

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodpendência

Relatório Anual sobre a Evolução do
Fenómeno da Droga na União Europeia

1997

SUMÁRIO E TÓPICOS
PRINCIPAIS

NOTA DE RESPONSABILIDADE

O Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) não tem qualquer responsabilidade real ou implícita, inclusivamente perante qualquer pessoa singular ou colectiva que actue em seu nome, pela utilização que eventualmente se faça da informação contida no presente documento. O conteúdo não implica de modo algum a formulação de uma opinião por parte do OEDT sobre o estatuto legal de qualquer país, território, cidade ou região ou das suas autoridades, incluindo o traçado das suas fronteiras ou limites.

Salvo indicação em contrário, esta publicação, incluindo todas as recomendações ou pareceres, não reflecte necessariamente a política do OEDT, dos seus parceiros, de qualquer Estado-Membro, organismo ou instituição da União Europeia ou Comunidades Europeias.

Encontra-se à disposição na Internet uma grande quantidade de informação adicional sobre a União Europeia. Pode aceder à mesma através do servidor Europa - <http://europa.eu.int> * A informação sobre o OEDT encontra-se no seu *site* - <http://www.emcdda.org>

Este sumário encontra-se igualmente disponível em alemão, dinamarquês, espanhol, finlandês, francês, grego, italiano, neerlandês, português e sueco.

© Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 1997
Reprodução autorizada, mediante indicação da fonte

Impresso em Itália
Impresso em papel branco sem cloro

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência
Rua da Cruz de Santa Apolónia 23/25
1100 Lisboa PORTUGAL

Prefácio

O *Relatório Anual sobre a Evolução do Fenómeno da Droga na União Europeia 1997* reveste-se de enorme importância não só pelo que nele se afirma sobre o problema da droga na Europa (resumido no presente documento), mas também porque dá conta de importantes avanços na

nossa capacidade de fazer tais declarações. As nações da Europa falam cada vez mais a mesma língua relativamente aos estupefacientes e à política antidroga, pré-requisito para beneficiar das experiências dos diversos países e para cooperar no sentido de proteger as populações europeias. Neste processo o OEDT pode desempenhar um papel fulcral como promotor e concretizador. Os resultados desta evolução reflectem-se no aumento da importância política do relatório do presente ano, mais visível na referência feita a novos domínios:

Um novo capítulo (capítulo 3) sobre o abuso de drogas, tais como o *ecstasy*, revela como os sistemas e redes se desenvolveram de tal maneira que permitem a difusão rápida de informação em resposta a uma preocupação emergente - este aspecto é tanto mais importante quanto o próprio uso destas drogas se está a difundir com uma rapidez alarmante.

O que se afirmou do ano passado acerca da relação entre o OEDT e os seus parceiros internacionais é complementado este ano (no capítulo 6) com uma demonstração prática dessas relações: a recolha de perspectivas e dados que permitem definir o lugar da Europa nos padrões internacionais de tráfico de droga.

A análise feita este ano sobre as actividades de redução da procura (capítulo 2) abriu novos caminhos com a promoção de um estudo especial sobre as intervenções nos sistemas penais da Europa, que sugere áreas de aprendizagem mútua entre os Estados-Membros no âmbito deste sector tão importante.

No ano passado admitimos que o financiamento era uma falha importante no nosso conhecimento sobre as estratégias nacionais. O problema não está resolvido, mas a nova secção no capítulo 4 define claramente esta falha, analisa as questões envolvidas na sua colmatação e recorre a novos dados da UE, e não só, que indicam como ultrapassá-la.

O capítulo 1 documenta a extensão preocupante da transmissão da hepatite (especialmente da hepatite C) entre os consumidores de droga por via intravenosa. É de registar a melhoria que se verificou a nível dos dados recolhidos, de tal modo que podemos apresentar índices significativos sobre o problema do uso de drogas - informações fundamentais para os decisores políticos e responsáveis do planeamento a nível europeu.

Outras evoluções serão menos evidentes mas igualmente importantes para a consolidação de uma plataforma de elaboração de políticas a nível nacional e comunitário. Seguem-se alguns exemplos:

No capítulo 1 são referidos novos inquéritos que permitiram recolher informação relativa a um maior número de substâncias, assim como, documentar a extensão do consumo de drogas relativamente mais habituais na população em geral - constituindo um passo em frente na recolha de informação relevante para as políticas a adoptar.

Um estudo do OEDT sobre a linguagem utilizada na área da redução da procura apurou as categorias mais importantes nesta área e possibilitou (no capítulo 2) uma descrição e análise mais diversificadas das actividades.

No capítulo 4 é apresentada uma prova clara da existência de um processo em espiral, de acordo com o qual o alargamento do âmbito de debates significativos entre as nações da UE traz benefícios que encorajam a continuação do processo. As informações do OEDT (e da Unidade Droga da Europol) foram descritas como "particularmente úteis" pela Conferência sobre Política Antidroga na Europa, realizada em 1995-96, e pelas cimeiras europeias ulteriores. Estes acontecimentos estimulam os desenvolvimentos a nível nacional que, por sua vez, melhoram a informação colocada à disposição do OEDT.

No ano passado, afirmei que os resultados apresentados no nosso primeiro relatório justificavam os esforços desenvolvidos. esta afirmação é ainda mais verdadeira em relação a este relatório.

Investir montantes relativamente modestos na melhoria da comparabilidade tem, manifestamente, o poder de aumentar a focagem, a eficácia e a qualidade dos orçamentos nacionais na luta contra a droga. É igualmente evidente que se impõe para isso uma intensa cooperação entre as fontes de informação e os responsáveis pela produção de informação a nível comunitário a fornecer aos decisores políticos. No centro deste sistema encontra-se a rede REITOX do OEDT e os seus pontos focais em cada Estado-Membro. Os pontos focais devem dispor dos meios e da liberdade para trabalharem com as suas fontes de dados, por um lado, e com o OEDT, por outro, por forma a criar o campo de acção para análises ainda mais úteis. O progresso implica estar em posição de adoptar normas comuns independentemente da sua proveniência, mesmo que tal signifique alterar sistemas nacionais de recolha de dados.

Está a ser difundido, entre os decisores, gestores e especialistas europeus em informação sobre a droga, um relatório técnico suplementar baseado nos resultados deste ano. Em conformidade com o mandato recebido ao abrigo do regulamento que institui o OEDT, faremos nesse relatório as nossas recomendações justificadas pelo seu objectivo final: proteger a população da Europa e, em especial, as crianças, dos riscos do uso de drogas.

Contudo, existe um objectivo básico, a que o próximo milénio impõe um limite óbvio: ter realizado até ao ano 2000 um inquérito sobre a extensão e a natureza do consumo de droga em toda a União Europeia, com a adopção por todos os países de metodologias compatíveis que nos habilitem a definir a dimensão do problema com uma confiança sem precedentes. O Tratado da União Europeia criou a estrutura necessária para dar este passo decisivo. Se entrarmos na nova era sem ter aproveitado esta oportunidade, teremos sido incapazes de chegar à sofisticação que a nossa população merece.

Espero que este sumário lhe seja útil, o leve a interessar-se pelo relatório completo e a apoiar o nosso trabalho em favor das pessoas afectadas pelo problema da droga na Europa.

Georges Estievenart
DIRECTOR, OEDT

Criado em Lisboa em 1994, o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência

(OEDT) é um centro de informação da Comunidade Europeia incumbido pelo ponto 10 do artigo 2º do regulamento (CEE) nº302/93 de fornecer "informações objectivas, fiáveis e comparáveis a nível europeu sobre o fenómeno da droga e da toxicodependência e respectivas consequências". O OEDT reúne e difunde informação sobre:

- a procura de droga e as medidas para reduzir essa procura;
- as estratégias e políticas nacionais e comunitárias;
- a cooperação internacional e a geopolítica da oferta de droga;
- o controlo do tráfico de narcóticos, psicotrópicos e precursores;
- as implicações do fenómeno da droga para os países produtores, consumidores e de trânsito.

O *Relatório Anual sobre a Evolução do Fenómeno da Droga na União Europeia* do OEDT (a presente publicação é um sumário do relatório de 1997) é o seu principal meio de difusão de informação. Muitos dos dados contidos no relatório provêm directa ou indirectamente dos parceiros do OEDT a partir dos pontos focais nacionais dos 15 Estados-Membros e da Comissão Europeia, ou dos seis principais parceiros internacionais do OEDT. O problema essencial com que o OEDT e os seus parceiros se confrontam consiste em assegurar a disponibilidade e comparabilidade de informação proveniente dos diversos sistemas nacionais de recolha de dados, integrados em culturas e estruturas administrativas diferentes. Basta um simples exemplo: as detenções por posse de *cannabis* num país que em geral combate esta droga com medidas não penais podem ser em número muito inferior ao do que impõe rigidamente a sua proibição, muito embora o consumo de *cannabis* no primeiro possa ser mais elevado.

O objectivo final é fornecer aos responsáveis políticos e outros uma informação de base, que lhes permita comparar a eficácia de políticas e práticas; como mencionado neste relatório e confirmado noutros documentos da UE, o progresso deste ano foi claro e decisivo. Este sumário apresenta as informações e os tópicos principais de um relatório de mais de 140 páginas. Estão disponíveis cópias do relatório completo em todos os Estados-Membros - ver a última página.

Relatório Anual sobre a Evolução do Fenómeno da Droga na União Europeia - 1997

Segue-se uma lista dos temas principais do relatório.

A presente publicação sintetiza os capítulos 1-6.

Capítulo 1 - Prevalência e Padrões de Consumo

Capítulo 2 - Redução da Procura

Capítulo 3 - Novas Tendências em matéria de Drogas Sintéticas

Capítulo 4 - Estratégias Nacionais

Capítulo 5 - Acção Empreendida pela UE

Capítulo 6 - Contexto Internacional

Anexo 1 - Descrição das Drogas

Anexo 2 - O OEDT e a REITOX

CAP.1 PREVALÊNCIA E PADRÕES DE CONSUMO

Em muitos países, a investigação epidemiológica sobre o consumo de drogas ilícitas é ainda uma ciência em desenvolvimento e a informação é insuficiente. A nível europeu, as diferenças nacionais tornam os dados de um país incompatíveis com os dados aparentemente semelhantes de outro país. No entanto, conclusões convergentes de diversas fontes permitem formular observações gerais.

Em muitos países parece registar-se um aumento do consumo de drogas 'novas', como o *ecstasy*, e, em alguns países, o *crack*, bem como de drogas mais comuns, como a cocaína em pó, a *cannabis* e as anfetaminas.

Em geral, apenas um pequeno grupo de pessoas que já experimentou uma droga ilícita o fez recentemente ou repetidamente e, no entanto, muitas vezes os valores relativos a 'já consumiu alguma vez' são os únicos disponíveis. As respostas políticas baseadas apenas nestes valores arriscam-se a ser exageradas.

Na maioria dos Estados-Membros da UE a heroína domina os indicadores que reflectem as várias consequências problemáticas do consumo de droga, nomeadamente a procura de tratamento, os óbitos relacionados com a droga e as infecções pelo HIV. A combinação de diversas drogas, incluindo medicamentos e álcool, desempenha um papel cada vez mais importante nos problemas associados às drogas ilícitas.

- Extensão do Consumo -

A *cannabis* continua a ser a droga ilícita mais consumida em toda a União Europeia. Dependendo do país, entre 5-8% e 20-30% da população já a experimentou, pelo menos, uma vez. No entanto, o padrão de consumo mais comum é o ocasional ou intermitente e não o de consumo frequente. Para além disso, esta droga raramente aparece como droga principal nos indicadores relacionados com a saúde e a assistência social.

A droga menos experimentada pelas populações europeias em geral é a heroína. Em regra, apenas cerca de 1% ou menos da população adulta a experimentou, apesar de entre os jovens adultos nas cidades grandes, a prevalência de heroinodependentes poder ser superior à prevalência nacional. A heroína continua a ser uma importante ameaça para a saúde e segurança públicas.

Um número mais elevado de pessoas, oscilando entre 1-4% da população geral, experimentaram cocaína. Os consumidores são, geralmente, jovens adultos socialmente integrados com um padrão de consumo intermitente, apesar da cocaína ter igualmente aderentes entre grupos urbanos marginalizados. Os heroíno-dependentes que também consomem cocaína apresentam o perfil típico da maioria dos heroíno-dependentes.

O consumo de *crack* tem sido registado em diversos países em grupos semelhantes aos dos consumidores de heroína e noutros grupos marginalizados, mas mantém-se um fenómeno limitado.

Na maioria dos países, as anfetaminas são a segunda droga ilícita mais consumida, experimentada geralmente por quase 3% dos adultos. A partir de finais da década de 80, em muitos países, as anfetaminas, o *ecstasy* e, por vezes, o LSD tornaram-se mais populares junto das camadas jovens, ligados a uma cultura da juventude em torno de discotecas e de grandes festas privadas (ver mais informação no capítulo 3).

Entre os adolescentes, a prevalência do abuso de solventes pode ser superior a qualquer outra droga, à excepção da *cannabis*.

- Indicadores de problemas relacionados com o uso de drogas -

Na maioria dos países, os opiáceos (principalmente a heroína) são frequentemente indicados como as substâncias principais de uso problemático. Contudo, a maior parte dos consumidores de opiáceos usa igualmente outras drogas, especialmente cocaína ('politoxicod dependência'). Alguns países do norte da Europa têm índices significativos de consumidores de anfetaminas por via intravenosa, que tendem a não usar opiáceos. Num pequeno grupo de países, este grupo representa a maioria dos consumidores problemáticos de droga.

Embora existam excepções, as taxas de uso problemático de droga são mais elevadas nas capitais do que nas cidades de província e são também superiores às taxas nacionais.

No âmbito dos países da UE, os métodos de controlo e as definições continuam a divergir de tal modo que as variações nas taxas de uso problemático de droga apresentadas são dificilmente atribuíveis a diferenças reais na prevalência.

Em quase todos os países, a heroína é a principal droga (geralmente, 70-95%) entre as pessoas que iniciam o tratamento da toxicod dependência. A percentagem dos consumidores de droga por via intravenosa situa-se entre os 14% e os 90%, sendo de um modo geral inferior aos índices registados no ano passado. Em certos países, as anfetaminas são igualmente importantes. De um modo geral, a cocaína mantém-se relativamente rara enquanto droga principal.

As pessoas que iniciam o primeiro tratamento têm, em média, entre vinte e poucos e trinta e poucos anos, sendo 70-85% do sexo masculino.

O consumo de drogas por via intravenosa parece ser menos habitual entre os consumidores mais jovens e provavelmente também entre aqueles que iniciaram o consumo recentemente. Comparativamente aos consumidores existentes, uma percentagem mais elevada de novos consumidores (que tendem a ser mais jovens) tem problemas relacionados com a cocaína e/ou *cannabis* e uma percentagem mais baixa (mas, ainda assim, a maioria) com os opiáceos.

Os consumidores de heroína por via intravenosa incorrem num risco de morte 20 ou 30 vezes superior ao da população em geral da mesma idade. O risco é muito inferior para as outras formas de consumo de droga. Em muitos países da UE assistiu-se a uma subida acentuada dos óbitos relacionados com a droga, na última metade da década de 80 e princípios da década de 90. Desde então as tendências divergem com novas subidas em certos países e descida e/ou estabilização noutros.

A partilha do material de injeção contaminado e o contacto sexual são os principais meios de transmissão do HIV e da hepatite. Em muitos países, os consumidores por via intravenosa reduziram a partilha do material de injeção. Esta e outras medidas de controlo da infecção parecem ter tido alguma impacto nas infecções pelo HIV (na maioria dos países, a prevalência de infecções pelo HIV estabilizou ou tem vindo a baixar), mas não na hepatite C. De um modo geral, a taxa de novos casos de SIDA tem vindo a baixar.

Calcula-se que o vírus da hepatite C é 50 a 100 vezes mais contagioso do que o HIV, podendo causar hepatite crónica e danos graves no fígado e/ou cancro. A carga potencial na sociedade é comparável à da recente epidemia causada pelo HIV.

É provável que haja cerca de meio milhão de consumidores de droga infectados com hepatite C na União Europeia. As prevalências da hepatite C em consumidores de droga por via intravenosa são substancialmente mais elevadas do que da hepatite B, mesmo em países com baixa prevalência de casos com hepatite B e/ou HIV. As taxas elevadas significam que os comportamentos de risco que transmitem vírus como o HIV continuam a ser praticados, mesmo que a baixo nível.

Desde os anos 80 que se registou na maioria dos países uma subida do número de infracções à legislação antidroga. Em alguns países a *cannabis* é responsável pela maioria das infracções; noutros é a heroína. Regra geral, a proporção de infracções relacionadas com a cocaína é baixa. Os consumidores de drogas constituem uma percentagem significativa da população prisional em diversos e, provavelmente, em muitos países.

- Oferta e acessibilidade de Droga -

Pensa-se que as apreensões de droga efectuadas pelos organismos judiciais reflectem indirectamente a oferta e a acessibilidade de droga e, como consequência, possivelmente o consumo de droga. No entanto, esta associação é complicada visto as apreensões serem também bastante afectadas por outros factores.

O número de apreensões de *ecstasy* está a aumentar em todos os países. Em muitos países do norte da Europa continuam a situar-se muito abaixo das de anfetaminas; noutros ocorre a situação oposta.

O preço e a pureza das drogas no mercado negro nem sempre são registados e o grau de fiabilidade dos dados não é conhecido. De um modo geral, os preços de revenda de *cannabis* são estáveis ou sofreram uma ligeira subida e os da heroína e cocaína são estáveis ou em queda. Mantendo-se as circunstâncias iguais, preços estáveis ou em queda significam que a oferta *não* está a ser reduzida em relação à procura.

CAP.2 REDUÇÃO DA PROCURA

As intervenções de redução da procura destinam-se a diminuir a procura de droga ou a reduzir as consequências nocivas do consumo de droga a nível individual ou colectivo. Estas intervenções variam desde os trabalhos realizados com os mais jovens, por forma a evitar o início da procura de drogas, a programas de substituição que receitam drogas a toxicodependentes. Incluem programas de prevenção, equipas de rua, tratamento, reabilitação e redução de riscos.

Estas actividades podem ser categorizadas em vários domínios principais:

estratégia de base - evitar o início da procura de droga ou ajudar os consumidores a reduzir a procura de droga existente;

objectivos - abstinência ou consumo controlado, por exemplo;

grupos-alvo - muitas vezes definidos pelo grau conhecido de envolvimento com a droga;

tipo de droga - alguns programas pretendem afectar o consumo de todas as substâncias lícitas e ilícitas, outros destinam-se a substâncias específicas;

cenário - local onde se intervem .

Os sistemas de saúde, social, educativo e penal e as instituições de solidariedade social estão a implementar um amplo leque de actividades de redução da procura, com diferentes abordagens de acordo com a acessibilidade e estilos de vida das populações visadas.

A nível nacional, a responsabilidade pela redução da procura costuma ser atribuída aos ministérios da Saúde, dos Assuntos Internos, da Educação, da Justiça e da Defesa. Estes difundem linhas de orientação e metodologias para implementação local, dão início a determinadas actividades e ajudam a coordenar as actividades locais. Muitos países da UE têm políticas antidroga novas ou revistas recentemente e aumentaram o financiamento da redução da procura.

Existe já em todos os países uma maior variedade de formação profissional e contínua relacionada com a toxicodependência.

Apesar da crescente procura de avaliações das actividades de redução da procura, a investigação é insuficiente.

- Prevenção -

Tradicionalmente, a prevenção significava medo, castigo e proibição. Hoje em dia, a ênfase é mais colocada na responsabilidade e no reforço e menos na disfunção e na deficiência.

Uma tendência importante é a crescente profissionalização dos técnicos de prevenção devido ao aumento da formação e dos postos de trabalho especializados.

Considera-se que a prevenção é mais eficaz quando organizada junto dos seus alvos. A esmagadora maioria do trabalho de redução da procura está baseada a nível local, centrada em unidades tal como o bairro, a família, a escola ou a associação local.

Embora potencialmente eficazes, os programas locais contínuos e abrangentes são extremamente exigentes devido ao leque de pessoas e organizações a alcançar e a envolver.

Os programas dirigidos às escolas são a forma de prevenção primária mais disseminada em todos os países da União Europeia.

- Assistência aos Consumidores de Drogas -

O desenvolvimento dos serviços de assistência em toda a Europa caracteriza-se pela expansão, diversificação e crescente diferenciação. Os serviços ligados à droga tendem a satisfazer mais as necessidades individuais e a cooperar progressivamente com os sistemas de saúde, social e penal. Em diversos países, os sistemas de tratamento estão a ser reorganizados por forma a melhorar a sua capacidade de resposta face às necessidades emergentes.

As equipas de rua foram criadas para estabelecer e manter o contacto com grupos de alto risco no seu próprio ambiente. Muitos deles baseiam-se numa abordagem feita por pares através de (ex) consumidores de droga. Os serviços de porta aberta auxiliam os toxicodependentes com maiores privações a sobreviver no dia a dia, evitando uma maior deterioração.

Verificou-se uma expansão das abordagens de redução de riscos devido às preocupações levantadas pelas infecções pelo HIV e à preocupação pública com o crescente problema de droga. Estas abordagens reduziram, em muitos países, a propagação do vírus do HIV.

Os tratamentos de substituição estão disponíveis em todos os países da UE, mas em grau muito diferente. O tratamento com metadona conheceu recentemente uma expansão rápida na maioria dos países da UE. O tratamento visa em geral uma eventual abstinência mas pode ser concebido para continuar indefinidamente.

Os objectivos mais habituais dos programas de tratamento em ambulatório são, melhorar a qualidade de vida dos consumidores de substâncias e proteger a sua saúde, tentando motivá-los simultaneamente a procurar um tratamento de toxicod dependência. Os programas com internamento variam desde a desintoxicação a programas terapêuticos integrados e podem incluir serviços para mulheres ou grupos especiais, tais como consumidores extremamente jovens ou pais com filhos pequenos.

Os programas de tratamento e reabilitação tentam, de um modo geral, (re)integrar os toxicod dependentes na sociedade (família, trabalho, etc.) - o processo de 'normalização'.

O apoio posterior para reintegrar os ex-consumidores de droga nas redes sociais e no emprego constitui a última fase do tratamento a longo prazo, oferecendo formação profissional, alojamento provisório, assistência familiar, etc.

Um número bastante superior de consumidores de droga tem mais contactos com o sistema penal do que com os serviços de tratamento. As intervenções de redução da procura neste sistema costumam envolver organismos penais, que encaminham os consumidores de droga para serviços sociais e de saúde.

CAP. 3 NOVAS TENDÊNCIAS NAS DROGAS SINTÉTICAS

(Uma cena dos primeiros tempos das "rave" - a cultura de dança da juventude agora estreitamente associada a novas tendências de consumo de drogas sintéticas)

Em alguns países da UE, uma quantidade sem precedente de europeus cada vez mais jovens passou a consumir drogas sintéticas, tal como o *ecstasy*, o LSD e as anfetaminas, no contexto de uma cultura juvenil de massa descrita pelos termos 'rave', 'techno' ou, em termos mais genéricos, 'dance'.

A facilidade com que o consumo de drogas sintéticas ultrapassa as fronteiras nacionais e o actual contexto cultural da 'dance music' significa que se pode obter grandes benefícios do intercâmbio de experiências.

O *ecstasy* e as anfetaminas têm efeitos estimulantes enquanto que os efeitos do LSD são principalmente emocionais e perceptivos. Os efeitos dos três têm grande afinidade com o contexto enérgico e alterador de comportamento nos eventos nocturnos de dança tipo 'rave'.

A quantidade de pessoas que experimentou estas drogas e a frequência do seu consumo tem aumentado desde o advento da cultura 'rave' nos finais dos anos 80, mas continua restringido a uma pequena minoria. De um modo geral, menos de 10% de todos os jovens experimentaram-nas e o consumo regular não é habitual. Regra geral, menos pessoas experimentaram o *ecstasy* do que o LSD e as anfetaminas, embora o consumo recente de *ecstasy* exceda frequentemente o das outras duas drogas.

Os consumidores não se concentram entre os marginalizados ou os mais pobres, mas são quase sempre jovens, empregados ou estudantes, e com algumas posses.

As mortes e danos menos graves originados pelas anfetaminas, o *ecstasy* ou o LSD parecem relativamente raros. O índice anual de mortes para cada droga a nível nacional é frequentemente zero e raramente ultrapassa dez. No entanto, o contexto de algumas mortes -

jovens 'normais' que se divertem à noite - agrava o seu impacto, podendo a insuficiência dos dados estar a ocultar problemas ou estes surgirem se os padrões de consumo se tornarem crónicos.

Os efeitos físicos nocivos das anfetaminas e do *ecstasy* encontram-se largamente relacionados com as suas propriedades estimulantes, que podem sobrecarregar o sistema circulatório, entre outros, e com o seu consumo durante períodos prolongados de dança enérgica em locais muito quentes e passíveis de causar colapsos. Os efeitos físicos do LSD são relativamente brandos. Ainda não houve casos de enfraquecimento neuronal persistente em seres humanos, embora experiências realizadas em animais sugiram que tal pode ocorrer com o consumo de *ecstasy*.

Ansiedade e paranóia induzidas pelos estimulantes seguidas de depressão podem ocorrer com o uso de anfetaminas e *ecstasy*; o LSD pode causar ansiedade mas geralmente sintomas temporários semelhantes à psicose. Apesar de raramente observado, o consumo exagerado de anfetaminas pode causar um episódio psicótico passageiro. É discutível se estas drogas causam psicose persistente ou não.

Relativamente às anfetaminas, não são invulgares padrões de dependência mas, regra geral, não ocorrem no contexto do consumo em festas. A dependência não é uma característica reconhecida no consumo de LSD ou de *ecstasy*. O consumo excessivo ou particularmente imprudente pode levantar problemas sociais e de saúde, estando a ser dada mais atenção à condução sob o efeito de drogas. Outra preocupação é a criminalização de jovens que estão socialmente integrados.

Um vasto leque de localidades, municípios e organismos nacionais têm reconhecido a importância das estratégias de redução de riscos. Estas têm sido instigadas por organismos não governamentais e não por serviços oficiais com competências nesta área. Frequentemente tentam convencer os proprietários de clubes nocturnos e organizadores de eventos a adoptar medidas de segurança, nomeadamente ventilação melhorada, água potável e primeiros socorros. Os clubes estão cada vez mais a assumir essas responsabilidades.

As tácticas de prevenção envolvem, frequentemente, a adopção de linguagem e imagens da cultura 'rave' e a sua utilização como meio de promoção de eventos sem droga ou do consumo de droga mais seguro. A educação através dos pares e o desenvolvimento de projectos a partir da cena musical constituem aspectos importantes.

A natureza disseminada mas ilícita do consumo de droga em muitos eventos festivos significa que as autoridades oscilam entre a repressão e a visão pragmática, de que, em determinadas ocasiões, aquela pode ser mais prejudicial do que benéfica, por exemplo, por encorajar a realização de eventos ilegais em locais distantes.

O consumo de drogas sintéticas tem sido pouco investigado em comparação com o consumo de opiáceos ou com os problemas do consumo de droga por via intravenosa. São necessários estudos sobre os padrões de consumo e as suas consequências, incluindo estudos de acompanhamento de consumidores por forma a controlar possíveis efeitos nocivos.

CAP. 4 ESTRATÉGIAS NACIONAIS

("O objectivo principal - proteger a população da Europa, e, em especial, as crianças, dos riscos do uso de drogas." - Georges Estievenart)

As políticas nacionais antidroga surgiram nos Estados-Membros à medida que o consumo de droga aumentou, exigindo uma resposta interministerial coordenada a nível nacional. As tarefas

fundamentais procuram manter o equilíbrio entre as políticas que visam reduzir a procura e as que se destinam a reduzir a oferta e a conseguir uma coordenação entre os organismos nacionais e entre os níveis nacional e local.

As leis nacionais são cada vez mais determinadas pelas políticas supranacionais decorrentes das convenções das Nações Unidas e da Comunidade Europeia. As diferenças residem, principalmente, na severidade das punições e nas modalidades e nas práticas da sua aplicação.

Os países europeus reconhecem a dependência como uma doença mas o reflexo desta percepção na política e prática penais difere.

Apesar das estruturas de coordenação e das leis antidroga terem sofrido poucas alterações em 1996, a análise revela algumas tendências políticas importantes. A agenda política não prevê uma mudança radical mas, na maioria dos países europeus, as políticas antidroga estão a ser revistas em resposta a:

- análises a nível comunitário das divergências e convergências das políticas antidroga entre os Estados-Membros;
- participação de um maior leque de pessoas e de opiniões devido à descentralização e ao crescente envolvimento da comunidade;
- aumento da informação fiável e comparável que permite proceder à avaliação científica das políticas o que, por sua vez, encoraja o desenvolvimento de perspectivas menos ideológicas e mais pragmáticas.

As novas medidas descentralizadas incentivam a coordenação. A divergência a nível da política intranacional é visível nos locais onde não existe cooperação.

Nenhum país da UE pode afirmar possuir uma contabilização abrangente e fiável das suas despesas antidroga ou dos custos impostos pelo abuso de droga, apesar importância política de que esses dados se revestem. Os problemas centrais são a definição de limites e a contabilização das despesas subnacionais.

Um orçamento antidroga relativamente modesto não significa necessariamente menos acção social ou uma acção social menos eficaz no combate aos problemas de droga. Por exemplo, uma abordagem legal mais branda (e menos dispendiosa) pode incentivar a acção social, e algumas medidas antidroga podem agravar os problemas decorrentes do consumo de drogas que não consigam evitar.

É mais fácil contabilizar os gastos da redução da oferta pelo facto de serem mais centralizados, motivo por que parecem mais elevados do que os gastos da redução da procura.

Embora pareça aliciante desviar recursos entre a redução da oferta e da procura, na prática, quando os recursos são insuficientes em ambos os lados, são efectuados os aumentos necessários elevando o orçamento global ou redistribuindo-os dentro dos sectores.

Uma questão da maior importância na avaliação dos custos impostos à sociedade pelo consumo de droga é atribuir um valor monetário à vida humana. No entanto, esta contabilização é necessária para obter uma perspectiva apropriada e para calcular o investimento total destinado a conter esses custos.

CAP. 5 ACÇÃO EMPREENDIDA PELA UE

A acção europeia conjunta antidroga data, pelo menos, de 1972, ganhando mais fôlego nos anos 90 quando o Conselho Europeu adoptou três planos de acção europeus de combate à droga, o último reforçado pelo alargamento da cooperação no âmbito do Tratado da União Europeia.

Em 1996, a importância atribuída ao fenómeno de droga foi confirmada quando as duas reuniões do Conselho Europeu debateram a questão em profundidade, sublinhando a importância de uma abordagem integrada.

No contexto de uma estrutura institucional, organizacional, jurídica e política estável, a acção comunitária evoluiu com rapidez, especialmente na segunda metade de 1996 com a adopção de nove acções conjuntas ou posições comuns e de cinco resoluções relativas à administração interna e à cooperação no domínio da justiça. O processo de co-decisão entre o Parlamento e o Conselho de Ministros resultou em três decisões importantes em termos de saúde pública, incluindo o Programa de Acção Comunitária sobre a Prevenção da Toxicodependência apoiado por um orçamento de 27 milhões de ECUs ao longo de cinco anos.

As medidas de combate ao branqueamento de capitais continuaram a ser consideradas cruciais. Houve evolução na implementação da directiva antibranqueamento e o Parlamento solicitou um prolongamento da legislação.

Registou-se um aumento considerável da informação disponível quando o OEDT e a Unidade Droga da Europol apresentaram os seus primeiros relatórios anuais. Os centros de informação passaram a ser cada vez mais consultados por forma a fornecer informação fiável ao Conselho Europeu e ao Parlamento sobre aspectos do problema.

Em 1996, a acção foi marcada por uma crescente preocupação com as drogas sintéticas e com os mecanismos que permitam uma rápida actualização da informação sobre a sua extensão, os problemas daí resultantes e as respostas a esses problemas.

Também nesse ano, os gastos globais em acções de combate à droga perfeitamente mais do dobro, atingindo mais de 61 milhões de ECUs. Quase todas as rubricas orçamentais mantiveram, pelo menos, os níveis do ano passado e a maioria ultrapassou-os.

Enquanto que o financiamento do ano passado foi dividido igualmente entre programas externos e internos, em 1996 75% foi atribuído a acções externas, o que representa a triplicação do orçamento externo. Houve uma subida decisiva no financiamento interno para controlo e redução da procura.

O auxílio aos países latino-americanos no sentido de erradicar a produção e o tráfico ilícitos de droga é uma prioridade da política externa da UE. Em 1996, o diálogo político com esta região foi enriquecido e atribuída uma nova rubrica orçamental de 30 milhões de ECUs à Bolívia para erradicação de colheitas e programas de substituição.

CAP. 6 O CONTEXTO INTERNACIONAL

Desde o início do século que os países estabeleceram instrumentos internacionais de interligação por forma a adaptar as suas próprias políticas e leis nacionais antidroga, com o objectivo de criarem uma abordagem legal comum que permitisse combater um fenómeno internacional com medidas internacionais.

O actual enquadramento legal internacional decorre principalmente de três grandes tratados de controlo da droga das Nações Unidas: a Convenção Única sobre os Estupefacientes de 1961 (alterada em 1972); a Convenção sobre as Substâncias Psicotrópicas de 1971; e a

Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e de Substâncias Psicotrópicas de 1988.

O objectivo principal dos primeiros dois tratados era confinar o consumo de drogas catalogadas a fins médicos e científicos aprovados. O terceiro procurava reforçar a cooperação internacional no combate ao tráfico ilícito. Todos os 15 países da UE ratificaram as primeiras duas convenções e todos eles, incluindo a própria Comunidade Europeia, pelo menos, assinaram a terceira.

A necessidade de uma cooperação internacional para o fornecimento de informação foi reconhecida pela Comunidade Europeia ao determinar seis principais parceiros internacionais para o OEDT: o Programa das Nações Unidas para Controlo Internacional das Drogas (PNUCID); a Organização Mundial da Saúde (OMS); a Organização Internacional da Polícia Criminal (ICPO /Interpol); a Unidade Europeia de Polícia (Europol); o Grupo Pompidou do Conselho da Europa e a Organização Mundial de Alfândegas (OMA). Um resumo dos seus últimos relatórios proporciona uma perspectiva da posição europeia sobre os mercados ilícitos de droga a nível mundial.

Os Estados-Membros da UE são principalmente receptores de droga. No entanto, muitos são igualmente países de trânsito, alguns são actualmente produtores significativos de drogas sintéticas e uns poucos funcionam como pontos de distribuição secundários.

Sistemas de transporte e de trocas comerciais altamente desenvolvidos em conjunto com factores geográficos, culturais, históricos e económicos afectam o papel de cada Estado-Membro enquanto pontos de entrada e vias de trânsito. Os grandes portos na Alemanha, Países Baixos, Reino Unido e na Bélgica tornam estes países vulneráveis ao contrabando de grandes remessas em contentores de transporte legítimo. Os laços linguísticos e históricos influenciam o papel de Espanha e de Portugal como pontos de entrada da cocaína sul-americana.

A grande maioria da heroína apreendida na UE provém da zona sudoeste da Ásia antes de ser transportada principalmente em camiões a partir da Turquia e através dos estados vizinhos dos Balcãs. A criação de entrepostos nos países da Europa Central e Oriental provocou uma mudança para um padrão de contrabando em duas fases, em que os camiões transferem as suas mercadorias para carros particulares nestes entrepostos, entregando-as principalmente a redes turcas nos Estados-Membros da UE.

A proliferação de cruzamentos das fronteiras rodoviárias, a diversificação dos grupos e redes de traficantes, a utilização do transporte aéreo e o crescente envolvimento de traficantes e correios de diferentes nacionalidades tornam cada vez mais difícil a aplicação da lei.

Em 1996, a União Europeia permanece um dos mercados principais para a cocaína, só ultrapassado pelos Estados Unidos. Marrocos e a Colômbia continuam a ser os principais fornecedores de derivados da *cannabis* para os mercados da UE, o primeiro de resina (haxixe), o segundo de *cannabis* herbácea (marijuana). O cultivo interno no seio da UE tem actualmente importância nos mercados europeus de *cannabis*.

A União Europeia tornou-se uma das maiores regiões do mundo de produção ilícita de anfetaminas e de estimulantes do tipo do *ecstasy*. Estas e outras drogas sintéticas estão a ser exportadas cada vez mais pela Europa Central e Oriental e pelos Estados Bálticos.

Para obter um Relatório completo

Esta publicação é um resumo muito condensado do *Relatório Anual sobre a Evolução do Fenómeno da Droga na União Europeia - 1997* do Observatório Europeu da Droga e da Toxicoddependência (OEDT). O relatório completo inclui igualmente anexos sobre:

- os efeitos e riscos das principais drogas ou grupos de drogas mais consumidos na Europa;
- o papel e a estrutura do OEDT e parceiros na rede REITOX na ligação aos pontos focais nacionais em cada Estado-Membro e na Comissão Europeia;
- pormenores do contacto entre o Conselho de Administração do OEDT e os parceiros internacionais do OEDT.

Para obter uma cópia do relatório contacte o OEDT via e-mail para info@oed/emcdda.org ou contacte o OEDT ou um ponto focal nacional nas seguintes moradas:

<p><u>EMCDDA (OEDT)</u> Rua da Cruz de Santa Apolónia N° 23-26 P - 1100 LISBOA Tel: 351 (1) 811 30 00 Fax: 351 (1) 813 17 11 e-mail: info@emcdda.org</p>	<p><u>Ireland</u> EMCDDA Focal Point Health Research Board 73, Lower Baggot Street IR - Dublin 2 Tel: 353 (1) 67 61 176 Fax: 353 (1) 66 11 856 e-mail: Mary@reitox.net or Mary@HRB.IE</p>
<p><u>Österreich</u> EBDD-Knotenpunkt Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen Stubenring 6 A - 1010 Wien Tel: 43 (1) 515 61 60 Fax: 43 (1) 513 84 72 e-mail: Sabine.Haas@reitox.net</p>	<p><u>Italia</u> Punto Focale dell'OEDT Osservatorio permanente sul fenomeno droga via Cavour, 6 I - 00184 Roma Tel: 39 (6) 488 2655/465 39827 Fax: 39 (6) 474 6611/465 39964 e-mail: Marisa.Zotta@reitox.net</p>
<p><u>Belgique - België</u> Point Focal de l'OEDT/EMCDDA Focal Point Institut Scientifique de la Santé Publique - Louis Pasteur Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid - Louis Pasteur Rue Juliette Wytsmanstraat, 14 B - 1050 Bruxelles / Brussel Tel: 32 (2) 642 50 24/51 11 Fax: 32 (2) 642 54 10 e-mail: Pierre.de.Plaen@reitox.net</p>	<p><u>Luxembourg</u> EBDD-Knotenpunkt/Point Focal de l'OEDT Département pour l'Action Socio-Thérapeutique Ministère de la Santé 1, rue du Plébisците L - 2341 Luxembourg Tel: (352) 40 47 40 Fax: (352) 40 47 05 e-mail: Alain.Origer@reitox.net</p>
<p><u>Danmark</u> EONN-knudepunkt Sundhedsstyrelsen Amaliegade 13 Postboks 2020 DK -1012 København K. Tlf.: 45 (33) 911 601 Fax: 45 (33) 931 636 e-mail: kag@sst.dk</p>	<p><u>Nederland</u> EMCDDA Focal Point Trimbos Instituut Da Costakade 45 Postbus 725 NL-3500 AS Utrecht Tel: 31 (30) 297 11 25/86 / 00 Fax: 31 (30) 297 11 28/87 / 11 e-mail: Frits.Knaack@reitox.net</p>
<p><u>Suomi</u> EMCDDA:n tietokeskus Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Siltasaarenkatu, 18 C (3 kerkus) PL 220 SF- 00531 Helsinki Tel: 358 (9) 3967 2378 Fax: 358 (9) 3967 2324 e-mail: Ari.virtanen@reitox.net</p>	<p><u>Portugal</u> Ponto Focal da OEDT Observatório VIDA Av. Columbano Bordalo Pinheiro, 87 - 2° P - 1000 Lisboa Tel: 351 (1) 721 02 70 Fax: 351 (1) 727 38 03 e-mail: maria@obvida.pt</p>
<p><u>France</u> Point Focal de l'OEDT Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies 105, rue Lafayette F - 75110 Paris Tel: 33 (1) 53 20 16 16 Fax: 33 (1) 53 20 16 00 e-mail: Jean-Michel.Costes@reitox.net</p>	<p><u>España</u> Punto Focal OEDT Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas Ministerio del Interior C/ Recoletos, 22 E - 28001 Madrid Tel: 34 (1) 537 27 24/25 Fax: 34 (1) 537 27 08 e-mail: cvazquez@pnd.mir.es</p>
<p><u>Deutschland</u> EBDD-Knotenpunkt</p>	<p><u>Sverige</u> ECNN-Kontaktpunkt Folkhälsoinstitutet</p>

<p>Institut für Therapieforschung Parzivalstraße, 25 D - 80804 München</p> <p>Tel: 49 (89) 36 08 04 60 Fax: 49 (89) 36 08 04 69 e-mail: Roland.Simon@reitox.net</p>	<p><u>S - 103 52 Stockholm</u> Tel: 46 (8) 5661 35 00 Fax: 46 (8) 5661 35 05 e-mail: Ylva.Arnhof@reitox.net</p>
<p><u>Ü</u> ÄÊ_ÍÔ-Åóóéáéü óçìãßì</p> <p>(.) _ μ ß , ß çò ÓïöBáð 72-74 115 28 è_</p> <p>Tel: 30 (1) 722 51 09 Fax: 30 (1) 723 36 90 e-mail: Anna.Kokkevi@reitox.net</p>	<p><u>United Kingdom</u> EMCDDA Focal Point Institute for the Study of Drug Dependency (ISDD) Waterbridge House 32-36 Loman Street <u>UK - London SE1 OEE</u> Tel: 44 (171) 928 12 11 Fax: 44 (171) 928 17 71 e-mail: Anna.Bradley@reitox.net</p>