumentasse os níveis de consumo não parecem ser confirmados pelos dados disponíveis.

Intervenções no domínio do tratamento e da saúde: de um modelo único para um conjunto de medidas específicas

Os serviços ao dispor dos consumidores de droga na Europa estão cada vez mais diversificados e são prestados no âmbito de um pacote integrado de cuidados, uma situação que é visível tanto a nível conceptual como na prática. Por exemplo, as intervenções de redução dos danos e de tratamento estão crescentemente interligadas e são oferecidas pelos mesmos prestadores. Não obstante a importância da reintegração social ser amplamente reconhecida, este domínio ainda está pouco desenvolvido e os toxicodependentes continuam a ter grande dificuldade em encontrar emprego e uma habitação adequada, bem como em desenvolver actividades que não estejam relacionadas com a droga.

Apesar de o tratamento dos toxicodependentes ter registado progressos, na Europa, estes são desiguais, tanto em termos das substâncias em causa como da sua cobertura geográfica. Os maiores avanços verificaram-se no domínio do tratamento de substituição dos opiáceos, em que a população tratada já ronda os 650 000 utentes e tende a crescer. Todavia, a Europa Oriental apenas contribui, no seu conjunto, com uma pequena percentagem deste total, o que indica uma necessidade de expandir os serviços em alguns países. A experiência de alguns países permite concluir que o envolvimento dos médicos de clínica geral pode contribuir para aumentar a oferta de tratamento. A celebração de convenções com centros especializados não só proporciona apoio aos

médicos de clínica geral, como também garante a qualidade do tratamento.

Não obstante o facto de na maioria dos países ser teoricamente possível continuar ou iniciar o tratamento de substituição nas prisões, na prática isto é muitas vezes difícil. Tendo em conta o número de consumidores de droga existentes nas prisões europeias, urge aumentar as oportunidades de todos os tipos de tratamento neste contexto. O plano de acção da UE reconhece esta necessidade, mas esse domínio continua a ser negligenciado na maioria dos países.

No caso de outras drogas que não os opiáceos, a disponibilidade dos serviços e o nosso entendimento do que são cuidados eficazes estão menos desenvolvidos na Europa. Contudo, este problema já começou a ser reconhecido, havendo um número crescente de projectos de investigação e programas-piloto europeus relativos às necessidades de tratamento dos consumidores de estimulantes e de *cannabis*. Além disso, os progressos efectuados no domínio das neurociências não só nos permitem conhecer melhor os mecanismos biológicos da dependência, como começam a facilitar a adopção de algumas abordagens inovadoras. É o caso de uma vacina contra a cocaína, que já está a ser objecto de um ensaio em grande escala na Europa. Os avanços registados nas tecnologias da informação também têm facilitado essa inovação, de que são exemplo os programas de tratamento através da Internet e a utilização de mensagens de texto.

Novos indícios de que a Europa está a entrar numa fase de diminuição do consumo de *cannabis*

A popularidade do consumo de *cannabis* aumentou enormemente na década de 1990, de tal modo que quase um quarto dos adultos europeus consumiu esta droga pelo menos uma vez. Subsequentemente, a situação começou a estabilizar e os dados mais recentes confirmam solidamente a análise apresentada no relatório do ano passado, que apontava para uma diminuição global do consumo desta droga. Revestem-se de particular interesse os últimos resultados do Projecto Europeu de Inquéritos Escolares sobre o Álcool e outras Drogas, que fornecem uma panorâmica das tendências do consumo de droga entre a população escolar ao longo do tempo. É provável que os padrões encontrados nesta faixa etária venham a manifestar-se depois nas coortes de faixas etárias mais elevadas. Curiosamente, tal como se podiam constatar diferentes padrões temporais na tendência crescente que o consumo de *cannabis* mostrava no passado, este padrão parece estar agora a repetir-se em

sentido inverso. O Reino Unido, por exemplo, que foi um dos primeiros países a registar níveis de prevalência elevados, também foi um dos que primeiro referiu uma diminuição do consumo. Este padrão já é observável na maioria dos restantes países da Europa Ocidental, mas na Europa Oriental, os níveis de consumo ainda estavam a aumentar na maior parte dos países, até há pouco tempo. Contudo, também aí se assiste a sinais de estabilização do consumo entre a população jovem e, se o padrão observado noutras regiões se repetir, é previsível que ele diminua subsequentemente.

Compreender os factores que influenciam a popularidade de uma droga como a *cannabis* é muito importante, mas temos de ser cautelosos ao inferir explicações causais simples. As políticas nacionais e da UE podem ter influenciado de algum modo estas tendências, mas também se observa uma diminuição dos níveis de consumo nos EUA e na Austrália, o que aponta para a uma significativa influência de factores socioculturais mais vastos. No panorama europeu, destaca-se um pequeno número de países, sobretudo no norte ou no sul da Europa, onde os níveis de consumo de *cannabis* se têm mantido baixos e estáveis há algum tempo. Também seria muito interessante compreender os factores de protecção que operam nesses países, mas essa análise necessitará, mais uma vez, de ter plenamente em conta os factores culturais, sociais e históricos, além de considerar a influência das políticas sociais e em matéria de droga.

Contrariamente aos dados sobre os níveis de consumo globais, a análise mais recente dos padrões de consumo problemático de *cannabis* na Europa apresenta uma maior complexidade e é menos animadora. Um dos óbices reside no facto de não possuímos, actualmente, boas medidas da toxicodependência ou do consumo problemático de droga e de, apesar de se estarem a fazer progressos nesse sentido, termos de recorrer a medidas mais indirectas. O número de novos pedidos de tratamento devido ao consumo de *cannabis* poderá estar a estabilizar neste momento, ao fim de vários anos de constante crescimento. Continua, todavia, a não se perceber claramente em que medida esta estabilização reflecte os padrões de consumo ou a capacidade dos serviços. Actualmente, o melhor indicador comportamental do consumo problemático de *cannabis* é obtido por extrapolação das estimativas do número de consumidores diários dessa droga. As tendências do consumo diário são difíceis de avaliar, mas os dados disponíveis não indicam uma diminuição global. O OEDT estima que entre 2% e 2,5% dos jovens adultos consomem *cannabis* diariamente, ou quase diariamente, observando-se níveis muito mais elevados entre os jovens

do sexo masculino. Esta percentagem representa uma grande população em risco e realça a necessidade de compreender melhor as necessidades deste grupo em termos de serviços.

Heroína e cocaína: não há indícios fortes de uma diminuição do problema

Não há grandes sinais de que a situação em matéria de consumo de heroína e cocaína, as duas substâncias que permanecem no centro do problema de droga europeu, esteja a melhorar. No entanto, é difícil traçar um panorama claro neste domínio devido à necessidade de conciliar informações provenientes de diferentes indicadores. Este problema é particularmente evidente no caso da cocaína, em que, para além da redução da produção estimada, os dados mais recentes indicam uma diminuição do volume da droga apreendida na União Europeia, bem como da sua pureza ao nível das ruas, na maioria dos países. No Reino Unido, país com um grande mercado de cocaína, a pureza desta droga diminuiu consideravelmente nos últimos tempos. Estes dados poderiam indicar uma menor disponibilidade da cocaína, mas há outras informações que põem esta conclusão em causa. O número de apreensões da droga ainda está a aumentar, os preços estão a baixar e há indícios de desvio do tráfico para novas rotas através da Europa Oriental, circunstância que poderá estar dificultar os esforços para o combater. O consumo de cocaína na Europa continua a concentrar-se nos países ocidentais, onde a tendência é geralmente estável ou ainda crescente. Contudo, há dados que indicam uma difusão da droga para outros países. Os pedidos de tratamento relacionados com o consumo de cocaína também estão a aumentar. Da informação disponível, é possível concluir que os actuais níveis de consumo permanecem elevados e que não estão a baixar nas zonas onde ele já está estabelecido, além de continuarem a aumentar noutras zonas, mas há indicações de que os fornecedores poderão estar a ter dificuldades em satisfazer a procura dos consumidores em alguns mercados importantes. Será interessante observar se o futuro trará provas mais concretas de uma menor disponibilidade desta droga, após as recentes notícias de uma diminuição da produção mundial de cocaína.

A heroína continua a ser responsável pela maior percentagem de morbilidade e mortalidade relacionadas com o consumo de droga na Europa. O consumo desta droga diminuiu, de um modo geral, a partir da última metade da década de 1990, mas actualmente a situação é menos clara e em algumas áreas suscita preocupação. Após uma diminuição acentuada, o número de novos

Síntese — Estimativas do consumo de droga na Europa

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

Cannabis

Prevalência do consumo ao longo da vida: pelo menos 74 milhões (22% dos adultos europeus)

Consumo no último ano: cerca de 22,5 milhões de adultos europeus ou um terço dos consumidores ao longo da vida

Consumo no último mês: cerca de 12 milhões de europeus

Variação do consumo no último ano por país:

Variação global de 0,4% a 14,6%

Cocaína

Prevalência do consumo ao longo da vida: cerca de 13 milhões (3,9% dos adultos europeus)

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

Consumo no último mês: cerca de 1,5 milhões

Variação do consumo no último ano por país:

Variação global de 0,0% a 3,1%

Ecstasy

Prevalência do consumo ao longo da vida: cerca de 10 milhões (3,1% dos adultos europeus)

Consumo no último ano: cerca de 2,5 milhões ou um quarto dos consumidores ao longo da vida

Consumo no último mês: menos de um milhão

Variação do consumo no último ano por país:

Variação global de 0,1% a 3,5%

Anfetaminas

Prevalência do consumo ao longo da vida: cerca de 12 milhões (3,5% dos adultos europeus)

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

Consumo no último mês: menos de um milhão

Variação do consumo no último ano por país:

Variação global de 0,0% a 1,3%

Opiáceos

Consumidores problemáticos de opiáceos: estimados entre 1,2 e 1,5 milhões de europeus

As mortes induzidas pela droga correspondiam a 4% das mortes de europeus entre os 15 e os 39 anos de idade, tendo sido encontrados opiáceos em cerca de três quartos dos casos

Droga principal em mais de 50% do total de pedidos de tratamento da toxicod dependência

Cerca de 650 000 consumidores de opiáceos receberam tratamento de substituição em 2007

pedidos de tratamento tem vindo a crescer desde 2002 e um número significativo de países refere agora um aumento tanto numérico como percentual dos pedidos de tratamento relacionados com o consumo de drogas opiáceas. Os dados sobre as mortes relacionadas com o consumo de droga, que estão em grande medida associadas ao consumo de heroína, também não fornecem qualquer indicação de um regresso à tendência decrescente observada antes de 2004. Os dados numéricos relativos às infracções à legislação em matéria de droga e às apreensões de droga também revelam alguns aumentos. É preocupante que um pequeno número de países tenha observado problemas de consumo de heroína entre alguns jovens, o que indica uma possível difusão da droga a novas populações. Globalmente, deve considerar-se desanimador que a análise positiva suscitada pela tendência decrescente dos problemas relacionados com a heroína já não tenha fundamento e, embora não haja provas de um regresso à propagação epidémica do consumo de heroína ocorrida no passado, os problemas de saúde e sociais suscitados por este consumo são consideráveis. Quaisquer indícios de que a situação possa estar a piorar, sobretudo num período de dificuldades económicas para a Europa, são motivo de grande preocupação.

Policonsumo de droga e problemas de álcool concomitantes já são os elementos definidores do fenómeno de droga europeu

No domínio da prevenção da toxicod dependência, há muito que foi compreendido que os problemas de consumo de substâncias devem ser abordados de forma holística e integrada no contexto de estilos de vida saudáveis e de escolhas esclarecidas. Em contrapartida, o discurso sobre o consumo de droga refere-se, geralmente, a substâncias específicas. Dificilmente deixará de se concluir que esta perspectiva unidimensional está a tornar-se cada vez mais inútil para entender a natureza evolutiva dos padrões do consumo de substâncias na Europa. As pessoas que consomem drogas quase nunca restringem o seu consumo a uma única substância. Actualmente, a nível europeu, os padrões de policonsumo de drogas são a norma e o consumo combinado de diversas substâncias é responsável pela maioria dos problemas com que estamos confrontados, ou complica-os. Por conseguinte, há que desenvolver uma perspectiva mais ampla, integrada e «multi-substâncias», a fim de compreender melhor a situação e conceber e avaliar respostas adequadas. Esta observação é igualmente aplicável ao mercado da droga. As acções para reduzir a oferta de uma determinada droga perdem

claramente o valor se apenas abrirem a porta ao consumo de uma droga substituta, que ainda pode ser mais prejudicial.

O presente relatório anual é acompanhado por um tema específico sobre o policonsumo de droga, que analisa a forma como o consumo de múltiplas substâncias afecta diferentes grupos de consumidores. As conclusões são perturbadoras. Entre os jovens, o consumo de múltiplas substâncias pode aumentar o risco de problemas agudos e prenuncia o desenvolvimento posterior de um hábito de consumo crónico de droga. Entre os consumidores de droga regulares e mais velhos, o policonsumo é um dos principais factores contribuintes para a overdose de droga, além de dificultar o tratamento da toxicod dependência e de estar associado à violência e à violação da lei. As drogas ao dispor dos consumidores europeus também são cada vez mais diversificadas. No relatório deste ano, realça-se a variedade cada vez maior de substâncias, muitas delas não controladas, direccionadas para o mercado da *cannabis*; a inovação na produção de drogas sintéticas e as crescentes preocupações suscitadas pelo abuso de medicamentos sujeitos a receita médica. Além disso, tem-se constatado que um elemento definidor do problema de consumo de substâncias europeu é o consumo concomitante de álcool, que pode ser observado em todas as faixas etárias. Entre a população escolar, os dados mais recentes revelam uma forte associação entre o consumo excessivo esporádico de álcool e o consumo de droga. Esse consumo excessivo esporádico também está frequentemente ligado ao consumo recreativo de drogas, aumentando os riscos de consequências negativas entre os jovens adultos. Na população de consumidores crónicos de droga, o abuso do álcool é tão comum que muitas vezes nem sequer é mencionado, e os centros de tratamento da toxicod dependência dão cada vez mais importância à necessidade de tratar a dependência do álcool coexistente. Os problemas de álcool podem ser particularmente nocivos para as pessoas dependentes de opiáceos, que já podem ter a função hepática comprometida por hepatites e correm um risco de overdose elevado.

Inovação e disponibilidade dos precursores: factores em interacção que influenciam crescentemente o mercado de drogas sintéticas

O OEDT observa uma situação cada vez mais complexa e volátil no tocante à disponibilidade e ao consumo de drogas sintéticas na Europa. O mercado ilegal e os seus fornecedores mostram elevados níveis de inovação em termos de processos de produção, novos produtos e

oportunidades de comercialização, bem como a capacidade de se adaptarem rapidamente às medidas de controlo. Além disso, a crescente sofisticação da comercialização de «alternativas legais» às drogas ilegais constitui um desenvolvimento preocupante.

Um exemplo da volatilidade do mercado é visível na recente evolução da disponibilidade do *ecstasy*. Até 2007, a maioria dos comprimidos de *ecstasy* analisados na Europa continha 3,4-metilenedioxi-metanfetamina (MDMA) ou outra substância afim. Contudo, os dados preliminares do sistema de alerta rápido, a partir do início de 2009, sugerem que esta situação poderá estar a mudar em alguns Estados-Membros, como a Dinamarca e os Países Baixos. Em cerca de metade dos comprimidos analisados nestes países, não foi encontrado MDMA nem qualquer das substâncias análogas. Em vez disso, os comprimidos continham 1-(3-clorofenil) piperazina (mCPP), sozinha ou associada a outra substância psicoactiva. Apesar de a mCPP não figurar nas listas das Convenções das Nações Unidas, tem sido objecto de medidas de controlo em alguns Estados-Membros da União Europeia. As razões subjacentes à presente alteração de mercado não são totalmente claras, mas a escassez de 3,4-metilenedioxi-fenil-2-propanona (PMK), um dos principais precursores utilizados na síntese do MDMA é uma explicação possível. Ainda não se sabe ao certo se o mercado de *ecstasy* está a sofrer um desvio temporário ou uma transição mais significativa. O sistema de alerta rápido da UE já monitoriza a mCPP desde 2005, e o OEDT e a Europol estão a acompanhar atentamente esta evolução, prevendo publicar um relatório sobre o mercado em 2010.

As alterações ocorridas no mercado do *ecstasy* podem indicar que os esforços para prevenir o desvio de substâncias químicas precursoras estão ser cada vez mais bem sucedidos e que são susceptíveis de afectar grandemente a disponibilidade e o consumo de outras substâncias. Por exemplo, há alguns indícios de que as metanfetaminas poderão estar a substituir as anfetaminas em algumas regiões do norte da Europa. Mais uma vez, os factores de mercado e as substâncias químicas precursoras parecem desempenhar um papel importante nesta substituição, já existindo locais de produção de metanfetaminas situados na Lituânia, cuja posição geográfica facilita a importação de precursores, neste caso do 1-fenil-2-propanona (BMK), do exterior da União Europeia. A situação nos países nórdicos vem aumentar as preocupações quanto à eventual difusão do consumo de metanfetaminas para fora da República Checa. Há muito que este país tem problemas com as metanfetaminas, mas a sua produção era normalmente

pequena, para consumo pessoal ou local. Vários países da Europa Central também estão a registar algum consumo de metanfetaminas e a Europol comunicou a detecção e o desmantelamento de algumas instalações de produção maiores noutras regiões da Europa. Também há indícios de que o consumo de metanfetaminas está a crescer rapidamente em alguns dos países que fazem fronteira com a União Europeia. Até à data, estas drogas não conseguiram penetrar no grande mercado de drogas estimulantes da Europa Ocidental, ainda dominado pela cocaína ou pelas anfetaminas. No entanto, dada a relativa facilidade com que as metanfetaminas podem ser produzidas e o considerável impacto negativo que podem causar na saúde pública, não há lugar para complacências. A rapidez com que os problemas se podem desenvolver está patente na Eslováquia, país que constitui um caso de estudo recente pelo significativo aumento do consumo de metanfetaminas.

A Internet e a comercialização: será o «spice» uma amostra dos problemas futuros?

Poucos domínios da vida contemporânea não foram transformados pelos progressos das tecnologias da informação, sendo a Internet, presentemente, não só uma fonte de informação sem limites, mas também um importante mercado virtual para a troca de bens e serviços. Não admira, por isso, que este meio de comunicação já esteja a ter impacto no domínio da droga. Este ano, o OEDT lançou uma primeira análise das abordagens de tratamento através da Internet, afigurando-se que essas abordagens têm um grande potencial para alguns tipos de intervenções de prevenção, tratamento e redução dos danos. Um aspecto menos positivo são as visíveis dificuldades de regulação deste fenómeno virtual e mundial, que levam a que a Internet possa ser utilizada para promover o consumo de substâncias psicoactivas. Às preocupações suscitadas pela venda de bebidas alcoólicas e medicamentos pela Internet vêm somar-se as causadas pelo surgimento de uma série de alternativas supostamente «legais» às substâncias psicoactivas controladas.

O OEDT já está a monitorizar regularmente as substâncias psicoactivas que os retalhistas oferecem na Internet. Este mercado cresceu ao longo dos últimos anos e inclui uma vasta gama de produtos à base de plantas, em especial misturas herbáceas, bem como artigos que contêm compostos sintéticos. Entre as novas substâncias que aparecem no mercado virtual figuram desde drogas tradicionalmente usadas em algumas regiões do mundo, até substâncias químicas experimentais sintetizadas em laboratórios e que ainda não foram testadas em seres

humanos. Outras inovações consistem no desenvolvimento de marcas distintas e na utilização de embalagens atractivas. Um exemplo claro é o das misturas herbáceas comercializadas com a designação de «spice».

Foram encontradas numerosas marcas de «spice» com diferentes embalagens e diversas listas de ingredientes. Contudo, a análise de polícia científica não conseguiu detectar, em muitos casos, as substâncias de origem vegetal declaradas nos rótulos, embora tenha identificado, em algumas amostras, canabinóides sintéticos adicionados às misturas. Estas substâncias não constavam das listas de ingredientes e teriam sido, assim, consumidas inadvertidamente. Os canabinóides detectados são compostos de investigação relativamente obscuros, alguns deles extremamente potentes, sendo os seus efeitos nos seres humanos pouco conhecidos.

As tentativas de fugir ao controlo das drogas através da comercialização de substitutos não regulamentados não são algo de novo. A novidade está na vasta gama de

substâncias que estão a ser exploradas, na comercialização agressiva de produtos intencionalmente mal rotulados, na crescente utilização da Internet e na rapidez com que o mercado reage às medidas de controlo. O «spice» também pode constituir um aviso sobre problemas vindouros. A capacidade demonstrada por químicos sofisticados, que muitas vezes trabalham fora dos países europeus, para realizar sínteses orgânicas a baixo preço, oferece um acesso potencial a um número considerável de substâncias psicoactivas. Isto pode introduzir na equação grupos de substâncias químicas inteiramente novos, incluindo muitas substâncias análogas, que podem ser difíceis de detectar e colocar grandes dificuldades a políticas de controlo baseadas em compostos individuais. Além disso, como algumas destas substâncias podem ter utilizações legítimas ou ser supostamente vendidas para fins legítimos, podem situar-se entre o controlo da droga e a regulamentação do comércio.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Capítulo 1

Políticas e legislações

Introdução

No último ano, foram elaborados dois novos documentos de política europeia e internacional em matéria de droga. Em Dezembro de 2008, a União Europeia apresentou o seu novo plano de acção de luta contra a droga (2009-2012), a que se seguiu, alguns meses depois, a divulgação da nova declaração política das Nações Unidas sobre o fenómeno da droga a nível mundial e do plano de acção para o combater. O conteúdo dos novos documentos políticos no domínio da droga e o papel das organizações representativas da sociedade civil na sua formação são analisados no presente capítulo.

O tráfico de droga foi uma das questões focadas nos debates políticos internacionais, analisando-se, neste capítulo, a evolução jurídica mais recente no tocante às sanções mínimas aplicáveis por tráfico de droga na Europa. A questão da redução dos danos também foi uma das mais importantes nesses debates, pelo que aqui se aborda a situação jurídica de duas importantes intervenções neste domínio: a troca de agulhas e seringas e o tratamento de substituição.

Outros temas abordados são a adopção e a avaliação recentes de estratégias e planos de acção nacionais de luta contra a droga, os novos dados e tendências em matéria de despesa pública relacionada com a droga e a evolução da investigação relacionada com a droga na Europa.

Evolução política internacional e na UE

Nova declaração política e plano de acção das Nações Unidas

Numa reunião política de alto nível, no decurso da sessão da Comissão de Estupefacientes (CND) das Nações Unidas, realizada este ano, foi adoptada uma nova declaração política e um novo plano de acção das Nações Unidas (¹). Estes foram fruto de uma reflexão que se prolongou por um ano, no âmbito da análise dos progressos efectuados, durante a última década, na

consecução dos objectivos e metas fixados em 1998, na vigésima Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas (UNGASS) sobre o fenómeno da droga a nível mundial.

A União Europeia e os seus Estados-Membros desempenharam um papel de relevo na análise levada a cabo na UNGASS. A posição da Europa sobre a política das Nações Unidas em matéria de droga que deveria emergir desse processo de análise foi expressa num documento de posição comum elaborado pelo Conselho da União Europeia. O documento salientava a importância da saúde pública como princípio primordial do sistema internacional de controlo da droga e a necessidade de coerência entre os organismos das Nações Unidas (designadamente INCB, UNODC, ONU-SIDA e OMS) a nível de todo o sistema. Exortava igualmente à inclusão de um conjunto de elementos e prioridades fundamentais na nova declaração política das Nações Unidas. Entre eles figuravam a necessidade de uma política global, integrada e equilibrada no domínio da droga, com maior peso da redução da procura de droga e a inclusão da redução dos danos. A União Europeia instou a que o respeito pelas convenções internacionais de direitos humanos, nomeadamente o direito à saúde, fosse um elemento fundamental dessa nova política e que a formulação de políticas em matéria de droga fosse cientificamente fundamentada. A UE defendeu ainda que, para combater a produção de droga, o apoio a um desenvolvimento alternativo não deve depender da redução das culturas ilegais.

O novo documento das Nações Unidas tem um conteúdo semelhante ao das declarações e dos planos de acção inicialmente acordados pela UNGASS em 1998. Inclui igualmente muitos dos elementos propostos pela União Europeia, como é visível no plano de acção, que analisa os actuais problemas da política de luta contra a droga e enumera as acções que os Estados membros das Nações Unidas se comprometeram a executar na próxima década. Entre as acções e os objectivos fundamentais em termos de redução da procura de droga, figuram os seguintes: mais

(¹) Declaração política e plano de acção em matéria de cooperação internacional para uma estratégia integrada e equilibrada de combate ao fenómeno mundial da droga.

respeito pelos direitos humanos, maior acessibilidade dos serviços e atenção acrescida aos grupos vulneráveis. Também se exige maior equilíbrio nas políticas de luta contra a droga, a favor da redução da procura, bem como a execução de intervenções cientificamente fundamentadas e a utilização de mecanismos de controlo e garantia da qualidade. Contudo, o documento das Nações Unidas não reconhece explicitamente o contributo da redução dos danos, uma abordagem que, na Europa, tem sido promovida sob apertado controlo científico.

Planos de acção da UE de luta contra a droga

Em Setembro de 2008, a Comissão Europeia publicou a sua avaliação final do plano de acção da UE de luta contra a droga 2005-2008 ⁽²⁾. Essa avaliação analisou a execução das acções e a realização dos objectivos fixados no plano de acção. Examinou igualmente o impacto deste último nas políticas nacionais dos Estados-Membros da UE e as tendências recentes do fenómeno da droga na Europa.

Mercado mundial de drogas ilegais

Os resultados de um novo estudo, financiado pela Comissão Europeia, sobre o mercado mundial de drogas ilegais foram apresentados na sessão de 2009 da Comissão de Estupefacientes, em Viena ⁽¹⁾. O estudo não encontrou quaisquer indícios de que o fenómeno mundial da droga se tenha reduzido entre 1998 e 2007. Apesar de ter diminuído em alguns países, noutras agravou-se, em alguns casos, substancialmente.

Segundo esse estudo, os mercados de drogas ilegais não estão verticalmente integrados nem são dominados por grandes traficantes ou cartéis de droga. Embora se estime que as vendas de drogas ilegais geram mais de 100 mil milhões de euros, a grande maioria das pessoas envolvidas no tráfico auferem rendimentos modestos. Alguns indivíduos fazem grandes fortunas, mas estas apenas representam uma pequena percentagem do rendimento total.

O estudo refere uma convergência das políticas nacionais em matéria de droga, com um aumento da importância dada à redução da procura e uma mais ampla aceitação da redução dos danos. Registou-se também um endurecimento das políticas relativas aos vendedores e aos traficantes.

O estudo considera que a aplicação da proibição da droga causou danos substanciais e involuntários, muitos dos quais poderiam ter sido previstos (por exemplo, a deslocação geográfica da produção e do tráfico).

⁽¹⁾ Comissão Europeia, «Report on global illicit drug markets, 2009» [disponível em: http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/studies/doc_drugs_studies_en.htm].

A avaliação concluiu que, apesar de nem todas as acções terem sido integralmente executadas nem todos os objectivos atingidos, houve progressos em quase todos os domínios do plano de acção. Além disso, o facto de a maioria dos documentos políticos nacionais em matéria de droga conter objectivos idênticos aos do plano de acção da UE foi assinalado como um indício da crescente convergência entre os países europeus neste domínio. Também se observou uma relativa estabilização da situação do fenómeno da droga na Europa, nos últimos anos, mas não foi possível determinar o contributo do plano de acção da UE para esta tendência.

Globalmente, e não obstante algumas insuficiências a nível operacional, considerou-se que o plano de acção da UE tinha constituído uma mais-valia em três vertentes distintas: no comprometimento dos Estados-Membros e instituições da UE na consecução de objectivos comuns; no estabelecimento de um quadro para a coordenação e o desenvolvimento de uma abordagem coerente no domínio da droga; e como modelo político a nível internacional.

A avaliação final do plano de acção de luta contra a droga contribuiu para a elaboração do seu sucessor, o Plano de acção da UE de luta contra a droga (2009-2012), que foi aprovado pelo Conselho Europeu em Dezembro de 2008 ⁽³⁾. Este plano de acção, o quinto desde 1990, é o segundo no âmbito da actual Estratégia da UE de luta contra a droga (2005-2012). O seu objectivo global é reduzir significativamente a prevalência do consumo de droga entre a população, bem como os danos sociais e para a saúde causados pelo consumo e pelo tráfico de drogas ilegais.

O novo plano de acção da UE identifica cinco prioridades fundamentais, que reflectem os seus domínios de acção: melhor coordenação, cooperação e sensibilização dos cidadãos; redução da procura de droga; redução da oferta de droga; aumento da cooperação internacional e melhor compreensão do problema. O novo plano é mais concentrado do que o seu antecessor, com apenas cerca de metade dos objectivos (24) e um menor número de acções (72). Também contém objectivos e acções que não figuravam no plano de acção anterior ⁽⁴⁾. Um avaliador externo e independente procederá, em 2012, à avaliação final do plano e da estratégia actuais de luta contra a droga, à qual se seguirá um período de reflexão destinado a preparar os próximos documentos políticos comunitários em matéria de droga.

⁽²⁾ 13407/08 ADD3 Cordroque 69 (<http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/08/st13/st13407-ad03.en08.pdf>).

⁽³⁾ JO C 326, 20.12.2008, p. 7.

⁽⁴⁾ Ver «Plano de acção da UE de luta contra a droga (2009-2012): novos elementos», p. 21.

Sociedade civil e formulação de políticas no domínio da droga

O envolvimento de organizações não governamentais (ONG) nos debates preparatórios dos novos documentos políticos da UE e da ONU em matéria de droga constitui um importante passo em frente na participação da sociedade civil neste domínio político. Em Maio de 2008, o Fórum da Sociedade Civil sobre Droga, da Comissão Europeia, debateu os primeiros resultados da avaliação do plano de acção da UE de luta contra a droga (2005-2008) e as necessidades e eventual conteúdo do plano de acção seguinte (Comissão Europeia, 2008a). As 26 ONG participantes no fórum sugeriram que os princípios da saúde pública e dos direitos humanos devem estar no centro da política da UE nesta matéria e que importa realçar a não estigmatização e a não discriminação. Também pediram que se prestasse mais atenção aos grupos vulneráveis, ao policonsumo de droga, às questões de saúde mental, à situação nas prisões e à prevenção das mortes relacionadas com o consumo de droga. Entre as prioridades de acção identificadas pelo fórum, figuram o reforço da coordenação entre os governos e a sociedade civil, o desenvolvimento de normas de qualidade na redução da procura de droga, a melhoria dos mecanismos de recolha de dados e o apoio ao desenvolvimento alternativo em países terceiros.

O contributo das organizações não governamentais para os progressos efectuados na consecução dos objectivos fixados na UNGASS de 1998 foi analisado pelo Comité sobre Estupefacientes de Viena, com o apoio financeiro da Comissão Europeia e de vários Estados-Membros da UE. O processo «Para além de 2008» baseou-se em nove consultas regionais que culminaram num fórum realizado em Julho de 2008 na cidade de Viena. A declaração final e três resoluções adoptadas pelo fórum realçaram as muitas actividades das ONG e o crescente papel que elas desempenham no combate à droga ⁽⁵⁾. As ONG convidaram os governos e as organizações internacionais a consultá-las regularmente e a conceder-lhes mais apoio. Entre os muitos e variados apelos feitos aos Estados-Membros e às organizações internacionais, podem identificar-se vários temas, nomeadamente: uma política em matéria de droga global e equilibrada, baseada nos direitos humanos, na saúde pública e em dados científicos; um aumento das capacidades de controlo e avaliação; o desenvolvimento e a divulgação de melhores práticas e, em especial, dos princípios orientadores das Nações Unidas para um tratamento eficaz; acessibilidade e suficiente fornecimento de estupefacientes como medicamentos analgésicos; sanções e disposições alternativas para a criminalidade

Plano de acção da UE de luta contra a droga (2009-2012): novos elementos

A participação da sociedade civil na política de luta contra a droga recebe uma atenção acrescida no novo plano de acção da UE. Através da criação de uma «Aliança Europeia sobre a Droga», o plano de acção pretende estimular o empenhamento da sociedade civil nas medidas de combate aos problemas de droga. Exorta também os Estados-Membros a implicarem a sociedade civil na política de combate à droga a todos os níveis adequados.

A importância conferida à qualidade das intervenções nos domínios da prevenção, do tratamento, da redução dos danos e da reabilitação foi reforçada através de acções que exigem a elaboração e o intercâmbio de orientações, boas práticas e normas de qualidade, bem como o desenvolvimento de normas de qualidade ou parâmetros de referência mínimos nestes domínios, a nível da UE. O contexto prisional também recebe uma atenção suplementar no âmbito da redução da procura de droga, com acções que impelem os Estados-Membros a oferecer aos consumidores de drogas na prisão serviços equivalentes aos existentes fora das prisões, a assegurar o acompanhamento das pessoas depois da saída da prisão e, de um modo geral, a controlar melhor os problemas de droga e os serviços de tratamento da toxicod dependência neste contexto.

A maior parte das acções relacionadas com a redução da oferta destina-se a melhorar a cooperação nos domínios da aplicação da lei e judicial entre os Estados-Membros da UE, muitas vezes através de um maior recurso aos organismos, projectos e instrumentos da União. A redução do desvio e do tráfico de precursores de droga na Europa e através desta é objecto de sete acções diferentes, de carácter basicamente operacional.

No domínio da cooperação internacional, dá-se maior ênfase ao desenvolvimento alternativo, com três acções que implicam uma intensificação do apoio financeiro e político a esse tipo de programas. Também se procura que os acordos e programas externos reflectam a abordagem equilibrada da Europa entre a redução da procura e da oferta.

No domínio da informação, investigação e avaliação, uma nova acção exige o desenvolvimento dos indicadores-chave e de estratégias para a recolha de dados sobre os crimes ligados à droga, o cultivo de drogas ilegais, os mercados de droga e as intervenções de redução da oferta. Também confere maior ênfase ao reforço da investigação no domínio da droga e ao desenvolvimento da avaliação das políticas de combate à droga tanto a nível nacional como a nível da UE.

relacionada com a droga; e respeito pelos direitos humanos dos reclusos toxicod dependentes ou que estão presos por crimes relacionados com o consumo e o tráfico de droga.

⁽⁵⁾ http://www.vngoc.org/details.php?id_cat=8&id_cnt=56

Estratégias e planos de acção nacionais de luta contra a droga

Evolução recente

Na Europa, as estratégias e os planos de acção de luta contra a droga já são instrumentos essenciais das políticas nacionais neste domínio. Apenas um dos 30 países monitorizados pelos OEDT não tinha adoptado tais documentos, que agora são periodicamente renovados.

Em 2008, a Grécia, a França e o Reino Unido adoptaram novos documentos políticos em matéria de droga ⁽⁶⁾. A Grécia adoptou um plano de acção (2008-2012) para complementar a estratégia já existente. Entre os objectivos do novo plano conta-se a melhor oferta de tratamento da toxicodependência. O novo plano de acção francês (2008-2011) abrange as drogas ilegais, o álcool e o tabaco. Uma das suas principais prioridades é dissuadir os jovens de iniciarem o consumo de drogas reafirmando a proibição deste último e informando-os, bem como aos pais, dos riscos que lhe estão associados. A nova estratégia de luta contra a droga (2008-2018) e o respectivo plano de acção (2008-2011) adoptados pelo Reino Unido pretendem restringir a oferta de drogas ilegais e reduzir a sua procura, prestando, simultaneamente, especial atenção à protecção das famílias e ao reforço das comunidades.

Em dez outros Estados-Membros da UE, os documentos políticos nacionais em matéria de droga expiraram em 2008. A Espanha adoptou uma nova estratégia de luta contra a droga em Fevereiro de 2009 e oito outros países (Bulgária, Irlanda, Itália, Lituânia, Chipre, Portugal, Roménia e Eslováquia) estavam a concluir e a adoptar novas estratégias e novos planos de acção de luta contra a droga no primeiro semestre de 2009. A Letónia prolongou o seu programa para 2005-2008 com um plano de acção de um ano. Os Países Baixos também tencionam substituir em 2009 o seu livro branco sobre a política de combate à droga adoptado em 1995, e vários países têm pelo menos um documento político cuja vigência cessará durante este ano (República Checa, Luxemburgo, Hungria, Eslovénia, Croácia e Turquia).

Avaliação

Cerca de dois terços dos países europeus informam que produzem uma análise contínua ou anual da execução das acções previstas nos seus documentos políticos nacionais em matéria de droga. Na maioria dos casos, é apresentado ao governo ou ao parlamento um relatório

intercalar baseado nos dados recolhidos junto dos prestadores de serviços e dos ministérios envolvidos na aplicação desta política. A maioria dos países já começou a aplicar, deste modo, a Acção 70 do plano de acção da UE de luta contra a droga (2009-2012), a qual exige que os Estados-Membros da União Europeia avaliem e aperfeiçoem as suas políticas nacionais nesta matéria de forma regular ou permanente.

É possível fazer uma análise semelhante sobre a avaliação final das estratégias e dos planos de acção nacionais de luta contra a droga, tendo mais de 20 países comunicado que estão actualmente a preparar ou que realizaram recentemente essa avaliação. Em alguns casos, o relatório final é um resumo das análises sobre a aplicação anual; noutros, procura-se obter uma compreensão mais profunda do processo de aplicação, da eficácia ou do impacto da política. Dois dos países que optaram pela abordagem de avaliação mais aprofundada à avaliação (Luxemburgo e Chipre) decidiram trabalhar com avaliadores externos de outro país.

As avaliações da política em matéria de droga têm grande dificuldade em ligar os resultados das estratégias ou dos planos de acção às alterações ocorridas na situação do fenómeno da droga. Entre as dificuldades encontradas, figuram os problemas na avaliação dos efeitos de grandes conjuntos de acções e a limitada compreensão da influência de elementos contextuais fundamentais, como os mercados da droga ou as tendências do consumo e dos estilos de vida entre os jovens. Todavia, alguns países europeus tentaram estabelecer ligações entre as estratégias ou os planos de acção de luta contra a droga e os indicadores da situação neste domínio. Essa abordagem deverá tornar-se mais comum no futuro, pois o novo plano de acção da UE de luta contra a droga (2009-2012) exige que se desenvolvam instrumentos para avaliar a eficácia e o impacto das políticas adoptadas. O OEDT também está a elaborar orientações para ajudar os Estados-Membros a avaliarem e interpretar os resultados dos seus documentos políticos em matéria de droga.

Despesa pública

Os decisores políticos necessitam de informações pormenorizadas e fiáveis sobre a despesa pública relacionada com a droga para avaliarem a actual afectação de recursos neste domínio e, em última análise, a relação custo-benefício da política em matéria de droga. A estimativa em termos económicos dos recursos

⁽⁶⁾ O termo «documento de política nacional em matéria de droga» refere-se a qualquer documento oficial aprovado por um governo que defina os princípios gerais e as intervenções ou objectivos específicos no domínio da droga, quando oficialmente apresentado como estratégia, plano de acção, programa ou outro documento político de luta contra a droga.

despendidos pelo Estado na resposta ao consumo de drogas ilegais constitui, por conseguinte, um passo em frente essencial para compreender o impacto mais vasto desse consumo.

As estimativas da despesa pública baseiam-se nos orçamentos e documentos contabilísticos nacionais. Contudo, é difícil calcular a despesa total incorrida na aplicação da política nacional em matéria de droga, uma vez que ela implica que se reúnam valores relativos a actividades realizadas a diferentes níveis governamentais (por exemplo, local, regional e nacional), que podem ser financiadas ao abrigo de várias rubricas orçamentais e cuja relação com a droga não está, muitas vezes, especificamente identificada.

Em 2005, estimou-se que a despesa pública total relacionada com a droga na Europa foi de 34 000 milhões de euros (OEDT, 2008a). Devido aos elevados níveis de sub-declaração das despesas, não é possível actualizar esta estimativa. As dificuldades encontradas na recolha de informações neste domínio são ilustradas pelo facto de, entre os 23 países que comunicaram dados relativos a 2007, só a República Checa ter estado em condições de apresentar uma discriminação das despesas em todos os níveis de governo. A maioria dos países pôde fornecer dados sobre a despesa do governo central e sete também comunicaram as despesas dos governos regionais ou locais (Bélgica, Dinamarca, Estónia, Áustria, Finlândia, Croácia) ou dos fundos de segurança social (Alemanha).

Despesas «rotuladas» e «não rotuladas»

A despesa «rotulada» é a despesa relacionada com a droga prevista pela administração pública. Ela reflecte o compromisso voluntariamente assumido pelo Estado no domínio da droga e a sua origem pode ser conhecida através de uma análise exaustiva dos orçamentos públicos. Só 16 dos 23 países que forneceram dados relativos a 2007 comunicaram este tipo de despesa e, em muitos casos (por exemplo, Estónia, França, Polónia e Roménia), o grosso da despesa identificada estava relacionada com a aplicação dos documentos de política nacional em matéria de droga.

Nem toda a despesa relacionada com a droga está como tal identificada nos orçamentos nacionais. Na maioria dos países, o montante gasto em algumas actividades relacionadas com a droga está inscrito noutros programas e intervenções (por exemplo, no orçamento das operações policiais em geral, ou de intervenções indistintamente orientadas para as substâncias legais e ilegais). Nestes casos, a «despesa não rotulada» deve ser estimada

através de técnicas de modelização dos custos. Os resultados de estudos anteriores mostram que, na maior parte dos casos, a despesa não rotulada constitui o grosso da despesa nacional com o problema da droga.

A despesa pública relacionada com a droga pode ser classificada de acordo com o sistema de funções do governo (COFOG) (OEDT, 2008e). Três países apresentaram despesas rotuladas classificadas no primeiro nível do COFOG (Luxemburgo, Finlândia, Reino Unido apenas para a Inglaterra), sendo que só o Reino Unido incluiu valores relativos aos «serviços públicos gerais», à «educação» e à «protecção social» (?). Nestes três países, a «saúde» recebeu a percentagem mais elevada da despesa total, seguida pela «ordem e segurança públicas» (Quadro 1). Em contrapartida, nos países que forneceram dados COFOG relativos à despesa não rotulada, esta foi maioritariamente atribuída à «ordem e segurança públicas», seguida pela «saúde». Este resultado é consentâneo com as conclusões dos relatórios anteriores (ver OEDT, 2008e), as quais sugerem que, embora a maior percentagem da despesa rotulada possa ser atribuída às intervenções na área da «saúde», as actividades de «ordem e segurança pública» recebem a parte de leão da despesa pública no domínio da droga.

Tendências

Na maioria dos países que dispõem de informações coerentes, em 2007 a despesa rotulada, a preços constantes, sofreu um aumento relativamente a 2005. Os aumentos variaram entre 14% e 23% (República Checa, Irlanda, Lituânia, Luxemburgo, Croácia) até 72% (Chipre, Finlândia). No Reino Unido, a despesa pública permaneceu estável ao longo deste período.

Legislação nacional

A abordagem política equilibrada da União Europeia à luta contra a droga atribui igual importância à redução da procura e à redução da oferta de droga. Um exame da legislação nacional aprovada na última década mostra que os Estados-Membros da UE se têm preocupado em legislar de forma coerente com este compromisso político. Neste sentido, têm vindo a criar quadros regulamentares para certas actividades de redução dos danos, agravando, simultaneamente, as sanções penais aplicadas ao tráfico de droga. A meio deste período, dois instrumentos comunitários deram um impulso acrescido a estes processos. Em 2003, o Conselho Europeu emitiu uma recomendação relativa à prevenção e redução dos efeitos nocivos da

(?) A classificação COFOG tem três níveis hierárquicos. No primeiro nível, a despesa pública é dividida em dez funções.

Quadro 1: Despesa pública especificamente ou não especificamente relacionada com a droga em 2007 nos Estados-Membros que comunicam dados de acordo com a COFOG (nomenclatura das funções das administrações públicas)

Categoria COFOG	Luxemburgo milhões de euros (%)		Finlândia ⁽¹⁾ milhões de euros (%)		Reino Unido milhões de euros (%)
	«Rotulada»	«Não rotulada» ⁽²⁾	«Rotulada»	«Não rotulada»	«Rotulada»
Serviços públicos gerais	–	–	–	–	50,4 (3,6)
Ordem e segurança públicas	4,7 (37,6)	15,1 (70,2)	–	62,3 (82,2)	358,9 (27,2)
Saúde	7,8 (62,4)	6,4 (29,8)	14,3 (100)	3,8 (5,0)	958,2 (68,8)
Educação	–	–	–	9,7 (12,8)	15,2 (1,1)
Protecção social	–	–	–	–	10,5 (0,8)

(¹) Dados de 2006.
(²) O Luxemburgo forneceu informações exaustivas e pormenorizadas sobre os processos de modelização utilizados para obter as estimativas da despesa «não rotulada».
Fontes: Relatórios nacionais Reitox (2008).

toxicodependência para a saúde, instando à adopção de medidas como a oferta de um tratamento de substituição adequado e o acesso à distribuição de material de injeção ⁽⁸⁾. Em 25 de Outubro de 2004, a Decisão-Quadro 2004/757/JHA do Conselho instou ao agravamento das sanções aplicáveis no domínio do tráfico ilícito de droga. A presente secção descreve as tendências observadas ao longo dos últimos dez anos na regulamentação das actividades de redução dos danos e das sanções contra os traficantes. Ela demonstrará que a actividade desenvolvida nestas áreas a nível nacional se reflectiu nos acordos celebrados a nível da UE, embora alguns países tenham exercido o seu direito de ir mais longe do que as normas mínimas previstas nesses acordos.

Tratamento de substituição dos opiáceos

Desde 1998, dezoito países comunicaram a existência de cerca de 45 diplomas legais relativos à criação ou à alteração do quadro jurídico dos programas de tratamento de substituição. Vários destes diplomas abordavam a criação ou a regulamentação desses programas de forma bastante minuciosa: na Irlanda (1998), Polónia (1999), Alemanha (2000), República Checa e Portugal (2001), Grécia e Luxemburgo (2002), Bélgica e França (2004), Letónia (2005) e Áustria e Lituânia (2007).

Embora os países europeus foquem muitos e diferentes aspectos do tratamento de substituição dos opiáceos nas leis e regulamentos adoptados, até 2004 havia uma tendência visível para definir as substâncias permitidas. Nesse período, cerca de um quarto dos textos

autorizavam ou regulamentavam a utilização de substâncias como a metadona e a buprenorfina. Em contrapartida, um terço dos textos mencionados desde 2002 definia ou facilitava o acesso aos programas. A lei limita, por vezes, a prescrição de substâncias para substituição dos opiáceos aos médicos dos centros de tratamento, embora permita frequentemente que outros médicos as prescrevam ⁽⁹⁾. Em regra, a legislação também especifica os dispensários autorizados a distribuir essas substâncias, sobretudo farmácias ou centros de tratamento, se bem que em alguns países os médicos também possam administrá-las.

Programas de troca de agulhas e seringas

Os programas de troca de agulhas e seringas podem funcionar a nível local, regional ou nacional, sendo por vezes permitidos por um quadro jurídico nacional específico, mas não dispendo normalmente desse quadro jurídico. As leis notificadas na Europa na primeira parte da última década visavam, em grande medida, criar uma base jurídica para essas intervenções (Eslovénia em 1999, Polónia em 2001, Finlândia em 2003), bem como definir ou facilitar os direitos de acesso aos programas de troca de agulhas e seringas (Bélgica e França em 1998, Finlândia em 2003). A legislação em breve passou a estar centrada na regulamentação destes programas, tendo a Bélgica, Portugal e o Luxemburgo adoptado leis ou decretos específicos e pormenorizados em 2000, 2001 e 2003, respectivamente, que regulamentavam quem os podia levar a cabo ou se a distribuição automática era ou não permitida. Em Portugal, o quadro regulamentar foi alargado, em 2007, com o intuito de incluir a existência de programas de troca de agulhas e seringas nas prisões.

⁽⁸⁾ Recomendação do Conselho de 18 de Junho de 2003 (JO L 165, 3.7.2003, p. 31).

⁽⁹⁾ Ver figura 11, p. 84.

Alguns países adoptaram legislação destinada a dar resposta à preocupação de que os programas de troca de agulhas e seringas pudessem colidir com as disposições jurídicas que criminalizavam a «facilitação» ou o «incitamento» ao consumo de drogas. Na Bélgica e na Alemanha, esta questão foi resolvida com uma disposição jurídica que isenta especificamente determinados programas de qualquer acusação desse tipo, embora se possam estabelecer limites ao número de seringas distribuídas. Em certos países a polícia recebe orientações sobre as práticas policiais adequadas na proximidade dos locais de distribuição de agulhas e seringas. Globalmente, os relatórios indicam que raramente tem lugar na União Europeia a apreensão de seringas ou agulhas esterilizadas pela polícia.

Sanções aplicáveis por tráfico

Na última década, os Estados-Membros da UE indicaram, tanto a nível individual como colectivamente, que as infracções em matéria de tráfico de droga seriam punidas com mais severidade, embora as infracções propriamente ditas sejam definidas de forma diferente nas legislações de quase 30 países. Nas «infracções em matéria de tráfico» podem incluir-se a produção ou o cultivo, a importação e a exportação, o transporte, a oferta, a venda e/ou a posse, com intenção de distribuição ou venda, ou ainda o conceito de acção «com fins lucrativos» ou «comerciais».

No período de 1999-2004, seis países aprovaram leis que agravavam as sanções aplicadas a certas infracções em matéria de tráfico de droga. Em 1999, a Irlanda criou a nova infracção de posse de grande quantidade de droga (com valor superior a 12 700 euros) com intenção de venda, a qual implicava uma pena mínima obrigatória de dez anos de prisão. Em 2000, o Reino Unido introduziu uma pena mínima de sete anos de prisão em caso de terceira condenação por tráfico de drogas da classe A e, em 2001, a Grécia endureceu a legislação relativa às penas aplicadas a traficantes, limitando os seus direitos de liberdade condicional. As alterações introduzidas no Código Penal da Estónia, em 2002 e 2004, aumentaram as penas máximas aplicadas a traficantes de pequenas quantidades de droga de três para cinco anos e de grandes quantidades de cinco para dez anos. Na Dinamarca, as penas por tráfico foram agravadas de seis para dez anos de prisão e, por tráfico de grandes quantidades ou de substâncias particularmente perigosas, de dez para dezasseis anos. Também em 2004, a Lituânia aumentou as penas aplicáveis às infracções de tráfico básicas de um período

máximo de dois anos para dois a oito anos e, no caso de grandes quantidades, de entre dois e oito anos para entre oito e dez anos.

Em Outubro de 2004, a Decisão-Quadro 2004/757/JHA do Conselho estabeleceu regras mínimas para as infracções penais e as sanções aplicáveis por tráfico. Desde então, outros quatro países adoptaram legislação destinada a harmonizar as sanções básicas aplicáveis por tráfico com essa decisão. Em 2006, os Países Baixos aumentaram a pena máxima por tráfico de grandes quantidades de droga de quatro para seis anos, enquanto a Polónia aumentou as penas aplicáveis por posse de grandes quantidades e por venda a menores de cinco anos no máximo para oito anos no máximo, estabelecendo também uma pena mínima de seis meses. Na Eslováquia, a pena básica aplicável por tráfico foi agravada de entre dois e oito anos para entre quatro e dez anos, sendo a pena máxima para quantidades mais elevadas de droga aumentada de dez para quinze ou mesmo 20 anos. Por último, na Áustria, a pena máxima por fornecimento de substâncias estupefacientes a outrem, ou por cultivo de algumas plantas narcóticas, foi aumentada, em 2007, de seis para 12 meses de prisão. As sanções aplicáveis a delitos mais graves não foram alteradas, mas a definição de quantidade elevada foi reduzida de 25 para 15 vezes a quantidade-limite.

Investigação relacionada com a droga

A investigação sobre o fenómeno da droga levada a cabo em cada um dos países europeus foi objecto de um tema específico publicado pelo OEDT em 2008 ⁽¹⁰⁾. Este ano, as referências à investigação nacional nos relatórios Reitox mais recentes são analisadas com o intuito de dar a

Base de Dados Europeia de Legislação sobre Drogas

A Base de Dados Europeia de Legislação sobre Drogas (ELDD) é a base de dados em linha do OEDT com informação sobre a legislação europeia em matéria de droga relativas aos Estados-Membros e à Noruega. A ELDD fornece textos jurídicos nos seus formatos originais, uma caracterização da legislação no domínio da droga em cada país e relatórios pormenorizados sobre temas específicos. Nas suas Sínteses dos temas, também oferece resumos da posição jurídica sobre temas específicos, incluindo o tráfico de drogas ilegais, o tratamento de substituição e os programas de troca de agulhas e seringas ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Sínteses dos temas da ELDD: <http://eldd.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5036EN.html>

⁽¹⁰⁾ Estão disponíveis mais informações sobre a investigação relacionada com a droga a nível da UE e nacional em <http://www.emcdda.europa.eu/themes/research>

conhecer a investigação ultimamente realizada nos países europeus. Nesta secção, também é mencionado um estudo publicado pela Comissão Europeia no presente ano sobre a investigação relacionada com a droga na UE.

Projectos de investigação nos Estados-Membros

Os países europeus referiram, nos últimos relatórios nacionais Reitox, mais de 350 projectos de investigação empreendidos ou publicados em 2007 e 2008. O Reino Unido mencionou o maior número de projectos de investigação, mais de 80, seguido pela Alemanha e pelos Países Baixos, cada um com mais de 30, e pela República Checa, a Irlanda e a Finlândia, com mais de 20.

Mais de um terço dos estudos recentes investigou as respostas dadas à situação do fenómeno da droga, centrando-se outro terço na prevalência, na incidência e nos padrões de consumo de droga e um quinto nas consequências deste último. As seguintes áreas temáticas parecem ter atraído muito menos atenção por parte dos investigadores: factores determinantes, de risco e de protecção; mecanismos das drogas e seus efeitos, oferta e mercados, e questões metodológicas.

Os resultados desta análise, embora tenham um âmbito limitado, vêm secundar as exortações do novo plano de acção da UE para que se intensifique a investigação nos domínios prioritários sub-representados, designadamente a oferta de droga.

Análise da investigação sobre a droga na União Europeia

A oferta de droga é um dos domínios que um estudo encomendado pela Comissão Europeia e intitulado «Análise comparativa da investigação sobre as drogas ilegais na União Europeia» considerou estarem sub-representados na investigação actual. O relatório fez notar que a prevenção, os quadros jurídicos e o combate ao tráfico são outros domínios em que a investigação é desproporcionadamente diminuta, constatando simultaneamente que a investigação sobre temas epidemiológicos era mais comum ⁽¹⁾. O estudo concluiu que, embora existam vastas competências nesta matéria nos Estados-Membros, é necessário melhorar a comparabilidade dos dados entre países e dar mais visibilidade à investigação.

Segundo o estudo, a participação nas actividades de investigação europeias variavam muito consoante os países, realizando-se grande parte da cooperação internacional a título informal. Foi, todavia, salientado que a investigação relacionada com a droga pode ser facilitada por redes de investigadores europeias e internacionais. A capacidade de investigação, a sua qualidade global e a disponibilidade de financiamento são muito variáveis na União Europeia, sendo grandemente necessário que as capacidades sejam reforçadas e que o financiamento abranja uma maior variedade de domínios políticos ligados ao plano de acção da UE de luta contra a droga.

⁽¹⁾ Ver http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/drugs/fsj_drugs_intro_en.htm



Capítulo 2

Resposta aos problemas de droga na Europa — Panorâmica geral

Introdução

Este capítulo apresenta uma panorâmica das respostas aos problemas de droga na Europa, sempre que possível destacando as tendências, a evolução e as questões de qualidade. Em primeiro lugar, analisam-se as medidas de prevenção, seguindo-se as intervenções nos domínios do tratamento, da redução dos danos e da reintegração social. Em conjunto, todas estas medidas formam um sistema global de redução da procura de droga. Elas podem ser consideradas complementares e são, por vezes, oferecidas em combinação e pelos mesmos serviços. É o que sucede cada vez mais com o tratamento e as medidas de redução dos danos, por exemplo.

As respostas desenvolvidas no âmbito da aplicação da legislação em matéria de droga são também abordadas numa nova secção, que inclui os dados mais recentes sobre as infracções à dita legislação. A concluir o capítulo apresenta-se uma análise dos dados disponíveis sobre as necessidades dos consumidores de droga nas prisões e as respostas existentes nesse contexto específico.

Prevenção

A prevenção da droga pode dividir-se em diversos níveis ou estratégias, que vão desde as acções direccionadas para a sociedade em geral (prevenção ambiental) até às acções centradas nas pessoas em risco (prevenção específica). Idealmente, as diferentes estratégias não concorrem entre si, sendo antes complementares. A panorâmica seguinte concentra-se na evolução recente e nos resultados de ensaios controlados ultimamente efectuados no domínio da prevenção.

Prevenção universal

A prevenção universal abarca populações inteiras. O seu objectivo é dissuadir ou atrasar o início do consumo de droga e os problemas a este associados, fornecendo aos jovens as informações e as competências necessárias para evitar que comecem a consumir drogas. As medidas de prevenção aplicadas na Europa estão a ser, pela primeira vez, sistematicamente acompanhadas pela

maioria dos Estados-Membros. Os relatórios mais recentes confirmam que as intervenções destinadas a fornecer informação sobre as drogas, como é o caso das palestras pontuais, constituem a principal abordagem de prevenção universal em meio escolar e na comunidade em todos estes países, apesar de a eficácia deste tipo de intervenção não ser confirmada pelos dados disponíveis. Um número adicional de países (República Checa, Chipre, Áustria, Polónia, Eslovénia e Eslováquia) já refere, todavia, a realização de intervenções cientificamente mais fundamentadas, como os programas de prevenção subordinados a protocolos normalizados.

O estudo EU-Dap (www.eudap.net) tem vindo a examinar, na Europa, o limitado número de programas de prevenção que têm uma eficácia comprovada. Envolvendo 7 000 estudantes com idades compreendidas entre os 12 e os 14 anos, em sete países europeus, o estudo está a avaliar um programa baseado na influência social global, que conjuga a formação em competências essenciais para a vida com uma educação normativa e com a aquisição de conhecimentos sobre as substâncias. Ao fim de dois anos, concluiu-se que o programa reduz eficazmente a embriaguez frequente e o consumo frequente de *cannabis*.

Os resultados do EU-Dap são influenciados pelo género, sendo o programa considerado globalmente eficaz unicamente pelo efeito que produz nos rapazes. Não é claro se isto se deve ao facto de o risco ser menor para as raparigas ou se é por elas não terem reagido ao programa. Um ensaio controlado dinamarquês concluiu igualmente que os efeitos de um programa de aquisição de competências essenciais para a vida estavam dependentes do género. Os maiores efeitos em termos de assédio moral e de consumo de álcool na última semana e no último mês fizeram-se sentir entre as raparigas, enquanto os rapazes mostraram os maiores efeitos no que respeita ao consumo de mais de cinco bebidas de uma só vez e à experimentação de *cannabis*.

Um ensaio controlado realizado em Praga comparou um programa baseado na comunidade, que incluía uma componente educativa, uma abordagem baseada nos

pares, formação em competências essenciais para a vida e programas destinados aos pais, com o «programa preventivo mínimo» normalmente levado a cabo nas escolas (Miovský e outros, 2007). O programa baseado na comunidade revelou-se mais eficaz na redução do consumo de álcool e na influência exercida sobre as atitudes face ao consumo de substâncias entre os alunos de 13 a 15 de idade, sobretudo em certos grupos de crianças vulneráveis, incluindo as de famílias monoparentais. Foi, por isso, sugerido que esse programa tem potencialidades para ser utilizado na prevenção selectiva.

Prevenção selectiva e específica

Tanto a prevenção selectiva como a prevenção específica reconhecem que o consumo problemático de droga se concentra em grupos ou indivíduos vulneráveis com oportunidades sociais e pessoais limitadas (OEDT, 2008c). A prevenção selectiva é dirigida a grupos específicos, famílias ou comunidades, onde as pessoas, devido aos seus escassos laços sociais e recursos, podem ser mais propensas a desenvolver um consumo de droga ou a cair na toxic dependência. A fundamentação científica desta abordagem é apresentada numa nova secção do Portal sobre as melhores práticas do OEDT ⁽¹²⁾. A prevenção específica visa identificar os indivíduos com problemas comportamentais ou psicológicos, que podem prenunciar o desenvolvimento de um consumo problemático de substâncias numa fase da vida posterior, e torná-los individualmente objecto de intervenções especiais.

A Bélgica e o Luxemburgo comunicaram novas informações sobre a prevenção selectiva orientada para grupos étnicos. Em relação aos jovens delinquentes, só foi mencionada a existência de protocolos de intervenção sistemática, depois de contactarem com o sistema judicial, na Áustria, na Alemanha, na Catalunha (Espanha) e no Luxemburgo, tendo outros países referido a existência de intervenções genéricas ou pontuais. Desde 2008, está a ser aplicado um protocolo de intervenção sistemática para jovens delinquentes, denominado FRED ⁽¹³⁾, com o apoio da União Europeia, em dez Estados-Membros. Uma nova avaliação do FRED em 140 centros alemães mostrou baixos níveis de reincidência na infracção e de consumo de droga entre os participantes.

Só a Alemanha, os Países Baixos, a Eslováquia e a Suécia referem novos projectos de prevenção específica, continuando tais projectos a ser muito raros na Europa

apesar das informações sobre a sua eficácia (OEDT, 2009b). Entre os actuais exemplos de projectos de prevenção específica levados a cabo na Europa figuram o modelo de Orégão de formação em gestão parental, aplicado nos Países Baixos e na Noruega para pais de crianças entre os 4 e os 12 que sofrem de perturbações comportamentais. De forma idêntica, o método «Komet för föräldrar», utilizado em quase 30% dos municípios suecos, é dirigido a pais de crianças com problemas de comportamento externalizantes, associados à dificuldade de estabelecer relações positivas com os pais. Um ensaio controlado aleatoriamente, envolvendo 159 famílias, revelou uma melhoria significativa das competências parentais entre os pais participantes e uma redução dos problemas comportamentais entre os seus filhos.

Tratamento

Segundo os relatórios, cerca de 400 000 consumidores de droga iniciaram o tratamento da toxic dependência em 2007 ⁽¹⁴⁾, sendo que menos de metade o fazia pela primeira vez. Globalmente, a grande maioria dos pedidos de tratamento (86%) foi apresentada em centros de tratamento em regime ambulatorio. Esta percentagem aumentou nos últimos anos, por diversas razões, nomeadamente a maior disponibilidade e diversificação do tratamento especializado em regime ambulatorio.

As principais modalidades de tratamento dos problemas de droga utilizadas na Europa são as intervenções psicossociais, a substituição de opiáceos e a desintoxicação. As intervenções psicossociais prestam apoio aos consumidores que tentam controlar e superar os seus problemas de droga. Estas intervenções incluem aconselhamento, aumento da motivação, terapia cognitivo-comportamental, gestão de casos, terapia de grupo e familiar e prevenção de recaídas. É nelas que assenta o tratamento em regime ambulatorio baseado na comunidade e o tratamento em regime de internamento, além de complementarem, normalmente, o tratamento de substituição dos opiáceos. A desintoxicação de droga é uma intervenção a curto prazo, realizada sob vigilância médica, que visa resolver os sintomas de abstinência associados ao consumo crónico de droga. É geralmente oferecida em regime de internamento. A dimensão relativa das diferentes modalidades de tratamento em cada país é influenciada por diversos factores, incluindo a organização do sistema nacional de saúde.

⁽¹²⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/evidence/selective-prevention>

⁽¹³⁾ http://www.lwl.org/LWL/Jugend/lwl_ks/Projekte_KS1/Fgn-english

⁽¹⁴⁾ O indicador da procura de tratamento recebeu dados de 23 países relativos aos centros de tratamento em regime ambulatorio, cobrindo mais de 70% das unidades na maioria dos países, e de 20 países em relação aos centros de tratamento em regime de internamento, com uma cobertura superior a 50% das unidades na maioria dos países.

Campanhas nos meios de comunicação social sobre substâncias específicas

Na Europa têm sido desenvolvidas campanhas específicas nos meios de comunicação social contra o consumo de *cannabis* (Dinamarca, Irlanda, França, Países Baixos e Reino Unido) e, mais recentemente, contra o consumo de cocaína (Irlanda, Espanha e Reino Unido).

Quase todas estas campanhas advertem para os perigos do consumo da droga em causa, algumas delas utilizando táticas de choque. Duas únicas campanhas adoptam uma abordagem diferente. A campanha conjunta do Reino Unido e da Colômbia, intitulada «Responsabilidade partilhada» aborda a responsabilidade dos consumidores pelos danos ambientais e sociais associados à produção de cocaína. A campanha neerlandesa contra a *cannabis*, em 2006, estava direccionada para as crenças normativas, apresentando histórias da vida real sobre jovens que constituem exemplos positivos, em vez de avisos e descrições do consumo. A avaliação desta campanha concluiu que as normas sociais negativas contra o consumo de *cannabis* fumada tinham sido reforçadas e que não tinha havido efeitos negativos no que respeita à intenção de consumir e às crenças normativas (Wammes e outros, 2007).

As campanhas nos meios de comunicação social que destacam o perigo do consumo de droga raramente são avaliadas relativamente às alterações comportamentais, às atitudes ou à intenção de consumir drogas. Além disso, têm sido manifestadas preocupações a respeito da sua pouca eficácia e dos eventuais prejuízos que causam. Por exemplo, uma avaliação minuciosa dos resultados da campanha dos EUA contra o consumo de *cannabis*, realizada a nível nacional, não revelou quaisquer efeitos globais. Houve, todavia, indícios de que a campanha tinha produzido efeitos inesperados a favor da *cannabis*, com pessoas que antes não tinham interesse nessa droga a manifestarem a intenção de a consumir (Hornik e outros, 2008). Na avaliação da campanha escocesa contra a cocaína intitulada «Know the score» [Conhece a realidade] foram mencionados problemas semelhantes (OEDT, 2007a).

A tomada de decisões pelos jovens é um processo complexo, fortemente influenciado pelas interações no seio dos grupos de pares e pela percepção das normas sociais. Até agora, afigura-se que a comunicação nos meios de comunicação social não tem respondido eficazmente a esta complexidade.

Tratamento em regime ambulatorio

Historicamente, grande parte do tratamento da toxicoddependência tinha lugar em regime residencial e a maioria dos utentes eram consumidores de heroína. Esta situação mudou nas décadas de 1980 e 1990 com a rápida expansão do tratamento em regime ambulatorio e, mais recentemente, com o número

crescente de consumidores de *cannabis* e cocaína que procuram tratamento. Além disso, os problemas com drogas legais ou sujeitas a receita médica tornaram-se mais comuns.

Em 2007, os opiáceos, principalmente a heroína, continuaram a ser as drogas mais mencionadas pelos consumidores que iniciaram o tratamento em regime ambulatorio, sendo indicados como principal droga de consumo por 54% dos utentes, seguida pela *cannabis* (21%) e pela cocaína (18%). Vários países mencionam um aumento da percentagem de utentes que iniciam o tratamento por problemas com outras drogas que não os opiáceos, especialmente entre os novos utentes (ver capítulos 3 e 5).

Os consumidores de droga que iniciam o tratamento em regime ambulatorio são predominantemente jovens do sexo masculino, com uma média de idades de 31 anos, sendo o número de homens quase quatro vezes superior ao das mulheres (3,7:1). O perfil etário e sexual dos utentes do tratamento varia consoante a droga principal. Os utentes consumidores de *cannabis* são, em média, muito mais jovens (25) do que os utentes consumidores de opiáceos (32) e de cocaína (33). Independentemente da droga principal, a média de idades dos utentes que iniciam o tratamento pela primeira vez é cerca de dois anos mais baixa do que a média de idades do total de utentes. Os rácios entre homens e mulheres são superiores à média no caso dos utentes consumidores de cocaína (5,1 homens para cada mulher) e de *cannabis* (5,5 homens para cada mulher) ⁽¹⁵⁾.

A via de encaminhamento mais comum para os utentes que iniciam o tratamento em regime ambulatorio é a iniciativa própria, que corresponde a cerca de um terço dos utentes; o sistema judicial encaminha cerca de um quarto e os restantes utentes são encaminhados através dos serviços sociais e de saúde, ou de redes informais, incluindo familiares e amigos. O encaminhamento por hospitais e outras fontes médicas é raro, excepto na Finlândia, onde corresponde a 25% dos utentes. A Hungria também constitui uma excepção, uma vez que mais de 70% dos utentes são encaminhados pelo sistema judicial ⁽¹⁶⁾. Note-se que o código penal húngaro prevê que «a posse de pequenas quantidades não é penalizada, caso envolva um toxicodependente que prove já se ter sujeito a tratamento».

O tratamento psicossocial em regime ambulatorio é sobretudo oferecido por instituições do sector público (16 países) ou por organizações não governamentais (dez países). Segundo os peritos nacionais, este tipo de

⁽¹⁵⁾ Ver quadro TDI-10 e TDI-21 no Boletim Estatístico de 2009.

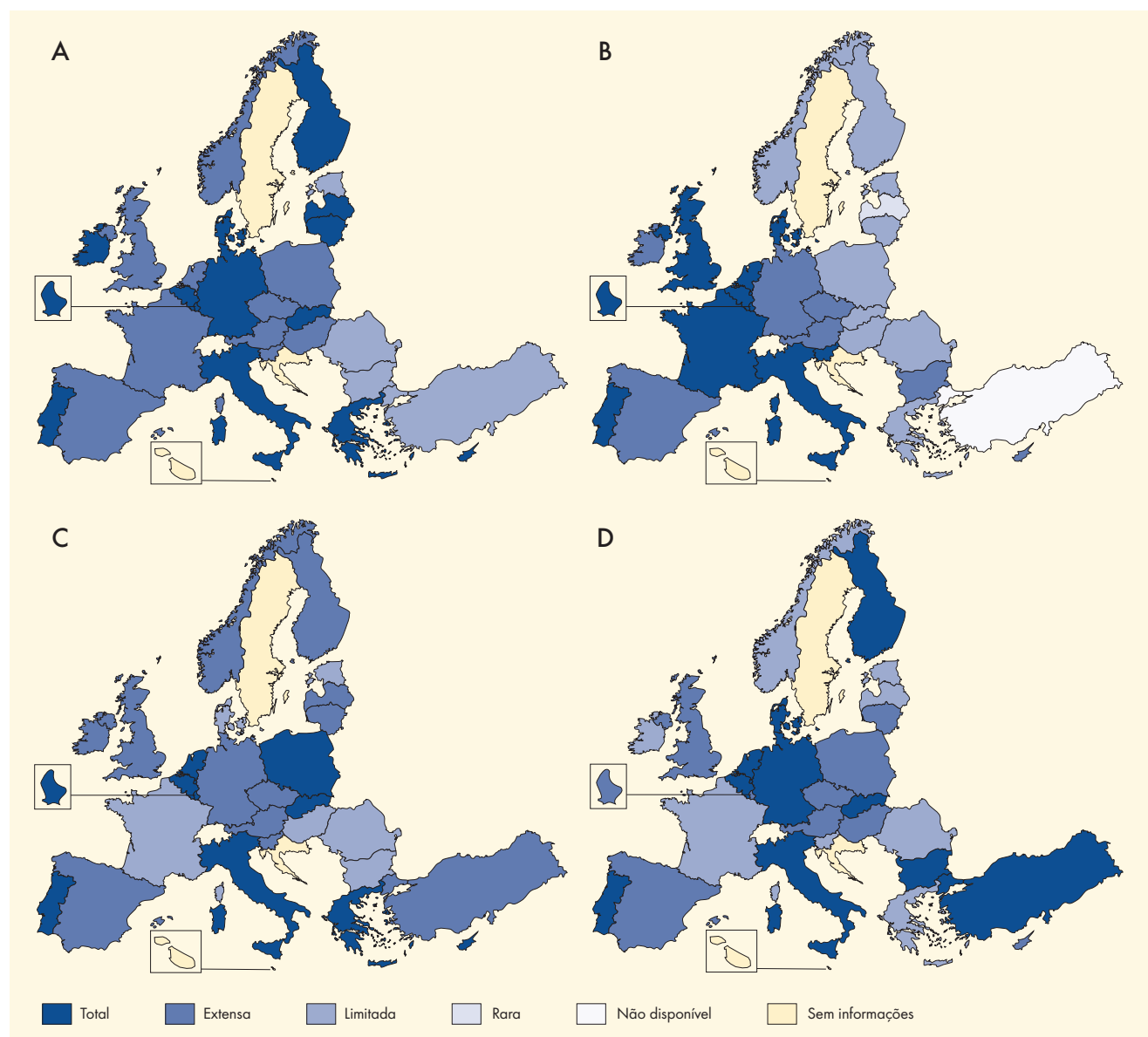
⁽¹⁶⁾ Ver quadro TDI-16 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2009.

tratamento está ao dispor da maioria das pessoas que o procuram em dez países e de quase todas noutras treze. Estima-se, contudo, que em quatro países (Bulgária, Estónia, Roménia e Turquia), o tratamento psicossocial em regime ambulatorio está disponível para menos de metade das pessoas que o procuram activamente (ver figura 1A). Estas percentagens podem ocultar grandes variações no interior de cada país e diferenças quanto à disponibilidade de programas de tratamento especializado para os consumidores de *cannabis* ou de cocaína.

Tratamento de substituição dos opiáceos

O tratamento de substituição associado a cuidados psicossociais é a principal opção de tratamento para os consumidores de opiáceos na Europa. Geralmente, tem lugar em regime ambulatorio, embora em alguns países também esteja disponível em regime de internamento. Por exemplo, na Áustria, 65% dos utentes em tratamento em regime de internamento a longo prazo são medicados com morfina de libertação lenta. O tratamento de substituição também é crescentemente facultado nas prisões (17).

Figura 1: Disponibilidade das modalidades de tratamento em relação à sua necessidade, avaliada por peritos nacionais: (A) tratamento psicossocial em regime ambulatorio, (B) substituição, (C) tratamento psicossocial em regime de internamento, (D) desintoxicação



NB: A disponibilidade é definida pela percentagem estimada de consumidores de droga necessitados de tratamento que conseguem recebê-lo: quase todos (total), a maioria mas nem todos (extensa), mais de um pequeno número, mas não a maioria (limitada), só alguns (raro), não disponível. As informações foram recolhidas por meio de um questionário estruturado.

Fontes: Pontos Focais Nacionais da Reitox.

(17) Ver «Assistência aos consumidores de droga nas prisões», p. 39.

Com a introdução do tratamento com buprenorfina em altas doses em Chipre, em 2007, o tratamento de substituição dos opiáceos ficou disponível em todos os Estados-Membros da UE, bem como na Croácia e na Noruega ⁽¹⁸⁾. Na Turquia, o tratamento de substituição ainda não foi introduzido, apesar de ser permitido, ao abrigo de um regulamento de 2004 sobre os centros de tratamento. Em 16 países, os serviços públicos especializados de tratamento em regime ambulatorio são os principais fornecedores do tratamento de substituição. Contudo, os consultórios de médicos de clínica geral, muitas vezes convencionados por centros especializados, desempenham um papel crescente na oferta deste tipo de tratamento e, em alguns países, são mesmo os principais prestadores (Região da Valónia, na Bélgica, República Checa, Alemanha, França, Luxemburgo, Áustria e Noruega) (ver capítulo 6).

Estima-se que em 2007 cerca de 650 000 consumidores de opiáceos receberam tratamento de substituição na Europa ⁽¹⁹⁾. Segundo os peritos nacionais, este tipo de tratamento está ao dispor de quase todos os consumidores de opiáceos em nove países e da maioria dos consumidores em mais sete. Estima-se ainda que o tratamento de substituição está disponível para uma minoria de consumidores de opiáceos em dez outros países (Estónia, Grécia, Letónia, Lituânia, Hungria, Polónia, Roménia, Eslováquia, Finlândia e Noruega). Os dados sobre a disponibilidade do tratamento de substituição sugerem a existência de uma divisão regional, registando-se os menores níveis de disponibilidade nos países do Leste e do Norte da Europa (figura 1B).

Tratamento em regime de internamento

O tratamento em regime de internamento ou residencial exige que os utentes pernoitem na instituição durante várias semanas ou vários meses. Regra geral, estes programas adoptam uma política de tratamento sem drogas (sem tratamento de substituição), com o objectivo de capacitar o utente para se abster de consumir drogas. Os utentes recebem alojamento e tratamentos psicológicos estruturados de acordo com as suas necessidades individuais, e participam em actividades orientadas para a sua reabilitação social. Muitas vezes recorre-se a uma abordagem baseada em comunidades terapêuticas, neste contexto. Os hospitais psiquiátricos também oferecem tratamento em regime de internamento, nomeadamente para utentes com patologias psiquiátricas co-mórbidas.

Segundo os relatórios, em 2007, cerca de 40 000 pessoas, ou seja, um em cada dez consumidores de droga que iniciaram o tratamento, fizeram-no em regime

de internamento. Mais de metade mencionou os opiáceos como droga principal (56%), sendo que a maioria dos restantes utentes identificou a *cannabis* (14%), outros estimulantes que não a cocaína (14%) e a cocaína (7%) como droga principal.

A média de idades dos consumidores de droga que iniciaram o tratamento em regime residencial é de 30 anos, mas os utentes consumidores de opiáceos e de cocaína são, em média, mais velhos (31) dos que estão em tratamento por consumo de outros estimulantes que não a cocaína (28) e por consumo de *cannabis* (26). Os utentes são, na sua maioria, homens, com um rácio global de 3,6 homens para cada mulher. Esse rácio é mais baixo entre os consumidores de outros estimulantes que não a cocaína como droga principal (2,2 homens para cada mulher) e mais elevado entre os consumidores de cocaína (5,1 homens para cada mulher) e de *cannabis* (8 homens para cada mulher). Na maioria dos países onde é possível estabelecer uma comparação, a percentagem de utentes desempregados e com uma situação instável no que se refere à habitação é mais elevada entre os utentes que iniciam o tratamento em regime hospitalar do que entre os utentes em regime ambulatorio ⁽²⁰⁾.

Os principais prestadores de serviços de tratamento em regime de internamento são as organizações não governamentais (12 países) e as instituições públicas (11 países). As instituições privadas desempenham este papel na Dinamarca e no Luxemburgo, sendo em dez outros países o segundo prestador mais importante destes serviços. Os peritos nacionais estimam que o tratamento psicossocial em regime de internamento está disponível para a maioria das pessoas que o procuram em 12 países e para quase todas essas pessoas noutros nove países. Considerou-se, todavia, que em seis países (Bulgária, Dinamarca, Estónia, França, Hungria e Roménia) esta modalidade de tratamento está disponível para menos de metade das pessoas que a procuram activamente (ver figura 1C).

Desintoxicação

De um modo geral, a desintoxicação constitui um pré-requisito para o início do tratamento residencial, baseado na abstinência de droga, a longo prazo. Normalmente, mas não exclusivamente, trata-se de uma intervenção em regime de internamento realizada em hospitais, centros de tratamento especializados, ou centros residenciais com serviços médicos ou psiquiátricos.

Em 21 países, o tratamento de desintoxicação é sobretudo realizado em instituições públicas. As organizações não

⁽¹⁸⁾ Ver quadros HSR-1 e HSR-2 no Boletim Estatístico de 2009.

⁽¹⁹⁾ Ver quadro HSR-3 no Boletim Estatístico de 2009.

⁽²⁰⁾ Ver quadros TDI-10, TDI-13, TDI-15 e TDI-21 no Boletim Estatístico de 2009.

governamentais são os principais prestadores destes serviços na Bélgica (Flandres) e nos Países Baixos, ao passo que o sector privado é predominante no Luxemburgo e na Bulgária. Os peritos nacionais estimam que o tratamento de desintoxicação está disponível para a maioria dos que o procuram em nove países e para quase todas essas pessoas noutros dez. Em oito países (Estónia, Irlanda, Grécia, França, Letónia, Roménia, Eslovénia e Noruega), estima-se que o tratamento de desintoxicação está disponível para menos de metade das pessoas que o procuram activamente (ver figura 1D).

Garantia de qualidade

Na Europa, os responsáveis pelo planeamento e os decisores políticos do sector da saúde, procuram introduzir cada vez mais mecanismos para garantir uma qualidade elevada no tratamento da toxicod dependência. Além disso, tendem a dar prioridade às intervenções «cientificamente fundamentadas» quando ponderam a oferta de tratamento e a afectação de fundos.

As orientações estão a tornar-se um instrumento importante para a garantia da qualidade do tratamento da toxicod dependência. Elas incluem recomendações baseadas em dados científicos, pareceres de peritos e preferências dos utentes dos serviços, bem como nos sistemas nacionais de saúde. O seu intuito é ajudar a escolher e a aplicar as intervenções de tratamento da toxicod dependência mais adequadas. Em 20 dos 27 países que forneceram informações, as orientações nacionais sobre o tratamento da toxicod dependência são elaboradas por uma entidade autorizada.

As orientações existentes debruçam-se, em particular, sobre o tratamento farmacológico da toxicod dependência. Dezoito países mencionam a existência de orientações nacionais para o tratamento de substituição e onze países para o tratamento de desintoxicação. Contudo, cerca de um terço destes países não indica que o cumprimento das orientações seja uma condição necessária para que um centro de tratamento possa funcionar ou receber financiamento.

As orientações nacionais em matéria de tratamento psicossocial e reintegração social já são menos comuns. Só sete Estados-Membros (Bulgária, República Checa, Alemanha, Dinamarca, Países Baixos, Eslovénia e Reino Unido) mencionam a existência de orientações para as intervenções psicossociais, e cinco (República Checa, Alemanha, Portugal, Eslovénia e Reino Unido) para a reintegração social. A escassez de orientações nacionais deve-se provavelmente aos poucos dados disponíveis, o que mostra a necessidade de realizar mais ensaios

controlados aleatoriamente em vários locais, nestes domínios.

A formação contínua do pessoal é importante para garantir a prestação de serviços de alta qualidade. Os cursos de formação especificamente destinados ao pessoal dos serviços de tratamento da toxicod dependência, bem como algum tipo de formação contínua dos médicos nesta matéria, são comuns na União Europeia. A maior parte dos países oferece oportunidades de formação semelhantes a outros profissionais, nomeadamente enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos.

Poucos países referem avaliações regulares dos resultados de todos os tipos de tratamento de toxicod dependência. Cinco Estados-Membros avaliam o tratamento de substituição e de desintoxicação, sendo que apenas a Dinamarca, a Alemanha e o Reino Unido efectuam uma avaliação regular dos resultados das intervenções de tratamento psicossocial. Alguns países também referem avaliações únicas ou irregulares dos resultados dos tratamentos.

Portal sobre as melhores práticas: novo módulo relativo ao tratamento

Após a introdução dos módulos relativos à prevenção universal e selectiva, em 2008, o OEDT lançou um novo módulo dedicado ao tratamento da toxicod dependência no seu Portal sobre as melhores práticas. Este módulo inclui uma síntese das conclusões das últimas análises sobre a eficácia do tratamento farmacológico e psicossocial das perturbações causadas pelos opiáceos, os estimulantes e a *cannabis*. O trabalho no portal foi facilitado por um estudo financiado pela Comissão Europeia sobre a qualidade do tratamento e o intercâmbio de boas práticas (Direcção-Geral da Saúde e dos Consumidores, 2008b).

O módulo relativo ao tratamento apresenta as conclusões de estudos que comparam a eficácia de diversas intervenções. Idealmente, a eficácia é determinada através da realização de ensaios controlados, ou de ensaios controlados aleatoriamente, em que as intervenções são confrontadas com resultados específicos. A maior parte dos dados utilizados neste domínio provém de estudos efectuados nos Estados Unidos. Os estudos europeus estão a tornar-se mais comuns e incluem alguns trabalhos pioneiros sobre novos agentes de tratamento de substituição dos opiáceos.

O novo módulo inclui também ligações a outras fontes de informação, as intervenções avaliadas, um glossário e uma breve sinopse das lacunas existentes na actual fundamentação científica. O portal será futuramente alargado a novos temas.

Portal do OEDT sobre as melhores práticas:
<http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/treatment>

Redução dos danos

A prevenção e a redução dos danos relacionados com a droga constituem um objectivo de saúde pública em todos os Estados-Membros da UE e na Estratégia da UE de luta contra a droga (Comissão Europeia, 2007). Entre as principais intervenções neste domínio figuram o tratamento de substituição dos opiáceos e os programas de troca de agulhas e seringas, que visam combater as mortes por *overdose* e a propagação de doenças infecto-contagiosas. Segundo os relatórios, estas medidas estão disponíveis em todos os países, excepto na Turquia. Embora existam diferenças consideráveis no que respeita à variedade e aos níveis da oferta de serviços (ver capítulos 6 e 7), a tendência europeia geral é de crescimento e consolidação das medidas de redução dos danos.

A maioria dos países oferece uma série de serviços de saúde e sociais, incluindo avaliação dos riscos e aconselhamento a nível individual, formação para um consumo mais seguro, análises de desistência de doenças infecto-contagiosas e aconselhamento sobre estas, vacinação e tratamento da hepatite viral. Estes serviços são frequentemente prestados em agências de porta aberta. As respostas de redução dos danos alargaram o seu âmbito da epidemia de VIH/sida para a perspectiva mais ampla de atender às necessidades de saúde e sociais dos consumidores problemáticos de droga, sobretudo dos socialmente excluídos.

Também é possível observar um processo de profissionalização, nos últimos anos, procedendo-se a um exame mais minucioso para garantir normas de qualidade elevadas. Por exemplo, em 2006/2007, os serviços de redução dos danos em Inglaterra foram inspeccionados para identificar os domínios que deviam ser melhorados. A qualidade também pode ser garantida através da inclusão, nos contratos de financiamento, de disposições que obrigam ao cumprimento de normas específicas, como referem a República Checa e a Estónia.

Em 14 países, a garantia da qualidade é da responsabilidade das instituições nacionais, enquanto nos países com um sistema federal, pode estar confiada a organismos a nível subnacional. As orientações podem basear-se nas conclusões da investigação sobre a relação custo-eficácia, como é o caso das orientações do Reino Unido sobre os programas de troca de agulhas e seringas (NICE, 2009). Também se procura obter o envolvimento dos utentes e as críticas e sugestões do pessoal para desenvolver e melhorar a qualidade dos serviços. Entre os mecanismos para difundir as melhores práticas e os

resultados mais recentes da investigação entre os profissionais, incluem-se as plataformas de conhecimento nacionais, como a «resultaten scoren» (resultados da classificação) dos Países Baixos e os eventos de sensibilização internacionais, por exemplo sobre a hepatite C ⁽²¹⁾. A Rede Europeia para a Inclusão Social e a Saúde produziu igualmente, em colaboração com o OEDT (Hedrich e outros, 2008a), um protocolo de recolha dos dados para as agências de porta aberta especializadas na redução dos danos, no âmbito de projectos financiados pela UE para desenvolver e aplicar os indicadores de saúde europeus.

Reintegração social

A reintegração social é reconhecida como uma componente essencial das estratégias globais de luta contra a droga. Pode ter lugar em qualquer fase do consumo de droga e em diferentes contextos, e inclui o desenvolvimento das capacidades, a melhoria das aptidões sociais, medidas para facilitar e promover o emprego e para obter ou melhorar a habitação. Na prática, os programas de reintegração podem oferecer aconselhamento profissional, colocação profissional e apoio à habitação. As intervenções em meio prisional, que têm impacto nas recaídas e na reincidência na infracção, podem ligar os reclusos aos serviços de habitação e apoio social na comunidade, preparando-os para a sua saída da prisão (Direcção-Geral da Saúde e dos Consumidores, 2008a). De um modo geral, os resultados das medidas de reintegração social dependem frequentemente da colaboração eficiente entre as instituições de saúde e de assistência social.

A condição de sem abrigo, juntamente com a vida num alojamento instável, é uma das formas mais graves de exclusão social com que os consumidores de droga estão confrontados, afectando cerca de 10% dos consumidores que iniciaram o tratamento em 2007 ⁽²²⁾. É provável que esta percentagem seja muito superior em certos grupos de consumidores de droga.

Todos os Estados-Membros mencionam a disponibilidade de programas de habitação que podem prover ao alojamento dos consumidores de droga. As informações sobre o nível de resposta às necessidades de habitação destes últimos são, todavia, escassas. Na Eslováquia, por exemplo, devido à falta de recursos financeiros, a capacidade de alojamento dos serviços de reabilitação é muitas vezes insuficiente para responder à procura.

Vários países mencionam o apoio à habitação (por exemplo, República Checa, Alemanha, Irlanda, Países

⁽²¹⁾ <http://www.hepatitisfachtag.org/>

⁽²²⁾ Ver quadro TDI-15 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2009.

Baixos, Finlândia, Suécia e Reino Unido). Estes programas de habitação temporária consistem normalmente em alojamentos com dormida e pequeno-almoço, ou em pequenos apartamentos mobilados com arrendamentos de curta duração, e são muitas vezes facultados à saída do tratamento residencial para permitir que as pessoas vivam autonomamente. Na Irlanda, por exemplo, os consumidores são responsáveis pelo pagamento da renda e por alguns serviços domésticos, recebendo ajuda de assistentes sociais para suportar o arrendamento e obter acesso à educação, à formação ou ao emprego.

Uma vez que 45% dos consumidores que iniciam o tratamento concluíram, na melhor das hipóteses, o primeiro ciclo do ensino básico e que cerca de 40% estão desempregados ⁽²³⁾, o auxílio na obtenção de emprego e de cursos de formação profissional é um elemento fundamental da reintegração social dos consumidores de droga. A maioria dos Estados-Membros refere a existência de programas neste domínio. Na Hungria, na República Checa, na Lituânia, na Eslovénia e na Eslováquia, a reintegração dos consumidores de droga no mercado de trabalho beneficiou do apoio de projectos financiados ao abrigo da iniciativa da UE contra a discriminação no mercado de trabalho (EQUAL). A maior parte destes projectos ajuda os utentes do tratamento da toxicoddependência estabilizados a encontrar colocações profissionais compatíveis com as suas aptidões. A importância desta abordagem é confirmada pelos resultados de um estudo escocês, que concluiu que os consumidores de droga em recuperação que receberam apoio em matéria de emprego tinham três vezes mais probabilidades de encontrar uma actividade remunerada (McIntosh e outros, 2008).

Aplicação da legislação em matéria de droga e infracções a essa legislação

A aplicação da legislação em matéria de droga envolve várias autoridades estabelecidas em diferentes serviços governamentais (por exemplo, polícia, justiça, saúde). Na prática, o termo «aplicação da legislação em matéria de droga» é normalmente associado ao conjunto de actividades levadas a cabo pela polícia e por instituições afins (por exemplo, os serviços aduaneiros) para fazer cumprir as leis relativas ao consumo e ao mercado de droga. Entre os domínios abrangidos, figuram o consumo e a posse de droga, o seu tráfico e produção, bem como o desvio de substâncias químicas e o branqueamento de capitais.

A aplicação da legislação em matéria de droga é uma componente essencial da resposta da Europa ao problema da droga e recebe uma grande percentagem, talvez a maior, dos recursos consagrados ao combate a este problema. Uma tentativa recente de comparar a afectação da despesa pública relacionada com a droga na Europa sugeriu que, em média, a despesa pública com a manutenção da «ordem e segurança públicas» neste domínio (forças policiais, tribunais e prisões) poderá ser quase três vezes superior ao montante gasto com o tratamento dos problemas de saúde associados ao consumo de droga. É provável que uma percentagem significativa do financiamento consagrado à manutenção da «ordem e segurança públicas» seja recebida pelas forças policiais (OEDT, 2008e).

A natureza e a intensidade dos esforços para fazer cumprir a legislação em matéria de droga podem variar, dependendo da legislação nacional e da sua aplicação, bem como dos recursos e prioridades das instituições envolvidas, nas quais se incluem as autoridades responsáveis pela aplicação da lei em geral e as unidades especializadas («brigadas antidroga»).

Ao contrário de outras áreas de aplicação da lei, em que os agentes policiais normalmente reagem a infracções, muitas vezes denunciadas por elementos da população, a maior parte do trabalho neste domínio pode ser definido como pró-activo, uma vez que é sobretudo executado por iniciativa das instituições responsáveis pela aplicação da lei. Isto acontece porque muitas infracções à legislação em matéria de droga podem ser encaradas como «crimes consensuais», em que pessoas responsáveis participam secretamente numa actividade ilegal de que a polícia só terá conhecimento se a descobrir casualmente (por exemplo, durante uma ronda a pé) ou por detecção activa.

Consequentemente, a aplicação da legislação em matéria de droga inclui um amplo conjunto de actividades que muitas vezes dependem da recolha, do tratamento e da partilha de informações por meios humanos e electrónicos, incluindo bases de dados informáticas e redes de comunicação dedicadas. É o caso, em especial, das actividades que visam reduzir a oferta de droga ⁽²⁴⁾, em que a aplicação da lei tem um papel fundamental e inclui o contacto com informadores, a realização de operações sob disfarce («agentes infiltrados») e a vigilância electrónica, designadamente a interceptação de comunicações.

As entregas controladas de droga e as operações destinadas a desmantelar ou eliminar pontos de venda de

⁽²³⁾ Ver quadros TDI-12 e TDI-13 no Boletim Estatístico de 2009.

⁽²⁴⁾ Para uma definição de redução da oferta de droga, ver caixa da página 28 do Relatório Anual 2008 do OEDT.

Tema específico do OEDT em 2009 relativo às estatísticas sobre as decisões judiciais

O OEDT publicou em 2009 um novo tema específico relativo às estatísticas sobre as decisões judiciais, em que se examinam as consequências das infracções à legislação em matéria de droga nos países europeus. O relatório analisa os dados estatísticos nacionais facultados pela polícia, o ministério público e os tribunais, examinando-os em função do tipo de infracção (posse, tráfico) e de consequência (multa, prisão, tratamento). A questão fundamental em apreço é: Qual é a consequência mais provável, em cada país, da detenção por posse ou oferta de droga?

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

droga são algumas das táticas operacionais utilizadas pelas autoridades responsáveis pela aplicação da lei na Europa. A realização de controlos e buscas em pessoas e veículos em locais estratégicos, como portos, aeroportos e fronteiras terrestres, ou próximo destes, é uma tática mais genérica, que também tem outros objectivos, como o controlo da imigração.

As instituições de aplicação da lei, em especial os serviços aduaneiros, também estão incumbidas, em muitos países, de fazer cumprir a legislação relativa às substâncias químicas controladas. Para o efeito, têm de tratar os pedidos de importação e exportação, bem como de identificar e investigar as operações suspeitas. O desmantelamento dos laboratórios clandestinos de produção de drogas ilegais é outra missão que pode ser confiada às forças responsáveis pela aplicação da lei nos países onde as drogas sintéticas são produzidas.

Infracções à legislação em matéria de droga

Os relatórios iniciais sobre as infracções à legislação em matéria de droga, principalmente os relatórios policiais, são a única fonte de dados disponíveis normalmente na Europa sobre a criminalidade relacionada com a droga ⁽²⁵⁾. Os relatórios referem-se normalmente a infracções como a produção, o tráfico e a venda de droga, bem como o consumo de droga ou a posse para consumo.

Os dados relativos às infracções à legislação em matéria de droga podem ser encarados como indicadores indirectos do consumo e do tráfico de droga, ou como indicadores mais directos da actividade de aplicação da

lei. Contudo, só incluem as actividades relacionadas com a droga que chegaram ao conhecimento das instituições de aplicação da lei, além de poderem reflectir as diferenças nacionais em termos de legislação, prioridades e recursos. Acresce que os sistemas de informação nacionais podem divergir, sobretudo no que respeita às práticas de registo e comunicação de informações. Por estes motivos, é difícil fazer comparações válidas entre países, sendo mais adequado comparar tendências do que números absolutos.

Com base nos dados fornecidos por 21 Estados-Membros, que representam 85% da população da União Europeia com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos, estima-se que o número de infracções à legislação em matéria de droga notificadas aumentou 29% entre 2002 e 2007. Os dados revelam tendências crescentes em todos os países que forneceram dados excepto na Bulgária, na República Checa, na Grécia, no Luxemburgo, na Hungria e na Eslovénia, que se mantiveram estáveis ou registaram uma diminuição global durante este período ⁽²⁶⁾.

Infracções relacionadas com o consumo e com a oferta

Não se verificou nenhuma alteração importante no equilíbrio entre as infracções relacionadas com o consumo e as relacionadas com a oferta (venda, tráfico, produção) relativamente aos anos anteriores. Na maior parte dos países europeus, as infracções relacionadas com o consumo de droga ou com a posse para consumo continuam a constituir a maioria das infracções à legislação em matéria de droga, chegando a representar 91% do total (Espanha) em 2007 ⁽²⁷⁾. As infracções relacionadas com a oferta são, todavia, predominantes na República Checa (87%) e nos Países Baixos (69%) (figura 2). Na República Checa, a posse de pequenas quantidades de droga sem intenção de venda é punível com uma advertência ou uma coima, enquanto nos Países Baixos as infracções relacionadas com o consumo de droga não são, em regra, penalizadas ⁽²⁸⁾.

Entre 2002 e 2007, o número de infracções à legislação em matéria de droga relacionadas com o consumo aumentou na maioria dos países que forneceram dados, sendo que apenas a Bulgária, a Grécia, os Países Baixos e a Eslovénia comunicaram uma diminuição ao longo deste período ⁽²⁹⁾. Globalmente, estima-se que o número de infracções deste tipo, na União Europeia, aumentou 32% entre 2002 e 2007.

As infracções relacionadas com a oferta de droga também aumentaram no período de 2002-2007, mas a um ritmo muito mais lento, com um acréscimo de cerca de

⁽²⁵⁾ Para uma análise das relações entre a droga e a criminalidade ver OEDT (2007b).

⁽²⁶⁾ Ver figura DLO-1 e quadro DLO-1 no Boletim Estatístico de 2009.

⁽²⁷⁾ Ver quadro DLO-2 no Boletim Estatístico de 2009.

⁽²⁸⁾ Ver «panorâmicas por país» relativas à República Checa e aos Países Baixos no sítio web do OEDT (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews>).

⁽²⁹⁾ Ver figura DLO-1 e quadro DLO-4 no Boletim Estatístico de 2009.

14% na União Europeia. Neste período, oito países mencionam uma diminuição global dessas infracções e outros oito comunicam que houve um aumento ⁽³⁰⁾.

Tendências por droga

A *cannabis* continua a ser a droga ilegal mais frequentemente mencionada nas infracções à legislação em matéria de droga notificadas na Europa ⁽³¹⁾. Na maioria dos países europeus, as infracções que envolvem a *cannabis* representam entre 55% e 85% das infracções notificadas em 2007. As relacionadas com outras drogas só são mais numerosas do que as relacionadas com a *cannabis* em dois países: Lituânia, heroína (26%); e República Checa, metanfetaminas (59%). Na Letónia, as infracções distribuem-se em partes semelhantes entre a *cannabis*, a heroína e o *ecstasy*.

No quinquénio de 2002-2007, o número de infracções que envolviam a *cannabis* aumentou ou manteve-se estável na maioria dos países que forneceram dados, levando a um aumento estimado de 23% na União Europeia. A Bulgária, a República Checa e a Eslovénia comunicam tendências decrescentes ⁽³²⁾.

As infracções relacionadas com a cocaína aumentaram ao longo do período de 2002-2007 em todos os países que comunicaram dados, excepto na Bulgária e na Alemanha. Na União Europeia, em termos globais, as infracções relacionadas com a cocaína aumentaram cerca de 59% durante o mesmo período ⁽³³⁾.

A tendência decrescente das infracções relacionadas com a heroína, na União Europeia, constatada em relatórios anteriores, parece agora ter cessado, observando-se um aumento de cerca de 7% no período de 2002-2007. Contudo, as tendências nacionais têm vindo a divergir e a tendência crescente deve-se sobretudo aos aumentos registados nos últimos dois anos na Bélgica, na Grécia, em Espanha, em França, na Polónia e em Portugal, e a uma estabilização na Alemanha e na Áustria ⁽³⁴⁾.

O número de infracções relacionadas com as anfetaminas notificadas na União Europeia continua a mostrar uma tendência crescente, com um aumento estimado de 59% entre 2002 e 2007. Estima-se que as infracções relacionadas com o *ecstasy*, em contrapartida, diminuíram 22% no mesmo período ⁽³⁵⁾.

Respostas de saúde e sociais na prisão

Há mais de 600 000 pessoas nas prisões da União Europeia ⁽³⁶⁾, o que dá uma taxa média de prisão de aproximadamente 120 reclusos por 100 000 habitantes. As taxas nacionais da população prisional variam entre 65 e 320 reclusos por 100 000 habitantes, sendo que os Estados-Membros da Europa Central e Oriental mencionam, na sua maioria, médias superiores à média. No entanto, os valores nacionais e a média comunitária continuam a ser muito inferiores às taxas comunicadas pela Rússia (629) e pelos EUA (756) ⁽³⁷⁾.

Os reclusos condenados por infracções à legislação em matéria de droga constituem entre 10% e 30% da população prisional na maioria dos Estados-Membros da UE. Uma percentagem desconhecida de outros presos está a cumprir pena por crimes contra a propriedade, para sustentar uma toxicod dependência, ou por outro crime relacionado com a droga. Apesar de os valores totais serem baixos, a taxa de infractores à legislação em matéria de droga entre os reclusos condenados aumentou, nos últimos anos, em vários Estados-Membros da Europa Central e Oriental.

Consumo de droga nas populações prisionais

A normalização das definições, das perguntas dos inquéritos e das metodologias utilizadas nos estudos sobre o consumo de droga nas prisões ainda está por fazer (Vandam, 2009; Direcção-Geral da Saúde e dos Consumidores, 2008a), muito embora os estudos existentes mostrem que o consumo de droga continua a ter maior prevalência entre os reclusos do que entre a população em geral. Dados de vários estudos realizados a partir de 2002, principalmente na Europa Ocidental, mostram que entre um terço e metade dos reclusos inquiridos menciona o consumo regular de uma droga ilegal antes da prisão. Os estudos também indicam que as formas mais perigosas de consumo podem estar concentradas entre os reclusos, sendo que entre um quinto e um terço dos inquiridos afirmam já ter consumido droga injectada ⁽³⁸⁾.

Ao entrar na prisão, a maioria dos consumidores reduz ou cessa o consumo de droga, sobretudo devido a dificuldades na aquisição das substâncias. Contudo, o facto de as drogas ilegais acabarem por entrar na maior

⁽³⁰⁾ Ver figura DLO-1 e quadro DLO-5 no Boletim Estatístico de 2009.

⁽³¹⁾ Ver quadro DLO-3 no Boletim Estatístico de 2009.

⁽³²⁾ Ver figura DLO-3 e quadro DLO-6 no Boletim Estatístico de 2009.

⁽³³⁾ Ver figura DLO-3 e quadro DLO-8 no Boletim Estatístico de 2009.

⁽³⁴⁾ Ver figura DLO-3 e quadro DLO-7 no Boletim Estatístico de 2009.

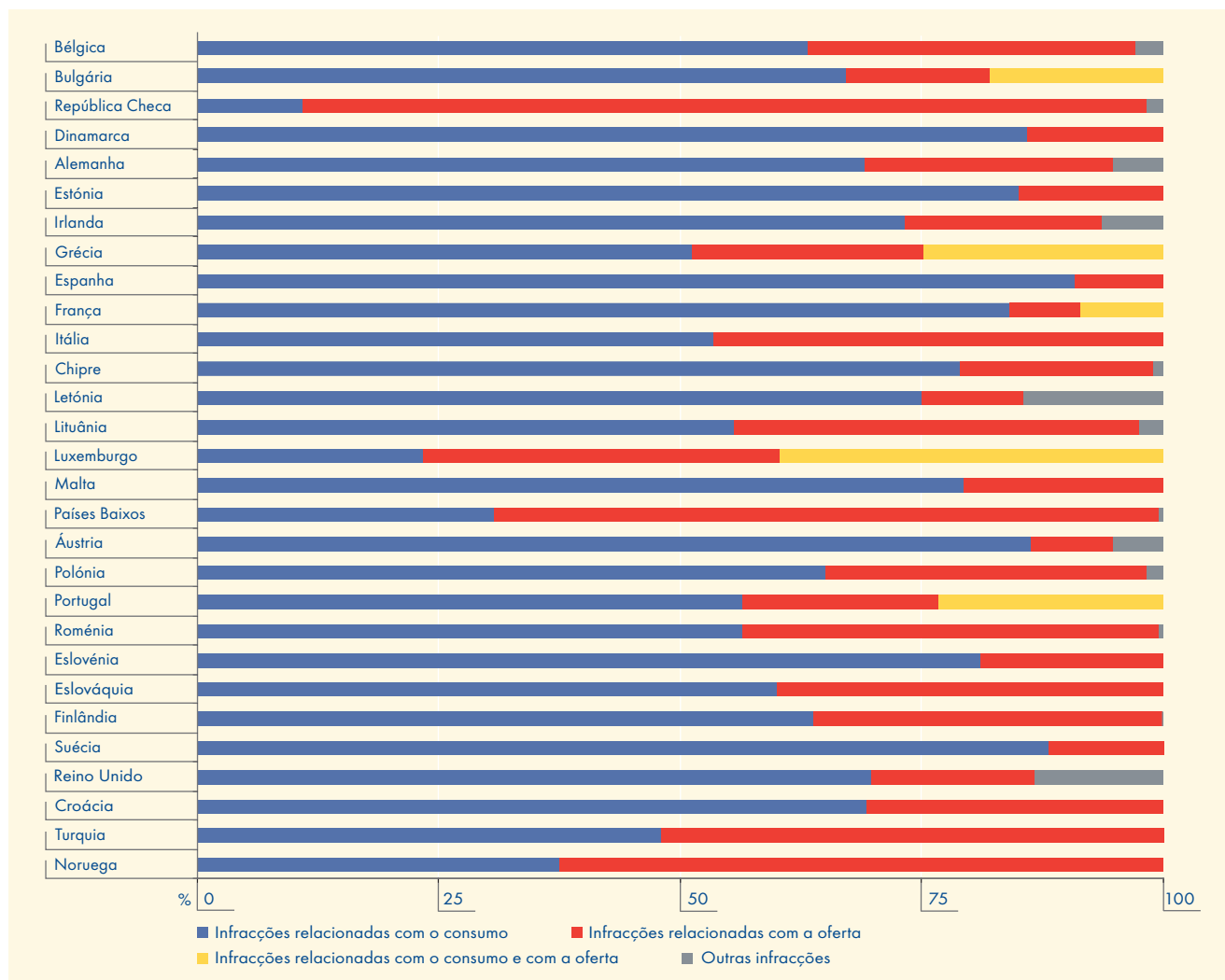
⁽³⁵⁾ Ver figura DLO-3 no Boletim Estatístico de 2009.

⁽³⁶⁾ Os dados sobre as prisões europeias podem ser obtidos junto do Conselho da Europa em: http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/prisons_and_alternatives/Statistics_SPACE_1/List_Space_1.asp

⁽³⁷⁾ Fonte: <http://www.kcl.ac.uk/depsta/law/research/icps/worldbrief> para os valores relativos à Rússia e aos Estados Unidos da América.

⁽³⁸⁾ Ver quadros DUP-105 e DUP-2 no Boletim Estatístico de 2009.

Figura 2: Tipo de infracção nas notificações de infracções à legislação em matéria de droga na Europa



NB: Para mais informações, ver figura DLO-2 no Boletim Estatístico de 2009.
 Fontes: Pontos Focais Nacionais da Reitox.

parte das prisões, apesar de todas as medidas tomadas para reduzir a sua oferta, é reconhecido tanto pelos peritos prisionais como pelos decisores políticos europeus. Os estudos realizados desde 2002 revelam que entre 1% e 50% dos reclusos dizem ter consumido drogas na prisão, e que uma percentagem que pode chegar a 27% afirmou ter consumido drogas regularmente ⁽³⁹⁾. Um estudo sobre 1 457 reclusos de seis prisões alemãs constatou que 22% tinham consumido droga injectada dentro da prisão, enquanto alguns estudos realizados em quatro outros países referem taxas de 10% ou mais ⁽⁴⁰⁾. Aparentemente, os consumidores de droga injectável presos partilham o seu equipamento mais frequentemente do que os consumidores que não estão na prisão. Esta situação suscita questões relativas à possível propagação de doenças infecto-contagiosas entre a população prisional.

Saúde prisional na Europa

Os reclusos têm direito ao mesmo nível de assistência médica que as pessoas que vivem na comunidade e os serviços de saúde prisional devem poder tratar os problemas relacionados com o consumo de droga em condições comparáveis às oferecidas fora da prisão (CPT, 2006; OMS, 2007). Este princípio geral de equivalência é reconhecido na União Europeia através da Recomendação do Conselho de 18 de Junho de 2003, relativa à prevenção e redução dos efeitos nocivos da toxicod dependência para a saúde ⁽⁴¹⁾, cuja aplicação é exigida pelo novo plano de acção da UE de luta contra a droga (2009-2012).

A prestação de serviços de saúde aos reclusos está a ser, actualmente, objecto de maior atenção por parte dos

⁽³⁹⁾ Ver quadro DUP-3 no Boletim Estatístico de 2009.

⁽⁴⁰⁾ Ver quadro DUP-4 no Boletim Estatístico de 2009.

⁽⁴¹⁾ JO L 165, 3.7.2003, p. 31.

decisores políticos nacionais, havendo indícios de que os Estados-Membros da UE estão a melhorar os serviços oferecidos aos reclusos. Por exemplo, vários países já comunicam a existência de políticas e programas nacionais em matéria de saúde prisional. Muito há ainda a fazer, porém, para garantir o acesso dos reclusos a cuidados de saúde com um nível e uma qualidade comparáveis aos oferecidos fora da prisão. Além disso, as prisões têm de dar resposta aos desafios colocados pelas necessidades de saúde específicas dos consumidores de droga, como as doenças infecto-contagiosas transmitidas por via sanguínea e os problemas psiquiátricos co-mórbidos.

Assistência aos consumidores de droga nas prisões

Entre os serviços oferecidos aos reclusos nos países europeus figuram os seguintes: informação sobre as drogas e a saúde; rastreio de doenças infecto-contagiosas e vacinação; tratamento da toxicod dependência, incluindo desintoxicação, tratamento de substituição e modalidades de tratamento sem droga; e preparação para a saída da prisão. São exemplos da contínua expansão dos serviços prestados aos reclusos a introdução do tratamento de substituição nas prisões da República Checa, da Polónia e da Suécia, um tratamento sem drogas em Chipre e o alargamento da «garantia de tratamento» dinamarquesa (de dar acesso ao tratamento da toxicod dependência num prazo de duas semanas após a apresentação do pedido) às prisões.

A continuação do tratamento de substituição durante o período passado na prisão consta da regulamentação oficial de 26 países, mas não é levada à prática em cinco deles, enquanto o início deste tipo de tratamento na prisão está aprovado em 21 países. Contudo, segundo as classificações dos peritos, há diferenças na oferta desta intervenção. O tratamento de substituição está disponível em quase todas as prisões em nove países e em mais de metade das prisões noutros quatro. Na República Checa, em França, na Alemanha e no Reino Unido, estima-se que o tratamento de substituição é oferecido em menos de metade das prisões, e na Hungria, na Polónia, na Finlândia e na Suécia só existe num pequeno número de prisões. Por último, em nove países (Bulgária, Estónia, Grécia, Chipre, Lituânia, Letónia, Eslováquia, Roménia e Turquia) este tipo de tratamento não está disponível na prisão, embora a sua introdução esteja a ser preparada na Bulgária e na Roménia, e na Letónia estejam a ser debatidas alterações jurídicas com esse fim.

A reduzida oferta de tratamento de substituição na comunidade traduz-se geralmente na ausência ou numa oferta muito limitada deste tipo de tratamento na prisão⁽⁴²⁾. Os Estados-Membros mencionam ainda outros obstáculos à possibilidade de receber tratamento de substituição na prisão, designadamente: falta de um quadro regulamentar para o seu início (Finlândia) e exigência de pagamento pela sua administração (Comunidade francófona da Bélgica). A oferta de tratamento de substituição também está muitas vezes dependente das condições locais e, por vezes, da iniciativa do médico da prisão.

Os peritos classificaram a disponibilidade e o nível de oferta de outras medidas de prevenção e de redução dos danos na prisão existentes em 26 países da UE, Noruega e Turquia. A presença de aconselhamento individual sobre as doenças infecto-contagiosas e a avaliação dos comportamentos de risco relacionados com a droga é assinalada nas prisões de 26 países. A análise para despistagem da hepatite C à entrada na prisão está disponível em 22 países, mas não na Hungria, na Polónia e na Turquia; contudo, na Hungria, mais de 14% dos reclusos foram sujeitos ao rastreio do vírus da hepatite C, nos primeiros nove meses de uma campanha iniciada em 2007 que ainda está em curso. Outras intervenções são os programas específicos de vacinação contra a hepatite B, a formação em matéria de promoção da saúde especificamente direccionada para o problema da droga e o aconselhamento e a formação sobre um consumo mais seguro, cuja oferta foi mencionada por treze países, se bem que com níveis de cobertura variáveis.

O nível da oferta de medidas para evitar as *overdoses* é semelhante. Embora em 18 países se forneça aconselhamento aos reclusos sobre o risco de *overdose*, antes da sua libertação, estima-se que, nos últimos 12 meses, este só abrangeu um número significativo de reclusos em apenas oito países. Os materiais informativos sobre as mortes e as emergências relacionadas com o consumo de droga, especificamente elaborados para o meio prisional, apenas estão disponíveis em sete países⁽⁴³⁾.

A oferta de programas de troca de agulhas e seringas no meio prisional é mencionada pela Alemanha, a Espanha, o Luxemburgo, Portugal e a Roménia, estando prevista no Reino Unido (Escócia). A resistência do pessoal prisional e a falta de confidencialidade foram obstáculos mencionados à boa execução de alguns desses programas.

⁽⁴²⁾ Ver figura HSR-2 no Boletim Estatístico de 2009.

⁽⁴³⁾ Ver quadro HSR-7 no Boletim Estatístico de 2009.

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Capítulo 3

Cannabis

Introdução

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

Oferta e disponibilidade

Produção e tráfico

A *cannabis* pode ser cultivada em ambientes muito diversificados e cresce espontaneamente em muitas regiões do mundo, estimando-se, actualmente, que é cultivada em 172 países e territórios (UNODC, 2009) ⁽⁴⁴⁾. Estes factos, em conjunto, dificultam a produção de estimativas precisas da produção mundial de *cannabis*. O UNODC (2009) estima que a produção mundial de *cannabis* herbácea em 2008 variou entre 13 300 toneladas e 66 100 toneladas.

O cultivo de *cannabis* na Europa está muito difundido e é possível que esteja a aumentar (Korf, 2008). Em 2007, 19 países europeus mencionaram o seu cultivo a nível interno, embora a escala do fenómeno pareça variar consideravelmente. É, no entanto, provável que uma percentagem significativa da *cannabis* consumida na Europa provenha do tráfico a nível intra-regional.

Na Europa também se consome *cannabis* herbácea importada, sobretudo de África (por exemplo, da Nigéria, de Marrocos, do Gana e da África do Sul) e, com menor frequência, do Sudoeste Asiático (Paquistão) e das Américas (Jamaica) (INCB, 2009a).

Quadro 2: Produção, apreensões, preço e potência da *cannabis* herbácea e da resina de *cannabis*

	Resina de <i>cannabis</i>	<i>Cannabis</i> herbácea
Estimativa da produção mundial (toneladas)	2 200-9 900	13 300-66 100
Quantidades apreendidas a nível mundial (toneladas)	1 300	5 600
Quantidade apreendida (toneladas) UE e Noruega (incluindo Croácia e Turquia)	853 (859)	70 (96)
Número de apreensões UE e Noruega (incluindo Croácia e Turquia)	324 000 (325 000)	227 000 (241 000)
Preço médio de venda a retalho (euros por grama) Variação (intervalo interquartilico) ⁽¹⁾	3-11 (5-9)	1-12 (4-9)
Variação da potência média (teor de THC)	2-13 %	1-10 %

⁽¹⁾ Intervalo da metade central dos preços médios notificados.

NB: Todos os dados relativos a 2007, excepto as estimativas da produção mundial, que são referentes a 2008.

Fontes: *World drug report (2009)* do UNODC para os valores a nível mundial, Pontos Focais Nacionais da Reitox para os dados europeus.

⁽⁴⁴⁾ Para informações sobre as fontes de dados relativas à oferta e à disponibilidade de droga, ver p. 43.

A produção mundial de resina de *cannabis*, em 2008, foi estimada em 2 200 a 9 900 toneladas (UNODC, 2009), continuando Marrocos a ser o principal produtor. Segundo os relatórios, a superfície utilizada na produção de resina de *cannabis* diminuiu de 134 000 hectares para 76 400 hectares, entre 2003 e 2005 (UNODC e Governo de Marrocos, 2007). A produção de resina também é mencionada noutros países, nomeadamente o Afeganistão e o Paquistão (UNODC, 2009). A resina de *cannabis* produzida em Marrocos é normalmente introduzida na Europa através da Península Ibérica e dos Países Baixos, sendo redistribuída para outros países europeus.

Apreensões

Em 2007, estima-se que foram apreendidas, a nível mundial, 5 600 toneladas de *cannabis* herbácea e 1 300 toneladas de resina de *cannabis*, o que representa um aumento global de aproximadamente 10% em relação ao ano anterior. A América do Norte continuou a ser responsável pela maior parte da *cannabis* herbácea apreendida (66%), ao passo que as maiores quantidades de resina apreendidas se concentraram novamente na Europa Ocidental e Central (66%) (UNODC, 2009).

Estima-se que em 2007 foram efectuadas, na Europa, 241 000 apreensões de *cannabis* herbácea, equivalentes a 96 toneladas ⁽⁴⁵⁾. O número de apreensões aumentou para mais do dobro entre 2002 e 2007. A quantidade de *cannabis* herbácea apreendida diminuiu para metade nos primeiros dois anos deste período e aumentou seguidamente, embora se mantivesse muito abaixo das 130 toneladas apreendidas em 2002. O número mais elevado de apreensões de *cannabis* herbácea foi comunicado pelo Reino Unido, correspondendo a aproximadamente metade do total em 2005 e 2006. A Turquia (25,5 toneladas) e a Bélgica (12,8 toneladas) comunicaram um número recorde de apreensões em 2007.

As apreensões de resina de *cannabis* realizadas na Europa ultrapassam as de *cannabis* herbácea, tanto em número como em quantidades apreendidas ⁽⁴⁶⁾. Em 2007, foram efectuadas cerca de 325 000 apreensões de resina de *cannabis*, correspondentes a 859 toneladas desta droga, quase nove vezes mais do que a quantidade de *cannabis* herbácea apreendida. Entre 2002 e 2007, o número de apreensões de resina de *cannabis* cresceu, embora a quantidade apreendida tenha registado oscilações ao longo do mesmo período. Em 2007, a Espanha comunicou um pouco mais de metade do número

total de apreensões de resina de *cannabis* e cerca de três quartos da quantidade apreendida, enquanto quantidades recorde de resina de *cannabis* eram apreendidas pela Bélgica (59 toneladas), Portugal (43 toneladas) e Turquia (6 toneladas).

As apreensões de plantas de *cannabis* aumentaram constantemente desde 2002, atingindo um número estimado de 15 000 casos em 2007. Os países comunicam a quantidade apreendida em termos quer do número de plantas quer de uma estimativa do peso. Foram apreendidos 2,4 milhões de plantas, número que se manteve relativamente estável ao longo dos últimos dois anos, tendo aumentado a partir dos cerca de 1,5 milhões apreendidos em 2002. O peso das plantas apreendidas aumentou acentuadamente ao longo deste período, tendo atingido 27 toneladas em 2007, 25 das quais comunicadas pela Espanha.

Potência e preço

A potência dos produtos de *cannabis* é determinada pelo seu teor de Delta-9-tetrahydrocannabinol (THC), a principal substância activa. Essa potência varia muito consoante os países e dentro de cada país, bem como entre os diferentes produtos de *cannabis*. As informações sobre a potência da *cannabis* baseiam-se sobretudo na análise médico-legal da *cannabis* apreendida, seleccionada por amostragem. Não se sabe ao certo em que medida as amostras analisadas reflectem o mercado global, pelo que os dados relativos à potência devem ser interpretados com cautela. Em 2007, o teor médio nacional de THC registado na resina de *cannabis* variou entre 2,9% e 13,3%. A potência média da *cannabis* herbácea, excluindo a *sinsemilla* («nederwiet») de produção caseira, nos Países Baixos, variava entre 1,2% e 10,2%. Ao longo do período de 2002-2007, a potência média registada da resina e da *cannabis* herbácea permaneceu estável ou diminuiu na maioria dos 16 países europeus em que foi possível realizar esta análise. O teor médio de THC da resina de *cannabis* registou, todavia, tendências crescentes em Portugal e no Luxemburgo e observou-se um aumento da potência da *cannabis* herbácea em cinco outros países. Só há informações disponíveis sobre a potência da *cannabis* herbácea produzida a nível local, ao longo de vários anos, em relação aos Países Baixos, onde se verificou uma diminuição recente da potência média da *nederwiet*, de um nível máximo de 20,3% em 2004 para 16% em 2006, permanecendo nesse nível em 2007 ⁽⁴⁷⁾.

⁽⁴⁵⁾ Os dados sobre as apreensões de droga na Europa mencionadas no presente capítulo figuram nos quadros SZR-1 a SZR-6 no Boletim Estatístico de 2009.

⁽⁴⁶⁾ Devido às diferenças quanto à dimensão das quantidades enviadas e às distâncias percorridas, bem como à necessidade de atravessar fronteiras internacionais, a resina de *cannabis* podia correr maiores riscos de apreensão do que a *cannabis* herbácea produzida a nível interno.

⁽⁴⁷⁾ Ver quadros PPP-1 e PPP-5 no Boletim Estatístico de 2009 para os dados sobre a potência e o preço.

Oferta e disponibilidade de droga: dados e fontes

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

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

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

Os dados e estimativas apresentados no presente relatório são os mais aproximados que se encontram disponíveis, mas devem ser interpretados com prudência, dado que muitas regiões do mundo ainda não dispõem de sistemas de informação sofisticados relacionados com a oferta de droga.

Em 2007, o preço médio de venda a retalho da resina de *cannabis* variou entre 3 euros e 11 euros por grama, nos 18 países que forneceram informações, tendo metade deles comunicado valores que oscilam entre 5 euros e 9 euros. O preço médio de venda a retalho da *cannabis* herbácea variou entre 1 euro e 12 euros por grama nos 17 países que forneceram dados, comunicando cerca de metade preços entre 4 euros e 9 euros. Nos 11 países com dados que abrangem o período de 2002-2007, o

preço médio de venda a retalho da resina de *cannabis*, indexado à inflação, diminuiu. Nesse mesmo período, os dados disponíveis para a *cannabis* herbácea apontam para uma situação mais estável.

Prevalência e padrões de consumo

Consumo de *cannabis* entre a população em geral

De acordo com estimativas conservadoras, a *cannabis* foi consumida pelo menos uma vez (prevalência ao longo da vida) por cerca de 74 milhões de europeus, ou seja, mais de uma em cinco pessoas dos 15 aos 64 anos (ver no quadro 3 um resumo dos dados). Existem diferenças consideráveis entre os países, variando os valores nacionais relativos à prevalência entre 1,5% e 38,6%. A maioria dos países apresenta estimativas da prevalência na ordem de 10 a 30%.

Muitos países referem níveis de prevalência relativamente elevados do consumo de *cannabis* no último ano e no último mês. Estima-se que cerca de 22,5 milhões de europeus consumiram *cannabis* no último ano, o que corresponde, em média, a 6,8% das pessoas dos 15 aos 64 anos. As estimativas da prevalência no último mês incluem as pessoas que consomem a droga mais regularmente, embora não necessariamente de forma intensiva. Estima-se que cerca de 12 milhões de europeus a consumiram no último mês, em média cerca de 3,6% das pessoas entre os 15 e os 64 anos.

Consumo de *cannabis* entre os jovens adultos

O consumo de *cannabis* está largamente concentrado na população jovem (15-34 anos), registando-se geralmente os níveis de consumo mais elevados entre os jovens dos 15 aos 24 anos. É o caso de quase todos os países europeus, com excepção de Portugal ⁽⁴⁸⁾.

Os dados dos inquéritos à população sugerem que, em média, 31,1% dos jovens adultos europeus (15-34 anos) já consumiram *cannabis*, sendo que 12,5% o fizeram no último ano e 6,8% no último mês. Estima-se que percentagens ainda maiores de europeus na faixa etária dos 15 aos 24 anos consumiram *cannabis* no último ano (15,9%) ou no último mês (8,3%). As estimativas nacionais da prevalência do consumo de *cannabis* variam amplamente consoante os países, em todas as medições da prevalência, comunicando os países no topo da escala valores até dez vezes superiores aos dos países com a prevalência mais baixa.

O consumo de *cannabis* é geralmente maior entre as pessoas do sexo masculino do que entre as do sexo feminino (ver OEDT, 2006a), embora se observem

⁽⁴⁸⁾ Ver figura GPS-1 no Boletim Estatístico de 2009.

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

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

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

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

Dos três períodos normalizados utilizados para comunicar os dados de inquérito, a prevalência ao longo da vida (consumo de uma droga em dada altura da vida de uma pessoa) é o mais alargado. Esta medida não reflecte a situação actual do consumo de droga entre a população adulta, mas pode ser útil para compreender os padrões de consumo e a incidência. No caso dos adultos, as faixas etárias habitualmente utilizadas pelo OEDT são a dos 15 aos 64 anos (todos os adultos) e a dos 15 aos 34 anos (jovens adultos), privilegiando-se os períodos do último ano e do último mês (consumo nos últimos 12 meses ou nos últimos 30 dias anteriores ao inquérito) ⁽¹⁾. No caso da população escolar, a prevalência ao longo da vida e no último ano são semelhantes, uma vez que o consumo de drogas ilegais antes dos 15 anos raramente se verifica.

O Projecto Europeu de Inquéritos Escolares sobre o Álcool e outras Drogas (ESPAD) utiliza métodos e instrumentos normalizados para avaliar o consumo de droga e de álcool entre amostras representativas de estudantes de 15-16 anos. Realizaram-se inquéritos em 1995, 1999, 2003 e 2007. Em 2007, foram recolhidos dados em 35 países, incluindo 25 Estados-Membros da UE, a Noruega e a Croácia ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Para mais informações, ver <http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/gps-overview>

⁽²⁾ Está disponível um resumo das principais conclusões do inquérito ESPAD 2007 em 23 línguas (<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index77163EN.html>). A versão integral do relatório pode ser consultada em linha no sítio Web do ESPAD (<http://www.espad.org>).

acentuadas diferenças entre os países. Por exemplo, o rácio entre os homens e as mulheres que disseram ter consumido *cannabis* no último ano variava entre 6,4 homens para cada mulher em Portugal e 1,4 na Áustria.

Consumo de *cannabis* entre a população escolar

O inquérito ESPAD ⁽⁴⁹⁾ fornece dados comparáveis sobre o consumo de álcool e de droga entre a população escolar de 15-16 anos na Europa (Hibell e outros, 2009). Em 2007, o inquérito foi realizado em 25 Estados-Membros da UE, bem como na Noruega e na Croácia. Alguns países (por exemplo, Espanha, Suécia e Reino Unido) realizam os seus próprios inquéritos escolares nacionais, que fornecem dados, incluindo sobre o consumo de *cannabis*, que são comparáveis com os dos inquéritos ESPAD e HBSC (Health-Behaviour in School-aged Children [comportamento sanitário das crianças em idade escolar]).

Os dados do ESPAD relativos a 2007 revelam que a prevalência mais elevada do consumo de *cannabis* ao longo da vida entre a população escolar de 15 a 16 anos se verifica na República Checa (45%) ⁽⁵⁰⁾, enquanto a Estónia, a França, os Países Baixos, a Eslováquia e o Reino Unido comunicam níveis de prevalência que variam

entre 26% e 32%. Quinze países mencionam níveis de prevalência do consumo de *cannabis* ao longo da vida entre 13% e 25%. Os níveis mais baixos (menos de 10%) são registados na Grécia, em Chipre, na Roménia, na Finlândia, na Suécia e na Noruega. Globalmente, a prevalência do consumo de *cannabis* ao longo da vida entre os estudantes varia pouco em função dos sexos.

A prevalência mais elevada do consumo de *cannabis* no último mês entre os jovens europeus de 15-16 anos é comunicada pela Espanha (20%) e pela República Checa (18%) ⁽⁵¹⁾.

Comparações a nível internacional

É possível comparar os dados quantitativos europeus com os de outras regiões do mundo. Por exemplo, nos Estados Unidos, o inquérito nacional sobre o consumo de droga e a saúde (SAMHSA, 2007) estimou uma prevalência do consumo de *cannabis* ao longo da vida de 49% entre os jovens adultos (15-34 anos, recalculado pelo OEDT) e uma prevalência no último ano de 21%. Em relação à mesma faixa etária, a prevalência do consumo de *cannabis* ao longo da vida e no último ano foi, respectivamente, de 58% e 28% no Canadá (2004) e de 47% e 16% na Austrália (2007). Todos estes

⁽⁴⁹⁾ Ver caixa sobre os inquéritos à população.

⁽⁵⁰⁾ Ver figura EYE-1 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2009.

⁽⁵¹⁾ Ver figura EYE-1 (parte i) no Boletim Estatístico de 2009.

Quadro 3: Prevalência do consumo de cannabis na população em geral – Resumo dos dados

Consumo de cannabis entre a população escolar	Período de consumo		
	Ao longo da vida	Último ano	Último mês
15-64 anos			
Número estimado de consumidores na Europa	74 milhões	22,5 milhões	12 milhões
Média europeia	22,1%	6,8%	3,6%
Variação	1,5-38,6%	0,4-14,6%	0,1-7,2%
Países com a prevalência mais baixa	Roménia (1,5%) Malta (3,5%) Bulgária (5,6%) Chipre (6,6%)	Roménia (0,4%) Malta (0,8%) Grécia (1,7%) Bulgária (1,9%)	Roménia (0,1%) Malta (0,5%) Suécia (0,6%) Lituânia (0,7%)
Países com a prevalência mais elevada	Dinamarca (38,6%) Itália (31,2%) França (30,6%) Reino Unido (30,0%)	Itália (14,6%) Espanha (10,1%) República Checa (9,3%) França (8,6%)	Itália (7,2%) Espanha (7,1%) França, República Checa (4,8%)
15-34 anos			
Número estimado de consumidores na Europa	41,5 milhões	17 milhões	9 milhões
Média europeia	31,1%	12,5%	6,8%
Variação	2,9-48,0%	0,9-20,9%	0,3-13,4%
Países com a prevalência mais baixa	Roménia (2,9%) Malta (4,8%) Chipre (9,9%) Grécia (10,8%)	Roménia (0,9%) Malta (1,9%) Grécia (3,2%) Chipre (3,4%)	Roménia (0,3%) Suécia (1,3%) Grécia, Lituânia (1,5%)
Países com a prevalência mais elevada	Dinamarca (48,0%) França (43,6%) Reino Unido (40,1%) República Checa (38,3%)	Itália (20,9%) República Checa (19,3%) Espanha (18,8%) França (16,7%)	Espanha (13,4%) Itália (10,4%) República Checa, França (9,8%)
15-24 anos			
Número estimado de consumidores na Europa	19 milhões	10 milhões	5 milhões
Média europeia	30,5%	15,8%	8,3%
Variação	3,7-43,9%	1,5-28,2%	0,5-16,9%
Países com a prevalência mais baixa	Roménia (3,7%) Malta (4,9%) Chipre (6,9%) Grécia (9,0%)	Roménia (1,5%) Grécia, Chipre (3,6%) Suécia (6,0%) Portugal (6,6%)	Roménia (0,5%) Grécia (1,2%) Suécia (1,6%) Chipre, Lituânia (2,0%)
Países com a prevalência mais elevada	República Checa (43,9%) França (42,0%) Dinamarca (41,1%) Alemanha (39,0%)	República Checa (28,2%) Espanha (24,1%) Itália (22,6%) França (21,7%)	Espanha (16,9%) República Checa (15,4%) França (12,7%) Itália (11,5%)

As estimativas da prevalência na Europa são baseadas em médias ponderadas dos inquéritos nacionais mais recentes realizados entre 2001 e 2008 (sobretudo 2004-2008), por isso não podem ser atribuídas a um único ano. A prevalência média para a Europa foi calculada por uma média ponderada de acordo com a população da faixa etária pertinente em cada país. Nos países em relação aos quais não existiam informações disponíveis, a prevalência média da UE foi imputada. Populações utilizadas como base: 15-64 (334 milhões), 15-34 (133 milhões) e 15-24 (63 milhões). Os dados aqui resumidos estão disponíveis em «Inquéritos à população em geral» no Boletim Estatístico de 2009.

valores excedem as médias europeias correspondentes, que são, respectivamente, de 31,1% e 12,5%.

Entre a população escolar, apenas a Espanha e a República Checa mencionam níveis de consumo de cannabis ao longo da vida comparáveis aos registados nos Estados Unidos e na Austrália.

Tendências do consumo de cannabis

Os dados dos inquéritos nacionais comunicados ao OEDT mostram que em quase todos os Estados-Membros da UE o consumo de cannabis aumentou acentuadamente na década de 1990, sobretudo entre os jovens (figura 3) e os estudantes. Na viragem do século, na maioria dos países

européus, uma percentagem considerável da população jovem consumia ou já tinha consumido a droga, como mostra o facto de, entre 1998 e 2003, a prevalência do consumo de *cannabis* ao longo da vida, na faixa etária dos 15 aos 34 anos, ter aumentado para níveis próximos dos 30% em sete países e superiores a 40% noutros dois. Os níveis correspondentes da prevalência no último ano nesta faixa etária chegaram a atingir 15%-20% em sete países e a prevalência no último mês atingiu 8%-15% em seis países.

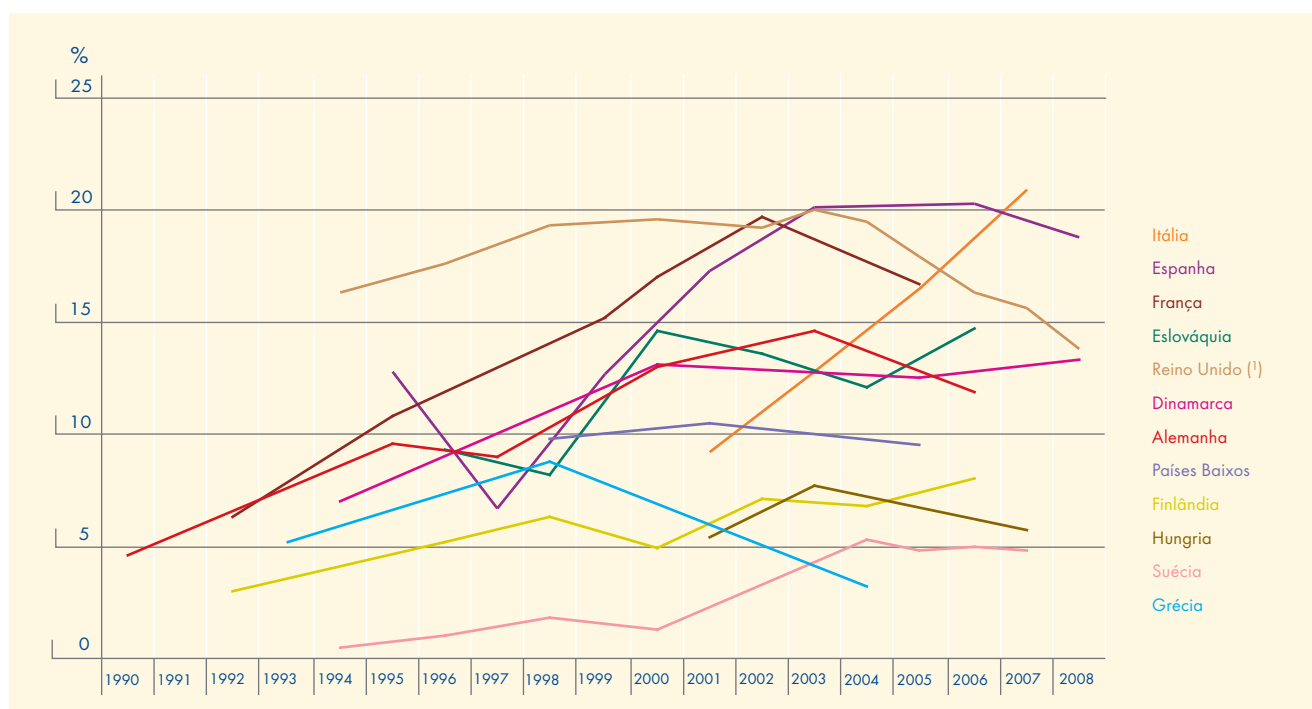
A tendência do consumo de *cannabis* no Reino Unido reveste-se de particular interesse. No início e meados da década de 1990, este país destacou-se no panorama europeu ao comunicar as estimativas de prevalência mais elevadas. Este panorama alterou-se progressivamente, à medida que os níveis de consumo aumentavam noutros países. Além disso, o consumo de *cannabis* no Reino Unido tem vindo a diminuir constantemente desde 2003, aproximadamente, sobretudo na faixa etária dos 16 aos 24 anos ⁽⁵²⁾, o que sugere uma mudança a nível de gerações. Pode observar-se agora uma tendência decrescente ou para a estabilização noutros países, tanto nos dados resultantes dos inquéritos à população escolar como nos de alguns inquéritos à população em geral. Dos

onze países em relação aos quais é possível analisar a tendência da prevalência do consumo no último ano entre os jovens adultos de 2002 a 2007, quatro mencionam diminuições de pelo menos 15% do valor inicial e noutros quatro a situação parece estável ⁽⁵³⁾. Em três países, os níveis de prevalência aumentaram 15%, no mínimo, embora outros dados ponham esta tendência crescente em causa.

Tendências entre a população escolar

À semelhança dos adultos, o consumo de *cannabis* entre a população escolar aumentou em vários países europeus, entre 1995 e 2003, mas de um modo geral esses aumentos cessaram ou diminuíram, mais recentemente. Apenas dois dos países monitorizados pelo OEDT que participaram nos inquéritos escolares ESPAD em 2007 (Lituânia e Eslováquia) mencionam um aumento superior a três pontos percentuais no consumo de *cannabis* ao longo da vida, desde 2003, enquanto nove países comunicam uma diminuição equivalente durante este período ⁽⁵⁴⁾. Os dados dos inquéritos escolares dos Estados Unidos e da Austrália também registam uma tendência decrescente, que foi primeiramente observada na Austrália em 1999 ⁽⁵⁵⁾.

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



(!) Inglaterra e País de Gales.

NB: Ver figura GPS-4 no Boletim Estatístico de 2009 para mais informações.

Fontes: Relatórios nacionais Reitox (2008), extraídos de inquéritos à população, relatórios ou artigos científicos.

⁽⁵²⁾ Ver figura GPS-10 no Boletim Estatístico de 2009.

⁽⁵³⁾ Sempre que não existiam informações disponíveis sobre os anos exactos, foram utilizadas informações do ano anterior ou do seguinte.

⁽⁵⁴⁾ O ESPAD considera que os aumentos ou diminuições superiores a três pontos percentuais indicam uma mudança.

⁽⁵⁵⁾ Ver figura EYE-1 (parte xii) no Boletim Estatístico de 2009.

Observam-se diferentes padrões na Europa quanto às tendências ao longo do tempo do consumo de *cannabis* entre a população escolar no período de 1995 a 2007 (figura 4). Sete países, maioritariamente localizados no norte e no sul da Europa (Grécia, Chipre, Malta, Roménia, Finlândia, Suécia e Noruega), comunicaram uma prevalência do consumo de *cannabis* ao longo da vida globalmente estável ou baixa durante todo este período. A maioria dos países da Europa Ocidental, bem como a Croácia e a Eslovénia, que tiveram uma prevalência ao longo da vida alta ou com fortes tendências crescentes até 2003, registou um decréscimo ou uma estabilização em 2007. Destes onze países, nove tiveram uma diminuição superior a três pontos percentuais e dois mantiveram-se estáveis. A situação é algo diferente na maior parte da Europa Central e Oriental, onde a tendência crescente observada entre 1995 e 2003 parece estar a estabilizar. Nesta região, seis países registam uma situação estável e dois um aumento superior a três pontos percentuais ⁽⁵⁶⁾.

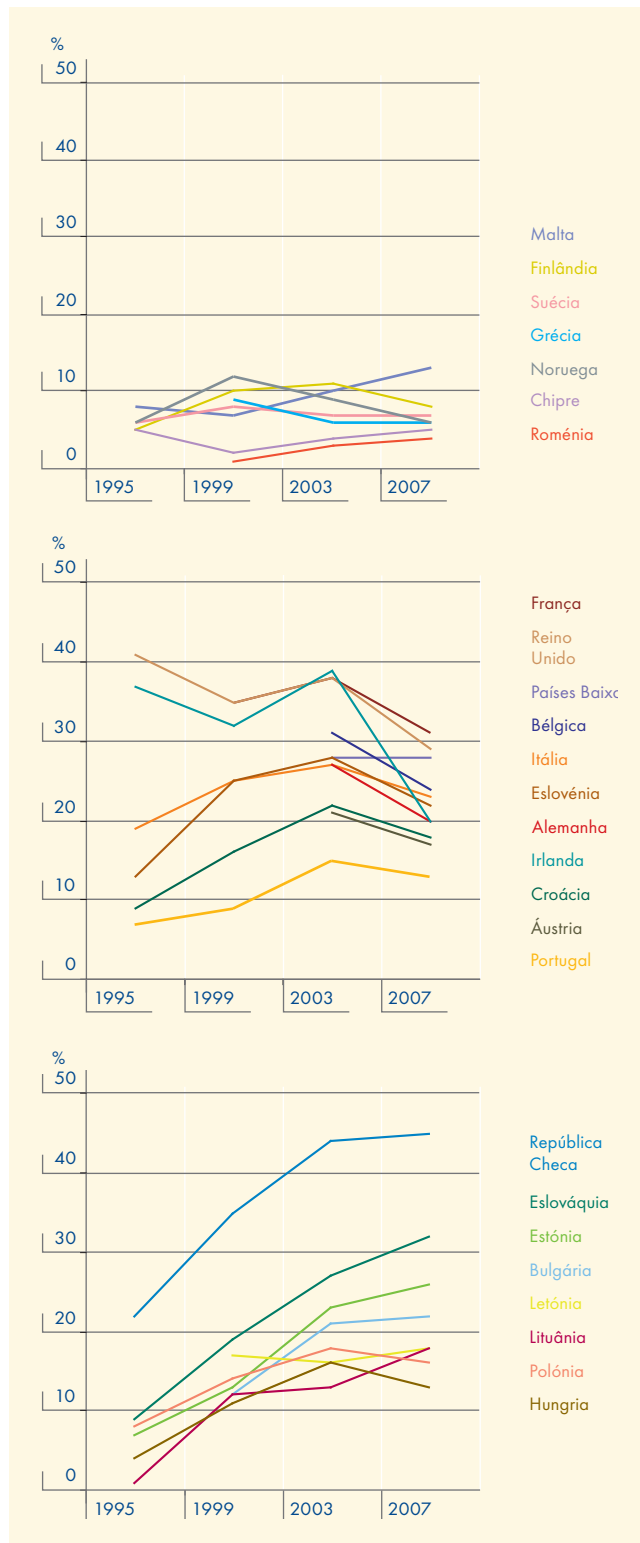
Em alguns países europeus, os aumentos registados no período de 1995 a 2003 no consumo de *cannabis* ao longo da vida entre a população escolar fizeram-se acompanhar de um aumento da prevalência do tabagismo ao longo da vida. A partir de 2003, ambas as tendências se inverteram em muitos países, sugerindo uma possível ligação entre o hábito de fumar tabaco e o de fumar *cannabis*, entre os jovens ⁽⁵⁷⁾.

Padrões de consumo de *cannabis*

Os dados disponíveis indicam vários padrões de consumo de *cannabis*. Da população entre os 15 e os 64 anos que já consumiu *cannabis*, só 30% o fizeram no último ano ⁽⁵⁸⁾. Contudo, 50% das pessoas que consumiram a droga no último ano, em média, fizeram-no no último mês e estudos recentes mostram que o consumo repetido desta substância pode manter-se estável durante longos períodos, mesmo entre os consumidores mais jovens (Perkonigg, 2008).

O cálculo da prevalência dos padrões de consumo intensivos e prolongados é uma importante questão de saúde pública devido à sua correlação com consequências negativas como os problemas respiratórios, o insucesso escolar ou a dependência (Hall e Solowij, 1998). O consumo diário ou quase diário (em 20 dias ou mais dos últimos 30 dias) é o melhor indicador comparável de consumo intensivo actualmente disponível. Em 2007/2008, foram recolhidos dados sobre esta forma de consumo de

Figura 4: Diferentes padrões das tendências da prevalência do consumo de *cannabis* ao longo da vida entre os estudantes de 15-16 anos



Fonte: ESPAD.

⁽⁵⁶⁾ Ver figura EYE-1 (parte xiii) no Boletim Estatístico de 2009.

⁽⁵⁷⁾ Ver o tema específico sobre o policonsumo de droga.

⁽⁵⁸⁾ Ver figura GPS-2 no Boletim Estatístico de 2009.

cannabis na Europa, no âmbito de um «ensaio de campo» coordenado pelo OEDT, em colaboração com peritos nacionais e com os pontos focais Reitox de 13 países, correspondentes a 77% da população adulta da UE (15-64 anos). Com base nestes dados, estima-se que mais de 1% dos adultos europeus, cerca de 4 milhões, consomem *cannabis* diariamente ou quase diariamente. A maioria destes consumidores de *cannabis*, cerca de 3 milhões, tem entre 15 e 34 anos, representando aproximadamente 2%-2,5% dos europeus nesta faixa etária ⁽⁵⁹⁾.

É difícil avaliar as tendências do consumo intensivo de *cannabis* devido à escassez de dados. Dos sete países que forneceram dados sobre as tendências recentes, quatro (Espanha, França, Itália e Portugal) mencionaram um aumento da prevalência do consumo diário de *cannabis*, um afirmou que a situação tinha estabilizado (Irlanda) e apenas dois comunicaram ter havido uma diminuição (Grécia e Países Baixos) ⁽⁶⁰⁾. Estes resultados indicam um possível aumento global do número de consumidores intensivos de *cannabis* na Europa, durante a última década.

A dependência da *cannabis* tem sido cada vez mais reconhecida como uma possível consequência do consumo regular da droga, ainda que a gravidade e as consequências possam parecer menos severas do que as habitualmente associadas a outras substâncias psicoactivas (por exemplo, heroína ou cocaína). No entanto, devido à percentagem relativamente maior da população que consome *cannabis* regularmente, o impacto global das formas intensivas do consumo de *cannabis* na saúde pública pode ser significativo. Os consumidores, sobretudo, os grandes consumidores, também podem ter problemas sem preencherem necessariamente os critérios clínicos da dependência.

Os estudos mostram que o desenvolvimento da dependência da *cannabis* é menos abrupto do que no caso de outras drogas (por exemplo, a cocaína) e que a percentagem de pessoas dependentes entre aquelas que a consumiram pelo menos uma vez na vida talvez não exceda 10% (Wagner e Anthony, 2002). Nos dados dos inquéritos à população em geral realizados nos Estados Unidos, foi detectada dependência em cerca de 20-30% dos consumidores diários ⁽⁶¹⁾. Outros estudos sugeriram que a dependência da *cannabis* pode permanecer relativamente estável ao longo do tempo (Swift e outros,

2000). No entanto, provavelmente mais de metade dos consumidores de *cannabis* dependentes que deixaram de consumir a droga consegue fazê-lo sem tratamento (Cunningham, 2000; Ellingstad e outros, 2006).

Padrões entre a população escolar

Os inquéritos ESPAD 2007 também mostram que o consumo de *cannabis* ao longo da vida está correlacionado com as percepções de menor risco e de maior disponibilidade da droga ⁽⁶²⁾. Em comparação com a população escolar em geral, os consumidores de *cannabis* são mais susceptíveis de consumir álcool, tabaco e outras drogas ilegais ⁽⁶³⁾.

Os novos dados do estudo ESPAD também permitem esclarecer parcialmente os padrões de consumo mais intensivo de *cannabis*. Em dez países europeus, entre 5% e 12% dos estudantes do sexo masculino de 15-16 anos referiram ter consumido *cannabis* em 40 ou mais ocasiões. Esta percentagem era pelo menos duas vezes maior do que a observada entre os estudantes do sexo feminino, confirmando outros dados reveladores de que os padrões de consumo intensivos são mais comuns entre os jovens do sexo masculino. Um início precoce do consumo foi associado ao desenvolvimento ulterior de formas de consumo de droga mais intensivas e problemáticas. Na maioria dos dez países com taxas relativamente elevadas de consumo frequente, entre 5% e 9% da população escolar disseram ter iniciado o consumo de *cannabis* com 13 anos de idade ou menos ⁽⁶⁴⁾.

Tratamento

Procura de tratamento

Em 2007, a *cannabis* era a principal droga de consumo em cerca de 20% dos novos tratamentos iniciados (73 000 utentes), o que a coloca em segundo lugar nas drogas mais notificadas, a seguir à heroína. No entanto, há diferenças consideráveis entre países, sendo que a Bulgária, a Lituânia e a Eslovénia referem menos de 5% dos utentes como consumidores de *cannabis* como droga principal e a Dinamarca, a França, a Hungria, os Países Baixos e a Turquia indicam mais de 30%. Estas diferenças podem ser explicadas pela prevalência do consumo de

⁽⁵⁹⁾ As médias europeias constituem uma estimativa baseada numa média ponderada (da população) para os países que possuem informação e imputada para os países que não possuem informação. Os valores obtidos são 1,2% dos adultos (15-64 anos) e 2,3% dos jovens adultos (15-34 anos). Ver quadro GPS-7 no Boletim Estatístico de 2008.

⁽⁶⁰⁾ Ver quadro GPS-7 no Boletim Estatístico de 2009.

⁽⁶¹⁾ Análise dos dados de inquérito à população nacional dos Estados Unidos entre 2000 e 2006. Instrumento de análise em linha NSDUH: <http://webapp.icpsr.umich.edu/cocoon/SAMHDA/SERIES/00064.xml>, dados acedidos em 25 de Fevereiro de 2008 e analisados utilizando aso variáveis MJDAY30A e DEPNDMRJ.

⁽⁶²⁾ Ver figura EYE-1 (parte v) e (parte vi) no Boletim Estatístico de 2009.

⁽⁶³⁾ Ver o tema específico sobre o policonsumo de droga.

⁽⁶⁴⁾ Ver figura EYE-1 (parte iii) e (parte vii) no Boletim Estatístico de 2009.

Escalas curtas para avaliar as formas problemáticas de consumo de cannabis nos inquéritos à população em geral

Há indícios de que a dependência da *cannabis* pode ser avaliada na população em geral de forma tão fiável como nas amostras dos consumidores tratados, incluindo a avaliação dos sintomas de abstinência (Mennes e outros, 2009). O OEDT está, por isso, a desenvolver, em colaboração com vários países, métodos de monitorização das formas mais intensivas e significativas de consumo de *cannabis* a longo prazo.

Nos últimos anos, têm sido experimentadas diversas metodologias para estimar, no âmbito dos inquéritos à população em geral, a prevalência das formas intensivas e problemáticas de consumo de droga, sobretudo de *cannabis*. Peritos alemães analisaram a bibliografia e os trabalhos em curso neste domínio e identificaram quatro escalas curtas para a *cannabis*, que foram ensaiadas em amostras da população europeia em geral. São elas a Escala da Gravidade da Dependência (SDS), o Consumo Problemático de Marijuana (PUM), o Teste de Despistagem do Abuso de Cannabis (CAST) e o Teste de Identificação de Perturbações causadas pelo Consumo de Cannabis (CUDIT) (Piontek e outros, 2008). Estas escalas incluem quatro a dez elementos, tendo sido considerado que, de um modo geral, as suas propriedades psicométricas (por exemplo, a capacidade de diferenciar os casos reais dos inexistentes de forma coerente e conforme com o desejado conceito de dependência ou consumo problemático de *cannabis*) são muito boas.

Subsistem, porém, algumas dificuldades neste domínio, devido à falta de consenso a respeito do elemento (por exemplo, dependência, abuso, consumo nocivo, problemas relacionados com consumo) ou conjunto de elementos que devem ser medidos para avaliar as formas problemáticas de consumo de *cannabis*. Também existem dificuldades de estimativa, visto que as medidas de um fenómeno com baixa prevalência podem produzir muitos casos «falsos positivos» e, logo, uma sobreavaliação do consumo problemático de *cannabis* entre a população em geral. Estudos de validação adicionais, que já estão em marcha ou previstos, poderão ajudar a ultrapassar estas dificuldades.

cannabis, as necessidades de tratamento da toxicodependência, a oferta e a organização do tratamento ou as práticas de encaminhamento. Nos dois países com maiores percentagens de utentes consumidores de *cannabis*, em França há centros de aconselhamento para os consumidores jovens e na Hungria oferece-se aos delinquentes consumidores de *cannabis* a possibilidade de fazerem tratamento em alternativa a sanções penais. O sistema judicial desempenha um importante papel de encaminhamento para o tratamento nestes dois países,

mas os Estados-Membros referem, de um modo geral, que a maioria dos consumidores de *cannabis* que iniciam o tratamento na Europa o faz por iniciativa própria.

Os utentes que ingressam nos centros de tratamento ambulatorio devido ao consumo de *cannabis* também mencionam frequentemente o consumo de outras drogas. Com base na recolha de dados efectuada em 14 países, 85% consomem outra droga, sobretudo álcool (65%) ou cocaína (13%), e alguns referem o consumo concomitante de álcool e cocaína (12%) ⁽⁶⁵⁾.

Tendências nos novos pedidos de tratamento da toxicodependência

Nos 19 países em relação aos quais há dados disponíveis, o número e a percentagem de consumidores de *cannabis* como droga principal que iniciaram o tratamento pela primeira vez aumentaram de cerca de 19 000 para 34 000 (de 25% para 31%), entre 2002 e 2007 ⁽⁶⁶⁾. Esta tendência parece ter sofrido, todavia, uma interrupção entre 2006 e 2007, mencionando a maior parte dos países um decréscimo ou uma estabilização da percentagem de novos utentes consumidores de *cannabis*. Esta evolução pode estar ligada a tendências mais recentes do consumo de *cannabis*, mas também pode reflectir uma alteração das práticas de comunicação de informações, a saturação da capacidade dos serviços ou o recurso a outros serviços (por exemplo, cuidados de saúde primários, cuidados de saúde mental).

Perfis dos utentes

Os consumidores de *cannabis* que iniciam o tratamento em regime ambulatorio, na Europa, são sobretudo jovens do sexo masculino, verificando-se um rácio entre os géneros de 5,5 homens para cada mulher e uma média de idades de 25 anos ⁽⁶⁷⁾. Entre os consumidores de droga que iniciaram o tratamento em regime ambulatorio pela primeira vez, o consumo de *cannabis* como droga principal é referido por 67% dos que têm entre 15 e 19 anos ⁽⁶⁸⁾ e 78% dos que têm menos de 15 anos.

Globalmente, 24% dos consumidores de *cannabis* como droga principal que iniciam o tratamento em regime ambulatorio são consumidores ocasionais, provavelmente encaminhados, em grande parte dos casos, pelo sistema judicial; 12% consomem *cannabis* semanalmente ou com menos frequência; cerca de 18% consomem-na 2 a 6 vezes por semana; e 47% são consumidores diários, o grupo mais problemático. Observam-se diferenças consideráveis entre países. Na Hungria, na Roménia e na Croácia, a

⁽⁶⁵⁾ Ver o tema específico sobre o policonsumo de droga.

⁽⁶⁶⁾ Ver figuras TDI-1 e TDI-2 e quadros TDI-3 (parte iv) e TDI-5 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2009.

⁽⁶⁷⁾ Ver quadro TDI-21 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2009.

⁽⁶⁸⁾ Ver quadro TDI-10 (parte iv) e (parte vii) no Boletim Estatístico de 2009.

curta duração e apoio aos consumidores jovens (na sua maioria de *cannabis*), aos jovens delinquentes e aos seus familiares. Quando um consumo problemático de droga (por exemplo, dependência) ou casos de co-morbilidade graves são diagnosticados, os utentes são encaminhados para serviços especializados.

Na Áustria, vários centros de aconselhamento (por exemplo, em ChEck it!, B.I.T., Clean Bregenz) aplicam conceitos específicos para os jovens consumidores de *cannabis* com o intuito de os separar de outros utentes, na sua maioria consumidores de opiáceos, e de integrar os seus familiares e amigos no processo de aconselhamento ou de tratamento.

Na Alemanha, o programa de promoção do abandono do consumo de *cannabis*, baseado na Internet, «Quit the shit»⁽⁷⁰⁾ foi transferido para 12 centros de aconselhamento em matéria de droga em sete Estados federais. O FRED (ver capítulo 2) oferece aconselhamento centrado na motivação, baseado em entrevistas, para pessoas encaminhadas pelo sistema judicial. O CANDIS, um programa de tratamento para doentes com perturbações causadas pela *cannabis*, centrado no aumento da motivação, na terapia cognitivo-comportamental e na resolução dos problemas psicossociais, está a ser actualmente executado em Dresden. Uma avaliação deste programa revelou resultados positivos e as conclusões de um estudo de acompanhamento actualmente em curso noutros dez centros determinará a sua eventual execução noutros locais.

A Bélgica, a Alemanha, a França, os Países Baixos e a Suíça também estão a colaborar num estudo internacional denominado INCANT, que investiga a eficácia de um tratamento global baseado na família para o consumo problemático de *cannabis*.

A literatura científica sugere que várias psicoterapias, como as terapias de aumento da motivação e cognitivo-comportamentais, são eficazes no tratamento dos problemas causados pela *cannabis*, mas nenhuma foi considerada mais eficaz do que as outras (Nordstrom e Levin, 2007). Alguns consumidores problemáticos de *cannabis* também podem beneficiar de intervenções de curta duração, efectuadas, por exemplo, por serviços sociais para jovens, médicos de clínica geral e escolas.

Um ensaio controlado aleatoriamente, realizado há pouco tempo e envolvendo 326 jovens consumidores intensivos de *cannabis* não encontrou, nem ao fim de três meses nem após seis meses de acompanhamento, quaisquer diferenças entre as taxas de abandono do consumo dos jovens que realizavam entrevistas de aumento da motivação e os que apenas recebiam aconselhamento ou informação sobre o consumo de droga (McCambridge e outros, 2008). Detectaram-se, todavia, efeitos terapêuticos

individuais e uma interacção positiva com o terapeuta, no que respeita ao abandono do consumo de *cannabis*, ao fim de três meses. Estas conclusões mostram a importância de dar formação aos prestadores de cuidados que realizam as intervenções junto dos jovens consumidores de *cannabis*, sobretudo fora dos serviços especializados.

Tratamento através da Internet

O tratamento da toxicod dependência através da Internet existe na União Europeia desde 2004 e a sua oferta ainda é limitada. Um estudo recente fornece algumas informações sobre o actual estado de desenvolvimento deste tipo de intervenção na União Europeia (OEDT, 2009a). É possível definir o tratamento através da Internet como «intervenções de tratamento da toxicod dependência especificamente elaboradas ou adaptadas, estruturadas e programadas, oferecidas e comunicadas na World Wide Web». Foram identificadas intervenções de tratamento de perturbações causadas pelo consumo de *cannabis* na Alemanha, nos Países Baixos e no Reino Unido, encontrando-se também outras destinadas aos consumidores de cocaína e de «drogas de clubes» (por exemplo, *ecstasy*) nos Países Baixos.

O tratamento através da Internet é desenvolvido por organizações que operam nos domínios do tratamento ou da prevenção e procura ajudar os consumidores a avaliarem o seu consumo de substâncias e a tentarem mudar este comportamento. As intervenções oferecem informações e testes de conhecimento ou jogos sobre as drogas e a toxicod dependência, bem como testes de auto-avaliação sobre o consumo de droga. Todas têm em comum a disponibilidade de uma intervenção de tratamento estruturada, constituída quer por um programa predefinido de auto-ajuda, sem contactos com conselheiros, quer por um programa estruturado com contactos programados. Este último pode ser executado através de conversações particulares ou de painéis de mensagens em linha. Por vezes, também é facultado o contacto com outros consumidores através de um fórum, criando-se, deste modo, grupos de auto-ajuda virtuais.

Ainda não há dados disponíveis sobre a eficácia deste tipo de intervenções, mas as conclusões dos primeiros ensaios controlados aleatoriamente apontam para a existência de potenciais benefícios. Os resultados preliminares da avaliação da intervenção «Quit the shit» destinada aos consumidores de *cannabis*, na Alemanha, mostraram que 32% dos participantes disseram ter deixado de consumir droga depois de concluírem o programa e, em especial, que este tinha chegado a pessoas que procuravam tratamento pela primeira vez. O baixo limiar de acesso destas intervenções poderá permitir que elas cheguem a pessoas que sentem relutância em recorrer a outros serviços. Simultaneamente, também é possível que tais intervenções sejam confrontadas com problemas graves, como a toxicod dependência ou outros problemas de saúde mental, que transcendem as capacidades do tratamento através da Internet.

(70) Ver «Tratamento através da Internet».



Capítulo 4

Anfetaminas, *ecstasy* e substâncias alucinogénias

Introdução

As anfetaminas (termo genérico que inclui tanto as anfetaminas como as metanfetaminas) e o *ecstasy* figuram entre as drogas ilegais mais consumidas na Europa. Em termos absolutos, o consumo de cocaína pode ser mais elevado, mas a sua concentração geográfica leva a que, em muitos países, a segunda substância ilegal mais consumida a seguir à *cannabis* seja o *ecstasy* ou as anfetaminas. Além disso, em alguns países, o consumo de anfetaminas constitui uma parte importante do problema da droga, sendo responsável por uma percentagem substancial das pessoas necessitadas de tratamento.

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

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

A droga sintética alucinogénia mais conhecida na Europa é o ácido lisérgico dietilamida (LSD), cujo consumo se tem mantido baixo e bastante estável desde há muito tempo. Nos últimos anos, os jovens parecem manifestar um interesse crescente pelas substâncias alucinogénias naturais, como as encontradas nos cogumelos alucinogénios.

Oferta e disponibilidade

Precusores de drogas sintéticas

As autoridades responsáveis pela aplicação da lei estão a direccionar os seus esforços para as substâncias químicas precursoras necessárias para a produção de drogas ilegais, sendo a cooperação internacional particularmente útil neste domínio. O Projecto Prism é uma iniciativa internacional que visa prevenir o desvio de precursores químicos utilizados no fabrico ilegal de drogas sintéticas ⁽⁷¹⁾, através de um sistema de notificação prévia das exportações efectuadas no âmbito do comércio legal e de comunicação dos carregamentos interceptados e das apreensões efectuadas em caso de operações suspeitas. As informações sobre as actividades neste domínio são comunicadas ao Conselho Internacional para o Controlo de Estupefacientes (INCB, 2009b).

O INCB informa que em 2007 houve um grande aumento das apreensões mundiais de dois precursores essenciais das metanfetaminas, a efedrina, com 22 toneladas apreendidas (comparativamente a 10,2 toneladas em 2006), e a pseudoefedrina, com 25 toneladas (comparativamente a 0,7 toneladas em 2006). Os Estados-Membros da UE (principalmente a Suécia e a Bulgária) foram responsáveis por 0,6 toneladas de efedrina, mais do dobro da quantidade apreendida em 2006, e por mais de 7 toneladas de pseudoefedrina, quase todas em França.

Em contrapartida, as apreensões mundiais de 1-fenil-2-propanona (P2P, BMK), substância que pode ser utilizada no fabrico ilegal de anfetaminas e metanfetaminas, diminuíram bruscamente, em 2007, para 834 litros (comparativamente a 2 600 litros em 2006). As apreensões de P2P na UE elevaram-se a 582 litros, comparativamente a 2 005 litros em 2006.

As apreensões mundiais de 3,4-metilenedioxi-fenil-2-propanona (3,4-MDP2P, PMK), substância utilizada no fabrico de MDMA, continuaram a diminuir em 2007 para 2 300 litros, de 8 800 litros em 2006. Contudo, as

⁽⁷¹⁾ Ver «O que é um precursor de droga?», p. 55.

Quadro 4: Produção, apreensões, preço e pureza das anfetaminas, das metanfetaminas, do ecstasy e do LSD				
	Anfetaminas	Metanfetaminas	Ecstasy	LSD
Estimativa da produção mundial (toneladas)	230-640 ⁽¹⁾		72-137	s.d.
Quantidades apreendidas a nível mundial (toneladas)	23,6	18,2	7,9	0,9
Quantidade apreendida na UE e na Noruega (incluindo Croácia e Turquia)	7,9 toneladas (8,1 toneladas)	340 quilogramas (340 quilogramas)	Comprimidos 21 milhões (22 milhões)	Unidades 68 000 (68 000)
Número de apreensões UE e Noruega (incluindo Croácia e Turquia)	39 500 (40 000)	4 500 (4 500)	23 000 (24 000)	950 (960)
Preço médio de venda a retalho (euros) Variação (intervalo interquartilico) ⁽²⁾	Gramas 5-30 (12-23)	Gramas 8-51	Comprimidos 3-19 (4-8)	Dose 4-30 (7-12)
Variação da pureza média	4-40 %	3-66 %	21-90 mg	–
⁽¹⁾	Só estão disponíveis estimativas agregadas da produção mundial de anfetaminas e metanfetaminas.			
⁽²⁾	Intervalo da metade central dos preços médios notificados.			
NB:	Todos os dados são relativos a 2007; s.d., sem dados.			
Fontes:	World drug report (2009) do UNODC para os valores a nível mundial, Pontos Focais Nacionais da Reitox para os dados europeus.			

apreensões mundiais de safrolo, que pode substituir o 3,4-MDP2P na síntese do MDMA, aumentaram muito em 2007, com a apreensão de 46 000 litros (62 litros em 2006), embora na UE apenas tenham sido apreendidos 8 litros.

Anfetaminas

A produção mundial de anfetaminas continua a estar concentrada na Europa, onde se situavam 81% dos laboratórios de anfetaminas notificados em 2007 (UNODC, 2009), mas também tem lugar noutras regiões do mundo, nomeadamente na América do Norte ⁽⁷²⁾. Em 2007, as apreensões de anfetaminas a nível mundial atingiram quase 24 toneladas, tendo dois terços dessa quantidade sido apreendidos no Próximo e no Médio Oriente, em conexão com os comprimidos «Captagon» ⁽⁷³⁾ produzidos no Sudeste Europeu (ver quadro 4). Na Europa Ocidental e Central foram efectuadas 36% das apreensões mundiais, o que reflecte o papel da Europa como principal produtor e consumidor desta droga (CND, 2008; UNODC, 2009).

A maior parte das anfetaminas apreendidas na Europa é produzida, por ordem de importância, nos Países Baixos, na Polónia e na Bélgica e, em menor grau, na Estónia e na Lituânia. Em 2007, foram descobertos e notificados à Europol 29 locais envolvidos na produção, na embalagem ou na armazenagem de anfetaminas na União Europeia.

Em 2007, estima-se que foram realizadas na Europa 40 000 apreensões, equivalentes a 8,1 toneladas de anfetaminas em pó ⁽⁷⁴⁾. No período de 2002-2007, o número de apreensões aumentou constantemente, enquanto a quantidade de anfetaminas apreendida ia variando, ainda que seguisse uma tendência geralmente crescente, atingindo um novo ponto alto em 2007 ⁽⁷⁵⁾.

A pureza das amostras de anfetaminas apreendidas na Europa em 2007 variou consideravelmente, a ponto de qualquer comentário sobre os valores médios dever ser feito com prudência. No entanto, a pureza média das amostras varia entre menos de 10% na Dinamarca, na Alemanha, em França e no Reino Unido e mais de 30% nos Países Baixos, na Polónia, em alguns países bálticos e nos países nórdicos. Nos últimos cinco anos, a pureza das anfetaminas tem-se mantido estável ou diminuído na maior parte dos 20 países que dispõem de dados em quantidade suficiente para permitir uma análise das tendências.

Em 2007, o preço médio de venda a retalho das anfetaminas variou entre 10 euros e 20 euros por grama em mais de metade dos 17 países que forneceram informações. Dos onze países em que foi possível comparar os dados relativos a 2007 e 2006, a Espanha, a França e a Áustria referiram aumentos do preço de venda a retalho, tendo os restantes informado que esses preços tinham estabilizado ou diminuído.

⁽⁷²⁾ Para informações sobre as fontes de dados relativas à oferta e à disponibilidade de droga, ver p. 43.

⁽⁷³⁾ Captagon é uma das marcas registadas para a fenetylline, um estimulante do sistema nervoso central, embora se verifique muitas vezes que os comprimidos com este logótipo presentes no mercado ilegal contêm anfetaminas misturadas com cafeína.

⁽⁷⁴⁾ Esta análise é preliminar, uma vez que os dados relativos ao Reino Unido ainda não estão disponíveis para 2007.

⁽⁷⁵⁾ Os dados sobre as apreensões de droga na Europa mencionadas no presente capítulo figuram nos quadros SZR-11 a SZR-18 no Boletim Estatístico de 2009.

O que é um precursor de droga?

No domínio da droga, o termo «precursor» é utilizado para designar substâncias que têm aplicações legais, mas que também podem ser utilizadas para fabricar drogas de forma ilícita. Há outros termos, como «substâncias químicas essenciais», que também lhes podem ser aplicados.

A base jurídica para o controlo internacional de «precursores» é o artigo 12.º da Convenção de 1988 das Nações Unidas contra o tráfico ilegal de estupefacientes e de substâncias psicotrópicas. A Convenção estabelece dois quadros com 23 «substâncias frequentemente utilizadas no fabrico ilegal de estupefacientes e substâncias psicotrópicas», cujo desvio para fins ilícitos deve ser prevenido.

O artigo 12.º foi transposto para a legislação europeia inicial, adoptada em 1990, para evitar o desvio destas substâncias para fins ilícitos (CEE n.º 3677/90), e para os regulamentos posteriormente adoptados com o intuito de regular o seu comércio no interior da UE (CE n.º 273/2004) e entre a UE e os países terceiros (CE n.º 111/2005), bem como de estabelecer procedimentos de licenciamento e regras de controlo (CE n.º 1277/2005).

A categoria 1 dos regulamentos comunitários inclui sobretudo substâncias indispensáveis para o fabrico de drogas sintéticas, como a efedrina e a pseudoefedrina (para as metanfetaminas); o 3,4-metilenedioxi-fenil-2-propanona (PMK), o isosafrolo e o safrolo (para o *ecstasy*); e o 1-fenil-2-propanona (P2P, BMK) (para as anfetaminas e as metanfetaminas). A categoria 2 contém reagentes importantes, como o perclorato de potássio e o anidrido acético, que são amplamente usados para fabricar cocaína e heroína, respectivamente. Da categoria 3 constam reagentes mais comuns, incluindo o ácido clorídrico e o ácido sulfúrico (para a heroína e a cocaína), e solventes como a acetona (para a cocaína e o MDMA) e o tolueno (para as metanfetaminas e o MDMA).

Metanfetaminas

A produção de metanfetaminas está concentrada no Sudeste Asiático e na América do Norte, havendo cada vez mais informações sobre actividades conexas na América Latina e na Oceânia. Em 2007, foram apreendidas 18,2 toneladas de metanfetaminas, continuando uma tendência para a estabilidade observada desde 2004. A maior parte da droga foi apreendida no Leste e no Sudeste Asiático (56%), seguidos pela América do Norte, tendo a Europa contribuído apenas com 2% das apreensões (UNODC, 2009).

A produção ilegal de metanfetaminas também tem lugar na Europa, se bem que esteja em grande medida limitada à República Checa, onde foram detectados cerca de

Produção de metanfetaminas na Europa: publicação conjunta do OEDT e da Europol

Em 2009, o OEDT e a Europol lançaram uma série de publicações conjuntas sobre a oferta de drogas na Europa. O primeiro relatório da série fornece uma vasta panorâmica das questões relativas à produção e ao tráfico de metanfetaminas na Europa e analisa as respostas aos níveis europeu e internacional (!).

Numa fase ulterior, serão acrescentados a esta série relatórios sobre a oferta de outras drogas sintéticas na Europa, incluindo anfetaminas e *ecstasy*.

(!) Disponível em: <http://emcdda.europa.eu/publications/>

390 pequenos laboratórios artesanais em 2007. Segundo os relatórios, esta droga é igualmente produzida na Eslováquia e na Lituânia.

Em 2007, foram notificadas na Europa quase 4 500 apreensões de metanfetaminas, correspondentes a aproximadamente 340 kg desta droga. A Noruega é responsável pelo maior número de apreensões e pela maior quantidade de metanfetaminas apreendidas. Entre 2005 e 2007, registou-se um aumento quer do número quer da quantidade de metanfetaminas apreendidas na Europa, embora ambos se mantenham baixos em comparação com outras drogas.

Ecstasy

O UNODC (2009) estima que a produção mundial de *ecstasy* se situou, em 2007, entre as 72 e as 137 toneladas. A produção parece ter-se tornado geograficamente mais difusa, situando-se o fabrico em zonas mais próximas dos mercados de consumo na América do Norte, no Leste e Sudeste Asiático, na Ásia e na Oceânia. Mesmo assim, é na Europa que o *ecstasy* continua a ser principalmente produzido, concentrando-se o seu fabrico nos Países Baixos, na Bélgica e, em menor grau, na Alemanha, no Reino Unido e na Polónia.

As apreensões mundiais de *ecstasy* atingiram 7,9 toneladas, em 2007, tendo sido comunicados aumentos na maioria das regiões. A Europa Ocidental e Central foi responsável por 36% das apreensões mundiais, e o Sudeste Europeu por 2% (UNODC, 2009). Globalmente, em 2007 foram notificadas na Europa mais de 24 000 apreensões, correspondentes a um número estimado de 22 milhões de comprimidos de *ecstasy*. Os Países Baixos comunicaram a maior quantidade apreendida, 8,4 milhões de comprimidos, que equivale ao dobro da quantidade notificada em 2006. Só dois outros países europeus mencionam apreensões próximas

ecstasy, os clubes nocturnos e os eventos de dança; esta situação suscita níveis significativamente mais elevados de consumo entre os jovens e níveis extremamente elevados de consumo em alguns contextos ou subpopulações específicas. Por último, os níveis globais de consumo de drogas alucinogénias como o ácido lisérgico dietilamida (LSD) e os cogumelos alucinogénios são, de um modo geral, baixos e têm-se mantido em grande medida estáveis nos últimos anos.

Anfetaminas

Inquéritos à população recentes indicam que a prevalência do consumo de anfetaminas ao longo da vida ⁽⁷⁶⁾ na Europa varia, consoante os países, entre quase zero e 11,7% da população adulta (15-64 anos). Em média, estima-se que 3,5% dos adultos europeus consumiram anfetaminas pelo menos uma vez. O consumo

da droga no último ano é muito mais baixo, com uma média europeia de 0,5%. Estas estimativas sugerem que cerca de 12 milhões de europeus experimentaram anfetaminas e que aproximadamente 2 milhões consumiram essa droga no último ano (ver no quadro 5 uma síntese dos dados).

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

Quadro 5: Prevalência do consumo de anfetaminas na população em geral – Resumo dos dados

Faixa etária	Período de consumo	
	Ao longo da vida	Último ano
15-64 anos		
Número estimado de consumidores na Europa	12 milhões	2 milhões
Média europeia	3,5 %	0,5 %
Variação	0,0-11,7%	0,0-1,3%
Países com a prevalência mais baixa	Roménia (0,0%) Grécia (0,1%) Malta (0,4%) Chipre (0,8%)	Grécia, Malta, Roménia (0,0%) França (0,1%)
Países com a prevalência mais elevada	Reino Unido (11,7%) Dinamarca (6,3%) Espanha (3,8%) Noruega (3,6%)	Estónia (1,3%) Dinamarca (1,2%) Noruega (1,1%) Reino Unido (1,0%)
15-34 anos		
Número estimado de consumidores na Europa	7 milhões	1,5 milhões
Média europeia	5,0 %	1,1 %
Variação	0,1-15,3%	0,1-3,1 %
Países com a prevalência mais baixa	Roménia (0,1%) Grécia (0,2%) Malta (0,7%) Chipre (0,8%)	Grécia, Roménia (0,1%) França (0,2%) Chipre (0,3%)
Países com a prevalência mais elevada	Reino Unido (15,3%) Dinamarca (10,5%) Letónia (6,1%) Noruega (5,9%)	Dinamarca (3,1%) Estónia (2,9%) Noruega (2,0%) Letónia (1,9%)

As estimativas da prevalência na Europa são baseadas em médias ponderadas dos inquéritos nacionais mais recentes realizados entre 2001 e 2008 (sobretudo 2004-2008), por isso não podem ser atribuídas a um único ano. A prevalência média para a Europa foi calculada por uma média ponderada de acordo com a população da faixa etária pertinente em cada país. Nos países em relação aos quais não existiam informações disponíveis, foi imputada a prevalência média da UE. Populações utilizadas como base: 15-64 (334 milhões) e 15-34 (133 milhões). Os dados aqui resumidos estão disponíveis em «Inquéritos à população em geral» no Boletim Estatístico de 2009.

⁽⁷⁶⁾ Os dados dos inquéritos relativos ao «consumo de anfetaminas» muitas vezes não distinguem entre as anfetaminas e as metanfetaminas, mas normalmente referem-se ao consumo de anfetaminas (sulfato ou dexanfetamina), uma vez que o consumo de metanfetaminas não é comum na Europa.

Entre a população escolar de 15-16 anos, a prevalência do consumo de anfetaminas ao longo da vida varia entre 1% e 8% nos 26 Estados-Membros da UE, Noruega e Croácia, segundo os inquéritos realizados em 2007, embora só tenham sido comunicados níveis de prevalência superiores a 5% em relação à Bulgária, à Letónia (ambas com 6%) e à Áustria (8%) (77).

Consumo problemático de anfetaminas

O indicador do OEDT relativo ao consumo problemático de droga pode ser aplicado ao consumo de anfetaminas, em que designa o consumo por injeção ou prolongado/regular desta substância. Só a Finlândia forneceu uma estimativa nacional recente dos consumidores problemáticos de anfetaminas, que seriam entre 12 000 e 22 000 em 2005 (78), ou seja, aproximadamente o quádruplo do número estimado de consumidores problemáticos de opiáceos existentes no país.

O número de pedidos de tratamento notificados referentes ao consumo de anfetaminas como droga principal é relativamente pequeno na maioria dos países europeus, mas corresponde a uma percentagem apreciável dos utentes que iniciaram o tratamento, sobretudo na Suécia (34%), na Finlândia (23%), na Letónia (16%) e na Hungria (11%). Quatro outros países (Bélgica, Dinamarca, Alemanha e Países Baixos) referem que 6% a 10% dos utentes que iniciam o tratamento citam as anfetaminas como droga principal de consumo; nos restantes países, a percentagem é inferior a 3% (79).

O número e a percentagem globais de consumidores de anfetaminas entre os novos utentes que iniciam o tratamento da toxic dependência mantiveram-se geralmente estáveis entre 2002 e 2007. Só a Dinamarca, a Letónia e os Países Baixos comunicam aumentos significativos, enquanto a Suécia e a Finlândia informam que a percentagem de novos utentes consumidores de anfetaminas diminuiu (80). Contudo, importa ter em conta as limitações metodológicas existentes ao examinar os dados relativos às tendências, devido às alterações recentemente introduzidas em alguns sistemas de monitorização nacionais (por exemplo, na Letónia).

Os consumidores de anfetaminas que iniciam o tratamento têm, em média, 29 anos. A percentagem de mulheres é mais elevada do que no caso de outras drogas, com um rácio entre homens e mulheres de aproximadamente 2 para 1. Os consumidores de anfetaminas em tratamento

mencionam frequentemente o consumo de outras drogas, principalmente *cannabis* e álcool e, por vezes, opiáceos (81). Nos países em que os consumidores de anfetaminas como droga principal constituem uma percentagem elevada das pessoas que iniciam o tratamento, o método de consumo mais frequentemente mencionado é a injeção (63-83%).

Consumo problemático de metanfetaminas

Ao contrário de outras regiões do mundo, onde o consumo de metanfetaminas aumentou nos últimos anos, os níveis do seu consumo na Europa parecem ser limitados. Historicamente, o consumo desta droga na Europa tem estado concentrado na República Checa e na Eslováquia. Em 2007, estimou-se que existiam na República Checa aproximadamente 20 400 a 21 400 consumidores problemáticos de metanfetaminas (2,8 a 2,9 casos por 1 000 habitantes dos 15 aos 64 anos), o dobro do número estimado de consumidores problemáticos de opiáceos; e na Eslováquia, aproximadamente 5 800 a 15 700 (1,5 a 4 casos por 1 000 habitantes dos 15 aos 64 anos), cerca de 20% menos do que o número estimado de consumidores problemáticos de opiáceos.

Nestes dois países, as metanfetaminas são mencionadas como droga principal de consumo por uma grande percentagem dos utentes que iniciam o tratamento: 61% na República Checa e 26% na Eslováquia. Entre 2002 e 2007, a procura de tratamento relacionada com o consumo de metanfetaminas foi crescendo em ambos os países (82).

A injeção é o método de administração mais referido pelos consumidores de metanfetaminas em tratamento (82% na República Checa, 41% na Eslováquia). O consumo de outras drogas também é frequentemente mencionado, sobretudo de *cannabis*, álcool e opiáceos. Na Eslováquia, observou-se um nítido aumento do número de utentes do tratamento de substituição de opiáceos que mencionam o consumo de metanfetaminas.

Os consumidores de metanfetaminas que iniciam o tratamento na República Checa e na Eslováquia são relativamente jovens, com 24-25 anos em média, e predominantemente do sexo masculino. Há, todavia, uma percentagem mais elevada de mulheres entre os utentes do tratamento por problemas relacionados com as metanfetaminas do que no caso de outras drogas.

(77) Dados de todos os países ESPAD e Espanha. Ver figura EYE-2 (parte vi) no Boletim Estatístico de 2009.

(78) O que é equivalente a 3,4 a 6,3 casos por 1 000 habitantes entre os 15 e os 64 anos; valores recalculados a partir da amostra original com idades compreendidas entre os 15 e os 54 anos, supondo que não existem quaisquer casos na faixa etária dos 55 aos 64 anos.

(79) Ver quadro TDI-5 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2009.

(80) Ver figura TDI-1 e quadro TDI-36 no Boletim Estatístico de 2009.

(81) Ver quadro TDI-37 no Boletim Estatístico de 2009.

(82) Ver quadro TDI-5 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2009.

Ecstasy

Estima-se que cerca de 10 milhões de adultos europeus já tenham experimentado o *ecstasy* (3,1% em média) e que cerca de 2,5 milhões (0,8%) o consumiram no último ano (ver uma síntese dos dados no quadro 6). Há uma variação considerável entre os diversos países, sugerindo os inquéritos mais recentes que 0,3% a 7,5% dos adultos (15-64 anos) já experimentaram a droga e referindo a maioria dos países estimativas de prevalência ao longo da vida na ordem de 1% a 5%. O consumo da droga no último ano variou, na Europa, entre 0,1% e 3,5%. Em todas as medições, e tal como acontece com a maioria das outras drogas ilegais, o consumo registado é muito maior entre os homens do que entre as mulheres.

O consumo de *ecstasy* é muito mais comum entre os jovens adultos (15-34 anos), variando as estimativas da prevalência ao longo da vida a nível nacional entre 0,6% e 14,6%, sendo que 0,2% a 7,7% dos jovens nesta faixa

etária dizem ter consumido a droga no último ano.

Estima-se que 7,5 milhões de jovens europeus (5,6%) já experimentaram *ecstasy*, tendo cerca de 2 milhões (1,6%) consumido esta droga no último ano. As estimativas da prevalência ainda são mais elevadas se apenas se prestar atenção a uma faixa etária mais jovem: na faixa etária dos 15 aos 24 anos, a prevalência ao longo da vida varia entre 0,4% e 18,7%, embora a maioria dos países comunique estimativas na ordem de 2,1-6,8%. Estima-se que o consumo de *ecstasy* no último ano, nesta faixa etária, se situe entre 1,0% e 3,9% na maioria dos países, embora haja uma diferença considerável entre a estimativa nacional mais baixa, de 0,3%, e a mais elevada, de 12% ⁽⁸³⁾.

Entre os estudantes de 15-16 anos, a prevalência do consumo de *ecstasy* ao longo da vida varia entre 1% e 5%, na maioria dos 28 países em que se realizaram inquéritos em 2007. Quatro países apenas mencionam

Quadro 6: Prevalência do consumo de ecstasy na população em geral – Resumo dos dados

Faixa etária	Período de consumo	
	Ao longo da vida	Último ano
15-64 anos		
Número estimado de consumidores na Europa	10 milhões	2,5 milhões
Média europeia	3,1 %	0,8 %
Variação	0,3-7,5 %	0,1-3,5 %
Países com a prevalência mais baixa	Roménia (0,3%) Grécia (0,4%) Malta (0,7%) Lituânia (1,0%)	Roménia (0,1%) Grécia, Malta (0,2%) Polónia (0,3%)
Países com a prevalência mais elevada	Reino Unido (7,5%) República Checa (7,1%) Irlanda (5,4%) Letónia (4,7%)	República Checa (3,5%) Estónia (1,7%) Eslováquia (1,6%) Reino Unido, Letónia (1,5%)
15-34 anos		
Número estimado de consumidores na Europa	7,5 milhões	2 milhões
Média europeia	5,6 %	1,6 %
Variação	0,6-14,6 %	0,2-7,7 %
Países com a prevalência mais baixa	Grécia, Roménia (0,6%) Malta (1,4%) Lituânia, Polónia (2,1%)	Roménia (0,2%) Grécia (0,4%) Polónia (0,7%) Itália, Lituânia, Portugal (0,9%)
Países com a prevalência mais elevada	República Checa (14,6%) Reino Unido (12,7%) Irlanda (9,0%) Letónia (8,5%)	República Checa (7,7%) Estónia (3,7%) Reino Unido (3,1%) Letónia, Eslováquia, Países Baixos (2,7%)

As estimativas da prevalência na Europa são baseadas em médias ponderadas dos inquéritos nacionais mais recentes realizados entre 2001 e 2008 (sobretudo 2004-2008), por isso não podem ser atribuídas a um único ano. A prevalência média para a Europa foi calculada por uma média ponderada de acordo com a população da faixa etária pertinente em cada país. Nos países em relação aos quais não existiam informações disponíveis, a prevalência média da UE foi imputada. Populações utilizadas como base: 15-64 (334 milhões) e 15-34 (133 milhões). Os dados aqui resumidos estão disponíveis em «Inquéritos à população em geral» no Boletim Estatístico de 2009.

⁽⁸³⁾ Ver figura GPS-9 (parte ii) e quadros GPS-17 e GPS-18 no Boletim Estatístico de 2009.

níveis de prevalência mais elevados: Bulgária, Estónia, Eslováquia (todos com 6%) e Letónia (7%).

O número de consumidores de *ecstasy* como droga principal que iniciaram o tratamento em 2007 continuou a ser insignificante. Em dois terços dos países, o *ecstasy* é mencionado por menos de 1% dos utentes e nos restantes, a percentagem varia entre 1% e 5%. Com 24 anos, em média, os utentes consumidores de *ecstasy* figuram entre as faixas etárias mais jovens que iniciam o tratamento da toxicod dependência e referem frequentemente o consumo concomitante de outras substâncias, incluindo *cannabis*, cocaína, álcool e anfetaminas ⁽⁸⁴⁾.

LSD e cogumelos alucinogénios

A prevalência do consumo de LSD ao longo da vida entre a população adulta (15-64 anos) varia entre quase zero e 5,2%. Entre os jovens adultos (15-34 anos), as estimativas da prevalência ao longo da vida são um pouco mais elevadas (zero a 6,6%), embora sejam mencionados níveis de prevalência muito mais baixos para o consumo no último ano e entre os jovens dos 15 aos 24 anos ⁽⁸⁵⁾. Em contrapartida, nos poucos países que fornecem dados comparáveis, o consumo de LSD é frequentemente ultrapassado pelo dos cogumelos alucinogénios, em que as estimativas da prevalência ao longo da vida para os jovens adultos variam entre 0,3% e 8,3%, e as da prevalência no último ano entre 0,2% e 2,8%.

Tema específico do OEDT sobre o policonsumo de droga

Em paralelo com o relatório anual 2009, o OEDT publica um tema específico sobre o policonsumo de droga. O documento analisa as definições disponíveis deste padrão tão comum de consumo de droga e apresenta dados que permitem compreender melhor a prevalência e as características do policonsumo de droga em diferentes populações (crianças em idade escolar, adultos, consumidores problemáticos de droga). Também se descrevem as intervenções que procuram combater este fenómeno nos domínios da prevenção, do tratamento e da redução dos danos. O relatório inclui ainda uma breve panorâmica dos riscos associados a algumas das misturas de droga mais comuns e um debate sobre a monitorização do policonsumo de droga no futuro.

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

Entre os estudantes de 15-16 anos, as estimativas da prevalência do consumo de cogumelos alucinogénios são mais elevadas do que as relativas ao LSD e outras substâncias alucinogénias, em dez dos 26 países que fornecem dados sobre estas substâncias. A maior parte dos países comunica estimativas da prevalência ao longo da vida do consumo de cogumelos alucinogénios de 1% a 4%, registando a Eslováquia (5%) e a República Checa (7%) níveis mais elevados ⁽⁸⁶⁾.

Tendências do consumo de anfetaminas e de *ecstasy*

As tendências para a estabilização ou mesmo para um decréscimo do consumo de anfetaminas e de *ecstasy* na Europa, assinaladas em relatórios anteriores, são confirmadas pelos dados mais recentes. Após um aumento generalizado na década de 1990, os inquéritos à população apontam agora para uma estabilização global, ou até para um pequeno decréscimo, da popularidade destas drogas, embora este padrão não seja observável em todos os países.

O consumo de anfetaminas no último ano entre os jovens adultos (15-34 anos) diminuiu substancialmente no Reino Unido, de 6,2% em 1998 para 1,8% em 2008. Na Dinamarca, o consumo de anfetaminas aumentou de 0,5% em 1994 para 3,1% no ano 2000, com um valor semelhante em 2008 ⁽⁸⁷⁾. Entre os outros países que referem a realização de inquéritos repetidos durante um período semelhante (Alemanha, Grécia, Espanha, França, Países Baixos, Eslováquia e Finlândia), as tendências apontam, em grande medida, para uma estabilização (figura 7). No quinquénio de 2002-2007, dos 11 países com dados suficientes sobre a prevalência do consumo de anfetaminas no último ano entre a faixa etária de 15-34 anos, quatro mencionam uma diminuição de pelo menos 15% do valor inicial, três uma estabilização e quatro um aumento.

No que se refere ao consumo de *ecstasy* entre os jovens adultos (15-34 anos), o panorama é mais complexo. Após um aumento generalizado do consumo em alguns países europeus, no final da década de 1980 e no início da década de 1990, que conduziu a níveis semelhantes de consumo de *ecstasy* na Alemanha, em Espanha e no Reino Unido em meados da década de 1990, a prevalência do consumo no último ano diminuiu para uma média europeia estimada de 1,6%. Entre os países com inquéritos mais recentes, a prevalência continua a ser mais elevada no Reino Unido do que nos outros países ⁽⁸⁸⁾. No quinquénio de 2002-2007, a prevalência do consumo de *ecstasy* no

⁽⁸⁴⁾ Ver quadros TDI-5 e TDI-37 (parte i), (parte ii) e (parte iii) no Boletim Estatístico de 2009.

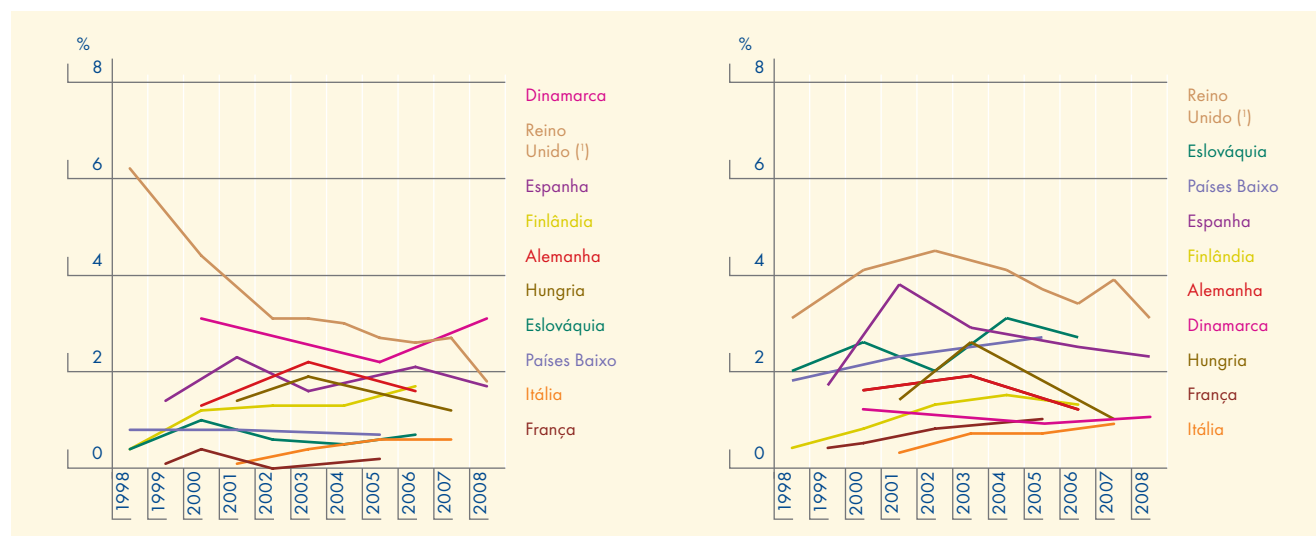
⁽⁸⁵⁾ Ver quadros GPS-8 (parte i), GPS-9, GPS-11 e GPS-17 no Boletim Estatístico de 2009.

⁽⁸⁶⁾ Dados do ESPAD para todos os países excepto Espanha. Ver figura EYE-2 (parte v) no Boletim Estatístico de 2009.

⁽⁸⁷⁾ Na Dinamarca, em 1994, as informações referem-se às «drogas duras», que eram primordialmente constituídas pelas anfetaminas.

⁽⁸⁸⁾ Ver figura GPS-21 no Boletim Estatístico de 2009.

Figura 7: Tendências da prevalência do consumo de anfetaminas no último ano (esquerda) e de ecstasy (direita) entre os jovens adultos (15 aos 34 anos)



(!) Inglaterra e País de Gales.

NB: Apenas são apresentados dados de países que tenham realizado pelo menos três inquéritos no período de 1998 a 2008. Ver figuras GPS-8 e GPS-21 no Boletim Estatístico de 2009 para mais informações.

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

último ano entre os jovens adultos diminuiu pelo menos 15% em relação ao valor inicial em três dos onze países que forneceram informações suficientes, manteve-se estável em quatro países e aumentou noutros quatro.

É possível que a cocaína esteja a substituir as anfetaminas e o ecstasy em alguns países e entre alguns sectores da população consumidora de droga. Esta hipótese pode ser exemplificada pelo Reino Unido e, até certo ponto, por outros países (por exemplo Dinamarca e Espanha), onde se observaram aumentos do consumo de cocaína em simultâneo com diminuições do consumo de anfetaminas (OEDT, 2008b).

O ESPAD e outros inquéritos escolares realizados em 2007 sugerem, globalmente, que há poucas alterações quanto aos níveis de experimentação de anfetaminas e ecstasy entre os estudantes de 15-16 anos. Tendo em conta diferenças de, pelo menos, dois pontos percentuais entre 2003 e 2007, a prevalência ao longo da vida do consumo de anfetaminas aumentou em nove países. À luz do mesmo critério, o consumo de ecstasy aumentou em sete países. Só se verificou uma diminuição da prevalência do consumo de anfetaminas ao longo da vida na Estónia, enquanto a República Checa, Portugal e a Croácia registaram uma diminuição do consumo de ecstasy.

Anfetaminas e ecstasy em contextos recreativos: consumo e intervenções

O consumo de droga e de álcool está, por vezes, associado a determinados contextos recreativos onde os jovens se reúnem (por exemplo eventos de dança e festivais de música). Os estudos sobre o consumo de droga nestes contextos podem oferecer uma perspectiva do comportamento dos consumidores de anfetaminas e de ecstasy, ou outras drogas, como a cetamina e o GHB. As estimativas do consumo de droga nestes contextos são, normalmente, elevadas, mas não se podem generalizar à população em geral, e grande parte desse consumo tende a verificar-se ao fim de semana e durante os períodos de férias (OEDT, 2006b).

Cinco países (Bélgica, República Checa, Letónia, Lituânia e Áustria) forneceram dados sobre a prevalência, resultantes de estudos realizados em contextos recreativos em 2007. As estimativas da prevalência ao longo da vida variavam entre 15% e 71% para o consumo de ecstasy e entre 17% e 68% em relação às anfetaminas. Quatro destes estudos também apresentavam estimativas da prevalência do consumo de cogumelos alucinogénios ao longo da vida que variavam entre 4% e 64%. Nestes contextos, também é frequente o consumo de ecstasy ou de anfetaminas, mas este permanece, de um modo geral, muito mais baixo.

Uma indicação do possível grau de concentração do consumo destas drogas entre a população jovem, frequentadora de clubes, pode ser inferida do British Crime Survey de 2007/2008. Os jovens dos 16 aos 24 anos que diziam ter ido a um clube nocturno quatro ou mais vezes no último mês tinham mais do triplo das probabilidades de ter consumido *ecstasy* (8%) no último ano em relação aos jovens que não frequentavam clubes nocturnos (2,3%) (Hoare e Flatley, 2008).

A saúde e a segurança das pessoas que frequentam clubes nocturnos e consomem drogas constituem uma crescente preocupação de saúde pública. Orientações como as relativas a uma dança mais segura («Safer dancing»), formuladas no Reino Unido, tornaram-se um instrumento importante neste domínio. Contudo, embora 12 países já refiram ter elaborado orientações desse tipo para os locais de vida nocturna, só os Países Baixos, a Eslovénia, a Suécia e o Reino Unido afirmam que elas são acompanhadas e aplicadas.

As orientações para uma frequência segura dos locais de vida nocturna visam reduzir as oportunidades para a ocorrência de problemas relacionados com a droga e incluem o acesso a água fria gratuita, a disponibilidade imediata de primeiros socorros e um trabalho preventivo de proximidade. Os peritos nacionais forneceram relatórios sobre a disponibilidade dessas medidas, em clubes nocturnos com populações-alvo suficientemente numerosas para a intervenção ser realizada. Em termos gerais, esses relatórios mostram a limitada disponibilidade de medidas simples para prevenir ou reduzir os riscos para saúde e o consumo de droga nos locais de diversão nocturna europeus. Segundo referem, o trabalho preventivo de proximidade só está disponível na maioria dos clubes nocturnos relevantes na Lituânia e na Eslovénia e numa minoria dos clubes nocturnos em 18 países. Em seis países, não existe. Cinco países mencionam a disponibilidade imediata de primeiros socorros na maior parte dos clubes nocturnos relevantes (Luxemburgo, Portugal, Eslovénia, Reino Unido e Noruega); esta medida só está disponível numa minoria dos clubes nocturnos relevantes em 15 países e não está disponível na Grécia e na Suécia. Por último, a água fria gratuita está disponível na maior parte dos clubes nocturnos relevantes em 11 países e numa minoria desses clubes em nove países. Esta medida não está disponível na Grécia, em Chipre e na Roménia.

Tratamento

Os consumidores de anfetaminas são, geralmente, tratados em regime ambulatorio, em serviços que, nos

países com historiais de um consumo significativo de anfetaminas podem ter-se especializado no tratamento deste tipo de problema. Os consumidores mais problemáticos de anfetaminas podem ser tratados nos serviços de tratamento da toxicod dependência em regime de internamento, bem como em clínicas ou hospitais psiquiátricos.

Nove países (Alemanha, Estónia, Espanha, Itália, Áustria, Portugal, Eslovénia, Eslováquia e Reino Unido) mencionam a existência de programas de tratamento específicos para os consumidores problemáticos de anfetaminas, variando a disponibilidade destes programas consoante os países. Apenas três (Portugal, Eslovénia e Reino Unido) dizem haver programas especializados disponíveis para a maioria dos consumidores de anfetaminas que procuram activamente o tratamento. Os peritos nacionais dos restantes seis países estimam que esse tratamento especializado está disponível para menos de metade dos consumidores que o procuram. O conteúdo destes programas específicos não se encontra, muitas vezes, bem documentado.

De um modo geral, faltam opções terapêuticas comprovadamente eficazes para orientar o tratamento da dependência de psicoestimulantes como as anfetaminas. Foram comunicados resultados promissores de investigações recentes sobre agentes farmacológicos que ajudam a gerir a abstinência ou a reduzir as ansias associadas à dependência das anfetaminas e que até agora não existiam. Um estudo finlandês sobre a utilização de metilfenidato e aripiprazol apresentou resultados preliminares positivos, tendo os utentes que receberam metilfenidato produzido menos amostras de urina com vestígios de anfetaminas do que os utentes que receberam aripiprazol ou um placebo (Tiihonen e outros, 2007). Uma análise bibliográfica recente revelou resultados positivos tanto para o metilfenidato como para a dexanfetamina no tratamento da dependência das metanfetaminas (Elkashef e outros, 2008).

A dexanfetamina há muito que está disponível para o tratamento dos consumidores muito problemáticos de anfetaminas em Inglaterra e no País de Gales, onde pode ser receitada por qualquer médico. Contudo, há poucas as informações sobre esta prática no Reino Unido. Um inquérito aos serviços farmacêuticos realizado há mais de dez anos estimou que 900 a 1 000 utentes estavam a receber este tratamento (Strang e Sheridan, 1997). A maior parte das receitas foi passada por médicos que trabalhavam em hospitais ou clínicas, e quase todas por médicos do Serviço Nacional de Saúde (NHS). Um inquérito a 265 serviços especializados do NHS, realizado em 2000, revelou que a prescrição de

dexanfetamina estava disponível em cerca de um terço dos serviços inquiridos (Rosenberg e outros, 2002). Contudo, as orientações do Reino Unido sobre a gestão clínica da toxicoddependência recomendam que não se prescreva a dexanfetamina como droga de substituição, por falta de eficácia comprovada (NTA, 2007).

Por enquanto, nenhuma intervenção psicossocial específica deu provas sólidas de eficácia na ajuda à manutenção da abstinência dos consumidores de psicoestimulantes. Na literatura, as intervenções que demonstraram maior eficácia no tratamento dos consumidores de drogas estimulantes são as abordagens cognitivo-comportamentais como a prevenção das recaídas. A eficácia de outros tipos de intervenção não está bem fundamentada. A literatura é particularmente prejudicada pela escassez de estudos entre os consumidores de anfetaminas como droga principal, sobretudo de estudos sobre os resultados do tratamento (Baker e outros, 2004). Além disso, numa análise Cochrane recente sobre as intervenções psicossociais relativas à dependência de psicoestimulantes concluiu-se que só se observaram resultados comportamentais coerentes e positivos (permanência no tratamento, redução do consumo de droga) nas intervenções que

incluíam a gestão de contingência entre os seus componentes. Contudo, esta abordagem raramente é utilizada na Europa, não obstante a existência de alguns projectos-piloto (ver capítulo 5).

São necessários mais estudos sobre o tratamento psicossocial e farmacológico de pessoas com problemas relacionados com o consumo de anfetaminas, sobretudo das que injectam a droga. Também é necessário documentar melhor as práticas de tratamento e a cobertura actual do tratamento na Europa, havendo ainda muito a fazer em matéria de partilha das melhores práticas. A falta de programas específicos pode estar a desincentivar os consumidores de anfetaminas ou metanfetaminas de procurarem tratamento, sobretudo nas primeiras fases do consumo. Além disso a disponibilidade desses programas poderia ajudar a atrair mais consumidores para o tratamento, como foi o caso dos consumidores problemáticos de *cannabis* na Alemanha e em França, quando estes países aumentaram a disponibilidade dos programas de tratamento específicos. Essas medidas podem ser particularmente úteis nos países onde o número de consumidores problemáticos de anfetaminas e metanfetaminas, sobretudo injectadas, aumentou recentemente (Talu e outros, 2009).



Capítulo 5

Cocaína e cocaína-crack

Introdução

Na última década, tem-se observado um aumento global do consumo de cocaína e das apreensões de cocaína na União Europeia, embora este aumento esteja em grande medida confinado aos Estados-Membros da Europa Ocidental e existam grandes diferenças entre os diversos países. Os dados disponíveis também indicam uma considerável diversidade entre os consumidores de cocaína, tanto em termos de padrões de consumo como em termos sociodemográficos. Os que apenas experimentam a substância uma vez ou poucas vezes constituem o maior grupo. Outro grupo inclui os consumidores regulares bem integrados socialmente que, em alguns países, correspondem a um número relativamente grande de jovens. Alguns deles irão intensificar o seu consumo, ou consumir a droga por um longo período, o que poderá conduzir a problemas de saúde e sociais crónicos e à necessidade de tratamento. Um terceiro conjunto de consumidores inclui os membros de grupos socialmente excluídos, incluindo consumidores ou ex-consumidores de opiáceos. A maioria tem padrões

intensivos de consumo de cocaína, possivelmente consumindo *crack* ou injectando a droga, os quais podem perpetuar ou agravar os problemas de saúde e sociais existentes e complicar o seu tratamento por consumo de opiáceos. Devido à diversidade dos perfis dos consumidores de cocaína, a avaliação da prevalência do consumo desta droga, das suas consequências para a saúde e sociais e das respostas necessárias coloca um conjunto de desafios excepcional.

Oferta e disponibilidade

Produção e tráfico

As plantações de coca, matéria-prima da cocaína, continuam a concentrar-se em alguns países da região andina ⁽⁸⁹⁾. O UNODC (2009) estimou, para o ano de 2008, que o cultivo total desta planta se traduzia numa potencial produção de 845 toneladas de hidrocloreto de cocaína puro, 51% das quais produzidas na Colômbia, 36% no Peru e 13% na Bolívia. Estima-se que a produção de cocaína a nível mundial tenha diminuído 15% em 2008,

Quadro 7: Produção, apreensões, preço e pureza da cocaína e da cocaína-crack

	Cocaína	Crack ⁽¹⁾
Estimativa da produção mundial (toneladas)	845	s.d.
Quantidades apreendidas a nível mundial (toneladas)	710 ⁽²⁾	0,8
Quantidade apreendida (toneladas) UE e Noruega (incluindo Croácia e Turquia)	76,4 (76,7)	0,08 (0,08)
Número de apreensões UE e Noruega (incluindo Croácia e Turquia)	91 400 (92 000)	9 500 (9 500)
Preço médio de venda a retalho (euros por grama) Variação (Intervalo interquartilico) ⁽³⁾	44-88 (58-67)	20-112
Variação da pureza média (%)	22-57	35-98

⁽¹⁾ Devido ao pequeno número de países que comunicaram informações, os dados devem ser interpretados com cautela.

⁽²⁾ O UNODC estima que este valor é equivalente a 412 toneladas de cocaína pura.

⁽³⁾ Intervalo da metade central dos preços médios notificados.

NB: Todos os dados são relativos a 2007, excepto as estimativas da produção mundial que são referentes a 2008; s.d., sem dados.

Fontes: World drugs report (2009) do UNODC para os valores a nível mundial, Pontos Focais Nacionais da Reitox para os dados europeus.

⁽⁸⁹⁾ Para informações sobre as fontes de dados relativas à oferta e disponibilidade de droga, ver p. 43.

sobretudo devido às quebras de produção registadas na Colômbia — de 600 toneladas em 2007 para 430 toneladas em 2008. A produção de cocaína no Peru e na Bolívia, pelo contrário, continuou a crescer ligeiramente.

A maior parte do processo de transformação das folhas de coca em hidrocloreto de cocaína continua a estar localizada na Colômbia, no Peru e na Bolívia, embora também possa ter lugar noutros países da América do Sul. A importância da Colômbia na produção de cocaína é confirmada pelas informações sobre os laboratórios desmantelados e as apreensões de permanganato de potássio, um reagente químico utilizado na síntese de hidrocloreto de cocaína. Em 2007, na Colômbia, foram desmantelados 2 471 laboratórios de produção de cocaína (78% do total mundial) e foram apreendidas, no total, 144 toneladas de permanganato de potássio (94% das apreensões a nível mundial) (INCB, 2009a).

As informações disponíveis sugerem que a cocaína continua a ser traficada para a Europa através de diferentes rotas (OEDT, 2008d). A cocaína transita através de países da América do Sul e Central, como a Argentina, o Brasil, o Equador, o México e a Venezuela, antes de chegar ao continente europeu. Os países das Caraíbas também são frequentemente utilizados no transbordo da droga para a Europa. Nestas rotas, a cocaína é contrabandeada através de voos comerciais ou por via marítima. Nos últimos anos, foi identificada uma rota alternativa através da África Ocidental. A partir dessa região, a cocaína é frequentemente transportada para a Europa por navios de pesca ou por veleiros, embora também tenham sido registados casos de tráfico por via aérea ou por via terrestre através do Norte de África (Europol, 2007).

Nos últimos anos, têm sido também mencionados outros países de trânsito. Entre eles figuram a África do Sul e a Rússia, mas também países da Europa Central e Oriental, onde o número de apreensões de cocaína aumentou de 412 casos estimados em 2002 para 1 065 em 2007. No interior da Europa, a Bélgica, a Espanha, a França, a Itália, os Países Baixos, Portugal e o Reino Unido têm sido assinalados como importantes países de trânsito da cocaína.

Apreensões

A cocaína é a droga mais traficada a nível mundial, a seguir à *cannabis* herbácea e à resina de *cannabis*. Em 2007, as apreensões mundiais de cocaína estabilizaram em cerca de 710 toneladas. A América do Sul continuou a registar a maior quantidade apreendida, sendo

responsável por 45% do valor global, seguida pela América do Norte, com 28%, e pela Europa Ocidental e Central, com 11% (UNODC, 2009).

Na Europa, há vinte anos que as apreensões de cocaína têm vindo a aumentar, muito em especial a partir de 2003. Em 2007, o número de apreensões de cocaína aumentou para 92 000 casos, embora a quantidade total apreendida tenha diminuído para 77 toneladas, das 121 toneladas registadas em 2006. A diminuição da quantidade total de cocaína apreendida deve-se, em grande medida, ao facto de Portugal e, em menor grau, a Espanha e a França, terem notificado a apreensão de quantidades mais pequenas em 2007, em comparação com o ano anterior ⁽⁹⁰⁾. Em 2007, a Espanha continuou a ser o país que comunica a quantidade mais elevada de cocaína apreendida e o maior número de apreensões desta droga — cerca de metade do total — na Europa.

Pureza e preço

A pureza média da cocaína na Europa variou entre 22% e 57%, em 2007 ⁽⁹¹⁾. A maior parte dos países com dados suficientes para analisar as tendências ao longo do tempo menciona uma diminuição da pureza da cocaína no período de 2002-2007, com excepção de Espanha e de Portugal.

Em 2007, o preço médio de venda a retalho da cocaína variou entre 44 euros e 88 euros por grama nos 19 países que forneceram dados, mencionando cerca de metade deles preços médios entre 58 euros e 67 euros por grama. No caso dos países que forneceram dados suficientes para estabelecer comparações, o preço da cocaína vendida na rua diminuiu entre 2002 e 2007.

Prevalência e padrões de consumo

Consumo de cocaína entre a população em geral

Globalmente, a cocaína continua a ser a segunda droga ilegal mais consumida na Europa, a seguir à *cannabis*, embora os níveis de consumo variem muito entre os países. Estima-se que cerca de 13 milhões de europeus a tenham consumido pelo menos uma vez na vida, uma média de 3,9% dos adultos entre os 15 e os 64 anos (ver síntese dos dados no quadro 8). Os valores nacionais variam entre 0,1% e 8,3%, sendo que 12 dos 23 países, incluindo a maior parte dos da Europa Central e Oriental, mencionam baixos níveis de prevalência ao longo da vida entre a população adulta (0,5-2%).

⁽⁹⁰⁾ Ver quadros SZR-9 e SZR-10 no Boletim Estatístico de 2009.

⁽⁹¹⁾ Ver dados sobre a pureza e o preço nos quadros PPP-3 e PPP-7 no Boletim Estatístico de 2009.

Leis para combater o tráfico de droga em alto mar

O êxito do combate ao tráfico de droga por via marítima depende da cooperação entre os Estados, a qual é facilitada por duas convenções internacionais.

Nos termos do artigo 108.º da Convenção Internacional sobre o Direito do Mar (1982), um Estado que suspeite do envolvimento de um navio que arvore a sua bandeira (!) no tráfico de droga pode pedir auxílio a outros Estados para reprimir esse tráfico. No artigo 17.º da Convenção das Nações Unidas de 1988 contra o tráfico prevê-se um reforço da cooperação. Esta convenção cria um mecanismo que permite a qualquer Estado, que tenha motivos suficientes para suspeitar que um navio registado noutro país se dedica ao tráfico de droga, solicitar ao Estado de bandeira do navio autorização para subir a bordo, efectuar buscas e apreender eventuais drogas, e depois proceder judicialmente contra os infractores. Estes actos podem ter lugar em qualquer zona fora das águas territoriais. São nomeadas autoridades nacionais competentes para agir como pontos de contacto, estando permanentemente disponíveis para responder a tais pedidos o mais rapidamente possível. Os pedidos podem ser concedidos, sujeitos a condições ou recusados. A luta contra o tráfico só pode ser levada a cabo por navios de guerra ou aeronaves militares claramente identificáveis como estando ao serviço do Estado e autorizadas para o efeito.

A subida a bordo, propriamente dita, e as acções subsequentes são realizadas por uma equipa de agentes dos serviços de aplicação da lei do Estado requerente, denominada destacamento de aplicação da lei (LEDET). Esta equipa, quando coordenada por agências intergovernamentais como o MAOC-N (Centro Operacional de Análise e Operações contra o Narcotráfico Marítimo), é por vezes transportada por um navio de guerra de outro país. Neste caso, para cumprir o requisito de identificação, os helicópteros e pequenas embarcações utilizados na operação de abordagem arvoram temporariamente a bandeira do Estado do LEDET e não o do seu navio de guerra.

(!) A jurisdição sobre um navio e a sua tripulação é assumida pelo Estado em que o navio está registado (o «Estado de pavilhão»).

Estima-se que cerca de 4 milhões de europeus consumiram a droga no último ano (1,2% em média), embora, mais uma vez, com variações entre países. Os resultados de inquéritos nacionais recentes indicam estimativas da prevalência no último ano entre zero e 3,1%; se bem que em 18 de 24 países os níveis de consumo não ultrapassem 1%. A estimativa da prevalência do consumo de cocaína no último mês na Europa corresponde a cerca de 0,4% da população adulta, ou seja aproximadamente 1,5 milhões de pessoas. É provável que estas estimativas sejam conservadoras.

Compreender a diminuição dos preços da cocaína na Europa

Desde o ano 2000 que os preços da cocaína, indexados à inflação, têm vindo a baixar na Europa, embora a procura desta substância tenha aumentado, como mostra a prevalência do consumo de cocaína entre a população em geral e entre os consumidores problemáticos de droga. Esta conclusão, contrária ao que seria de esperar, pode ser explicada por diversos factores. O aumento do fornecimento de cocaína à Europa, reflectido nos crescentes volumes apreendidos, constitui certamente um factor essencial. O facto de os traficantes de cocaína sul-americanos procurarem uma alternativa ao mercado dos Estados Unidos pode também impeli-los a virarem-se cada vez mais para o mercado europeu. Um outro factor de atracção poderá ter sido a crescente procura de cocaína na Europa. O maior volume do consumo de cocaína europeu, associado à valorização das moedas europeias relativamente ao dólar dos EUA poderá ter compensado a diminuição dos preços e, possivelmente, a redução das margens de lucro.

Outros factores, todavia, poderão ter influenciado também o preço da cocaína. A evolução tecnológica e a utilização de novas rotas de tráfico, como a da África Ocidental, onde o controlo da droga é insuficiente e é fácil obter traficantes mal pagos, poderão ter suscitado uma diminuição dos custos de transporte e uma redução dos riscos para o tráfico. Uma maior concorrência no mercado da cocaína (Desroches, 2007) também poderá ter influenciado o preço da droga na Europa.

A falta de dados neste domínio torna esta análise necessariamente especulativa e realça a importância de compreender melhor os factores que influenciam o mercado da droga europeu. O OEDT está empenhado em continuar a desenvolver colaborações e estudos nesta área.

De um modo geral, o consumo de cocaína parece estar concentrado em alguns países, nomeadamente na Dinamarca, em Espanha, em Itália, na Irlanda e no Reino Unido, mantendo-se o consumo desta droga relativamente baixo nos outros países europeus. Naqueles onde as anfetaminas dominam o mercado de drogas estimulantes ilegais, as estimativas do consumo de cocaína são baixas em quase todos os casos. Reciprocamente, na maioria dos países onde a cocaína é o principal estimulante ilegal, são notificados baixos níveis de consumo de anfetaminas.

Aparentemente, só uma pequena percentagem das pessoas que consumiram cocaína pelo menos uma vez na vida desenvolve padrões de consumo intensivo. Os dados dos inquéritos à população em geral indicam taxas de abandono elevadas entre os consumidores de cocaína. Nos países onde a prevalência ao longo da vida é superior a 2%, a maioria dos adultos que já consumiram cocaína (80-95%) não o fizeram no último mês ⁽⁹²⁾.

(92) Ver figura GPS-16 no Boletim Estatístico de 2009.

Consumo de cocaína entre os jovens adultos

Na Europa, estima-se que 7,5 milhões de jovens adultos (15-34 anos), ou seja, uma média de 5,6%, tenham consumido cocaína pelo menos uma vez na vida. Os valores nacionais variam entre 0,1% e 12,0%. A média

européia para o consumo de cocaína no último ano nesta faixa etária é estimada em 2,2% (3 milhões) e para o consumo no último mês em 0,8% (1 milhão).

O consumo é particularmente elevado entre os jovens do sexo masculino (15-34 anos), com uma prevalência do

Quadro 8: Prevalência do consumo de cocaína na população em geral – Resumo dos dados

Faixa etária	Período de consumo		
	Ao longo da vida	Último ano	Último mês
15-64 anos			
Número estimado de consumidores na Europa	13 milhões	4 milhões	1,5 milhões
Média europeia	3,9%	1,2%	0,4%
Variação	0,1-8,3%	0,0-3,1%	0,0-1,1%
Países com a prevalência mais baixa	Roménia (0,1%) Lituânia, Malta (0,4%) Grécia (0,7%)	Roménia (0,0%) Grécia (0,1%) República Checa, Hungria, Polónia (0,2%)	República Checa, Grécia, Estónia, Roménia (0,0%) Malta, Lituânia, Polónia, Finlândia (0,1%)
Países com a prevalência mais elevada	Espanha (8,3%) Reino Unido (7,6%) Itália (6,8%) Irlanda (5,3%)	Espanha (3,1%) Reino Unido (2,3%) Itália (2,2%) Irlanda (1,7%)	Espanha (1,1%) Reino Unido (1,0%) Itália (0,8%) Irlanda (0,5%)
15-34 anos			
Número estimado de consumidores na Europa	7,5 milhões	3 milhões	1 milhão
Média europeia	5,6 %	2,2 %	0,8 %
Variação	0,1-12,0%	0,1-5,5%	0,0-2,1%
Países com a prevalência mais baixa	Roménia (0,1%) Lituânia (0,7%) Malta (0,9%) Grécia (1,0%)	Roménia (0,1%) Grécia (0,2%) Polónia (0,3%) Hungria, República Checa (0,4%)	Estónia, Roménia (0,0%) República Checa, Grécia, Polónia (0,1%)
Países com a prevalência mais elevada	Reino Unido (12,0%) Espanha (11,8%) Dinamarca (9,5%) Irlanda (8,2%)	Espanha (5,5%) Reino Unido (4,5%) Dinamarca (3,4%) Irlanda, Itália (3,1%)	Reino Unido (2,1%) Espanha (1,9%) Itália (1,2%) Irlanda (1,0%)
15-24 anos			
Número estimado de consumidores na Europa	3 milhões	1,5 milhões	0,6 milhão
Média europeia	4,4%	2,2%	0,9%
Variação	0,1-9,9%	0,1-5,6%	0,0-2,5%
Países com a prevalência mais baixa	Roménia (0,1%) Grécia (0,6%) Lituânia (0,7%) Malta, Polónia (1,1%)	Roménia (0,1%) Grécia (0,2%) Polónia (0,3%) República Checa (0,4%)	Estónia, Roménia (0,0%) Grécia (0,1%) República Checa, Polónia, Portugal (0,2%)
Países com a prevalência mais elevada	Reino Unido (9,9%) Espanha (9,3%) Dinamarca (9,2%) Irlanda (7,0%)	Dinamarca (5,6%) Espanha (5,4%) Reino Unido (5,0%) Irlanda (3,8%)	Reino Unido (2,5%) Espanha (1,7%) Itália (1,2%) Irlanda (1,1%)

As estimativas da prevalência na Europa são baseadas em médias ponderadas dos inquéritos nacionais mais recentes realizados entre 2001 e 2008 (sobretudo 2004-2008), por isso não podem ser atribuídas a um único ano. A prevalência média para a Europa foi calculada por uma média ponderada de acordo com a população da faixa etária pertinente em cada país. Nos países em relação aos quais não existiam informações disponíveis, a prevalência média da UE foi imputada. Populações utilizadas como base: 15-64 (334 milhões), 15-34 (133 milhões) e 15-24 (63 milhões). Os dados aqui resumidos estão disponíveis em «Inquéritos à população em geral» no Boletim Estatístico de 2009.

consumo de cocaína no último ano entre 4,2% e 7,7% na Dinamarca, Espanha, Irlanda, Itália e no Reino Unido ⁽⁹³⁾. Na maior parte dos países, o rácio entre homens e mulheres no que respeita à prevalência do consumo de cocaína no último ano entre os jovens adultos é, pelo menos, de 2 para 1.

Estima-se que a prevalência do consumo de cocaína no último ano, na faixa etária dos 15 aos 24 anos, é de 2,2%, o que corresponde a 1,5 milhões de consumidores na Europa. Em contraste com as estimativas da prevalência do consumo de *cannabis* ou de *ecstasy*, que são mais elevadas na faixa etária dos 15 aos 24 anos, as medidas de um consumo de cocaína mais recente (último ano e último mês) são semelhantes nas faixas etárias dos 15 aos 34 anos e dos 15 aos 24 anos ⁽⁹⁴⁾.

O consumo de cocaína também está associado ao consumo de álcool e a determinados estilos de vida. Por exemplo, uma análise de dados do British Crime Survey 2007/08 concluiu que 13,5% dos jovens de 16 a 24 anos que tinham feito nove ou mais visitas a um pub no último mês referem ter consumido cocaína no último ano, para apenas 1,7% entre os que não tinham visitado qualquer pub. A frequência de clubes nocturnos também estava associada a um maior consumo de cocaína, uma vez que quase 10% dos jovens de 16 a 24 anos que visitaram um clube quatro ou mais vezes no último mês referem ter consumido cocaína no último ano, para apenas 3,3% dos jovens que não tinham visitado qualquer clube. O inquérito também constatou baixos níveis de consumo de *crack*, mesmo entre os consumidores de cocaína, confirmando as conclusões de outros estudos que apontam diferenças nos perfis dos consumidores destas duas substâncias (Hoare e Flatley, 2008). Os estudos realizados em contextos recreativos também mencionam níveis mais elevados de prevalência do consumo de cocaína do que na população em geral (OEDT, 2007a). Além disso, um inquérito recentemente realizado pela Internet entre entusiastas da música electrónica, na República Checa, menciona que 30,9% dos inquiridos tinham consumido cocaína.

O inquérito Eurobarómetro 2008, levado a cabo nos 27 Estados-Membros da UE, mostra que 85% dos jovens entre os 15 e os 25 anos consideram que o consumo de cocaína constitui um grande risco para a saúde de uma pessoa. As percentagens de inquiridos que percebem um nível semelhante de risco para a saúde no consumo de outras substâncias são muito mais baixas: 40% para a *cannabis*, 28% para o tabaco e 24% para o álcool. Só o

consumo de heroína é percebido como um grande risco por uma percentagem mais elevada de inquiridos. Há pouca variação entre países e 95% dos inquiridos consideravam que a cocaína deve continuar a ser proibida (Comissão Europeia, 2008b).

Consumo de cocaína entre a população escolar

As estimativas da prevalência do consumo de cocaína entre a população escolar são muito inferiores às do consumo de *cannabis*. No inquérito ESPAD, a prevalência do consumo de cocaína ao longo da vida entre os estudantes de 15-16 anos é de 1% a 2% em metade dos 28 países que forneceram dados. A maioria dos restantes países menciona níveis de prevalência de 3% a 4%, enquanto a França, a Itália e o Reino Unido mencionam 5%. A prevalência do consumo de cocaína ao longo da vida entre os rapazes é superior à registada entre as raparigas, na maioria dos países, sendo os níveis mais elevados (6%) referidos pela França e pela Itália ⁽⁹⁵⁾.

Comparações a nível internacional

Globalmente, a prevalência estimada do consumo de cocaína no último ano é menor entre os jovens adultos da União Europeia do que entre os da Austrália e dos Estados Unidos. Contudo, dois países, a Espanha e o Reino Unido (Inglaterra e País de Gales), mencionam valores mais elevados do que a Austrália, sendo que apenas a Espanha comunica uma estimativa superior à dos Estados Unidos (figura 8).

Tendências do consumo de cocaína

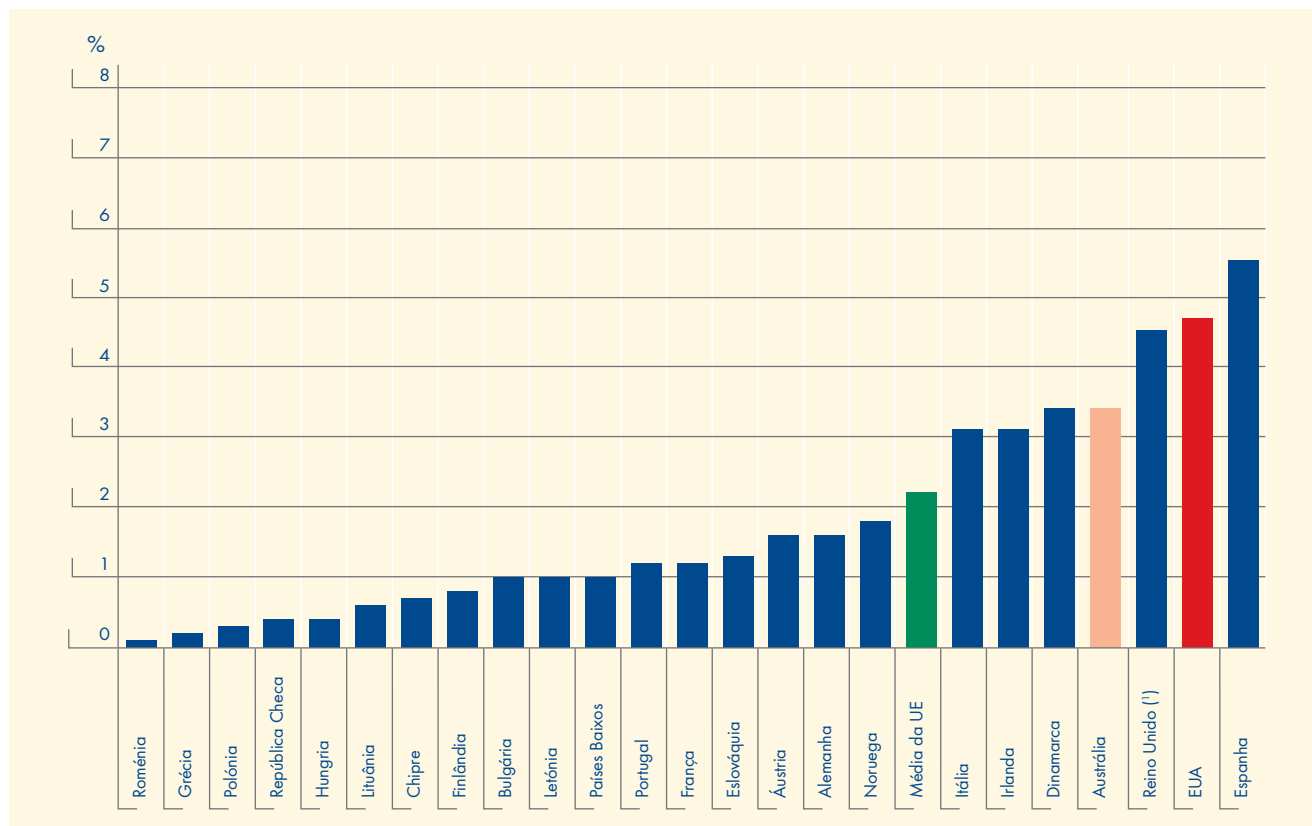
Pode dizer-se sucintamente que as tendências do consumo de cocaína na Europa têm seguido diferentes padrões. Nos dois países com a maior prevalência do consumo de cocaína (Espanha e Reino Unido), o consumo desta droga aumentou drasticamente no final da década de 1990, antes de seguir uma tendência mais estável, se bem que, em geral, ainda crescente. Num segundo grupo de países, incluindo a Dinamarca, a Irlanda e a Itália, o aumento da prevalência foi menos acentuado e verificou-se um pouco mais tarde. Os níveis de consumo nestes três países são, todavia, elevados em comparação com outros países europeus. Noutras regiões da Europa, o panorama é difícil de interpretar, registando-se baixos níveis de prevalência em termos globais e observando-se pequenos aumentos ou pequenas diminuições em alguns países. Dos 11 países em que é possível analisar a tendência entre 2002 e 2007, a prevalência do consumo

⁽⁹³⁾ Ver figura GPS-13 no Boletim Estatístico de 2009.

⁽⁹⁴⁾ Ver figura GPS-15 e quadros GPS-14, GPS-15 e GSP-16 para todos os anos; quadros GPS-17, GPS-18 e GPS-19 para os dados mais recentes, no Boletim Estatístico de 2009.

⁽⁹⁵⁾ Ver quadro EYE-12 no Boletim Estatístico de 2009.

Figura 8: Prevalência do consumo de cocaína no último ano entre os jovens adultos (15 aos 34 anos) na Europa, na Austrália e nos EUA



(!) Inglaterra e País de Gales.

NB: Os dados são do último inquérito disponível para cada país. A prevalência média europeia foi calculada como a média das prevalências nacionais ponderadas pela população nacional na faixa etária dos 15 aos 34 anos (2006, extraídos do Eurostat). Os dados dos EUA e australianos foram recalculados a partir dos resultados iniciais dos inquéritos à faixa etária dos 15 aos 34 anos. Ver figura GPS-20 no Boletim Estatístico de 2009 para mais informações.

Fontes: Pontos Focais Nacionais da Reitox.

SAMHSA (EUA), Office of Applied Studies (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>). National survey on drug use and health, 2007. Australian Institute of Health and Welfare 2008. 2007 National Drug Strategy Household Survey: detailed findings. Drug statistics series no. 22. Cat. no. PHE 107. Canberra: AIHW (<http://www.aihw.gov.au/publications/phe/ndshs07-df/ndshs07-df.pdf>).

no último ano entre os jovens adultos (15-34 anos) aumentou pelo menos 15% relativamente ao valor inicial em cinco países (Irlanda, Itália, Letónia, Portugal e Reino Unido) ^(*), diminuiu em dois países (Hungria e Polónia) e estabilizou em quatro (Alemanha, Espanha, Eslováquia e Finlândia) (figura 9).

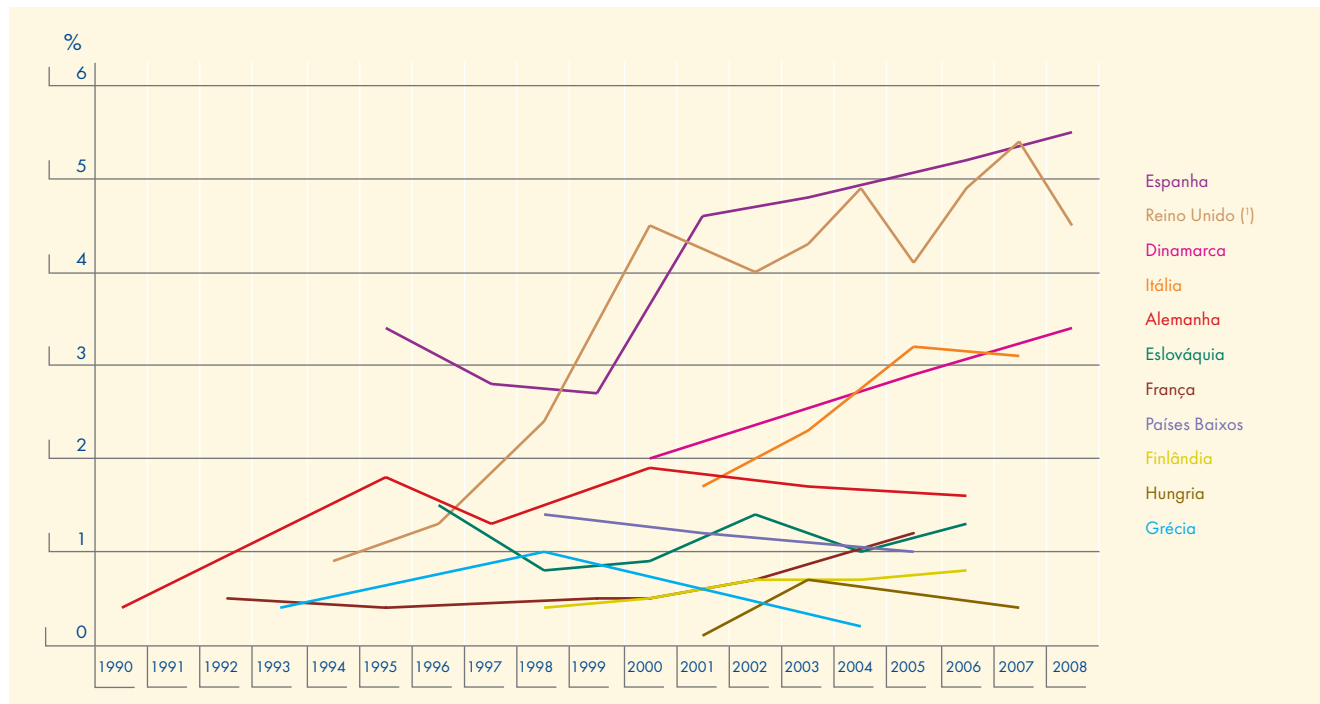
Nos inquéritos escolares ESPAD realizados em 2007, a prevalência do consumo de cocaína entre os estudantes de 15-16 anos aumentou pelo menos dois pontos percentuais desde 2003 em França, Chipre, Malta, Eslovénia e Eslováquia. O inquérito escolar espanhol constatou uma diminuição de dois pontos percentuais entre 2004 e 2007.

Consequências do consumo de cocaína para a saúde

É provável que amplitude das consequências do consumo de cocaína para a saúde esteja subestimada. Isto deve-se,

em parte, à natureza muitas vezes inespecífica ou crónica das patologias normalmente causadas pelo consumo de cocaína a longo prazo, e em parte às dificuldades em estabelecer nexos causais entre a doença e o consumo da droga. O consumo regular de cocaína, incluindo por aspiração, pode ser associado a problemas cardiovasculares, neurológicos e psiquiátricos, bem como a um aumento do risco de acidentes e de violência. O consumo concomitante de outras substâncias, incluindo o álcool, também pode agravar alguns problemas relacionados com o consumo de cocaína (ver OEDT, 2007a). Um inquérito efectuado nos Estados Unidos estimou que os consumidores frequentes de cocaína corriam um risco sete vezes maior de enfarte do miocárdio do que os não consumidores (Qureshi e outros, 2001). Globalmente, estimou-se que um quarto dos enfartes não fatais do miocárdio em pessoas dos 18 aos 45 anos era atribuível ao «consumo frequente de cocaína».

^(*) Na Dinamarca também se observou um aumento, mas num período diferente.

Figura 9: Tendências da prevalência do consumo de cocaína no último ano entre os jovens adultos (15 aos 34 anos)

(!) Inglaterra e País de Gales

NB: Ver figura GPS-14 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2009 para mais informações.

Fontes: Relatórios nacionais Reitox (2008), extraídos de inquéritos à população, relatórios ou artigos científicos.

Relatórios recentes mostram que nos países com níveis de prevalência do consumo de cocaína relativamente elevados, a droga parece estar envolvida na maior parte das emergências hospitalares relacionadas com a droga. A American Drug Abuse Warning Network (DAWN) estimou que a cocaína, sozinha ou associada a outras drogas, estava envolvida em seis de cada dez visitas aos serviços de urgências hospitalares relacionadas com a droga, em 2006. Em Espanha, o sistema nacional de notificação de emergências hospitalares relacionadas com o consumo não médico de substâncias psicoactivas concluiu que, em 2006, a cocaína era a substância mais frequentemente mencionada (59%); seguida pela *cannabis* (31%), os sedativos (28%) e a heroína (22%), estando o álcool frequentemente associado a todas estas substâncias. Num estudo realizado entre os doentes que frequentavam um serviço de urgências hospitalares em Barcelona para problemas directamente relacionados com o consumo de cocaína, as principais queixas eram de ansiedade ou agitação (48%) e de dores torácicas ou palpitações (25%).

O consumo de cocaína injectada e de *crack* estão associados aos maiores riscos para a saúde (nomeadamente problemas cardiovasculares e de saúde mental, deterioração da saúde). Estes riscos são geralmente agravados pela marginalização social e por

problemas específicos adicionais, como os riscos associados à injeção. O consumo concomitante de opiáceos e cocaína parece estar ligado a um risco acrescido de *overdose* de opiáceos (OEDT, 2007a).

A dependência é uma das consequências negativas do consumo de cocaína a nível individual. Um estudo realizado nos Estados Unidos revelou que cerca de 5% dos consumidores de cocaína podem tornar-se dependentes no primeiro ano de consumo, embora a percentagem de consumidores que desenvolve uma dependência a longo prazo não seja superior a cerca de 20% (Wagner e Anthony, 2002). Outro estudo mostrou que, entre as pessoas que ficaram dependentes, perto de 40% recuperam sem tratamento da toxicod dependência ou do alcoolismo (Cunningham, 2000). Também há indícios de que muitos consumidores de cocaína controlam o seu consumo da droga estabelecendo regras, por exemplo, acerca da quantidade, da frequência ou do contexto do consumo (Decorte, 2000).

Consumo problemático de cocaína e procura de tratamento

Só há estimativas nacionais do consumo problemático de cocaína (consumo de droga injectada ou consumo prolongado/regular) disponíveis para a Espanha e a

Itália, havendo também estimativas regionais e relativas à cocaína-crack⁽⁹⁷⁾ para o Reino Unido. Em Itália, em 2007, foi calculado que existiam 3,8 a 4,7 consumidores problemáticos de cocaína por 1 000 adultos. Segundo os dados mais recentes relativos à Espanha, em 2002 havia entre 4,5 e 6 consumidores problemáticos de cocaína por 1 000 adultos (15-64 anos). É provável que as estimativas dos consumidores problemáticos de cocaína subestimem a população necessitada de tratamento ou de intervenções de curta duração, porque os consumidores problemáticos de cocaína socialmente bem integrados podem estar sub-representados nas fontes de dados utilizadas.

Em 2007, a cocaína, principalmente a cocaína em pó, foi citada como principal razão para iniciar o tratamento por cerca de 17% dos utentes, o que corresponde a cerca de 61 000 casos notificados em 25 países europeus. Entre os utentes que iniciam o tratamento pela primeira vez, a percentagem que menciona a cocaína como droga principal é mais elevada (22%).

Os países revelam grandes diferenças no que respeita à percentagem de utentes consumidores de cocaína entre o número total de utentes e entre os novos utentes. A Espanha menciona as percentagens mais elevadas entre o número total de utentes (45%) e o dos novos utentes (60%), seguida pelos Países Baixos (32% e 29%) e a Itália (23% e 26%). Na Bélgica, na Irlanda, em Chipre, no Luxemburgo e no Reino Unido, os utentes consumidores de cocaína representam entre 11% e 13% dos utentes e entre 11% e 19% dos novos utentes; nos restantes países europeus, a cocaína é responsável por menos de 10% dos utentes do tratamento da toxicod dependência, sendo que sete países indicam uma percentagem inferior a 1%⁽⁹⁸⁾.

O número de utentes que inicia o tratamento da toxicod dependência por consumo de cocaína como droga principal tem vindo a aumentar na Europa desde há vários anos, embora esta tendência seja fortemente influenciada por um pequeno número de países. Entre 2002 e 2007, os maiores aumentos proporcionais entre os novos utentes são referidos pela Espanha, a Irlanda e a Itália. Nos países com dados suficientes para analisar as tendências ao longo do tempo, o número total de utentes que iniciaram o tratamento apontando a cocaína como droga principal de consumo aumentou percentualmente de 13% para 19% (valor baseado em 18 países)⁽⁹⁹⁾. No caso dos novos utentes, a percentagem aumentou de 17% para 25% (valor baseado em 19 países). Desde 2005, entre os países que apresentam as maiores percentagens

Consumo de cocaína-crack na Europa

A cocaína está disponível sob duas formas na Europa: como cocaína em pó (hidroclorato de cocaína, um sal) e como cocaína-crack (uma base livre), cujo consumo é menos comum. O crack é normalmente fumado, sendo conhecido por induzir um estado de alienação intenso que pode levar a padrões de consumo problemáticos. De um modo geral, é fabricado a partir do hidroclorato de cocaína em locais próximos do sítio onde é vendido a retalho e consumido.

O consumo de crack começou a difundir-se nos Estados Unidos em meados da década de 1980, sobretudo em zonas desfavorecidas das áreas metropolitanas, afectando desproporcionadamente as minorias étnicas. Receou-se que se pudesse produzir um fenómeno semelhante na Europa, mas, até agora, não se observou uma epidemia grave de consumo de crack.

Todavia, a cocaína-crack é consumida em algumas cidades europeias, embora seja difícil saber a dimensão exacta do fenómeno. Alguns relatórios sobre a situação existente em Londres (GLADA, 2004) e Dublin (Connolly e outros, 2008) também indicam que o consumo pode aumentar. Em Londres, o consumo de crack é considerado como uma componente importante do problema de droga da cidade, sendo o aumento registado desde meados da década de 1990 sobretudo atribuído a uma crescente população de consumidores de opiáceos que também consomem crack.

A maior parte dos pedidos de tratamento relacionados com o crack e das apreensões desta droga são comunicados pelo Reino Unido. Um estudo estimou em 5,2-5,6 por 1 000 habitantes adultos o número de consumidores problemáticos de cocaína-crack existentes em Inglaterra em 2006-2007. Algumas cidades de outros países europeus também notificaram a existência de problemas consideráveis com o crack.

O consumo de crack verifica-se principalmente entre grupos marginalizados e desfavorecidos, como os trabalhadores do sexo e os consumidores problemáticos de opiáceos, sendo que alguns países assinalam a sua ocorrência entre minorias étnicas específicas (por exemplo, França, Países Baixos e Reino Unido). Entre as pessoas socialmente bem integradas, incluindo consumidores regulares de cocaína em pó, o consumo de crack é muito invulgar (Prinzleve e outros, 2004). No entanto, a persistência do consumo de crack em alguns grupos e cidades realça o risco da sua disseminação a populações mais vastas.

de utentes consumidores de cocaína, a Espanha e a Itália dizem que a situação estabilizou, enquanto nos Países Baixos a percentagem de novos utentes que iniciam o tratamento por consumo de cocaína diminuiu. Contudo, essa percentagem está a aumentar noutros países, como a Dinamarca, a Irlanda, a Grécia e Portugal⁽¹⁰⁰⁾.

⁽⁹⁷⁾ Ver «Consumo de cocaína-crack na Europa».

⁽⁹⁸⁾ Ver figura TDI-2 e quadro TDI-5 (parte i) e (parte ii) no Boletim Estatístico de 2009; os dados relativos a Espanha referem-se a 2006.

⁽⁹⁹⁾ Só estão incluídos os utentes que mencionam como principal droga de consumo os opiáceos, a cannabis, a cocaína e outros estimulantes.

⁽¹⁰⁰⁾ Ver figuras TDI-1 e TDI-3 e quadro TDI-3 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2009.

Perfil dos utentes de tratamento

Quase todos os utentes consumidores de cocaína são notificados pelos centros de tratamento em regime ambulatorio, embora alguns consumidores dessa droga possam ser tratados em clínicas privadas, que quase não estão representadas no actual sistema de monitorização.

Os consumidores de cocaína apresentam um dos mais elevados rácios entre homens e mulheres (cinco homens para cada mulher) e uma das médias de idades mais elevadas (cerca de 32 anos) observados nos utentes do tratamento da toxicod dependência. É o que acontece, designadamente, em alguns países com números elevados de utentes consumidores de cocaína como droga principal, especialmente a Itália, onde o rácio entre homens e mulheres é de 8 para 1 e a média de idades de 35 anos. Quase metade desses utentes começa a consumir a droga antes dos 20 anos e 88% antes dos 30 anos. Em Espanha, Itália e Países Baixos, verifica-se um longo intervalo (9-12 anos) entre o primeiro consumo de cocaína e o primeiro tratamento ⁽¹⁰¹⁾.

A maioria dos utentes consumidores de cocaína aspiram (55%) ou fumam (32%) a droga e menos de 7% dizem injectá-la ⁽¹⁰²⁾. Uma análise realizada em 14 países, em 2006, revelou que cerca de 63% dos utentes consumidores de cocaína tomam várias drogas. Entre eles, 42% também consomem álcool, 28% *cannabis* e 16% heroína. A cocaína também é muitas vezes mencionada como droga secundária, sobretudo por utentes cujos problemas são principalmente causados pelo consumo de heroína (28%) ⁽¹⁰³⁾.

Em 2007, cerca de 8 000 utentes iniciaram o tratamento em regime ambulatorio por consumo de cocaína-crack como droga principal, o que equivale a 15% do total de utentes consumidores de cocaína e a 2,7% do total de consumidores de droga tratados em regime ambulatorio. Os utentes consumidores de crack (cerca de 6 500) são maioritariamente notificados pelo Reino Unido, onde representam 45% dos utentes consumidores de cocaína em tratamento. Quase um quarto (22%) dos utentes consumidores de crack como droga principal também consome heroína, referindo estes utentes níveis elevados de desemprego e a condição de sem abrigo ⁽¹⁰⁴⁾.

Globalmente, foram identificados dois grupos principais de consumidores de cocaína em tratamento: pessoas socialmente bem integradas, que consomem cocaína em pó, e um grupo de utentes mais marginalizados, que consomem cocaína, muitas vezes cocaína-crack,

associada a opiáceos. O primeiro grupo, normalmente, afirma que aspira a droga e, por vezes, que a consome em conjunto com outras substâncias, como o álcool ou a *cannabis*, mas não com opiáceos. Alguns membros deste grupo são encaminhados para tratamento pelo sistema judicial. O segundo grupo menciona frequentemente o consumo de droga injectada, consome cocaína e opiáceos, por vezes fuma crack, e apresenta condições de saúde e sociais precárias. Nele se incluem antigos consumidores de heroína que reiniciam o tratamento da toxicod dependência por consumo de cocaína.

Tratamento e redução dos danos

Tratamento

Na Europa, os centros públicos de tratamento da toxicod dependência estão sobretudo orientados para as necessidades dos consumidores de opiáceos e os que se especializam no tratamento dos consumidores de cocaína são raros e, frequentemente, privados. Porém, alguns países (por exemplo, Irlanda, Itália e Espanha) têm promovido estratégias ou programas de tratamento direccionados para os consumidores de cocaína, e a França está a desenvolver programas desse tipo.

A heterogeneidade dos consumidores de cocaína, bem como dos seus problemas e necessidades, complica a organização e a prestação dos serviços de tratamento às pessoas que deles necessitam. Algumas populações de consumidores de cocaína são difíceis de contactar e, logo, difíceis de induzir a tratarem-se. Por exemplo, os consumidores de cocaína injectada e os consumidores de crack, mais marginalizados, muitas vezes não procuram o tratamento voluntariamente. Por esta razão, na Irlanda são recomendados o trabalho de proximidade e outras intervenções para atrair consumidores que, de outro modo, não seriam contactados (Connolly e outros, 2008). Os programas de tratamento de proximidade também podem ser benéficos para determinados grupos, como exemplifica um estudo neerlandês sobre os consumidores de crack marginalizados. O programa de tratamento obteve níveis elevados de adesão e de satisfação entre os seus utentes. As pessoas tratadas mencionavam melhorias em termos de saúde, condições de vida, relações familiares e sociais e situação psiquiátrica (Henskens e outros, 2008).

Também pode ser difícil conseguir que os consumidores de cocaína socialmente bem integrados iniciem o

⁽¹⁰¹⁾ Ver quadros TDI-10, TDI-11 (parte iii), TDI-21 e TDI-103 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2009.

⁽¹⁰²⁾ Ver quadro TDI-17 (parte iv) no Boletim Estatístico de 2009.

⁽¹⁰³⁾ Ver o tema específico sobre o policonsumo de droga.

⁽¹⁰⁴⁾ Ver «Consumo de cocaína-crack na Europa» (p. 72), e quadros TDI-7 e TDI-115 no Boletim Estatístico de 2009.

tratamento. Por exemplo, podem sentir que as suas necessidades não são atendidas em serviços de tratamento maioritariamente frequentados por consumidores de opiáceos. Alguns países referem medidas para resolver estes problemas. Por exemplo, em Itália, o «Progetto nazionale cocaine», lançado em 2007, presta serviços especializados, com horários de atendimento mais adequados para os consumidores de cocaína socialmente integrados e suas famílias (por exemplo, horário pós-laboral). Também é mencionada uma abordagem semelhante na Irlanda, onde são desenvolvidos programas específicos para atrair consumidores de cocaína em pó.

Também é importante manter os consumidores problemáticos de cocaína e os consumidores de *crack* em tratamento, uma vez que o consumo intensivo de cocaína está associado a disfunções comportamentais, sociais e psicológicas (por exemplo, comportamento impulsivo e agressivo) e, em alguns grupos, a estilos de vida caóticos e a uma grave deterioração mental e física. É, por conseguinte, difícil manter uma frequência regular das sessões de terapia e um diálogo terapêutico significativo, segundo afirmam os profissionais (Connolly e outros, 2008). O consumo de cocaína também pode perturbar o tratamento da dependência de outras drogas e pôr em risco a abstinência já conseguida em relação ao consumo de heroína. Na Alemanha, por exemplo, o consumo concomitante de cocaína foi identificado como um factor decisivo no abandono do tratamento de substituição dos opiáceos.

Atrair e manter os consumidores em tratamento é igualmente difícil num contexto em que não existe nenhuma intervenção psicossocial específica de eficácia solidamente comprovada, nem qualquer tratamento farmacológico eficaz disponível para ajudar os consumidores dependentes a manterem a abstinência ou a reduzirem o consumo durante este período.

Estas dificuldades podem ser resolvidas através do desenvolvimento de programas de tratamento específicos e de cursos de formação adaptados aos problemas associados ao consumo de cocaína e de *crack*. A oferta de cursos de formação especificamente centrados na cocaína para o pessoal dos serviços de tratamento é mencionada pela Irlanda, a Itália e o Reino Unido. Além disso, 11 Estados-Membros, incluindo todos os que têm níveis de consumo de cocaína e de pedidos de tratamento elevados, mencionam a disponibilidade de programas de tratamento específicos, lado a lado com os serviços de tratamento tradicionais, para consumidores de cocaína ou cocaína-*crack*. Contudo, enquanto os peritos nacionais da Itália, Portugal, Eslovénia e Reino Unido estimavam que

estes programas se encontravam disponíveis para a maioria dos consumidores de cocaína necessitados de tratamento, os peritos da Dinamarca, Alemanha, Irlanda, Áustria, Países Baixos, França e Espanha calculavam que só uma minoria a eles conseguia aceder.

Após um período em que quase toda a investigação era originária dos Estados Unidos, estão a ser realizados vários estudos sobre o tratamento da dependência da cocaína na Europa. No Reino Unido, um ensaio clínico está a investigar a eficácia da terapia cognitivo-comportamental em conjunto com a gestão de contingência (ver OEDT, 2008b) nos consumidores de cocaína como droga principal. Segundo uma análise Cochrane recente, esta combinação foi a que produziu melhores resultados no tratamento da dependência de estimulantes (Knapp e outros, 2007). Outro ensaio clínico realizado no Reino Unido está a investigar a eficácia do modafinil, associado à gestão de contingência baseada em certificados, em utentes que recebem tratamento de substituição de opiáceos e consomem cocaína-*crack*. O modafinil já demonstrou ter potencial terapêutico em diversos ensaios, como agente substituto para a dependência de estimulantes.

Nos Países Baixos, cinco ensaios clínicos estão presentemente a investigar a eficácia de vários agentes farmacológicos, nomeadamente a dexanfetamina e o modafinil, no tratamento da dependência da cocaína. Outro ensaio clínico neerlandês investigou a combinação da abordagem de reforço da comunidade com uma gestão de contingência em utentes do tratamento de substituição de opiáceos com dependência da cocaína. Os resultados mostraram uma redução significativa do consumo de cocaína em comparação com o tratamento normal.

Por último, um estudo conjunto hispano-italiano, realizado em vários locais, está a investigar a eficácia da vacina contra a cocaína TA-CD. Trata-se do maior ensaio realizado sobre esta vacina até à data, com a participação de várias centenas de voluntários. Os estudos iniciais sobre a segurança da vacina TA-CD, nos EUA, revelaram reduções nos efeitos subjectivos da cocaína e no consumo da droga, bem como uma maior permanência no tratamento.

Redução dos danos

As intervenções de redução dos danos direccionadas para os consumidores problemáticos de *crack* e de cocaína constitui uma nova área de actividade em muitos Estados-Membros. Uma das razões para a pouca oferta de intervenções neste domínio, sobretudo para consumidores de *crack*, poderá residir no facto de os

profissionais mais envolvidos nestes cuidados conhecerem mal esta droga, o grupo-alvo e as suas necessidades.

Os Estados-Membros oferecem, habitualmente, aos consumidores de cocaína injectada os mesmos serviços e meios oferecidos aos consumidores de opiáceos, incluindo: recomendações para um consumo mais seguro, formação para uma injeção mais segura e programas de troca de agulhas e seringas. No entanto, o consumo de cocaína injectada pode estar associado a maiores riscos de partilha de equipamentos e de injeção frequente, susceptíveis de causar um colapso das veias e induzir à injeção em zonas do corpo mais perigosas (por exemplo, pernas, mãos, pés e

virilhas). Por conseguinte, as recomendações para um consumo mais seguro devem ser adaptadas a estes riscos específicos. Em alguns países (por exemplo, Bélgica e França), também são fornecidos cachimbos de *crack* limpos em alguns serviços de porta aberta.

As intervenções de redução dos danos dirigidas aos consumidores de cocaína em contextos recreativos assentam sobretudo na sensibilização. Os programas oferecem aconselhamento e informação aos jovens sobre os riscos associados ao consumo de álcool e de droga em geral, incluindo normalmente materiais sobre os riscos do consumo de cocaína.



Capítulo 6

Consumo de opiáceos e droga injectada

Introdução

O consumo de heroína, sobretudo injectada, tem estado estreitamente associado ao consumo problemático de droga na Europa desde a década de 1970. Actualmente, esta droga ainda é responsável pela maior parte da morbilidade e da mortalidade relacionadas com o consumo de droga na União Europeia. Nos últimos dez anos, observou-se uma diminuição do consumo de heroína e dos problemas a ele associados, embora dados mais recentes sugiram que, em alguns países, esta tendência pode ter-se invertido. Além disso, as informações sobre o consumo de opiáceos sintéticos, como o fentanil, e a injeção de drogas estimulantes, como a cocaína ou as anfetaminas, reflectem a natureza cada vez mais multifacetada do consumo problemático de droga na Europa.

Oferta e disponibilidade

Historicamente, a heroína importada tem sido oferecida sob duas formas no mercado de drogas ilegais da Europa: a heroína castanha (forma química de base), de maior disponibilidade, principalmente proveniente do Afeganistão; e a heroína branca (forma de sal), que é habitualmente originária do Sudeste Asiático, embora esta forma seja consideravelmente menos comum ⁽¹⁰⁵⁾. Além disso, existem drogas opiáceas produzidas na Europa, principalmente produtos caseiros obtidos a partir da papoila (como a palha de papoila e o concentrado de papoila, obtido por trituração de caules e cabeças desta planta) em alguns países da Europa Oriental (por exemplo, Letónia e Lituânia).

Produção e tráfico

A heroína consumida na Europa é maioritariamente produzida no Afeganistão, que é responsável pela maior parte da produção ilegal mundial de ópio. Os outros países produtores são Myanmar, que abastece sobretudo os mercados do Leste e do Sudeste Asiático, o Paquistão, o Laos, seguido pelo México e pela Colômbia, considerados como os maiores fornecedores de heroína para os Estados Unidos (UNODC, 2009). Estima-se que a

produção mundial de ópio diminuiu, depois de atingir um ponto alto em 2007, sobretudo devido a uma diminuição da produção afegã de 8 890 toneladas para cerca de 8 000 toneladas em 2008. A estimativa mais recente da possível produção mundial de heroína é de 735 toneladas em 2007 (UNODC, 2009). O número crescente de laboratórios desmantelados no Afeganistão durante os últimos anos sugere que o ópio está a ser crescentemente transformado em morfina ou heroína dentro do próprio país. Contudo, as grandes apreensões de ópio e de morfina nos países vizinhos (Paquistão e Irão) indicam que também está em curso uma transformação significativa fora do Afeganistão (CND, 2008; UNODC, 2009).

Quadro 9: Produção, apreensão, preço e pureza da heroína

Produção e apreensões	Heroína
Estimativa da produção mundial (toneladas) ⁽¹⁾	735
Quantidade apreendida a nível mundial	
Heroína (toneladas)	65
Morfina (toneladas)	27
Quantidade apreendida (toneladas) na UE e na Noruega (incluindo Croácia e Turquia)	8,8 (22)
Número de apreensões na UE e na Noruega (incluindo Croácia e Turquia)	56 000 (58 000)
Preço e pureza na Europa	Heroína castanha
Preço médio de venda a retalho (euros por grama) Variação (Intervalo interquartilico) ⁽²⁾	14-119 (35-77)
Pureza média (%) Variação (Intervalo interquartilico) ⁽²⁾	9-50 (16-27)
⁽¹⁾	O valor do UNODC baseia-se na sua estimativa da produção mundial de ópio ilegal (8 870 toneladas em 2008) (UNODC, 2009).
⁽²⁾	Intervalo da metade central do preço ou pureza médios notificados.
NB:	Todos os dados são relativos a 2007, excepto a estimativa da produção mundial potencial.
Fontes:	World drug report (2009) do UNODC para os valores a nível mundial, Pontos Focais Nacionais da Reitox para os dados europeus.

⁽¹⁰⁵⁾ Para informações sobre as fontes de dados relativas à oferta e à disponibilidade de droga, ver p. 43.

A heroína entra na Europa por duas rotas de tráfico principais: a rota dos Balcãs, que é historicamente importante, com as suas várias ramificações, depois de atravessar o Paquistão, o Irão e a Turquia, onde a maior quantidade é apreendida; e a «rota do norte» através da Ásia Central e da Federação Russa, sendo a heroína traficada, por exemplo, para a Polónia directamente por comboio (INCB, 2009a) ou para a Noruega através da Lituânia. Foram mencionadas rotas de tráfico secundárias para a heroína proveniente do Sudoeste Asiático, por exemplo do Afeganistão e do Paquistão, por via aérea através de países do Médio Oriente e da África Oriental para os mercados ilegais da Europa (INCB, 2009a; OMC, 2008). A heroína do Sudoeste Asiático também é directamente introduzida na Europa (Reino Unido) por via aérea a partir do Paquistão. Na União Europeia, os Países Baixos e, em menor grau, a Bélgica, desempenham um papel importante como pólos de distribuição secundários (Europol, 2008).

Apreensões

As apreensões de ópio registadas a nível mundial aumentaram acentuadamente em 2007 para 510 toneladas, sendo o Irão responsável por 84% do total. As apreensões mundiais de morfina notificadas diminuíram bruscamente para 27 toneladas, enquanto as apreensões mundiais de heroína aumentaram ligeiramente para 65 toneladas. As maiores apreensões de heroína foram notificadas pelo Irão (25% do total mundial), seguido pela Turquia e pelo Afeganistão (UNODC, 2009).

Na Europa, um número estimado de 58 000 operações levaram à apreensão de 22 toneladas de heroína em 2007. O Reino Unido continuou a notificar o maior número de apreensões, ao passo que a Turquia voltou a notificar a maior quantidade apreendida, 13,2 toneladas em 2007 ⁽¹⁰⁶⁾. Os dados relativos aos anos de 2002 a 2007 de 25 países que forneceram informações indicam que, após uma diminuição no primeiro ano, o número de apreensões aumentou constantemente desde 2003. A tendência global registada na quantidade de heroína apreendida na Turquia difere da observada na União Europeia. Enquanto a Turquia informava que a quantidade de heroína apreendida entre 2002 e 2007 tinha aumentado cinco vezes, a quantidade apreendida na União Europeia registou uma diminuição global durante este período, se bem que tenha aumentado de 2006 para 2007.

As apreensões mundiais de anidrido acético (utilizado no fabrico de heroína) aumentaram para 56 300 litros em 2007, tendo sido quase metade desta quantidade

apreendida na Rússia (25 000 litros), seguida pela Turquia (13 300 litros) e pela Eslovénia (6 500 litros) (INCB, 2009b). O INCB estima que «quase 80%» do anidrido acético utilizado nos laboratórios de produção de heroína afegãos são traficados através da Europa Oriental e do Sudeste Europeu, tendo incentivado a Comissão Europeia e os Estados-Membros da UE a prevenirem o desvio de anidrido acético do mercado interno (INCB, 2009a).

Pureza e preço

Em 2007, a pureza média da heroína castanha analisada na maioria dos países que forneceram dados variou entre 15% e 30%, embora se tenham registado valores inferiores a 15% em França (12%) e na Áustria (9%) e valores mais elevados no Reino Unido (50%) e na Noruega (35%). A pureza típica da heroína branca era

Preços da heroína em diversos níveis do mercado

A monitorização dos preços da droga é um instrumento importante para compreender os mercados de droga. O OEDT recolhe dados sobre os preços de venda a retalho, normalmente expressos em euros por grama, dose ou comprimido. Com base nestas informações, é possível estimar o preço normalmente pago por um consumidor para obter determinada droga num país europeu. A evolução dos preços ao longo do tempo pode indicar eventuais mudanças na oferta ou na procura de droga. As informações sobre os preços grossistas, isto é, o preço pago pelos traficantes de droga aos grandes distribuidores no mercado onde a droga é consumida, constituem outro indicador útil para se ter uma perspectiva dos lucros obtidos nesse mercado.

Só existem dados comparáveis sobre os preços grossistas e os preços de venda a retalho em 2007 em relação a alguns países (República Checa, Alemanha, Espanha, Roménia e Reino Unido). Entre esses países, registam-se variações do preço de venda por grosso da heroína entre 12,5 euros e 35,8 euros por grama, variando o preço médio de venda a retalho, quando disponível, entre 36 euros e 62,7 euros por grama. Os preços mais baixos, tanto a nível grossista como a nível retalhista, são comunicados pela Roménia e os mais elevados pela Espanha. O rácio entre o preço de venda a retalho e o preço de venda por grosso também varia consideravelmente, entre 1,6 para 1 na República Checa e 2,8 para 1 no Reino Unido. As possíveis diferenças quanto à pureza da droga, entre países e níveis de mercado ou ao longo do tempo, exigem que as comparações sejam feitas com prudência. No entanto, as análises neste domínio podem ser informativas, sobretudo no que respeita às tendências ao longo do tempo, visto poderem indicar a ocorrência de mudanças importantes no mercado.

⁽¹⁰⁶⁾ Ver quadros SZR-7 e SZR-8 no Boletim Estatístico de 2009. Note-se que, quando não existem dados relativos a 2007, são utilizados os dados relativos a 2006 correspondentes para calcular os totais europeus. Esta análise é preliminar, uma vez que os dados de 2007 relativos ao Reino Unido ainda não estão disponíveis.

geralmente mais elevada (30%-50%) nos poucos países europeus que apresentaram dados ⁽¹⁰⁷⁾.

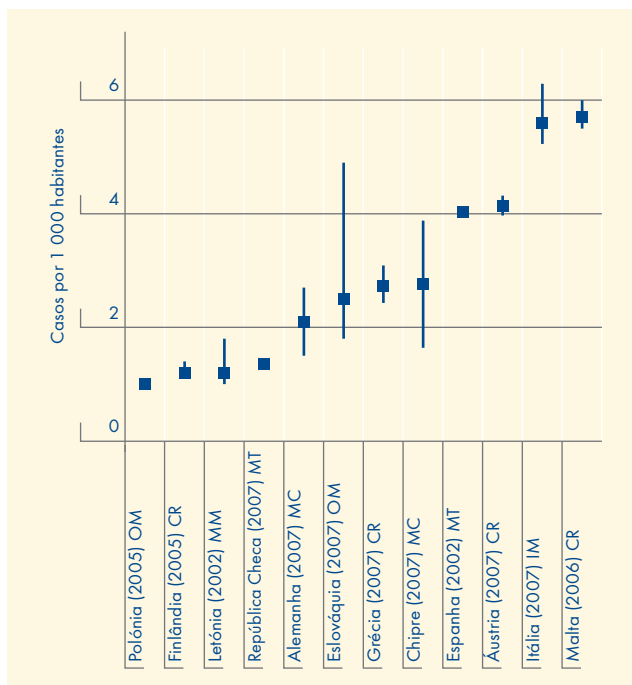
O preço de venda a retalho da heroína castanha continuou a ser mais elevado nos países nórdicos do que no resto da Europa, comunicando a Suécia um preço médio de 119 euros por grama e a Dinamarca de 96 euros. Em dez outros países, o preço de venda a retalho da heroína castanha variou entre 30 euros e 80 euros por grama, enquanto na Turquia o preço médio por grama era de 15 euros. No período de 2002-2007, o preço de venda a retalho da heroína castanha diminuiu em sete dos doze países europeus que comunicaram séries de tendências ao longo do tempo e aumentou em cinco. O preço de venda a retalho da heroína branca é mencionado por poucos países europeus, nos quais variou entre 31 euros e 151 euros por grama.

Estimativas da prevalência do consumo problemático de opiáceos

Os dados apresentados nesta secção são resultantes do indicador do consumo problemático de droga (CPD) do OEDT, que inclui principalmente o consumo de droga injectada e o consumo de opiáceos, embora em alguns países os consumidores de anfetaminas ou de cocaína constituam uma componente importante. Importa notar que muitos países mencionam que a maioria dos «consumidores problemáticos de opiáceos» pode ser descrita como consumidores de múltiplas drogas, entre as quais os opiáceos. Dada a prevalência relativamente baixa e a natureza oculta deste tipo de consumo de droga, é necessário fazer extrapolações estatísticas para obter estimativas da prevalência a partir das fontes de dados disponíveis.

As estimativas da prevalência do consumo problemático de opiáceos nos países europeus, durante o período de 2002-2007, variam aproximadamente entre um e seis casos por 1 000 habitantes entre os 15 e os 64 anos; estima-se que a prevalência global do consumo problemático de droga varia entre menos de três casos e dez casos por 1 000 habitantes. Os países que comunicam as estimativas mais baixas, bem documentadas, do consumo problemático de opiáceos são a República Checa, a Letónia, a Polónia e a Finlândia (se bem que a República Checa e a Finlândia tenham um grande número de consumidores problemáticos de anfetaminas), sendo as estimativas mais elevadas mencionadas por Malta, Itália, Áustria e Espanha (figura 10).

Figura 10: Estimativas da prevalência anual do consumo problemático de opiáceos (casos por 1 000 habitantes entre 15 e 64 anos)



NB: O símbolo indica uma estimativa pontual; uma barra indica um intervalo de incerteza: um intervalo de confiança de 95% ou um intervalo baseado numa análise de sensibilidade. Os grupos-alvo podem variar ligeiramente em função dos diferentes métodos de cálculo e fontes de dados, pelo que as comparações devem ser efectuadas com prudência. Foram usadas faixas etárias não habituais nos estudos da Finlândia (15-54), de Malta (12-64) e da Polónia (todas as idades). As três taxas foram ajustadas à população da faixa etária dos 15 aos 64 anos, partindo do princípio de que o consumo noutras faixas etárias será desprezável. No caso da Alemanha e de Chipre, o intervalo representa os limites mais alto e mais baixo de todas as estimativas existentes, e a estimativa pontual constitui uma média simples dos pontos intermédios. Os métodos de cálculo estão abreviados: CR = captura-recaptura; MT = Multiplicador de tratamento; IM = Indicador variantes múltiplas; MM = Multiplicador de mortalidade; MC = Métodos combinados; OM = Outros métodos. Ver figura PDU-1 (part ii) no Boletim Estatístico de 2009 para informações mais pormenorizadas.

Fontes: Pontos Focais Nacionais da Reitox.

Estima-se que a prevalência média do consumo problemático de opiáceos nos países que forneceram dados se situa entre 3,6 e 4,6 casos por 1 000 habitantes entre os 15 e os 64 anos. Supondo que este valor reflecte a União Europeia no seu conjunto, conclui-se que havia cerca de 1,4 milhões (1,2 a 1,5 milhões) de consumidores problemáticos de opiáceos na UE e na Noruega em 2007 ⁽¹⁰⁸⁾. É possível que os consumidores problemáticos de opiáceos que se encontram presos, sobretudo os que estão a cumprir penas mais longas, estejam sub-representados nesta estimativa.

⁽¹⁰⁷⁾ Ver dados relativos à pureza e ao preço nos quadros PPP-2 e PPP-6 no Boletim Estatístico de 2009.

⁽¹⁰⁸⁾ Esta estimativa foi ajustada de 1,5 para 1,4 milhões com base em novos dados. Devido aos grandes intervalos de confiança e ao facto de a estimativa se basear em dados de anos diferentes, não é possível concluir que a nova estimativa indica uma diminuição da prevalência do consumo problemático de opiáceos na Europa.

Incidência do consumo problemático de opiáceos

É necessário monitorizar a incidência do consumo problemático de droga — número de indivíduos que começam a consumir uma substância num dado ano e que se tornam consumidores problemáticos de droga — para acompanhar as tendências do fenómeno da droga na Europa e poder formular políticas e intervenções adequadas.

O OEDT tem estimulado a investigação no que respeita à estimativa da incidência do consumo problemático de droga e publicou recentemente orientações sobre este tema (Scalia Tomba e outros, 2008). Além disso, lançou um estudo, em colaboração com a Universidade de Zurique, para testar o novo método de «um dia», que utiliza a distribuição do «tempo de latência» (lapso de tempo até ao início do tratamento) numa amostra transversal dos consumidores de heroína tratados. O método aplica uma função que descreve a probabilidade de se estar em tratamento de substituição (Função de Inclusão Geral — General Inclusion Function, GIF), quando nenhuma disposição regulamentar restringe o acesso ao tratamento, tendo em conta o tempo de latência, a mortalidade e as taxas de abandono do consumo de droga. Podem obter-se estimativas a partir dos dados de tratamento relativos a um único dia, enquanto os métodos estabelecidos exigem séries temporais longas, que abranjam no mínimo oito a dez anos.

O estudo foi realizado em seis Estados-Membros da UE (Espanha, Itália, Malta, Países Baixos, Eslováquia e Reino Unido) e indicou que o método GIF permite estimar a incidência do consumo problemático de heroína, mesmo que as séries de dados sobre o tratamento de substituição estejam incompletas. Em pelo menos cinco regiões, as estimativas da incidência permitiram calcular estimativas da prevalência conformes com outras estimativas já existentes (por exemplo, pelo método de captura-recaptura).

O método GIF parece ser fiável e poderá fornecer também, adicionalmente às estimativas da incidência, boas estimativas, a baixo custo, da prevalência do consumo problemático de opiáceos e da cobertura do tratamento de substituição, bem como da evolução destes dois aspectos ao longo do tempo. Entre os trabalhos futuros poderão incluir-se estudos noutros Estados-Membros da UE, análises das diferenças espaciais e análises por género e vias de administração.

Consumidores de opiáceos em tratamento

Os opiáceos, sobretudo a heroína, continuam a ser indicados como as principais drogas de consumo pela maioria das pessoas que procuram tratamento na Europa. Contudo, existem diferenças consideráveis a nível europeu

quanto à percentagem dos consumidores que iniciam o tratamento devido a problemas relacionados com estas drogas, correspondendo os utentes consumidores de opiáceos a mais de 90% das pessoas que iniciam o tratamento na Bulgária e na Eslovénia, entre 50% e 90% em 15 países, e entre 10% e 49% noutros nove ⁽¹⁰⁹⁾. Em termos gerais, das cerca de 325 000 pessoas que iniciaram o tratamento e cuja droga principal de consumo é conhecida, 49% citaram a heroína como droga principal; quando se incluem outros opiáceos, este valor aumenta para 55% destes utentes ⁽¹¹⁰⁾. Em alguns países, tanto a percentagem como o número de pessoas que iniciam o tratamento por consumo de outros opiáceos que não a heroína aumentaram nos últimos anos ⁽¹¹¹⁾.

Muitos consumidores de opiáceos estão inscritos em programas de cuidados prolongados. Este facto reflecte-se numa percentagem mais elevada dos consumidores de opiáceos como droga principal entre os consumidores já em tratamento. Uma análise recente dos dados sobre os utentes do tratamento da toxicod dependência em 14 países concluiu que os consumidores de opiáceos como droga principal correspondiam a 61% dos utentes em tratamento, mas somente a 38% dos utentes que iniciaram o tratamento pela primeira vez ⁽¹¹²⁾. Todos os países que participaram no estudo indicaram que a percentagem de consumidores de opiáceos como droga principal entre os utentes em tratamento há mais de um ano era superior a 50%.

Os utentes que iniciam o tratamento por consumo de opiáceos como droga principal mencionam muitas vezes o consumo de outras drogas. Em 2006, uma análise dos dados de 14 países concluiu que 59% de utentes consumidores de heroína consomem uma droga secundária, principalmente cocaína (28%), *cannabis* (14%) e álcool (7%) ⁽¹¹³⁾.

Tendências do consumo problemático de opiáceos

O reduzido número de estimativas repetidas da incidência e da prevalência do consumo problemático de opiáceos, juntamente com a incerteza estatística que rodeia cada uma das estimativas, contribuem para dificultar a monitorização das tendências ao longo do tempo. Os dados de nove países com estimativas da prevalência repetidas durante o período de 2002-2007 sugerem uma situação relativamente estável. Um aparente aumento observado na Áustria até ao ano de 2005 não foi confirmado nos dados recentes. Noutros países, existem

⁽¹⁰⁹⁾ Ver quadro TDI-5 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2009.

⁽¹¹⁰⁾ Ver quadro TDI-113 no Boletim Estatístico de 2009.

⁽¹¹¹⁾ Ver «Abuso dos opiáceos sujeitos a receita médica», p. 82.

⁽¹¹²⁾ Ver quadro TDI-38 no Boletim Estatístico de 2009.

⁽¹¹³⁾ Ver o tema específico sobre o policonsumo de droga de 2009.

informações que podem indicar alterações recentes. Em Chipre, uma estimativa efectuada em 2007 indica que houve um aumento significativo do consumo problemático de opiáceos, o qual foi associado a um aumento dos cidadãos estrangeiros em tratamento ⁽¹¹⁴⁾. As informações do sistema francês «TREND», que se baseia tanto em dados qualitativos como em dados quantitativos, apontam para a difusão da heroína em novos grupos de consumidores, em que se incluem, de forma preocupante, pessoas socialmente integradas e frequentadores das festas «techno».

Mesmo nos casos em que não existem estimativas adequadas e actualizadas da incidência e da prevalência do consumo problemático de opiáceos, pode ser possível analisar as tendências ao longo do tempo utilizando outros indicadores, sobretudo indirectos, como os dados relativos à procura de tratamento. Com base numa amostra de 19 países, o número global de consumidores de heroína como droga principal que iniciaram o tratamento aumentou no período de 2002 a 2007. Entre 2006 e 2007, esses consumidores aumentaram tanto em número como em percentagem do total dos utentes em oito países. Estes aumentos seguiram-se, muitas vezes, a fortes diminuições ocorridas nos anos anteriores. Além disso, desde 2004 que dez países comunicam aumentos quer do número quer da percentagem de novos utentes que iniciam o tratamento por consumo de heroína como droga principal ⁽¹¹⁵⁾.

Há outros indicadores que confirmam esta análise. Os dados sobre as mortes induzidas pela droga em 2007, as quais estão maioritariamente associadas ao consumo de opiáceos, não dão quaisquer indícios de um regresso à tendência decrescente observada até 2003 (ver capítulo 7). Mais de metade dos países que forneceram informação registaram um crescimento do número de mortes induzidas pela droga entre 2006 e 2007 ⁽¹¹⁶⁾. Do mesmo modo, a diminuição do número de apreensões de heroína realizadas na União Europeia constatada até 2003 já cedeu lugar a um aumento constante. Nos dados mais recentes sobre as infracções à legislação em matéria de droga, também se pode observar um aumento do número de casos relacionados com a heroína.

Os dados disponíveis sugerem uma estabilização da tendência decrescente observada nos indicadores relativos aos opiáceos até 2003. Este facto talvez seja mais evidente a partir de 2003 entre as apreensões e as mortes induzidas pela droga, e após 2004 nos novos

pedidos de tratamento relacionados com o consumo de heroína. Estas alterações ocorreram em simultâneo com o aumento da produção de ópio no Afeganistão, suscitando preocupações de que estes acontecimentos possam estar ligados através de uma maior disponibilidade de heroína no mercado europeu.

Consumo de droga injectada

Prevalência do consumo de droga injectada

Os consumidores de droga injectada correm elevados riscos de sofrer problemas de saúde devido ao consumo de droga, tais como infecções transmitidas por via sanguínea (por exemplo, VIH/sida, hepatite) ou mortes induzidas pela droga. Não obstante a sua importância para a saúde pública, apenas doze países conseguiram fornecer estimativas recentes dos níveis de consumo de droga injectada ⁽¹¹⁷⁾. Melhorar o nível de informação disponível sobre esta população específica continua a ser

Tema específico do OEDT sobre o consumo de droga injectada

O consumo de droga injectada é um dos principais causadores de problemas de saúde pública graves entre os consumidores de droga, incluindo VIH/sida, hepatite C e overdose. Na UE, a prevalência e as tendências do consumo de droga injectada variam entre os Estados-Membros e podem mudar ao longo do tempo. Esta forma de consumo pode coexistir com vias de administração alternativas (por exemplo, fumar a droga) e os consumidores de droga podem alterar a sua via de administração.

O tema específico analisa a situação e as tendências do consumo de droga injectada, bem como as intervenções especificamente dirigidas aos consumidores de droga injectada na Europa. Examina igualmente os possíveis mecanismos subjacentes à diminuição desta forma de consumo em alguns países ou regiões e os motivos por que os níveis ainda se mantêm elevados (ou estão a aumentar) noutras regiões. Também aborda as intervenções e políticas destinadas a reduzir o consumo de droga injectada e as susceptíveis de estimular os consumidores a adoptarem vias de administração menos nocivas.

Este tema específico está disponível em versão impressa e na Internet apenas em inglês (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/injecting-drug-use>) a partir de Dezembro de 2009.

⁽¹¹⁴⁾ Ver quadros PDU-6 (parte ii) e PDU-102 no Boletim Estatístico de 2009 para uma informação completa, incluindo intervalos de confiança.

⁽¹¹⁵⁾ Ver quadro TDI-3 no Boletim Estatístico de 2009.

⁽¹¹⁶⁾ Ver quadro DRD-2 (parte i) no Boletim Estatístico de 2009.

⁽¹¹⁷⁾ Ver figura PDU-2 no Boletim Estatístico de 2009.

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

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

A falta de dados torna difícil extrair conclusões sobre as tendências ao longo do tempo deste tipo de consumo, embora os dados disponíveis indiquem uma situação estável na República Checa, na Grécia, no Reino Unido e na Noruega ⁽¹¹⁸⁾. Foi ainda observado um aumento em Chipre.

Os dados dos inquiridos sobre doenças infecciosas também podem fornecer informações sobre as diferenças nacionais e as alterações ao longo do tempo no consumo de droga injectada. Contudo, as comparações entre países devem ser feitas com cautela devido aos diferentes contextos de recrutamento dos inquiridos. Em três países foram encontradas percentagens relativamente elevadas (acima de 20%) de novos consumidores de droga injectada (que se injectavam há menos de dois anos), o que poderá indicar um nível de recrutamento significativo. Em dez outros países, esta percentagem era inferior a 10% ⁽¹¹⁹⁾. Outro indicador de que novos consumidores estão a iniciar-se, mais recentemente, no consumo de droga injectada é a percentagem de jovens (com menos de 25 anos) encontrados nas amostras. Estes representavam mais de 40% dos consumidores de droga injectada incluídos nas amostras estudadas na República Checa, na Estónia, na Letónia, na Lituânia, na Áustria, na Roménia e na Eslováquia, enquanto noutros onze países a percentagem de consumidores de droga injectada com menos de 25 anos incluídos nas amostras era inferior a 20%.

Consumo de droga injectada entre os consumidores de opiáceos

É frequente os consumidores de opiáceos que iniciam o tratamento dizerem que habitualmente consomem a droga injectada, sendo esta a via de administração utilizada por mais de metade dos utentes consumidores de opiáceos na maioria dos países, entre 25% e 50% em sete países e menos de 25% em cinco países. As percentagens mais baixas de consumidores de opiáceos que se injectavam quando iniciaram o tratamento são mencionadas pela Dinamarca e pelos Países Baixos, e as mais elevadas pela

Abuso dos opiáceos de prescrição médica

Os analgésicos opiáceos são as drogas mais potentes que estão disponíveis para a gestão da dor aguda e da dor crónica. Além disso os opiáceos também são utilizados como droga de substituição na gestão da dependência dos opiáceos. Estas drogas, sujeitas a receita médica, podem ser consumidas de forma abusiva, susceptível de causar efeitos negativos para a saúde como, por exemplo, dependência, *overdose* e danos associados ao consumo por injeção. Os opiáceos de prescrição médica podem entrar no mercado ilegal através do desvio das drogas de substituição do fim a que se destinam. As farmácias virtuais também parecem desempenhar um papel importante no que respeita à disponibilidade de opiáceos de prescrição médica nos Estados Unidos (INCB, 2009a), mas o seu papel na Europa parece ser limitado. Neste continente, o alargamento da prescrição de drogas de substituição aos consumidores dependentes de opiáceos foi acompanhado de crescentes referências ao abuso destas drogas.

Cerca de 5% (17 810) dos utentes que iniciam o tratamento da toxicod dependência na Europa mencionam outros opiáceos que não a heroína como droga principal de consumo. As substâncias mais frequentemente mencionadas são a buprenorfina, que na Finlândia é registada como droga principal em 41% dos pedidos de tratamento e em França em 7%, a metadona, que é responsável por 18,5% dos pedidos de tratamento na Dinamarca, e outros opiáceos de prescrição médica na Letónia, na Áustria e na Suécia, onde representam entre 5% e 15% dos pedidos de tratamento ⁽¹⁾. A República Checa também apresentou uma estimativa de 4 250 consumidores problemáticos de buprenorfina, em 2007, a qual reflectia sobretudo uma mudança das substâncias consumidas pelos consumidores problemáticos de heroína e não um aumento da prevalência global do consumo problemático de opiáceos. O sistema Phar-Mon alemão, que monitoriza uma vasta gama de medicamentos susceptíveis de abuso, também registou um aumento do abuso de opiáceos de prescrição, no qual as drogas de substituição desempenham um papel mais importante do que os analgésicos (Roesner e Küfner, 2007).

O abuso dos opiáceos de prescrição levanta questões importantes a respeito da prevenção do desvio das drogas de substituição e dos analgésicos opiáceos para o mercado ilegal. Simultaneamente, importa garantir que o consumo legítimo destas substâncias não é posto em causa (Cherny e outros, 2006).

⁽¹⁾ Ver quadro TDI-113 no Boletim Estatístico de 2009.

Lituânia, a Letónia e a Roménia ⁽¹²⁰⁾. Os relatórios sobre o tratamento também sugerem que a popularidade desta forma de consumo entre os consumidores de opiáceos pode variar muito dentro de cada país. Por exemplo, nas

⁽¹¹⁸⁾ Ver quadro PDU-6 (parte iii) no Boletim Estatístico de 2009.

⁽¹¹⁹⁾ Ver figura PDU-3 no Boletim Estatístico de 2009.

⁽¹²⁰⁾ Ver quadros PDU-104, TDI-5 e TDI-17 (parte v) no Boletim Estatístico de 2009.

comunidades autónomas de Espanha a percentagem de consumidores de droga injectada entre os novos utentes consumidores de opiáceos varia entre 0,9% e 47,2%.

A percentagem dos consumidores de opiáceos que afirmam injectar a droga quando iniciam o tratamento pela primeira vez (42%) é inferior à de todos os consumidores de opiáceos que iniciam o tratamento (44%). Isto é assim na quase totalidade dos 22 países que forneceram dados. Uma análise dos dados relativos aos consumidores de droga em tratamento concluiu que o consumo de droga injectada entre os consumidores em tratamento permanece elevado, em 62%, embora haja excepções dignas de nota, como os Países Baixos, com um valor de 6,1% ⁽¹²¹⁾.

A percentagem de consumidores de droga injectada entre os consumidores de heroína que iniciaram o tratamento continuou a diminuir em 2007. Esta tendência é agora evidente em alguns países onde não tinha sido anteriormente observada (por exemplo, República Checa, Alemanha). Entre 2002 e 2007, a percentagem de consumidores de droga injectada entre os utentes que consomem opiáceos como droga principal diminuiu na maioria dos países, tendo 13 países registado diminuições estatisticamente significativas. Dois países, porém, comunicam um aumento durante este período (Bulgária e Eslováquia) ⁽¹²²⁾.

Outros estudos confirmam, de um modo geral, a tendência decrescente do consumo de droga injectada entre os consumidores de opiáceos. Em França, por exemplo, desde 2001 que se observa uma diminuição da prevalência do consumo de droga injectada nos dados relativos ao tratamento e vários estudos revelam que, no início, as pessoas tendem cada vez mais a aspirar a heroína e o consumo desta droga por injeção parece ocorrer numa fase mais tardia do que acontecia no passado.

Tratamento do consumo problemático de opiáceos

A média de idades dos utentes que iniciam o tratamento em regime ambulatorio por consumo de opiáceos como droga principal é de 33 anos e quase todos os países mencionaram um aumento desde 2003 ⁽¹²³⁾. Os utentes do sexo feminino, os consumidores de opiáceos que iniciam o tratamento pela primeira vez e os dos Estados-Membros que aderiram à União Europeia desde 2004 são, em média, mais jovens do que os seus homólogos.

Co-morbilidade: consumo de droga e doenças mentais

A co-morbilidade é a co-ocorrência, muitas vezes não reconhecida, de problemas de consumo de droga com patologias psiquiátricas no mesmo indivíduo. Alguns estudos identificaram quer uma prevalência elevada de problemas psiquiátricos entre os utentes do tratamento da toxicod dependência, quer uma prevalência elevada de problemas de droga entre os doentes dos serviços psiquiátricos (OEDT, 2005).

As doenças mentais mais frequentemente registadas entre os consumidores de droga europeus são a depressão, a ansiedade, a esquizofrenia, perturbações da personalidade, défice de atenção e hiperactividade. O tratamento específico dos consumidores de droga com co-morbilidade continua a ser limitado na Europa. Os peritos nacionais referem a existência de programas específicos em 18 países, mas em 14 eles só estão ao dispor de uma minoria dos utentes que deles necessitam. Em sete outros países, não há programas específicos, mas cinco tencionam desenvolvê-los nos próximos três anos.

Foi recentemente realizado um estudo prospectivo europeu em vários centros (Isadora) envolvendo doentes com problemas psiquiátricos agudos e um duplo diagnóstico ⁽¹⁾. As suas conclusões destacam a dificuldade de efectuar análises comparativas neste domínio, sublinhando a necessidade de uma abordagem mais harmonizada em matéria de diagnóstico, tratamento e estudo da co-morbilidade na Europa (Baldacchino e outros, 2009).

⁽¹⁾ <http://isadora.advsh.net/>

As mulheres consumidoras de droga são identificadas como um grupo particularmente vulnerável. Globalmente, o rácio entre homens e mulheres observado nos utentes consumidores de opiáceos é de 3,5 para 1, embora as mulheres constituam uma percentagem mais elevada destes utentes nos países nórdicos (por exemplo, Suécia e Finlândia) e uma percentagem mais baixa nos países do sul (por exemplo, Grécia, Itália e Portugal) ⁽¹²⁴⁾.

Os consumidores de opiáceos que iniciam o tratamento mencionam taxas de desemprego mais elevadas e menores níveis de sucesso escolar do que os restantes utentes (ver capítulo 2). Esta população regista níveis elevados de patologias psiquiátricas: por exemplo, um estudo italiano concluiu que a maioria (72%) dos utentes do tratamento da toxicod dependência com uma morbilidade psiquiátrica concomitante consumiam opiáceos como droga principal ⁽¹²⁵⁾.

⁽¹²¹⁾ Ver quadros TDI-17 (parte v) e TDI-38 no Boletim Estatístico de 2009.

⁽¹²²⁾ Ver quadros TDI-4 e TDI-5 nos Boletins Estatísticos de 2006 e 2009.

⁽¹²³⁾ Ver quadros TDI-10, TDI-32 e TDI-103 no Boletim Estatístico de 2009.

⁽¹²⁴⁾ Ver quadros TDI-5 e TDI-21 no Boletim Estatístico de 2009.

⁽¹²⁵⁾ Ver também «Co-morbilidade: consumo de droga e doenças mentais».

Quase todos os consumidores de opiáceos que iniciam o tratamento dizem ter começado a consumir antes dos 30 anos de idade e cerca de metade antes dos 20 anos. Regista-se um intervalo médio de cerca de oito anos entre o primeiro consumo de opiáceos e o primeiro contacto com o tratamento da toxicod dependência ⁽¹²⁶⁾.

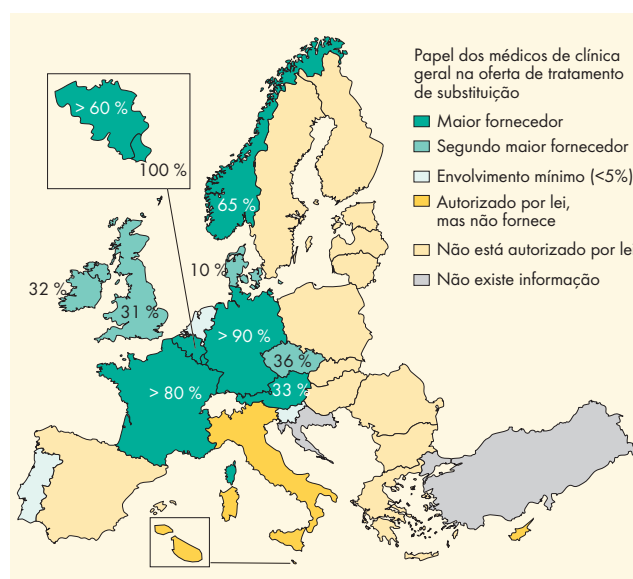
Oferta e cobertura do tratamento

O tratamento dos consumidores de opiáceos é realizado na maioria das vezes em regime ambulatorio, incluindo centros especializados, médicos de clínica geral e serviços de porta aberta (ver capítulo 2). Em alguns países, os centros de internamento também constituem uma componente importante do sistema de tratamento da toxicod dependência, nomeadamente na Bulgária, na Grécia, na Finlândia e na Suécia ⁽¹²⁷⁾. A gama de opções disponíveis na Europa para o tratamento da dependência de opiáceos é vasta e cada vez mais diferenciada, embora varie geograficamente em termos de acessibilidade e cobertura. O tratamento sem drogas e o tratamento de substituição estão disponíveis em todos os Estados-Membros da UE, na Croácia e na Noruega. Na Turquia, a futura utilização do tratamento de substituição está actualmente a ser estudada.

O tratamento sem drogas é uma abordagem terapêutica que normalmente exige aos utentes que se abstenham de todas as substâncias, incluindo medicamentos de substituição. Os pacientes participam em actividades diárias e recebem um apoio psicológico intensivo. Embora o tratamento sem drogas possa ter lugar tanto em regime ambulatorio como em regime de internamento, o tipo de tratamento mais mencionado pelos Estados-Membros são os programas residenciais que aplicam os princípios das comunidades terapêuticas ou o modelo Minnesota.

O tratamento de substituição, geralmente integrado nos cuidados psicossociais, é normalmente oferecido em centros especializados de tratamento em regime ambulatorio. Treze países comunicam que o tratamento de substituição também é prestado por médicos de clínica geral, normalmente convencionados pelos centros de tratamento especializados (ver figura 11). Na República Checa, em França, nos Países Baixos, em Portugal, no Reino Unido e na Croácia, qualquer médico de clínica geral pode administrar o tratamento de substituição, ao passo que na Bélgica, na Dinamarca, na Alemanha, na Irlanda, no Luxemburgo, na Áustria e na Noruega, só os profissionais especificamente formados ou acreditados têm competência para o fazer. Vários países comunicam que, em virtude de melhorar a cobertura geográfica,

Figura 11: Oferta de tratamento de substituição dos opiáceos por médicos de clínica geral nos seus consultórios



NB: A percentagem de utentes do tratamento de substituição que recebem o seu tratamento de médicos de clínica geral na comunidade encontra-se indicada no mapa.

Fontes: Pontos Focais Nacionais da Reitox.

reduzir os tempos de espera e facilitar o acesso ao tratamento, o envolvimento dos médicos de clínica geral contribuiu para aumentar a disponibilidade e a cobertura do tratamento de substituição (República Checa, Alemanha, França, Áustria e Reino Unido).

Segundo as estimativas dos peritos, a disponibilidade do tratamento de substituição de opiáceos é relativamente elevada em 16 países, onde chega a pelo menos metade dos consumidores de opiáceos (ver capítulo 2). Nesses países, o tratamento sem drogas é o escolhido por 10% a 25% dos consumidores de opiáceos. Noutros dez países (Estónia, Grécia, Letónia, Lituânia, Hungria, Polónia, Roménia, Eslováquia, Finlândia e Noruega), estima-se que o tratamento de substituição só está disponível para uma minoria dos consumidores de opiáceos. Esta situação pode dever-se ao facto de o tratamento sem drogas ser o de primeira escolha, sobretudo no caso dos utentes mais jovens ou que iniciam o tratamento pela primeira vez, ou a dificuldades de acesso ao tratamento de substituição. Na Grécia, por exemplo, o tempo de espera para o tratamento de substituição de opiáceos é, em média, superior a três anos.

A oferta de cuidados psicossociais é considerada essencial para garantir a eficácia do tratamento de substituição. Segundo as estimativas dos peritos, estes cuidados são prestados a quase todos os utentes do

⁽¹²⁶⁾ Ver quadros TDI-11, TDI-33, TDI-107 e TDI-109 no Boletim Estatístico de 2009.

⁽¹²⁷⁾ Ver quadro TDI-24 no Boletim Estatístico de 2009.

tratamento de substituição em sete países (Grécia, Itália, Letónia, Portugal, Roménia, Eslováquia e Reino Unido) e a maioria desses utentes noutros 14 países. Em quatro (Estónia, Luxemburgo, Hungria e Países Baixos), estima-se que só seja oferecido a uma minoria dos utentes do tratamento de substituição.

Estima-se que o número total de utentes a receber tratamento de substituição na UE, Croácia e Noruega rondava os 650 000 em 2007, tendo registado um aumento em relação aos 560 000 existentes em 2005 e aos 500 000 existentes em 2003. Os dados disponíveis sugerem que houve um aumento em todos os países excepto em Espanha, onde o número de pessoas em tratamento de substituição tem vindo a diminuir desde 2002, e em França, Luxemburgo, Hungria e Países Baixos, onde se registam pequenas diminuições ou uma estabilização. Entre os países que alargaram a sua oferta de tratamento de substituição, a maiores taxas de crescimento verificaram-se na Estónia, onde o número de utentes aumentou, em cinco anos, de 60 para mais de 1 000, e na Bulgária, onde o número de locais de tratamento aumentou de 380 para quase 3 000, entre 2003 e 2007. O número de utentes do tratamento de substituição também aumentou para mais do dobro, durante este período, na República Checa, na Letónia, na Finlândia e na Noruega, enquanto a Grécia, a Polónia, Portugal, a Roménia e a Suécia comunicam aumentos superiores a 40%.

Uma comparação simples do número estimado de consumidores problemáticos de opiáceos com os tratamentos oferecidos sugere que mais de 40% poderiam estar a receber tratamento de substituição. No entanto, ambos os conjuntos de dados ainda são pouco precisos e esta estimativa deve ser encarada com prudência. É difícil fazer comparações pelo mesmo motivo, embora os dados disponíveis indiquem que a percentagem de consumidores problemáticos de opiáceos que recebem tratamento de substituição difere consideravelmente entre os países, variando as taxas estimadas entre 5% e mais de 50% ⁽¹²⁸⁾.

Na Europa, a maioria dos utentes do tratamento de substituição recebe metadona (70%), mas o número de países onde é a única substância receitada está a diminuir, encontrando-se a buprenorfina presentemente disponível em todos os Estados-Membros da UE excepto quatro (Bulgária, Espanha, Hungria e Polónia). Na República Checa, em França, na Letónia e na Suécia, é receitada buprenorfina a mais de 50% dos utentes em tratamento de substituição. Entre as opções adicionais contam-se a morfina de libertação lenta (Bulgária, Áustria e Eslovénia) e a codeína (Alemanha, Áustria e Chipre). Em 2006, foi aprovada uma nova combinação de

buprenorfina-naloxona para introdução no mercado da UE e, desde então, já foi introduzida em onze países, segundo as informações existentes. Seis países europeus também oferecem tratamento assistido com heroína aos consumidores que não retiram benefícios suficientes dos outros tratamentos.

Eficácia, qualidade e normas de tratamento

As análises dos ensaios controlados aleatoriamente e dos estudos de observação concluem que o tratamento de substituição com metadona ou com buprenorfina pode ser eficaz na gestão da dependência de opiáceos. Em termos gerais, este tipo de tratamento tem sido associado a vários resultados positivos, nomeadamente: permanência no tratamento, redução do consumo de opiáceos ilegais e do consumo de droga injectada, redução da mortalidade e do comportamento criminal, estabilização e melhoria das condições de saúde e sociais dos consumidores crónicos de heroína. Além disso, alguns ensaios recentes controlados aleatoriamente concluíram que o tratamento assistido com heroína é eficaz na redução do consumo de drogas ilegais, na melhoria da saúde física e mental e na redução do comportamento criminal entre utentes considerados resistentes ao tratamento ou que não obtiveram resultados com outras modalidades de tratamento.

As intervenções psicossociais e psicoterapêuticas, combinadas com a farmacoterapia, também demonstraram eficácia nos estudos sobre os resultados dos tratamentos (Schulte e outros, 2008). Estas abordagens visam aumentar a motivação para o tratamento, evitar as recaídas e reduzir os danos. Além disso, podem fornecer conselhos e apoio prático aos utentes que têm de resolver os problemas de habitação, de emprego e familiares em paralelo com o tratamento da dependência dos opiáceos.

A OMS (2009) formulou recentemente um conjunto de requisitos mínimos e orientações internacionais para o tratamento farmacológico psicossocialmente assistido das pessoas dependentes de opiáceos. Este documento dá resposta a uma resolução do Conselho Económico e Social das Nações Unidas (ECOSOC) e baseia-se em análises sistemáticas da literatura científica e em consultas a uma série de peritos ilustres de diversas regiões do mundo. A maior parte dos países europeus também elaborou orientações para o tratamento de substituição (ver capítulo 2).

⁽¹²⁸⁾ Ver figura HSR-1 no Boletim Estatístico de 2009.



Capítulo 7

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

Doenças infecto-contagiosas relacionadas com o consumo de droga

Doenças infecto-contagiosas como o VIH e as hepatites B e C figuram entre as consequências mais graves do consumo de droga para a saúde. Mesmo nos países onde a prevalência do VIH nos consumidores de droga injectada é baixa, outras doenças infecciosas, incluindo as hepatites A, B e C, as doenças transmissíveis sexualmente, a tuberculose, o tétano, o botulismo e o vírus linfotrópico de células T humanas podem afectar os consumidores de droga de uma forma desproporcionada. O OEDT monitoriza sistematicamente o VIH e a hepatite B e C entre os consumidores de droga injectada (prevalência de anticorpos ou de outros marcadores específicos, no caso da hepatite B) ⁽¹²⁹⁾.

VIH e sida

Em finais de 2007, a incidência da infecção pelo VIH diagnosticada entre os consumidores de droga injectada parece ter-se mantido baixa na maioria dos países da União Europeia e a situação geral da UE afigura-se relativamente positiva num contexto mundial. Esta situação poderá decorrer, pelo menos em parte, da maior disponibilidade de medidas de prevenção, tratamento e redução dos danos, incluindo o tratamento de substituição e os programas de troca de agulhas e seringas. Outros factores, como a diminuição do consumo de droga injectada que se tem registado em alguns países, também poderão ter desempenhado um papel importante. No entanto, em algumas regiões da Europa, os dados sugerem que a transmissão do VIH ligada ao consumo de droga injectada manteve taxas relativamente elevadas em 2007, o que realça a necessidade de garantir a cobertura e a eficácia das práticas de prevenção locais.

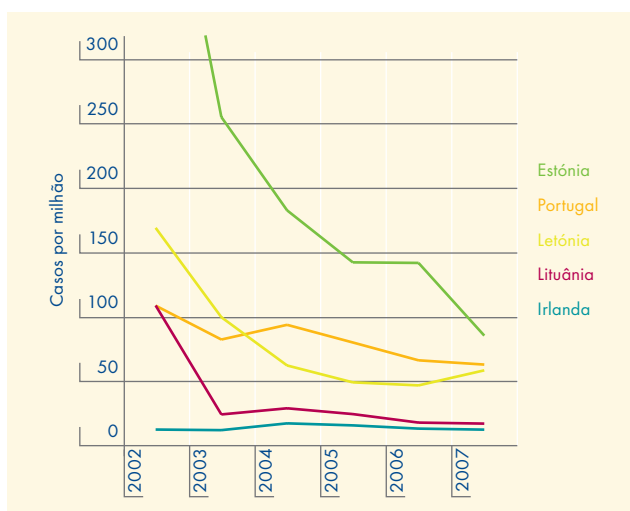
Tendências da infecção por VIH

Os dados sobre casos recentemente diagnosticados relacionados com o consumo de droga injectada em 2007 sugerem que, de um modo geral, os índices de

infecção continuam a diminuir na União Europeia, após o pico registado em 2001-2002 e que se deveu aos surtos ocorridos na Estónia, na Letónia e na Lituânia ⁽¹³⁰⁾. Em 2007, o índice global de novas infecções diagnosticadas entre os consumidores de droga injectada dos 24 Estados-Membros da UE em relação aos quais existem dados nacionais era de 4,7 casos por milhão de habitantes, tendo diminuído ligeiramente de 5 casos em 2006 ⁽¹³¹⁾. Dos três países que referem os maiores índices de casos de infecção recentemente diagnosticados, Portugal e a Estónia mantiveram as suas tendências decrescentes, embora no caso de Portugal esta tendência pareça estar a estabilizar. Em contrapartida, na Letónia registou-se um aumento de 47,1 casos por milhão de habitantes em 2006 para 58,7 casos por milhão de habitantes em 2007 (figura 12).

Globalmente, não se observaram grandes aumentos do número de novos casos de infecção pelo VIH entre 2002

Figura 12: Tendências em cinco Estados-Membros da UE com elevados índices de novos casos de infecção por VIH notificados entre os consumidores de droga injectada



NB: No caso da Estónia, o valor relativo a 2002 é extra-escala (516 casos por milhão). Para mais informações, ver quadro INF-104 no Boletim Estatístico de 2009.

Fontes: ECDC e OMS Europa.

⁽¹²⁹⁾ Ver informações pormenorizadas sobre os métodos e as definições no Boletim Estatístico de 2009.

⁽¹³⁰⁾ Ver quadro INF-104 no Boletim Estatístico de 2009.

⁽¹³¹⁾ Não há dados nacionais disponíveis da Espanha, da Itália e da Áustria.

e 2007, e os índices comunicados mantêm-se baixos. Contudo, na Bulgária e na Suécia, o índice de novos casos de infecção diagnosticados acelerou-se — de 0,3 novos casos por milhão de habitantes em 2002 para 5,6 casos em 2007, na Bulgária, e de 3,5 novos casos por milhão de habitantes em 2002 para um pico de 6,7 casos em 2007, na Suécia, antes de regressar aos níveis anteriores em 2008 — o que indica a possibilidade de continuar a haver surtos de VIH entre os consumidores de droga injectada.

Os dados relativos às tendências provenientes da monitorização da prevalência do VIH nas amostras de consumidores de droga injectada são um complemento importante para os dados obtidos a partir da notificação dos casos de VIH. Há dados disponíveis sobre a prevalência no período de 2002-2007 em relação a 25 países ⁽¹³²⁾. Em 11 deles, a prevalência do VIH manteve-se inalterada durante este período. Em seis (Bulgária, Alemanha, Espanha, Itália, Letónia e Portugal) revelou diminuições estatisticamente significativas, todas elas baseadas em amostras nacionais. Porém, em dois deles, foram registados aumentos regionais da prevalência: numa cidade da Bulgária, Sófia, e em três das 21 regiões italianas. Noutros dois países (Lituânia e Polónia) a prevalência do VIH mostrou aumentos estatisticamente importantes, ambos com base em amostras nacionais.

A comparação das tendências dos casos de infecção recentemente diagnosticados relacionados com o consumo de droga injectada com as tendências da prevalência do VIH entre os consumidores de droga injectada sugere que a incidência da infecção por VIH associada ao consumo de droga injectada está a diminuir, na maioria dos países, ao nível nacional.

Contudo, o elevado índice anual de novos casos de VIH diagnosticados relacionados com o consumo de droga injectada na Estónia, na Letónia e em Portugal sugere uma persistência de altos níveis de transmissão nestes países, apesar de esses índices estarem presentemente a diminuir na Estónia e em Portugal. No caso da Estónia, a transmissão recente é confirmada pelos dados de prevalência relativos a 2005, os quais indicam que cerca de um terço dos novos consumidores de droga injectada (aqueles que se injectam há menos de dois anos) tinha anticorpos de VIH. Outros indícios da continuação da transmissão de VIH são dados pelas informações de elevados níveis de prevalência, superiores a 5%, entre os jovens consumidores de droga injectada (amostras de 50 ou mais consumidores de droga injectada com menos de 25 anos) em vários países: Espanha (dados nacionais, 2006), França (cinco cidades, 2006), Estónia (duas

regiões, 2005), Lituânia (uma cidade, 2006) e Polónia (uma cidade, 2005) ⁽¹³³⁾.

Incidência da sida e acesso à HAART

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

A Estónia é o país com maior incidência de sida relacionada com o consumo de droga injectada,

VIH entre os consumidores de droga injectada na União Europeia e nos países vizinhos: tendências crescentes no Leste

A epidemia de VIH entre os consumidores de droga injectada continua a evoluir de forma diversificada no continente europeu. Nos Estados-Membros da União Europeia, os índices de novos casos diagnosticados e notificados de infecção por VIH entre os consumidores de droga injectada mantêm níveis maioritariamente estáveis e baixos, ou estão a diminuir. Contudo, em muitas das antigas repúblicas soviéticas, esses índices aumentaram em 2007 (Wiessing e outros, 2008b), o que indica uma possível insuficiência das medidas de prevenção existentes e a necessidade de as reforçar.

Nos últimos anos, observaram-se novos aumentos nos países da Europa Oriental onde se tinham verificado decréscimos após o ponto alto atingido em 2001 (Rússia e Bielorrússia). Em 2007, os índices de novos casos diagnosticados e notificados de infecção por VIH entre os consumidores de droga injectada variaram entre zero, no Turquemenistão, e 80 casos por milhão de habitantes, no Cazaquistão, e 152 casos por milhão de habitantes, na Ucrânia. O valor mais recente relativo à Rússia é de 78 casos por milhão em 2006.

Em termos absolutos, a Ucrânia comunica o maior número de novos casos notificados de VIH entre os consumidores de droga injectada em 2007 (7 087 casos), seguida pelo Usbequistão (1 816 casos) e pelo Cazaquistão (1 246 casos), tendo a Rússia comunicado 11 161 casos em 2006. Os casos notificados em várias outras antigas repúblicas soviéticas com números e índices globalmente mais baixos revelam uma tendência crescente, indicando que pode estar a ocorrer uma epidemia entre os consumidores de droga injectada. Entre estes países figuram o Azerbaijão, a Bielorrússia, a Geórgia, o Quirguizistão, a Moldávia e o Tajiquistão.

⁽¹³²⁾ Ver quadro INF-108 no Boletim Estatístico de 2009.

⁽¹³³⁾ Ver quadros INF-109 e INF-110 no Boletim Estatístico de 2009.

estimando-se que teve 33,5 casos novos por milhão de habitantes em 2007, o que constitui um aumento em relação aos 17,1 casos novos por milhão de habitantes registados em 2006. Também são referidos níveis relativamente elevados de incidência de sida na Letónia, em Espanha, em Portugal e na Lituânia: 13,2, 8,8, 8,6 e 6,2 casos novos por milhão de habitantes, respectivamente. Nestes quatro países, a tendência é decrescente em Espanha, na Letónia e em Portugal, mas não na Lituânia ⁽¹³⁴⁾.

Hepatites B e C

Embora apenas se encontrem níveis elevados de prevalência da infecção por VIH em alguns Estados-Membros da UE, a hepatite viral e, em especial, a infecção causada pelo vírus da hepatite C (VHC), tem

Prevalência da hepatite C como possível indicador de risco de VIH relacionado com o consumo de droga injectada

Um grupo de especialistas em modelização e epidemiologistas, reunido pelo OEDT, examinou as possibilidades de utilização das informações sobre a prevalência do vírus da hepatite C (VHC) entre os consumidores de droga injectada como indicador do risco de transmissão do VIH. O VHC é transmitido através da partilha de seringas e agulhas, à semelhança do VIH. Sendo o VHC muito mais infeccioso, pode revelar o nível global dos comportamentos de risco, incluindo a partilha de seringas e do equipamento de injeção e a mudança de parceiros de consumo, nas populações de consumidores de droga injectada onde o VIH ainda não se propagou.

Uma análise em paralelo dos dados de prevalência do VHC e do VIH revelou que, uma prevalência do VHC entre os consumidores de droga injectada até cerca de 30% (intervalo de confiança de 95%, 21%-38%) está associada a uma prevalência do VIH igual a zero ou muito baixa. A níveis mais elevados da prevalência do VHC, constatou-se uma relação linear entre a prevalência dos dois vírus, indicando os dados das séries temporais que a prevalência do VIH observada aumenta a cerca de metade da taxa de prevalência do VHC.

Estes resultados sugerem que a prevalência do VHC pode ser utilizada para ajudar a desenvolver intervenções específicas de prevenção e redução dos riscos entre os consumidores de droga injectada. Além disso, também poderá ser usada para avaliar o risco de surto de VIH em países onde a prevalência deste vírus entre os consumidores de droga injectada ainda é baixa.

Fonte: Vickerman e outros (apresentado).

uma prevalência maior entre os consumidores de droga injectada de toda a Europa. Os níveis de anticorpos de VHC entre as amostras nacionais destes consumidores em 2006-2007 variam entre cerca de 18% e 95%, referindo metade dos países níveis superiores a 40%. Três países (Bulgária, República Checa e Eslovénia) comunicam uma prevalência inferior a 25% nas amostras nacionais de consumidores de droga injectada ⁽¹³⁵⁾; embora os índices de infecção a este nível continuem a constituir um importante problema de saúde pública.

Os níveis de prevalência do VHC podem variar consideravelmente dentro de cada país, reflectindo quer diferenças regionais quer as características da população representada nas amostras. Por exemplo, no Reino Unido, há estudos locais que referem níveis entre 29% e 60%, ao passo que em Itália as diversas estimativas regionais variam entre cerca de 36% e 92%.

Estudos recentes (2006-2007) revelam uma grande variação dos níveis de prevalência entre os consumidores de droga injectada com menos de 25 anos e os que se injectam há menos de dois anos, o que indica diferentes níveis de incidência do VHC nessas populações a nível europeu ⁽¹³⁶⁾. No entanto, estes estudos também sugerem que muitos consumidores de droga injectada contraem o vírus pouco depois de começarem a injectar-se e que, por isso, o lapso de tempo para introduzir medidas de prevenção do VHC eficazes é muito curto.

A prevalência de anticorpos do vírus da hepatite B (HBV) também varia muito, em parte, possivelmente, devido a diferenças nos níveis de vacinação, embora outros factores possam ter influência. O mais completo conjunto de dados disponível refere-se ao anticorpo para o principal antigénio da hepatite B (anti-HBc), que indica um historial de infecção. Em 2006-2007, três dos dez países que forneceram dados sobre os consumidores de droga injectada mencionaram níveis de prevalência do anti-HBc superiores a 40% ⁽¹³⁷⁾.

As tendências ao longo do tempo nos casos notificados de hepatite B e C mostram panoramas diferentes, mas estes são difíceis de interpretar. No entanto, a percentagem de consumidores de droga injectada entre todos os casos notificados em que os factores de riscos são conhecidos pode lançar alguma luz sobre a epidemiologia destas infecções (Wiessing e outros, 2008a). No caso da hepatite B, a percentagem de consumidores de droga injectada diminuiu entre 2002 e 2007 em quatro de 17 países. No caso da hepatite C, a percentagem de consumidores de droga injectada entre

⁽¹³⁴⁾ Ver figura INF-1 no Boletim Estatístico de 2009.

⁽¹³⁵⁾ Ver quadros INF-111 to INF-113 no Boletim Estatístico de 2009.

⁽¹³⁶⁾ Ver figura INF-6 (parte ii) e (parte iii) no Boletim Estatístico de 2009.

⁽¹³⁷⁾ Ver quadro INF-115 no Boletim Estatístico de 2009.

os casos notificados diminuiu em sete países, entre 2002 e 2007, e aumentou em quatro outros países (República Checa, Luxemburgo, Malta e Reino Unido) ⁽¹³⁸⁾.

Prevenção e resposta às doenças infecto-contagiosas

Dezassete Estados-Membros da UE e a Turquia informam que a prevenção das doenças infecto-contagiosas entre os consumidores de droga faz parte da sua estratégia nacional de luta contra a droga e seis outros países comunicam que ela é objecto de uma estratégia específica. Dez destes 23 países também mencionam a existência de estratégias para prevenir as doenças infecto-contagiosas a nível local ou regional.

Os Estados-Membros da UE utilizam uma combinação de várias abordagens para responder à propagação das doenças infecto-contagiosas entre os consumidores de droga, nomeadamente: tratamento da toxicod dependência, fornecimento de equipamento de injeção esterilizado e actividades baseadas na comunidade, que oferecem informação, educação, análises e intervenções comportamentais, muitas vezes através de serviços de proximidade ou de porta aberta. Peritos de 27 países apresentaram relatórios sobre o nível de prioridade conferido a intervenções seleccionadas para prevenir as doenças infecto-contagiosas entre os consumidores de droga ⁽¹³⁹⁾. O acesso a equipamento de injeção esterilizado através de programas de troca de agulhas e seringas é considerado prioritário por 23 países, a realização de análises e o aconselhamento sobre as doenças infecto-contagiosas por 16 e a divulgação de materiais de informação, educação e comunicação por 14.

O acesso a seringas esterilizadas é a prioridade mais frequentemente referida, como concluiu um exercício semelhante realizado em 2005. Um maior número de países menciona agora o aconselhamento sobre as doenças infecto-contagiosas e a realização de análises para a sua despistagem, bem como os programas de imunização contra a hepatite, como sendo prioritários.

Intervenções

Os estudos efectuados demonstram que um tratamento persistente está associado a reduções do consumo de droga injectada e dos comportamentos de risco conexos e, conseqüentemente, à protecção contra a infecção pelo VIH. Na maioria dos países europeus, a redução dos danos e a oferta de serviços de tratamento aumentaram consideravelmente desde meados da década de 1990

Tratamento dos consumidores de droga injectada com hepatite crónica C

Até 30% dos doentes com hepatite crónica C não tratada desenvolverão uma cirrose dentro de 30 anos e os custos da gestão de uma doença hepática terminal são consideráveis (Jager e outros, 2004). Para reduzir os encargos com a hepatite C na Europa, é essencial promover e alargar o acesso ao tratamento para o maior grupo de doentes: os portadores crónicos do vírus que continuam a consumir droga injectada.

Os actuais tratamentos da hepatite crónica C — uma terapêutica combinada de interferon e ribavirina de acção prolongada por períodos de seis a 12 meses — são eficazes em mais de 50% dos doentes, obtendo uma resposta virológica sustentada. Embora o número de estudos a longo prazo continue a ser limitado, a investigação disponível demonstrou que o tratamento antiviral dos consumidores de droga injectada produz bons resultados (e.g. Moussalli e outros, 2007). A boa relação custo-eficácia do tratamento da hepatite C nas prisões (Sutton e outros, 2008) e a segurança e a eficácia do tratamento no caso dos consumidores de droga com patologias psiquiátricas co-mórbidas foram igualmente demonstradas (Loftis e outros, 2006).

Contudo, os consumidores de droga continuam a ter um acesso limitado ao tratamento da hepatite C. Este facto deve-se, entre outras razões, a uma capacidade de tratamento insuficiente, à falta de informações sobre as opções de tratamento, ou à baixa prioridade atribuída aos consumidores de droga. Nos últimos anos, vários países da UE, incluindo a Dinamarca, a Alemanha, a França, os Países Baixos e o Reino Unido, reviram as suas políticas, a fim de alargar o acesso às análises e ao tratamento para os portadores do vírus da hepatite crónica C que continuam a consumir droga injectada.

A terapêutica da hepatite C no contexto da toxicod dependência é, por vezes, difícil, mas pode melhorar com uma gestão clínica cuidadosamente planeada e organizada e com a cooperação dos doentes, após um consentimento informado. As equipas multidisciplinares, capazes de gerir a toxicod dependência, o tratamento hepático e os problemas mentais co-mórbidos, melhoram os resultados do tratamento (Grebely e outros, 2007).

(Hedrich e outros, 2008b). O tratamento de substituição de opiáceos está disponível em todos os Estados-Membros da UE, na Croácia e na Noruega, mas em vários países a oferta desta intervenção continua a ser limitada (ver capítulos 2 e 6).

Os peritos nacionais estimam que, no último ano, quase todos os consumidores problemáticos de droga receberam aconselhamento individual sobre as doenças infecto-contagiosas, em 17 países ⁽¹⁴⁰⁾. O mesmo aconteceu, em

⁽¹³⁸⁾ Ver quadros INF-105 e INF-106 no Boletim Estatístico de 2009.

⁽¹³⁹⁾ Ver quadro HSR-6 no Boletim Estatístico de 2009.

⁽¹⁴⁰⁾ Peritos de 26 países da UE, da Turquia e da Noruega classificaram o nível de oferta de intervenções seleccionadas para os consumidores de droga.

12 países, no que respeita às análises de despistagem do VHC, e peritos de onze países estimaram que a maioria dos consumidores problemáticos de droga recebeu conselhos práticos e formação sobre um consumo e práticas de injeção mais seguros durante o último ano. A vacinação contra a hepatite B está integrada nos programas de imunização de rotina em 21 dos 28 países que fornecem dados e em 17 países também existem programas de vacinação específicos para os consumidores de droga que vivem na comunidade. Dezassete países também referem actividades de educação sanitária destinadas aos consumidores de droga, as quais envolvem educadores de pares.

Existem programas de troca de agulhas e seringas em todos os Estados-Membros da UE, na Croácia e na Noruega. Contudo, o programa existente em Chipre, quase não foi utilizado em 2007. Estima-se que em 15 países a maioria dos consumidores de droga injectada recebeu seringas pelo menos uma vez, através de um programa desse tipo, nos últimos doze meses. Em 11 países, os consumidores de droga injectada que receberam seringas durante o mesmo período constituem uma minoria, não obstante nove destes países considerarem que o acesso a equipamento de injeção esterilizado é uma medida prioritária para evitar a propagação de doenças infecto-contagiosas.

O número de seringas distribuídas pelos programas de troca de agulhas e seringas aumentou entre 2005 e 2007, em 18 dos 26 países que têm dados disponíveis. O número de seringas distribuídas anualmente por utente é muito variável, indo, por exemplo, desde cerca de 50 seringas por utente destes programas na Croácia e na Lituânia, até 200 na Finlândia e 300 na Roménia, em 2007 ⁽¹⁴¹⁾.

O número total de seringas distribuídas em 2007 registou um aumento de 33% em relação a 2003, nos 14 países que dispõem de dados ou estimativas fiáveis. Ao longo deste período, a Bélgica, a Bulgária, a República Checa, a Estónia, a Hungria, a Áustria, a Eslováquia e a Finlândia comunicaram um crescimento contínuo dessa distribuição. O número de seringas fornecidas na Letónia não se alterou, ao mesmo tempo que se registava uma diminuição em Espanha, na Lituânia, no Luxemburgo, em Portugal e na Polónia.

Os dados fornecidos por 15 países mostram que, em 2007, mais de 125 000 pessoas acederam a agências com programas de troca de agulhas e seringas ⁽¹⁴²⁾. Não estão, todavia, disponíveis informações sobre o acesso dos utentes em quatro dos maiores Estados-Membros da

UE (Alemanha, Espanha, Itália e Reino Unido). Um inquérito nacional realizado nos 120 centros «CAARUD» de redução dos danos, em França, revelou que estes tinham sido utilizados por um número estimado de 40 000 indivíduos em 2007 (Toufik e outros, 2008). No Reino Unido, foi criado um novo sistema de monitorização da troca de agulhas em 2008.

Os serviços de porta aberta podem constituir uma oportunidade para prestar cuidados de saúde primários e realizar intervenções de redução dos danos em população a que é difícil chegar. Uma avaliação recente dos centros de saúde de porta aberta para consumidores de droga, na Finlândia, concluiu que esta combinação de serviços tinha desempenhado um papel significativo na prevenção das doenças infecto-contagiosas. Foi igualmente considerado que se tratava de uma inovação rentável e capaz de funcionar no âmbito da política restritiva em matéria de droga aplicada por este país (Arponen e outros, 2008).

Os programas de troca de agulhas e seringas também podem contribuir para promover a saúde. A formação no domínio da promoção da saúde, baseada em cursos formais ou em manuais de formação, é oferecida ao pessoal destes programas em 20 países e aos farmacêuticos em nove países. Onze Estados-Membros da UE também mencionam a existência de orientações para o trabalho nos serviços de porta aberta, nas quais se abordam temas como as análises de despistagem de doenças infecto-contagiosas, a troca de seringas, o trabalho de proximidade e a formação de pares.

Mortalidade e mortes relacionadas com o consumo de droga

O consumo de droga é uma das principais causas de problemas de saúde e de morte entre os jovens europeus. Este facto é ilustrado por um estudo internacional financiado pelo OEDT, o qual concluiu que, em sete zonas urbanas europeias, 10% a 23% das mortes registadas entre pessoas dos 15 aos 49 anos podiam ser atribuídas ao consumo de opiáceos (Bargagli e outros, 2005).

Na mortalidade relacionada com o consumo de droga incluem-se as mortes directamente causadas pela acção farmacológica de uma ou mais substâncias (mortes induzidas pela droga) e as mortes indirectamente causadas pelo consumo de drogas, muitas vezes em combinação com outros factores (por exemplo, acidentes). Entre as causas de morte conhecidas incluem-se a toxicidade aguda, os acidentes rodoviários, em especial quando há uma associação com o álcool (OEDT, 2007c),

⁽¹⁴¹⁾ Ver quadro HSR-5 (parte i) e (parte ii) no Boletim Estatístico de 2009.

⁽¹⁴²⁾ Ver quadro HSR-5 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2009.

a violência, o suicídio entre pessoas já vulneráveis, ou doenças crónicas devido ao consumo repetido (por exemplo, problemas cardiovasculares nos consumidores de cocaína). Embora a maior parte das mortes relacionadas com a droga ocorra entre os consumidores problemáticos de droga, algumas atingem outros grupos de consumidores, incluindo aqueles que só consomem drogas de forma ocasional ⁽¹⁴³⁾.

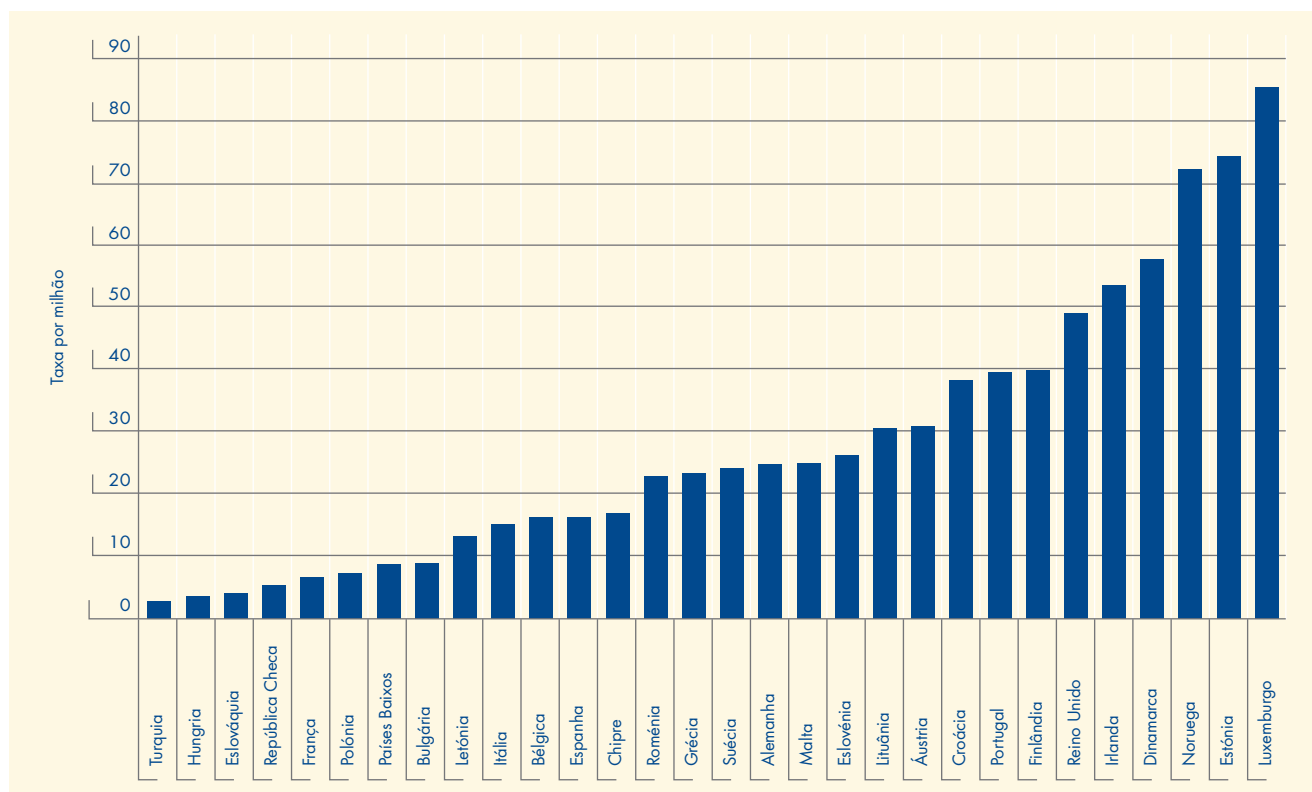
Mortes induzidas pela droga

A definição do OEDT de mortes induzidas pela droga refere-se às mortes directamente causadas (*overdoses*) pelo consumo de uma ou mais drogas, em que pelo menos uma das substâncias é uma droga ilegal. O número de mortes pode ser influenciado por factores como a prevalência e os padrões de consumo (droga injectada, policonsumo de droga), a idade e as co-morbilidades dos consumidores, bem como a disponibilidade de serviços de tratamento e de emergência.

A maior fiabilidade dos dados europeus permitiu fazer descrições mais exactas das tendências europeias e nacionais, já tendo a maioria dos países adoptado uma definição dos casos consentânea com a do OEDT ⁽¹⁴⁴⁾. No entanto, as diferenças existentes entre países no que se refere à qualidade da verificação dos casos, da notificação dos registos de mortalidade nacionais e dos dados comunicados ao OEDT levam a que as comparações se devam efectuar com prudência.

No período de 1990 a 2006, os Estados-Membros da UE, a Croácia, a Noruega e a Turquia notificaram entre 6 400 e 8 500 mortes induzidas pela droga por ano, o que perfaz mais de 135 000 mortes. Em 2006, 50% das mortes notificadas ocorreram no Reino Unido e na Alemanha. As taxas de mortalidade relativas às mortes induzidas pela droga variam muito consoante os países, desde 3 até mais de 85 mortes por milhão de habitantes na faixa etária dos 15 aos 64 anos, com uma média de 22 mortes por milhão de habitantes na Europa. Encontram-se taxas superiores a 20 mortes por milhão de

Figura 13: Taxas de mortalidade na população adulta (15-64 anos) devido a mortes induzidas pela droga



NB: No caso da República Checa, foi utilizada a Selecção D do OEDT em vez da definição nacional; no caso do Reino Unido, foi usada a definição da estratégia de luta contra a droga; no caso da Roménia, os dados referem-se apenas a Bucareste e a vários distritos abrangidos pela área de competência do Laboratório de Toxicologia de Bucareste; no caso de Portugal, os dados incluem todos os casos em que foram identificadas drogas ilegais nas análises *post-mortem*, sendo provável que produzam uma sobreavaliação em comparação com a Selecção D. Os cálculos das taxas de mortalidade da população baseiam-se nas populações nacionais em 2006, tal como foram comunicadas pelo Eurostat. As comparações entre índices demográficos devem ser feitas com cautela, visto existirem algumas diferenças nas definições dos casos e na qualidade das informações comunicadas. Ver mais informações sobre os dados na figura DRD-7 (parte i) no Boletim Estatístico de 2009.

Fontes: Relatórios nacionais Reitox (2008), extraídos de registos da mortalidade em geral ou de registos especiais (forenses ou policiais) e Eurostat.

⁽¹⁴³⁾ Ver «Mortalidade relacionada com o consumo de droga: um conceito complexo», no Relatório Anual 2008.

⁽¹⁴⁴⁾ Ver informações metodológicas pormenorizadas no Boletim Estatístico de 2009.

habitantes em 17 de 30 países europeus e superiores a 40 mortes por milhão de habitantes em seis países (figura 13). Entre os europeus dos 15 aos 39 anos, a *overdose* de droga foi responsável por 4% do total de mortes ⁽¹⁴⁵⁾.

Mortes relacionadas com o consumo de opiáceos

Heroína

Os opiáceos, sobretudo a heroína ou os seus metabolitos, estão presentes na maioria das mortes induzidas pela droga notificadas na Europa. Nos 22 países que forneceram dados, os opiáceos representavam entre 35% a quase 100% dos casos e 11 destes países notificaram percentagens superiores a 85% ⁽¹⁴⁶⁾. Nos relatórios toxicológicos também são encontradas outras substâncias para além da heroína. As mais frequentemente referidas são o álcool, as benzodiazepinas, outros opiáceos e, em alguns países, a cocaína. Este facto sugere que uma percentagem substancial das mortes induzidas pela droga pode estar associada ao policonsumo de drogas.

Os homens são os mais atingidos pelas mortes por *overdose* de heroína registadas na Europa (82%). Na maioria dos países, as pessoas que morrem de *overdose* têm, em média, 35 anos de idade e, em muitos casos, esta média está a aumentar, o que indica uma possível estabilização ou diminuição do número de consumidores de heroína jovens. Globalmente, 14% das mortes por *overdose* notificadas na Europa vitimam pessoas com menos de 25 anos, embora na Bulgária, na Áustria e em alguns países que notificam pequenos números de mortes induzidas pela droga (Malta, Chipre, Eslováquia e Roménia), mais de um terço das mortes por *overdose* se verifique nesta faixa etária. Este facto poderá indicar uma maior juventude da população que consome heroína ou injecta drogas, nestes países ⁽¹⁴⁷⁾.

Entre os factores associados às *overdoses* de heroína incluem-se o consumo de droga injectada e o consumo simultâneo de outras substâncias, sobretudo álcool, benzodiazepinas e alguns antidepressivos, bem como a co-morbilidade, a ocorrência de *overdoses* anteriores e o facto de a pessoa se encontrar sozinha na altura (Scottish Government, 2008). O período imediatamente a seguir à saída da prisão ou à alta do tratamento da toxicod dependência foi identificado como tendo um risco particularmente elevado no que respeita às *overdoses*.

Estima-se que, por cada *overdose* fatal, poderão existir nada menos de 20 a 25 *overdoses* não fatais, mas as

suas consequências são insuficientemente reconhecidas. O OEDT está a efectuar uma análise crítica dos factores de risco associados e das possíveis intervenções neste domínio.

Metadona e buprenorfina

A investigação demonstra que o tratamento de substituição de opiáceos reduz o risco de *overdose* fatal. No entanto, são anualmente notificadas várias mortes em que se detecta a presença de substâncias utilizadas no tratamento de substituição (metadona ou buprenorfina), na sua maioria devido a abuso ou, num pequeno número de casos, à ocorrência de problemas durante o tratamento.

Vários países referem a presença de metadona numa percentagem substancial de mortes induzidas pela droga, embora, dada a ausência de normas de notificação comuns, o papel desempenhado pela substância seja, muitas vezes, pouco claro, uma vez que podem estar presentes outras drogas. Além disso, podem estar envolvidos outros factores, nomeadamente: perda de tolerância aos opiáceos, doses excessivas ou um consumo desadequado, como o consumo irregular e não terapêutico. As mortes causadas por intoxicação com buprenorfina são pouco frequentes, apesar da sua crescente utilização no tratamento de substituição na Europa (ver capítulo 6). Na Finlândia, porém, a buprenorfina já é a substância mais frequentemente detectada nas mortes induzidas pela droga, normalmente associada a sedativos ou a álcool, ou tomada por injeção.

Fentanil e outros opiáceos sintéticos

Uma epidemia de intoxicações com fentanil ocorrida na Estónia causou a morte de 117 consumidores de droga injectada em 2005/2006 (OEDT, 2008b). Não há informações disponíveis sobre a ocorrência de mortes relacionadas com o fentanil, na Estónia, em 2007, embora estudos recentes confirmem um maior consumo desta droga por consumidores de droga injectada. Em 2007, dois terços destes consumidores, inquiridos em Tallinn, mencionaram o fentanil como droga principal de consumo e um em cada dez consumidores participantes no programa de troca de seringas disse ter injectado fentanil no último mês. Outro estudo realizado em Tallinn concluiu que os consumidores de droga injectada que referiram o fentanil como droga principal apresentavam uma prevalência mais elevada do VIH e maior probabilidade de terem comportamentos de risco no que respeita à injeção, bem como de sofrerem *overdoses* ao longo da

⁽¹⁴⁵⁾ Ver figura DRD-7 (parte i) e quadros DRD-5 (parte ii) e DRD-107 (parte i) no Boletim Estatístico de 2009.

⁽¹⁴⁶⁾ Dado que a maioria dos casos notificados ao OEDT se refere a *overdoses* de opiáceos (sobretudo heroína), as características gerais das mortes induzidas pela droga notificadas são utilizadas na descrição dos casos de opiáceos. Ver figura DRD-1 no Boletim Estatístico de 2009.

⁽¹⁴⁷⁾ Ver figuras DRD-2 e DRD-3 e quadro DRD-1 (parte i) no Boletim Estatístico de 2009.

vida, do que os consumidores de anfetaminas injectadas (Talu e outros, 2009). Na Finlândia, opiáceos como o oxicodona, o tramadol ou o fentanil foram mencionados em 21 mortes, embora o papel destas drogas não tenha sido especificado.

Mortes relacionadas com o consumo de outras drogas

As mortes induzidas pelo consumo de cocaína são mais difíceis de definir e de identificar do que as relacionadas com os opiáceos. As mortes directamente causadas por *overdose* parecem ser pouco comuns e estão normalmente associadas a doses muito elevadas de cocaína. De outro modo, a maioria das mortes relacionadas com o consumo de cocaína parece ser resultante da toxicidade crónica da droga, conducente a complicações cardiovasculares e neurológicas. O papel desta droga nestas mortes pode nem sempre ser identificado, sendo possível que elas não sejam notificadas como estando com ela relacionadas. A interpretação dos dados é ainda complicada pela frequente presença de outras substâncias, o que dificulta o estabelecimento de nexos causais.

Em 2007, foram notificadas cerca de 500 mortes relacionadas com a cocaína em 12 Estados-Membros (comparativamente a 450 registadas em 14 países em 2006). No entanto, é provável que o número de mortes induzidas por esta droga, na União Europeia, seja superior ao notificado.

A notificação de mortes em que o *ecstasy* está presente é pouco frequente e, em muitos destes casos, a droga não foi identificada como causa directa da morte. Embora as mortes por consumo de anfetaminas também sejam notificadas com pouca frequência na Europa, na República Checa uma percentagem substancial (11 em 40) das *overdoses* fatais — excluindo os medicamentos — ocorridas em 2007 foi atribuída ao consumo de pervitin (metanfetaminas), em comparação com 14 mortes atribuídas aos opiáceos. Na Finlândia, as anfetaminas estavam presentes em 40% das 229 mortes notificadas em 2007, embora isto não signifique necessariamente que essa droga tenha sido a causa directa da morte ⁽¹⁴⁸⁾.

Tendências das mortes induzidas pela droga

As mortes induzidas pela droga aumentaram visivelmente na Europa durante a década de 1980 e no início da de 1990, em paralelo com a expansão do consumo de heroína e do consumo de droga injectada, tendo depois mantido níveis elevados. Contudo, os dados de países com longas séries cronológicas sugerem tendências diferenciadas: em alguns deles (por exemplo, Alemanha,

Espanha, França e Itália), as mortes atingiram o ponto mais alto entre o início e meados da década de 1990; noutros países (por exemplo, Grécia, Portugal e Finlândia), o número de mortes atingiu o nível máximo por volta do ano 2000; e noutros ainda (por exemplo, Dinamarca, Países Baixos, Áustria e Reino Unido), observou-se uma tendência crescente, mas sem um pico evidente ⁽¹⁴⁹⁾.

Entre 2000 e 2003, a maioria dos Estados-Membros da UE comunicou uma diminuição, seguida de um aumento subsequente das mortes entre 2003 e 2006. Os dados preliminares disponíveis para 2007 sugerem um valor pelo menos igual ao do ano anterior, tendo sido comunicados aumentos por 14 de 18 países.

É difícil explicar por que razão o número de mortes induzidas pela droga notificadas se mantém constante, sobretudo atendendo aos indícios de diminuição do consumo de droga injectada e de aumento do número de consumidores de opiáceos em contacto com os serviços de tratamento e de redução dos danos. Em contraste com esta possível redução da população em risco, a estabilização ou o crescimento do número das mortes induzidas pela droga tornaram-se uma importante causa de preocupação.

Poderão existir várias explicações possíveis para este fenómeno, que exigem, todas elas, uma investigação mais aprofundada. Entre essas explicações, figuram as seguintes: uma população envelhecida e mais crónica que se está a tornar mais vulnerável; maiores níveis de policonsumo de droga ou de comportamentos de alto risco; incapacidade dos serviços existentes de se direccionarem ou de chegarem aos consumidores mais vulneráveis; ou mesmo um aumento do número de consumidores de opiáceos que recaem à saída da prisão ou do tratamento e que correm um risco particularmente elevado, como é sabido ⁽¹⁵⁰⁾.

Mortalidade global relacionada com o consumo de droga

Para além das mortes induzidas pela droga, a mortalidade global relacionada com o consumo de droga inclui as mortes indirectamente causadas por esse consumo. Estas mortes estão concentradas nos consumidores problemáticos, embora algumas possam ocorrer entre os consumidores ocasionais (por exemplo, acidentes rodoviários, alguns suicídios). Apesar de o número de mortes indirectamente relacionado com o consumo de droga ser difícil de quantificar, o seu impacto na saúde pública pode ser considerável.

⁽¹⁴⁸⁾ Ver dados sobre as mortes relacionadas com o consumo de outras drogas que não a heroína no quadro DRD-108 no Boletim Estatístico de 2009.

⁽¹⁴⁹⁾ Ver figuras DRD-8 e DRD-11 no Boletim Estatístico de 2009. Por razões históricas, a tendência da UE refere-se à EU-15 e à Noruega.

⁽¹⁵⁰⁾ Ver «Redução das mortes por *overdose* depois da prisão», p. 97.

A mortalidade global pode ser estimada de diversas formas: um método consiste em combinar as informações provenientes de estudos de coorte sobre a mortalidade com estimativas da prevalência do consumo de droga ⁽¹⁵¹⁾. Outra abordagem é utilizar as estatísticas relativas à mortalidade em geral existentes e estimar a percentagem relacionada com o consumo de droga. Também é possível recorrer a outras fontes de informação especializadas, por exemplo, no caso da mortalidade relacionada com o VIH/sida, combinam-se as informações do Eurostat e do EuroHIV.

Estudos de coorte sobre a mortalidade

Os estudos de coorte sobre a mortalidade acompanham os mesmos grupos de consumidores problemáticos de droga ao longo do tempo e, através da ligação aos registos da mortalidade, procuram identificar as causas de todas as mortes ocorridas no grupo. Este tipo de estudo pode determinar as taxas de mortalidade globais e por causas específicas em relação à coorte e estimar a mortalidade excessiva do grupo em comparação com a população em geral. Os estudos de coorte longitudinais em ampla escala podem ser utilizados para testar as hipóteses, por exemplo, sobre as razões das mudanças no número de mortes induzidas pela droga, bem como para monitorizar o risco global e detectar a evolução dos padrões das causas de morte.

Dependendo dos contextos de recrutamento (por exemplo, estudos realizados em centros de tratamento da toxicoddependência) e dos critérios de inclusão (por exemplo, consumidores de droga injectada, consumidores de heroína), a maioria dos estudos de coorte mostra taxas de mortalidade na ordem de 1%-2% ao ano entre os consumidores problemáticos de droga. Embora a importância relativa das causas de morte varie consoante os países e ao longo do tempo, a causa principal é, geralmente, a *overdose* de droga, que chega a corresponder a 50%-60% das mortes ocorridas entre os consumidores de droga injectada nos países com baixa prevalência do VIH/sida. Infelizmente, alguns países revelam uma baixa taxa de detecção das *overdoses* nos registos da mortalidade em geral e, por isso, uma percentagem significativa das mortes registadas com uma indicação de causa «desconhecida» ou insuficientemente especificada (por exemplo, paragem cardíaca) pode dever-se a *overdoses*. Para melhorar a validade da descrição das causas de morte também se podem consultar outras fontes de informação (isto é, registos de mortalidade especiais, policiais ou forenses).

Estimativa da mortalidade total atribuída ao consumo problemático de droga: evolução recente

Estudos de coorte recentes sobre a mortalidade na União Europeia indicam que as mortes induzidas pela droga (*overdoses*) representam, normalmente, entre um quinto e metade do número total de vítimas mortais entre os consumidores problemáticos de droga. Estes valores sugerem que a mortalidade total nesta população poderá ser duas a cinco vezes superior ao número de mortes induzidas pela droga registadas. Este multiplicador varia consoante os países e em função de diferentes factores, incluindo os comportamentos de risco, a taxa de *overdoses* fatais e a prevalência de outras causas de morte possíveis.

O OEDT está a promover os estudos para estimar a mortalidade total entre os consumidores problemáticos de droga. Em 2008, um projecto em colaboração com investigadores da República Checa analisou a bibliografia, as fontes de dados e os possíveis métodos neste domínio ⁽¹⁾. Um grupo de peritos recomendou dois métodos para estudos futuros: um método de multiplicação baseado no número de *overdoses* fatais registadas e um método de extrapolação baseado nas taxas de mortalidade verificadas em coortes de consumidores problemáticos de droga e nas estimativas nacionais da população deste tipo de consumidores. Ambos os métodos foram experimentalmente testados com êxito na República Checa e o OEDT tenciona criar um grupo de países interessados que possa utilizar este trabalho num futuro próximo.

⁽¹⁾ Ver <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/drd>

O OEDT elaborou um protocolo que visa incentivar os Estados-Membros a realizarem estudos de coorte sobre a mortalidade, com o objectivo de fornecer informações comparáveis acerca dos riscos de mortalidade nos consumidores problemáticos de droga e de fundamentar as políticas de prevenção e assistência. Os estudos europeus mais recentes foram efectuados na Alemanha, em Espanha, em Itália, nos Países Baixos, no Reino Unido e na Noruega. Um terço dos Estados-Membros da UE ainda não realizou um estudo de coorte sobre a mortalidade, embora vários países mencionem estudos em curso ou previstos para 2009 (por exemplo, República Checa, França, Letónia e Polónia).

Mortes indirectamente relacionadas com o consumo de droga

É possível estimar que, em 2006, morreram mais de 2 100 pessoas de VIH/sida atribuível ao consumo de droga, na União Europeia ⁽¹⁵²⁾, tendo 89% destas mortes

⁽¹⁵¹⁾ Ver «Estimativa da mortalidade total atribuída ao consumo problemático de droga: evolução recente».

⁽¹⁵²⁾ O ano de 2006 foi adoptado como ano mais recente em relação ao qual existem informações disponíveis de quase todos os Estados-Membros sobre as causas de morte, através do Eurostat. Para informações pormenorizadas sobre as fontes, os valores e os cálculos, ver quadro DRD-5 (parte iii) no Boletim Estatístico de 2009.

ocorrido em Espanha, França, Itália e Portugal. A seguir à introdução da terapia antiretroviral altamente activa, em 1996, a mortalidade causada pelo VIH/sida diminuiu acentuadamente na maior parte dos países da UE, se bem que essa diminuição tenha sido muito menos pronunciada em Portugal. Os aumentos observados nos últimos anos na Estónia são compatíveis com as elevadas estimativas de prevalência do VIH entre os consumidores de droga injectada neste país (cinco a seis em cada dez) e com a elevada percentagem destes consumidores que alegadamente desconhecem estar infectados. Também foram mencionados aumentos recentes na Letónia. Presentemente, as estimativas das taxas de mortalidade causadas por VIH/sida entre os consumidores de droga são baixas na maioria dos países, com excepção de Espanha e de Portugal. Em Itália, em França e na Letónia, a mortalidade relacionada com o VIH/sida e a mortalidade por *overdose* apresentam níveis semelhantes ⁽¹⁵³⁾.

Há outras doenças responsáveis por uma percentagem das mortes ocorridas entre os consumidores de droga, nomeadamente doenças crónicas como as doenças hepáticas (devido à infecção pelo vírus da hepatite C e ao elevado consumo de álcool), o cancro e os problemas cardiovasculares. Outras causas têm recebido muito menos atenção, apesar dos indícios de que o seu impacto é considerável. Por exemplo, os traumatismos (acidentes, homicídios e outras situações de violência) e o suicídio podem ser responsáveis por 25% ou mais da mortalidade dos consumidores problemáticos de droga. Numa análise bibliográfica (Darke e Ross, 2002) concluiu-se que a taxa de suicídio entre os consumidores de heroína era catorze vezes superior à registada na população em geral. Em estudos de coorte recentemente realizados na Europa, o suicídio representava 6% a 11% das mortes entre os consumidores problemáticos de droga. Contudo, o impacto global destas causas é difícil de avaliar devido aos poucos dados disponíveis.

Redução das mortes relacionadas com o consumo de droga

Doze países referem que a sua estratégia nacional de luta contra a droga inclui uma secção dedicada à redução das mortes induzidas pela droga. Um deles, o Reino Unido, tem um plano de acção específico para reduzir os danos relacionados com a droga, que define acções específicas para a prevenção das mortes relacionadas com o consumo de droga. Treze países não possuem nem uma estratégia específica nem qualquer secção da

estratégia nacional de luta contra a droga dedicada à redução das mortes induzidas pela droga, e dois países não forneceram quaisquer informações.

Intervenções

Um estudo prospectivo a longo prazo entre os consumidores problemáticos de droga que iniciaram o tratamento em Itália mostrou que o risco de morte na coorte estudada era dez vezes maior do que o verificado entre a população em geral (Davoli e outros, 2007). O facto de estarem em tratamento diminuía o risco de morte dos consumidores para quatro vezes o da população em geral, confirmando, deste modo, que o tratamento da toxicod dependência reduz a mortalidade relacionada com o consumo de droga. Porém, o estudo revelou também que a taxa de mortalidade mais elevada era observada nos 30 dias seguintes ao fim do tratamento. Esta conclusão realça a necessidade de uma gestão cuidadosa após o tratamento e de se evitarem episódios de tratamentos muito curtos, em que os riscos podem ser superiores aos benefícios do tratamento.

A divulgação de materiais de sensibilização e prevenção é mencionada pela maioria dos países que dispõem de informações. Segundo os peritos de 28 países ⁽¹⁵⁴⁾, no último ano, foram fornecidos materiais impressos ou multimédia sobre a prevenção das *overdoses* à maioria ou à quase totalidade dos consumidores problemáticos de droga, em nove países, e a uma minoria desses consumidores em doze países e na Comunidade Francófona da Bélgica. Na Turquia, não existem materiais desse tipo e na Estónia, na Letónia, na Hungria e na Eslováquia são poucos os consumidores problemáticos de droga que conseguem aceder-lhes. Não há informações disponíveis a respeito da Bulgária.

Grande parte das *overdoses* de droga fatais e não fatais são presenciadas por outras pessoas, incluindo pares ou familiares dos consumidores de droga, pessoal dos serviços de saúde ou de assistência social, agentes da polícia ou guardas prisionais, que estariam em condições de intervir. Dez países referem a existência de materiais especificamente concebidos para ajudar as famílias dos consumidores de droga a reconhecerem e a gerirem as *overdoses*; em oito países, esses materiais são facultados aos agentes da polícia e em sete países foram elaborados para o pessoal penitenciário ⁽¹⁵⁵⁾. Outros grupos-alvo são os funcionários das agências de luta contra a droga, o pessoal das ambulâncias, o pessoal dos serviços de urgência e acidentes, bem como os imigrantes de países de

⁽¹⁵³⁾ Ver figura DRD-7 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2009.

⁽¹⁵⁴⁾ Ver quadro HSR-8 no Boletim Estatístico de 2009. Peritos de 26 países da UE, da Turquia e da Noruega classificaram o nível da oferta de intervenções seleccionadas para prevenir as mortes relacionadas com o consumo de droga.

⁽¹⁵⁵⁾ Ver quadro HSR-8 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2009.

língua russa e a população Rom. São, todavia, poucos os países com materiais disponíveis para vários grupos-alvo e nem todos os materiais estão acessíveis a nível nacional.

Todos os países mencionam a existência de educação relativa ao risco de *overdose* e em cinco ela existe nas cidades mais importantes, com um número significativo de consumidores problemáticos de droga. No entanto, em quatro países, essas actividades só têm lugar numa minoria das cidades importantes e noutros doze apenas num pequeno número de cidades.

Os cursos de formação específicos sobre as formas de responder às *overdoses* são ministrados em sessões individuais ou em grupo. Os consumidores de droga são informados sobre os riscos de *overdose*, designadamente a menor tolerância depois dos períodos de abstinência, os efeitos e os riscos do policonsumo de droga, sobretudo do consumo concomitante de álcool e o perigo de consumir droga sem a companhia de outras pessoas, além de receberem instruções em matéria de primeiros socorros. Os peritos nacionais estimam que, em sete países, a maioria dos consumidores de droga recebeu algum tipo de formação em matéria de resposta às *overdoses* nos últimos 12 meses, sendo que em dez países só uma minoria recebeu tal formação e noutros seis países (Bélgica, Letónia, Áustria, Polónia, Roménia e Eslováquia) poucos consumidores problemáticos de droga receberam este tipo de instrução. A formação em matéria de resposta às *overdoses* não está disponível na Estónia, na Hungria e na Turquia.

Os consumidores de droga com experiências anteriores de *overdose* não fatal correm um elevado risco de sofrerem *overdoses* no futuro (Coffin e outros, 2007) e devem ser especificamente visados. As avaliações dos riscos de *overdose* a nível individual são efectuadas por pessoal devidamente formado e procuram identificar as pessoas que necessitam de apoio suplementar. Segundo os peritos, em nove países a maioria dos consumidores problemáticos de droga foi objecto de uma avaliação dos riscos de *overdose* pelo menos uma vez no último ano, ao passo que em 16 países apenas uma minoria recebeu este tipo de intervenção. Não há informações sobre a Bulgária, a Alemanha e a França.

O fornecimento de naloxona aos consumidores não é uma abordagem habitual na prevenção de *overdoses* a nível europeu, embora a distribuição de doses que podem ser administradas em casa seja comum nos serviços de tratamento da toxicoddependência da Itália, país onde também podem ser compradas nas farmácias sem receita médica. No Reino Unido, o estatuto jurídico da naloxona foi alterado em Junho de 2005 de modo a permitir a sua administração por qualquer pessoa, em situações em que

haja risco de vida. Além disso, o impacto da formação em matéria de resposta às *overdoses* combinada com a administração domiciliar de naloxona foi avaliado num estudo de coorte com 239 consumidores de opiáceos recrutados nos serviços de tratamento (Strang e outros, 2008). Os resultados mostram um melhor conhecimento dos sinais de *overdose* e maior confiança na utilização de naloxona. Nos primeiros três meses, as 12 *overdoses* em que se usou naloxona foram revertidas com êxito, ao passo que se verificou uma morte nas seis *overdoses* em que ela não foi utilizada. Os autores concluem que o alargamento da oferta pode reduzir mais ainda as mortes relacionadas com o consumo de droga e recomendam a realização de estudos adicionais sobre o impacto da formação em matéria de *overdoses* e do fornecimento de

Redução das mortes por *overdose* depois da prisão

Em Inglaterra, foi estimado que 15% das 1 506 mortes por *overdose* de droga ocorridas em 2005 vitimaram pessoas que tinham saído recentemente da prisão (Department of Health, 2007). Estudos internacionais confirmam este elevado risco de morte por *overdose* não intencional de droga no período imediatamente a seguir à saída da prisão (por exemplo, Farrell e Marsden, 2008). Estes estudos também destacam a necessidade de melhores respostas para os problemas de saúde mental e de droga dos ex-reclusos.

Segundo as classificações de peritos de 24 países, em seis países europeus não é oferecido qualquer aconselhamento sobre o risco e a prevenção das *overdoses*, antes da saída da prisão, em dez países este aconselhamento só é facultado a um pequeno número de consumidores problemáticos de droga na prisão e noutros seis países abrange menos de metade desses reclusos. Só a Itália e o Luxemburgo prestam este serviço à maioria da população-alvo. Dada a dificuldade em prever o dia de saída, sobretudo no caso dos detidos em prisão preventiva, o mais indicado é oferecer regularmente, nas prisões, uma educação de sensibilização para o risco de *overdose*, a fim de reduzir os comportamentos de risco.

O tratamento de substituição dos opiáceos, que demonstrou ter um efeito protector no contexto prisional (Dolan e outros, 2005), parece estar a tornar-se mais disponível nas prisões da UE, e a opção jurídica de iniciar o tratamento de substituição na prisão existe em 21 países (ver capítulo 2). Esta oportunidade reduz o risco de *overdose* e de morte à saída da prisão, bem como as taxas de reencarceramento (OMS, 2009). É, todavia, importante que os serviços de saúde prisionais e os serviços de tratamento na comunidade sejam adequadamente interligados para evitar hiatos na continuidade no tratamento.

naloxona em situações de emergência entre os consumidores de opiáceos.

Outra abordagem polémica é a oferta de salas de consumo vigiado ⁽¹⁵⁶⁾ com o propósito de reduzir o risco de morte dos seus utentes graças ao fornecimento de cuidados médicos imediatos e adequados caso ocorra uma *overdose* no local. Os dados operacionais relativos a essas salas na Europa, no Canadá e na Austrália indicam que as *overdoses* de droga que nelas ocorrem são

eficazmente geridas, não tendo sido notificadas quaisquer *overdoses* fatais. Milloy e os seus colegas calcularam o número de mortes potencialmente evitadas pelo funcionamento da sala de consumo vigiado em Vancouver, tendo estimado que podem ter sido evitadas entre duas e doze mortes por ano (Milloy e outros, 2008). Esta conclusão confirma resultados anteriores sobre o provável efeito benéfico destas salas no que respeita às mortes por *overdose* nos bairros onde existe uma cobertura suficiente.

⁽¹⁵⁶⁾ Ver em OEDT (2004) uma análise desta questão.



Capítulo 8

Novas drogas e tendências emergentes

Introdução

O consumo de novas substâncias psicoactivas e os novos padrões de consumo de droga podem ter importantes implicações em termos de política de saúde pública. São, todavia, difíceis de detectar porque, normalmente, começam a surgir em níveis baixos e localidades específicas, ou em subgrupos restritos da população. Poucos países possuem sistemas de monitorização sensíveis a novos fenómenos no domínio da droga e as dificuldades metodológicas da sua detecção são consideráveis. No entanto, a importância de identificar novas ameaças possíveis é amplamente reconhecida. O sistema de alerta rápido da União Europeia oferece um mecanismo de resposta rápido ao surgimento de novas substâncias psicoactivas no mercado de droga. As actividades de apoio ao sistema de alerta rápido constituem uma parte importante do trabalho do OEDT e integram-se na perspectiva mais geral da utilização de uma grande variedade de fontes de dados para melhorar a oportunidade e a sensibilidade do sistema europeu de vigilância da droga.

Medidas em relação às novas drogas

A Decisão do Conselho sobre as novas substâncias psicoactivas ⁽¹⁵⁷⁾ instituiu um mecanismo de intercâmbio rápido de informações sobre novas substâncias psicoactivas que possam constituir uma ameaça social ou para a saúde pública (o sistema de alerta rápido) ⁽¹⁵⁸⁾. Ela também prevê a possibilidade de desencadear um processo formal de avaliação dos riscos, cujas conclusões podem conduzir a uma decisão política no sentido de colocar as novas substâncias sob controlo em toda a União Europeia.

Desde a sua criação, em 1997, já foram notificadas mais de 90 substâncias através do sistema de alerta rápido. Até há pouco tempo, as fenetilaminas e as triptaminas representavam uma grande percentagem das notificações. Contudo, nos últimos anos, surgiu uma gama de

substâncias muito mais diversificada. Entre elas figuram numerosos derivados da piperazina e da catinona, bem como uma mistura heterogénea de outras substâncias, incluindo produtos à base de plantas, alguns estimulantes e alucinogénios invulgares e alguns medicamentos.

Em 2008, 13 substâncias psicoactivas novas foram oficialmente notificadas pela primeira vez na UE, através do sistema de alerta rápido. Para além de novas drogas sintéticas, correspondentes a onze das novas substâncias notificadas, o grupo incluía duas plantas, mas nenhum medicamento.

A composição química das duas plantas mencionadas — kratom e kava — é relativamente bem conhecida através da literatura. Elas têm sido tradicionalmente utilizadas noutras regiões do mundo e a sua presença no mercado de droga europeu parece ser limitada.

A maioria dos novos compostos sintéticos notificados é constituída por substâncias psicotrópicas semelhantes às incluídas nas listas I e II da Convenção das Nações Unidas de 1971 sobre as Substâncias Psicotrópicas. Em comparação com os anos anteriores, foram notificadas em 2008 menos substâncias novas pertencentes aos principais grupos químicos — fenetilaminas (uma), triptaminas (duas) e piperazinas (nenhuma). É de notar que seis das novas substâncias notificadas são derivados da catinona. A maioria das novas substâncias sintéticas possui propriedades estimulantes, sendo que apenas três produzem efeitos alucinogénios.

Em 2008 foi pela primeira vez notificado um canabinóide sintético (JWH-018) através do sistema de alerta rápido. O surgimento de canabinóides sintéticos assinala a última etapa do desenvolvimento de «*designer drugs*»: das baseadas no fentanil, na década de 1980, às fenetilaminas de anel substituído, no final da década de 1980, e às triptaminas na década de 1990, até às piperazinas e derivados da catinona na década de 2000. Há mais de uma centena de compostos que activam os receptores de canabinóides, sendo presumível que continuem a aparecer novas substâncias dos diversos

⁽¹⁵⁷⁾ Decisão 2005/387/JHA do Conselho de 10 de Maio de 2005 relativa ao intercâmbio de informações, avaliação de riscos e controlo de novas substâncias psicoactivas [JO L 127, 20.5.2005, p. 32].

⁽¹⁵⁸⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/themes/new-drugs/early-warning>

Plantas psicoactivas notificadas através do sistema de alerta rápido

Nos últimos anos, foram notificados produtos de cinco plantas psicoactivas. As espécies detectadas pelo sistema de alerta rápido não estão sujeitas a controlo a nível internacional, mas podem ser controladas pelos Estados-Membros da UE.

A Kava (*Piper methysticum*) é uma planta secularmente utilizada nas ilhas do Sul do Pacífico para fins cerimoniais. Uma infusão feita a partir das suas raízes produz efeitos ansiolíticos e relaxantes, mas o consumo prolongado de kava suscita preocupações crescentes por poder causar danos a nível hepático. Segundo os relatórios, nem a planta nem os seus princípios activos (kavalactones) são controlados em nenhum dos Estados-Membros da UE.

O Khat é composto por folhas e rebentos frescos de *Catha edulis*, uma planta cultivada na África Oriental e na Península Arábica. É utilizado como um estimulante suave, mascando-se a planta fresca. Os componentes activos, a catinona e a catinina, são substâncias químicas próximas de drogas sintéticas como as anfetaminas e a metcatinona, sendo controladas a nível internacional ao abrigo da Convenção de 1971 das Nações Unidas. A *Catha edulis* é controlada em 12 Estados-Membros da UE.

A Kratom (*Mitragyna speciosa*) é uma árvore nativa do Sudeste Asiático. As folhas podem ser mascadas, fumadas ou tomadas em infusão. Em doses baixas, produz efeitos estimulantes. Em doses mais altas, a kratom tem efeitos

semelhantes aos dos opiáceos, sendo utilizada na medicina tradicional para tratar a dor e os sintomas de abstinência dos opiáceos. Os seus princípios activos são a mitragina, a mitrafilina e a 7-hidroxitmitragina; sendo provavelmente a mitragina a substância responsável pela actividade analgésica da kratom e pelo alívio dos sintomas de abstinência dos opiáceos. A planta, a mitragina e a 7-hidroxitmitragina são controladas na Dinamarca, na Lituânia e na Croácia.

A *Salvia divinorum* é uma erva perene nativa do sul do México, onde devido às suas propriedades alucinogénias é tradicionalmente utilizada para fins cerimoniais. O princípio activo principal, o salvinorina-A, é um potente agonista dos receptores kappa-opioides. A nível recreativo, as folhas de *Salvia* são mascadas, ou fumam-se extractos concentrados da planta, que também podem ser administrados por via sublingual. Aparentemente, estes modos de consumo produzem efeitos intensos. A ingestão de folhas ou sementes da planta produz um efeito mais prolongado, mas menos intenso. A *Salvia divinorum* ou os seus princípios activos são controlados em seis Estados-Membros e na Croácia.

A trepadeira elefante havaiana (*Argyrea nervosa*) é uma planta trepadeira perene. As suas sementes contêm o princípio activo ácido dietilamida lisérgico (LSA, também denominado aminoácido lisérgico), uma substância directamente relacionada com o LSD, que pode produzir efeitos alucinogénios suaves. A LSA é controlada como droga na Irlanda e no Reino Unido.

grupos químicos no mercado da droga. Tudo isto coloca um desafio constante às autoridades responsáveis pela saúde pública e pela aplicação da lei, tanto no que respeita à identificação científica e toxicológica das novas substâncias, como em relação à avaliação imediata dos riscos e, se necessário, à aplicação de medidas de controlo.

Produtos «spice» e canabinóides sintéticos associados

Desde 2006, pelo menos, que os produtos comercializados com a denominação de «spice» estão disponíveis através da Internet e em algumas lojas especializadas. Apesar de o «spice» poder ser publicitado como incenso, quando fumado os seus efeitos são descritos por alguns consumidores como semelhantes aos da *cannabis*. No seguimento de um relatório apresentado pela Suécia, o sistema de alerta rápido tem vindo a monitorizar os produtos «spice» desde o início de 2008.

As informações que figuram nas embalagens dos produtos «spice» indicam que estes são compostos por nada menos de 14 ingredientes de origem vegetal. Embora pelo

menos dois dos ingredientes — *Pedicularis densiflora* e *Leonotis leonurus* — possam ter algum efeito psicoactivo, pouco se sabe sobre a farmacologia e a toxicologia das matérias vegetais supostamente contidas nos produtos «spice». Por conseguinte, não é possível fazer afirmações concretas sobre os eventuais riscos para a saúde ou os possíveis efeitos psicoactivos destes produtos. Na informação sobre o produto não são mencionados ingredientes sintéticos.

Em 2008, era possível comprar produtos «spice», bem como várias outras misturas de ervas semelhantes ao «spice», em lojas virtuais, estando estes produtos igualmente disponíveis em lojas «head» ou «smart» que vendem «drogas legais» («legal highs») em pelo menos nove Estados-Membros da UE (República Checa, Alemanha, Letónia, Lituânia, Luxemburgo, Áustria, Polónia, Portugal e Reino Unido).

Os Estados-Membros têm realizado extensas investigações de polícia científica com o intuito de identificar os ingredientes psicoactivos dos produtos «spice». Em Dezembro de 2008, a Alemanha e a Áustria detectaram um canabinóide sintético JWH-018⁽¹⁵⁹⁾. A estrutura química do JWH-018 difere substancialmente da do

⁽¹⁵⁹⁾ Naftaleno-1-il-(1-pentilindol-3-il)metanona.

Procedimentos nacionais de avaliação dos riscos

Em 2008, o OEDT realizou um estudo sobre os diversos procedimentos jurídicos nacionais envolvidos na colocação de novas substâncias sob o controlo da legislação em matéria de droga, o tempo que tais procedimentos demoram e a existência de procedimentos nacionais de avaliação dos riscos. Nos 26 países estudados, observam-se três abordagens distintas à avaliação dos riscos. Em seis deles, não é realizada uma avaliação nacional dos riscos, utilizando estes países, de um modo geral, as avaliações dos riscos efectuadas a nível internacional ou a nível europeu. Em sete países, a avaliação dos riscos nacional pode ter lugar a título pontual, quando isso é necessário, e em 13 países efectua-se algum tipo de avaliação dos riscos quando se pondera a hipótese de controlar uma substância, quer por força da legislação em matéria de droga ou outra legislação equivalente, quer no âmbito do procedimento necessário para propor nova legislação.

A perigosidade detectada não afecta a celeridade do processo legislativo em 12 dos 20 países que poderão realizar as suas próprias avaliações dos riscos. Quatro países (Alemanha, Luxemburgo, Eslováquia e Suécia) podem optar por um processo legislativo acelerado, se os níveis de risco forem considerados elevados. Em França, na Áustria e na Noruega, os casos urgentes levam a que a própria avaliação dos riscos seja abreviada. Nos Países Baixos, existem ambas as possibilidades.

Em 16 países, as avaliações nacionais dos riscos são realizadas por um grupo de peritos no âmbito da administração pública, que pode ser um ministério competente ou uma agência estatal ou governamental. Seis países prevêem ou podem prever a possibilidade de consultar cientistas independentes, caso o considerem necessário, e em três países (Países Baixos, Áustria e Reino Unido) a avaliação dos riscos é realizada por organismos científicos independentes.

Ver relatórios jurídicos da ELDD para mais informações (<http://eldd.emcdda.europa.eu>).

tetrahydrocannabinol (THC), a principal substância activa de todos os produtos de *cannabis*. Em animais experimentais, o JWH-018 produz efeitos idênticos aos do THC e, segundo os relatórios, tem uma potência superior. No início de 2009, um segundo canabinóide sintético, CP 47,497 ⁽¹⁶⁰⁾, e três dos seus homólogos foram detectados em amostras de «spice» na Europa.

Os canabinóides sintéticos só foram identificados num pequeno número de amostras e em quantidades variáveis. Afigura-se que estas substâncias sintéticas foram acrescentadas de forma sub-reptícia, uma vez que as

informações constantes das embalagens dos produtos «spice» só mencionam ingredientes herbáceos.

Não há conhecimento de que as substâncias JWH-018 e CP 47,497 e as suas homólogas tenham sido amplamente consumidas como drogas psicoactivas em si mesmas. Falta ainda determinar, por conseguinte, se existe uma procura específica destas substâncias concretas e se é necessário tomar outras medidas nos termos da Decisão 2005/387/JHA do Conselho.

Respondendo a potenciais preocupações de saúde, cinco Estados-Membros adoptaram diversas medidas jurídicas para proibir ou controlar de outra forma os produtos «spice» e os compostos associados. A Alemanha recorreu à legislação de emergência no domínio dos estupefacientes para controlar, durante um ano, cinco canabinóides sintéticos encontrados no «spice». A França classificou como estupefacientes seis canabinóides sintéticos encontrados em produtos «spice». A Áustria utilizou a sua lei relativa aos medicamentos para proibir a importação ou a comercialização no interior do país de misturas para fumar que contenham seis canabinóides sintéticos. O Luxemburgo decidiu controlar vários canabinóides sintéticos como substâncias psicotrópicas. A Polónia alterou a legislação relativa aos estupefacientes, colocando sob controlo o JWH-018 e dois dos alegados ingredientes herbáceos do «spice».

Internet: um mercado para as substâncias psicoactivas

A Internet emergiu como um novo mercado para as substâncias psicoactivas, que proporciona aos retalhistas a possibilidade de venderem a um vasto público substâncias alternativas às drogas controladas. O mercado em linha tem implicações para a potencial expansão das novas substâncias psicoactivas, sendo a sua monitorização um elemento cada vez mais importante para identificar as novas tendências em matéria de droga. É necessário dar especial atenção aos riscos associados às substâncias oferecidas para venda. São necessárias informações sobre os novos produtos tanto para os consumidores como para os profissionais, incluindo toxicólogos clínicos, especialistas do controlo de produtos venenosos e pessoas que trabalham no domínio da droga.

O OEDT realiza um estudo selectivo anual para identificar a evolução actual do mercado de droga na Internet. Em 2009, foram estudadas 115 lojas virtuais, no total. Com base nos códigos dos domínios nacionais e noutras informações incluídas nos sítios *web*, estas lojas virtuais parecem estar localizadas em 17 países europeus.

⁽¹⁶⁰⁾ 5-(1,1-Dimetil-heptil)-2-[[1R,3S]-3-hidroxiciclohexil]-fenol.

A maioria dos retalhistas em linha identificados estava sediada no Reino Unido (37%), na Alemanha (15%), nos Países Baixos (14%) e na Roménia (7%).

Ao contrário do que acontecia em 2008, nenhuma das lojas virtuais inquiridas em 2009 vendia cogumelos alucinogénios com psilocina e psilocibina. Contudo, quatro retalhistas na Internet sediados em França e nos Países Baixos vendiam *sclerotia* — o micélio endurecido dos cogumelos alucinogénios *Psilocybe mexicana* e *Psilocybe tampanensis*.

Entre os novos produtos oferecidos para venda em 2009 inclui-se uma variedade de produtos herbáceos à base de ervas para fumar e «pastilhas de festa» que contêm novas substâncias alternativas legais à benzilpiperazina (BZP). Os produtos de rapé e os pós à base de ervas também têm suscitado um interesse crescente.

Os produtos «spice»⁽¹⁶¹⁾ eram oferecidos para venda por 48% dos retalhistas inquiridos. Embora as lojas virtuais que vendem «spice» estivessem sediadas em 14 países europeus diferentes, mais de dois quintos destas lojas estavam localizados no Reino Unido (42%), havendo também um número significativo na Irlanda, na Letónia e na Roménia.

A preocupação suscitada pelos produtos «spice» levou vários países a tomarem medidas jurídicas para proibir ou controlar de outra forma estas substâncias. Em Março de 2009, os produtos «spice» tinham sido retirados das lojas virtuais sediadas na Alemanha, na Áustria e em França.

Em 2009, começaram a surgir misturas para fumar alternativas ao «spice» no mercado em linha. Os retalhistas inquiridos vendiam pelo menos 27 misturas herbáceas diferentes para fumar alternativas ao «spice». Estes produtos são publicitados como sendo compostos por ingredientes à base de plantas, embora alguns contenham também o cogumelo alucinogénio *Amanita muscaria*. Nas alternativas ao «spice» oferecidas para venda na Áustria e na Alemanha incluem-se várias misturas herbáceas para fumar que são vendidas como «ambientadores» ou incenso. O rápido surgimento de produtos substitutos para o «spice» realça a capacidade demonstrada por este mercado para responder prontamente à mudança do estatuto jurídico das substâncias psicoactivas, muitas vezes através da colocação de novas substâncias no mercado.

Uma vez que a BZP ficou sujeita a medidas de controlo nos Estados-Membros da UE, já não pode ser utilizada

em «pastilhas de festa» vendidas como alternativas legais ao *ecstasy*. No início de 2009, muitos retalhistas na Internet ofereciam «pastilhas de festa» sem BZP. Por exemplo, as lojas virtuais sediadas na Irlanda, na Polónia e no Reino Unido vendiam «pastilhas retro», que supostamente contêm 1-(4-fluoropfenilo) piperazina (pFPP), uma substância descrita como tendo efeitos alucinogénios suaves e fortes efeitos de euforia.

Os produtos de rapé são comercializados como uma alternativa a drogas controladas como a cocaína ou as anfetaminas. Supostamente, estes produtos contêm cafeína e uma série de outros ingredientes à base de plantas como a *Acorus calamus*, a *Hydrastis canadensis* e a *Tilia europea*.

Acompanhamento das substâncias

Piperazinas

Em 2007, o relatório do OEDT e da Europol sobre a monitorização activa do mCPP [1-(3-clorofenil)piperazina] concluiu que este não tem atractivos especiais para os consumidores e que parece pouco provável que se imponha como droga recreativa em si mesmo. Em 2008, porém, o mCPP continuou a ser a nova droga sintética mais disponível no mercado de drogas ilegais, sozinho ou associado ao MDMA. Este facto é demonstrado quer pelo número de apreensões, quer pela quantidade de materiais apreendidos notificados ao OEDT e à Europol. Ainda não é claro se esta substância é utilizada para intensificar ou imitar os efeitos do MDMA, ou apenas como «agente de corte». Todavia, como o mCPP não é uma substância controlada na maioria dos Estados-Membros, é provável que nem todas as apreensões sejam notificadas.

Em 3 de Março de 2008, o Conselho decidiu que os Estados-Membros devem tomar as medidas necessárias, em conformidade com o seu direito interno, para submeterem a BZP a medidas de controlo, proporcionais aos riscos da substância, e a sanções penais, tal como previsto na sua legislação, por força das obrigações decorrentes da Convenção das Nações Unidas de 1971 sobre as Substâncias Psicotrópicas⁽¹⁶²⁾. Os Estados-Membros devem esforçar-se por tomar estas medidas o mais cedo possível, mas o mais tardar um ano a contar da data da decisão. Na altura em que o presente relatório estava a ser elaborado, 17 Estados-Membros⁽¹⁶³⁾ comunicaram ter submetido a BZP a medidas de controlo.

⁽¹⁶¹⁾ Ver «Produtos ‘Spice’ e canabinóides sintéticos associados», p. 101.

⁽¹⁶²⁾ Decisão 2008/206/JHA do Conselho, de 3 de Março de 2008, que define a 1-benzilpiperazina (BZP) como uma nova substância psicoactiva que deve ser sujeita a medidas de controlo e a sanções penais.

⁽¹⁶³⁾ Bélgica, Dinamarca, Alemanha, Estónia, Irlanda, Grécia, França, Itália, Chipre, Lituânia, Luxemburgo, Malta, Hungria, Portugal, Eslováquia, Suécia e Finlândia; bem como a Croácia, a Turquia e a Noruega.

GHB/GBL e cetamina

Na Europa, o ácido gama-hidroxibutírico (GHB) e a cetamina têm estado sob vigilância desde o ano 2000, altura em que foi realizada uma avaliação dos riscos destas duas substâncias nos termos da Acção Comum de 1997 sobre as novas drogas sintéticas (OEDT, 2002).

Poucos países comunicam dados sobre a prevalência do GHB e da cetamina, e as estimativas da prevalência comunicadas mantêm-se em níveis muito mais baixos do que no caso de outras drogas ilegais. É difícil avaliar as mudanças da situação porque os dados sobre a prevalência são obtidos a partir de amostras não probabilísticas, com uma comparabilidade limitada ao longo do tempo e entre amostras. O estudo neerlandês Trendwatch mencionou um ligeiro aumento do consumo de GHB em redes e regiões específicas dos Países Baixos em 2007, mas quer o GHB quer a cetamina são consumidos com menos frequência do que outras drogas recreativas e principalmente em populações ocultas, em casa e em festas. Ao contrário dos aumentos mencionados

em anos anteriores, as últimas estatísticas referentes a emergências médicas relacionadas com o GHB, em Amesterdão, indicam uma nítida diminuição, de 444 casos em 2006 para 110 em 2007. Um estudo realizado num hospital londrino referiu 58 emergências relacionadas com o consumo de cetamina em 2006 e o mesmo número em 2007. Na maior parte das hospitalizações relacionadas com a cetamina, esta droga foi ingerida em associação com outras drogas, só tendo sido consumida isoladamente em 11% dos casos e em nenhum deles foi necessário o internamento nos cuidados intensivos (Wood e outros, 2008).

Os Inquéritos ESPAD à população escolar realizados em 2007 fornecem os dados mais recentes sobre o consumo de GHB entre a população escolar de 15-16 anos em toda a Europa. Entre os estudantes inquiridos em 26 Estados-Membros da UE, na Noruega e na Croácia, a prevalência do consumo de GHB ao longo da vida varia entre zero e 3%, embora a maioria dos países comunique um nível igual ou inferior a 1%.



Referências

- ACMD (2008), Cannabis: classification and public health, Advisory Council on the Misuse of Drugs, Home Office, Londres (<http://drugs.homeoffice.gov.uk/publication-search/acmd/acmd-cannabis-report-2008?view=binary>).
- Arponen, A., Brummer-Korvenkontio, H., Liitsola, K. e Salminen, M. (2008), Trust and free will as the keys to success for the low threshold health service centers (LTHSC), National Public Health Institute, Helsinquia (http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b24.pdf).
- Baker, A., Lee, N.K. e Jenner, L. (editores) (2004), *Models of intervention and care for psychostimulant users* (2nd edition), National Drug Strategy Monograph Series No. 51, Australian Government Department of Health and Ageing, Canberra.
- Baldacchino, A., Groussard-Escaffre, N., Clancy, C. e outros (2009), «Epidemiological issues in comorbidity: lessons learnt from a pan-European ISADORA project», *Mental Health and Substance Use: Dual Diagnosis 2*, pp. 88-100.
- Bargagli, A.M., Hickman, M., Davoli, M., e outros (2005), «Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries», *European Journal of Public Health 16*, pp. 198-202.
- Cherny, N.I., Catane, R. e Kosmidis, P.A. (2006), «Problems of opioid availability and accessibility across Europe: ESMO tackles the regulatory causes of intolerable and needless suffering», *Annals of Oncology 17*, pp. 885-7.
- CND (2008), *World drug situation with regard to drug trafficking: report of the Secretariat*, Comissão das Nações Unidas sobre os Estupefacientes: Conselho Económico e Social, Viena.
- Coffin, P.O., Tracy, M., Bucciarelli, A. e outros (2007), «Identifying injection drug users at risk of nonfatal overdose», *Academic Emergency Medicine 14*, pp. 616-23.
- Comissão Europeia (2007), «Relatório da Comissão ao Parlamento Europeu e ao Conselho sobre a aplicação da Recomendação do Conselho, de 18 de Junho de 2003, relativa à prevenção e redução dos efeitos nocivos da toxicod dependência para a saúde», COM (2007) 199 final (http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2007/com2007_0199en01.pdf).
- Comissão Europeia (2008a), *Civil Society Forum on Drugs in the European Union, Brussels 20-21 May 2008, Final report* (http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/drugs/forum/docs/final_report_2008_en.pdf).
- Comissão Europeia (2008b), «Young people and drugs among 15-24 year-olds», *Flash Eurobarometer 233* (http://ec.europa.eu/health/ph_publication/eurobarometers_en.htm).
- Comité Europeu para a Prevenção da Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Desumanos e Degradantes (CPT) (2006), *The CPT standards — «substantive» sections of the CPTs General Reports, CPT/Inf/E (2002)1-Rev.2006* (<http://www.cpt.coe.int/EN/documents/eng-standards-prn.pdf>).
- Connolly, J., Foran, S., Donovan, A.M. e outros (2008), Crack cocaine in the Dublin region: an evidence base for a Dublin crack cocaine strategy, HRB Research Series 6, Health Research Board, Dublin. (http://www.hrb.ie/uploads/tx_hrbpublications/HRB_Research_Series_6.pdf).
- Cunningham, J.A. (2000), «Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite?», *Drug and Alcohol Dependence 59*, pp. 211-3.
- Darke, S. and Ross, J. (2002), «Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods», *Addiction 97*, pp. 1383-94.
- Davoli, M., Bargagli, A.M., Perucci, C.A. e outros (2007), «Risk of fatal overdose during and after specialised drug treatment: the VEdeTTE study, a national multi-site prospective cohort study», *Addiction 102*, pp. 1954-9.
- Decorte, T. (2000), *The taming of cocaine*, VUB University Press, Bruxelas.
- Department of Health (2007), *Reduction of drug-related harm: an action plan*, Department of Health, Londres (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_074850).
- Desroches, F. (2007), «Research on upper level drug trafficking: a review», *Journal of Drug Issues 37*, pp. 827-44.
- Direcção-Geral da Saúde e dos Consumidores (2008a), *Final report on prevention, treatment, and harm reduction services in prison, on reintegration services on release from prison and methods to monitor/analyse drug use among prisoners*, Direcção-Geral da Saúde e dos Consumidores, Bruxelas (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_frep1.pdf).

- Direção-Geral da Saúde e dos Consumidores (2008b), *Quality of treatment services in Europe — drug treatment situation and exchange of good practice*, Direção-Geral da Saúde e dos Consumidores, Bruxelas (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_treatment_frep_en.pdf).
- Dolan, K.A., Shearer, J., White, B. e outros (2005), «Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection», *Addiction* 100, pp. 820-8.
- ECDC e Gabinete Regional para a Europa da OMS (2008), *HIV/AIDS surveillance in Europe 2007*, Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças, Estocolmo.
- Elkashef, A., Vocci, F., Hanson, G. e outros (2008), «Pharmacotherapy of methamphetamine addiction: an update», *Substance Abuse* 29, pp. 31-49.
- Ellingstad, T.P., Sobell, L.C., Sobell, M.B. e outros (2006), «Self-change: a pathway to cannabis abuse resolution», *Addictive Behaviours* 31, pp. 519-30.
- Europol (2007), *Project COLA: European Union cocaine situation report 2007*, Europol, Haia.
- Europol (2008), *European Union drug situation report 2007*, Europol, Haia.
- Farrell, M. e Marsden, J. (2008), «Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales», *Addiction* 103, pp. 251-5.
- GLADA (2004), *An evidence base for the London crack cocaine strategy*, Greater London Authority, Londres.
- Grebely, J., Genoway, K., Khara, M. e outros (2007), «Treatment uptake and outcomes among current and former injection drug users receiving directly observed therapy within a multidisciplinary group model for the treatment of hepatitis C virus infection», *International Journal of Drug Policy* 18, 437-43.
- Hall, W. e Solowij, N. (1998), «Adverse effects of cannabis», *Lancet* 1352, pp. 1611-16.
- Hedrich, D., Majo Roca, X., Marvanykövi, F. e Razc, J. (editores) (2008a), *Data-collection protocol for specialist harm reduction agencies*, Foundation Regenboog-AMOC, Correlation Network, Amesterdão (<http://www.correlation-net.org/products/datacollection.pdf>).
- Hedrich, D., Pirona, A. e Wiessing, L. (2008b), «From margin to mainstream: the evolution of harm reduction responses to problem drug use in Europe», *Drugs: Education, Prevention and Policy* 15, pp. 503-17 (DOI: 10.1080/09687630802227673).
- Henquet, C., Krabbendam, L., Spauwen, J. e outros (2005), «Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and symptoms in young people», *BMJ* 330, p. 11.
- Henskens, R., Garretsen, H., Bongers, I. e outros (2008), «Effectiveness of an outreach treatment program for inner city crack abusers: compliance, outcome, and client satisfaction», *Substance Use Misuse* 43, pp. 1464-75.
- Hibell, B. e outros (2009), *The ESPAD Report 2007: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, Conselho Sueco de Informação sobre Álcool e outras Drogas (CAN) e Conselho da Europa, Grupo Pempidou.
- Hoare, R. e Flatley, J. (2008), *Drug misuse declared: findings from the 2007/08 British Crime Survey*, Home Office Statistical Bulletin, Home Office, Londres.
- Hornik, R., Jacobsohn, L., Orwin, R. e outros (2008), «Effects of the National Youth Anti-Drug Media Campaign on youths», *American Journal of Public Health* 98, pp. 2229-36.
- INCB (2009a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2008*, Nações Unidas: Conselho Internacional para o Controlo de Estupefacientes, Nova Iorque.
- INCB (2009b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances 2008*, Nações Unidas: Conselho Internacional para o Controlo de Estupefacientes, Nova Iorque.
- Jager, J., Limburg, W., Kretzschmar, M. e outros (editores) (2004), *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options*, Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, Lisboa.
- Knapp, W.P., Soares, B.G., Farrell, M. e Lima, M.S. (2007), «Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders», *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3), CD003023.
- Korf, D. (editor) (2008), *Cannabis in Europe: dynamics in perception, policy and markets*, Pempidou Group, Pabst Science Publishers, Lengerich, Alemanha.
- Loftis, J.M., Matthews, A.M. e Hauser, P. (2006), «Psychiatric and substance use disorders in individuals with hepatitis C: epidemiology and management», *Drugs* 66, pp. 155-74.
- McCambridge, J., Slym, R.L. e Strang, J. (2008), «Randomized controlled trial of motivational interviewing compared with drug information and advice for early intervention among young cannabis users», *Addiction* 103, pp. 1819-20.
- McIntosh, J., Bloor, M. e Robertson, M. (2008), «Drug treatment and the achievement of paid employment», *Addiction Research and Theory* 16, 37-45.
- Mennes, C.E., Ben Abdallah, A. e Cottler, L.B. (2009), «The reliability of self-reported cannabis abuse, dependence and withdrawal symptoms: Multisite study of differences between general population and treatment groups», *Addictive Behaviors* 34, 223-6.
- Milloy, M., Kerr, T., Tyndall, M. e outros (2008), «Estimated drug overdose deaths averted by North America's first medically-supervised safer injection facility», *PLoS ONE* 3(10): e3351 (doi:10.1371/journal.pone.0003351).
- Miovský, M., Miovska, L., Řehan, V. e Trapková, B. (2007), «Substance use in fifth- and seventh-grade basic school pupils: review of results of quasi-experimental evaluation study»,

- Československá Psychologie 103 (Suplemento 51), pp. 109-18 (http://cspych.psu.cas.cz/files/cspych_supplement2007.pdf).
- Moussalli, J., Melin, P., Wartelle-Bladou, C. e Lang, J.P. (2007), «Prise en charge de l'hépatite C chez les patients utilisateurs de drogues», *Gastroenterologie clinique et biologique* 31, pp. S51-5.
- NICE (2009), *Needle and syringe programmes: providing people who inject drugs with injecting equipment*, Public health guidance 18, National Institute for Health and Clinical Excellence, Londres.
- Nordstrom, B.R. e Levin, F.R. (2007), «Treatment of cannabis use disorders: a review of the literature», *American Journal of Addiction* 16, pp. 331-42.
- NTA (2007), *Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management* (<http://www.nta.nhs.uk/publications/>).
- Obradovic, I. (2008), *Activité des «consultations jeunes consommateurs» (2005-2007)*, Tendances 63, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Paris.
- OEDT (2002), *Report on the risk assessment of GHB in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, Lisboa.
- OEDT (2004), *European report on drug consumption rooms*, Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, Lisboa.
- OEDT (2005), *Co-morbilidade — O consumo de drogas e as perturbações mentais*, Drogas em Destaque n.º 14, Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, Lisboa.
- OEDT (2006a), *A gender perspective on drug use and responding to drug problem*, Tema específico, Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, Lisboa.
- OEDT (2006b), *Developments in drug use within recreational settings*, Tema específico, Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, Lisboa.
- OEDT (2007a), *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*, Tema específico, Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, Lisboa.
- OEDT (2007b), *Droga e criminalidade: uma relação complexa*, Drogas em destaque n.º 16, Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, Lisboa.
- OEDT (2007c), *Drugs and driving*, Tema específico, Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, Lisboa.
- OEDT (2008a), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, Monograph N.º 8, Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, Lisboa.
- OEDT (2008b), *Relatório anual 2008: a evolução do fenómeno da droga na Europa*, Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, Lisboa.
- OEDT (2008c), *Drugs and vulnerable groups of young people*, Tema específico, Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, Lisboa.
- OEDT (2008d), *Monitoring the supply of cocaine to Europe*, Technical datasheet, Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, Lisboa (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-datasheets/cocaine-trafficking>).
- OEDT (2008e), *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe, Tema específico*, Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, Lisboa.
- OEDT (2009a), *Internet-based drug treatment interventions: best practice and applications in EU Member States*, Insights N.º 10, Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, Lisboa.
- OEDT (2009b), *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention*, Thematic papers, Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, Lisboa (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention>).
- OMA (2008), *Customs and drugs report 2007*, Organização Mundial das Alfândegas, Bruxelas.
- OMS (2007), *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*, Gabinete Regional para a Europa da OMS, Copenhaga (<http://www.euro.who.int/document/e90174.pdf>).
- OMS (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, Organização Mundial de Saúde, Genebra (http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence-guidelines.pdf).
- Perkonig, A., Goodwin, R.D., Fiedler, A. e outros (2008), «The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life», *Addiction* 103, pp. 439-49.
- Piontek, D., Kraus, L. e Klempova, D. (2008), «Short scales to assess cannabis-related problems: a review of psychometric properties», *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy* 3, p. 25.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. e outros (2004), «Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups», *European Addiction Research* 10, pp. 147-55.
- Qureshi, A.I., Suri, M.F.K., Guterman, L.R. 2 Hopkins, L.N. (2001), «Cocaine use and the likelihood of non-fatal myocardial infarction and stroke. Data from the third national health and nutrition examination survey», *Circulation* 103, pp. 502-6.
- Roesner, S. e Küfner, H. (2007), «Monitoring des Arzneimittelgebrauchs 2006 bei Klienten von Suchtberatungsstellen (PHARMON)», *Sucht* 53 (Suplemento 1), pp. S65-S77.
- Rosenberg, H., Melville, J. e McLean, P.C. (2002), «Acceptability and availability of pharmacological interventions for substance misuse by British NHS treatment services», *Addiction* 97, pp. 59-65.
- Samhsa (2007), *National survey on drug use and health*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).

- Scalia Tomba, G.P., Rossi, C., Taylor, C. e outros (2008), *Guidelines for estimating the incidence of problem drug use*, Observatório Europeu da Droga e da Toxicoddependência, Lisboa.
- Schroder, R., Sellman, D., Frampton, C. e Deering, D. (2008), «Profile of young people attending alcohol and other drug treatment services in Aotearoa, New Zealand: clinical file search», *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 42, pp. 963-68.
- Schulte, B., Thane, K., Rehm, J. e outros (2008), «Review of the efficacy of drug treatment interventions in Europe», in *Quality of treatment services in Europe – drug treatment: situation and exchange of good practice* (ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_treatment_frep_en.pdf).
- Scottish Government (2008), *Reducing drug users' risk of overdose*, Scottish Government Social Research (<http://www.Escócia.gov.uk/Resource/Doc/243164/0067668.pdf>).
- Strang, J. e Sheridan, J. (1997), «Prescribing amphetamine to drug misusers: data from the 1995 national survey of community pharmacies in England and Wales», *Addiction* 92, pp. 833-8.
- Strang, J., Manning, V., Mayet, S. e outros (2008), «Overdose training and take-home naloxone for opiate users: prospective cohort study of impact on knowledge and attitudes and subsequent management of overdoses», *Addiction* 103, pp. 1648-57.
- Sutton, A.J., Edmunds, W.J., Sweeting, M.J. e Gill, O.N. (2008), «The cost-effectiveness of screening and treatment for hepatitis C in prisons in England and Wales: a cost-utility analysis», *Journal of Viral Hepatitis* 15, pp. 797-808.
- Swift, W., Hall, W. e Copeland, J. (2000), «One year follow-up of cannabis dependence among long-term users in Sydney, Australia», *Drug and Alcohol Dependence* 59, pp. 309-18.
- Talu, A., Rajaleid, K., Abel-Ollo, K. e outros (2009), «HIV infection and risk behaviour of primary fentanyl and amphetamine injectors in Tallinn, Estonia: implications for intervention», *International Journal of Drug Policy* (doi:10.1016/j.drugpo.2009.02.007).
- Tiihonen, J., Kuoppasalmi, K., Fohr, J. e outros (2007), «A comparison of aripiprazole, methylphenidate, and placebo for amphetamine dependence», *American Journal of Psychiatry* 164, pp. 160-2.
- Toufik, A., Cadet-Taïrou, A., Janssen, E. e Gandilhon, M. (2008), *The first national survey on users of the CAARUD centres*, Tendances N.º 61, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Paris.
- UNODC (2009), *World drug report*, Gabinete das Nações Unidas contra o Droga e o Crime, Viena.
- UNODC e Governo de Marrocos (2007), *Morocco cannabis survey 2005*, Gabinete das Nações Unidas contra o Droga e o Crime, Viena.
- Vandam, L. (2009), «Patterns of drug use before, during and after detention: a review of epidemiological literature», in Cools, M. e outros (editores), *Contemporary issues in the empirical study of crime*. Maklu, Antuérpia.
- Vickerman, P., Hickman, M., May, M. e outros (submitted), «Can HCV prevalence be used as a measure of injection-related HIV-risk in populations of injecting drug users? An ecological analysis», *Addiction*.
- Wagner, F.A. e Anthony, J.C. (2002), «From first drug use to drug dependence; developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol», *Neuropsychopharmacology* 26, pp. 479-88.
- Wammes, A., Van Leeuwen, L. e Lokman, S. (2007), *Evaluatierapport DVP-Campagne 2006 «Je bent niet gek als je niet blowt»*, Trimbos Institute, Utrecht.
- Wiessing, L., Guarita, B., Giraudon, I. e outros (2008a), «European monitoring of notifications of hepatitis C virus infection in the general population and among injecting drug users (IDUs) – the need to improve quality and comparability», *Eurosurveillance* 13(21):pii=18884 (<http://www.eurosurveillance.org/viewarticle.aspx?ArticleId=18884>).
- Wiessing, L., Van de Laar, M.J., Donoghoe, M.C. e outros (2008b), «HIV among injecting drug users in Europe: Increasing trends» in the *Eurosurveillance* 13(50) (<http://www.eurosurveillance.org/viewarticle.aspx?ArticleId=19067>).
- Wood, D.M., Bishop, C.R., Greene, S.L. e Dargan, P.I. (2008), «Ketamine-related toxicology presentations to the ED», *Clinical Toxicology* 46, p. 630.
- Zachrisson, H.D., Rödje, K. e Mykletun, A. (2006), «Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey», *BMC Public Health* 6:34 (www.biomedcentral.com).

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência

Relatório Anual 2009: a evolução do fenómeno da droga na Europa

Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia

2009 — 109 p. — 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-393-2

Como obter publicações da UE

Publicações pagas:

- através da EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- numa livraria indicando o título, o editor e/ou o número ISBN;
- contactando directamente um dos nossos agentes de vendas. Poderá obter os respectivos contactos consultando o sítio <http://bookshop.europa.eu> ou enviando um fax para +352 2929-42758.

Publicações gratuitas:

- através da EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- nas representações ou delegações da Comissão Europeia. Poderá obter os respectivos contactos consultando o sítio <http://ec.europa.eu> ou enviando um fax para +352 2929-42758.

Acerca do OEDT

O Observatório Europeu da Droga e da Toxicod dependência (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 toxicod dependência na Europa.

O OEDT recolhe, analisa e difunde informações factuais, objectivas, fiáveis e comparáveis sobre a droga e a toxicod dependência. 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.

