



emcdda.europa.eu

Cannabis problems in context — understanding the increase in European treatment demands

EMCDDA 2004 selected issue

*In EMCDDA 2004 Annual report on the state of
the drugs problem in the European Union and
Norway*

Tema específico 2

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

Introdução

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

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

a evolução e desenvolvimento dos sistemas de informação e até a natureza mutável da própria droga. Estas matérias são abordadas neste tema específico da contextualização dos problemas relacionados com o consumo de *cannabis*, sendo o seu objectivo facilitar um debate mais bem informado sobre o potencial impacto na saúde pública da mais comum de todas as formas de consumo de drogas ilícitas.

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

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

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

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

⁽¹⁵¹⁾ Ver sítio web da Base de Dados Jurídicos Europeia sobre Drogas (ELDD) (http://eldd.emcdda.eu.int/trends/trends_cannabis.shtml).

⁽¹⁵²⁾ Ver <http://www.incb.org/e/conv/1961/index.htm>.

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

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

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

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

Compreender os efeitos crónicos do consumo de *cannabis* é mais complexo devido a uma série de razões, sobretudo porque é difícil fazer uma distinção entre os efeitos do consumo desta substância e os do consumo crónico de outras drogas ilícitas, do tabaco e do álcool. Contudo, entre as principais preocupações nesta área figuram o risco acrescido de cancro do pulmão e de outras doenças

respiratórias e a associação com o desenvolvimento de problemas de saúde do foro psiquiátrico, incluindo depressão, psicose e esquizofrenia. Uma outra preocupação com o consumo crónico prende-se com o possível desenvolvimento de um comportamento de dependência. A questão de saber até que ponto as provas que nos levam a considerar o consumo de *cannabis* como um factor de risco, um factor causal ou simplesmente associado, através de alguma relação mais complexa, a estes problemas é analisada no estudo disponível em linha.

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

Consumo de *cannabis* e dimensão dos problemas

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

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

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

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

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

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

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

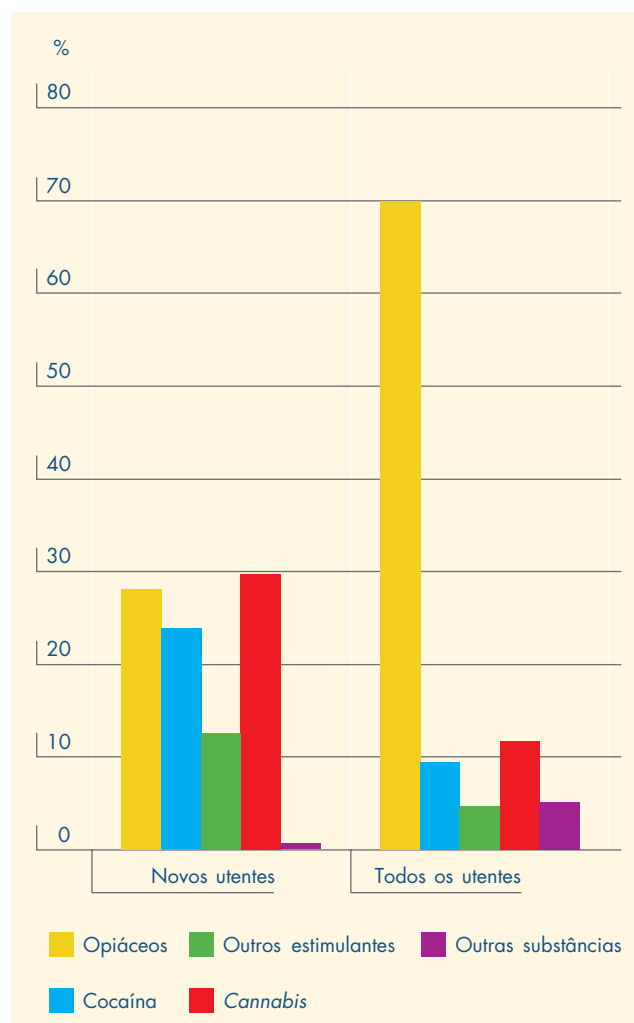
Tendências na procura de tratamento por problemas relacionados com o consumo de cannabis

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

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

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

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

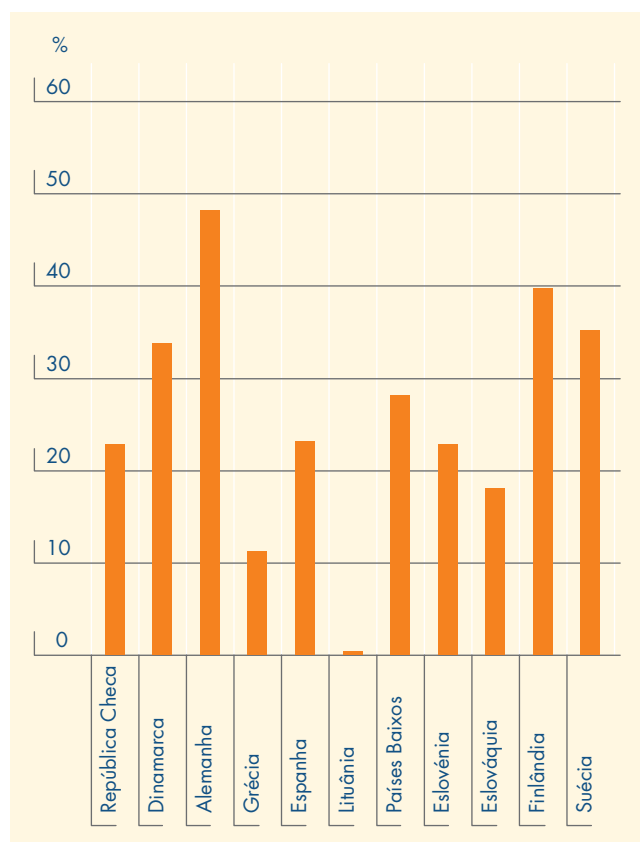


Notas: n = 42 568 (novos utentes), 351 372 (todos os utentes).
 Países que forneceram dados (novos utentes): CZ, DK, DE, EL, ES, LT, NL, SI, SK, FI, SE.
 Países que forneceram dados (todos os utentes): CZ, DK, DE, EL, ES, LT, IT, LU, HU, NL, SK, SI, FI, SE, UK.
 Ponderado pelo número de utentes por país.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

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

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

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

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

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

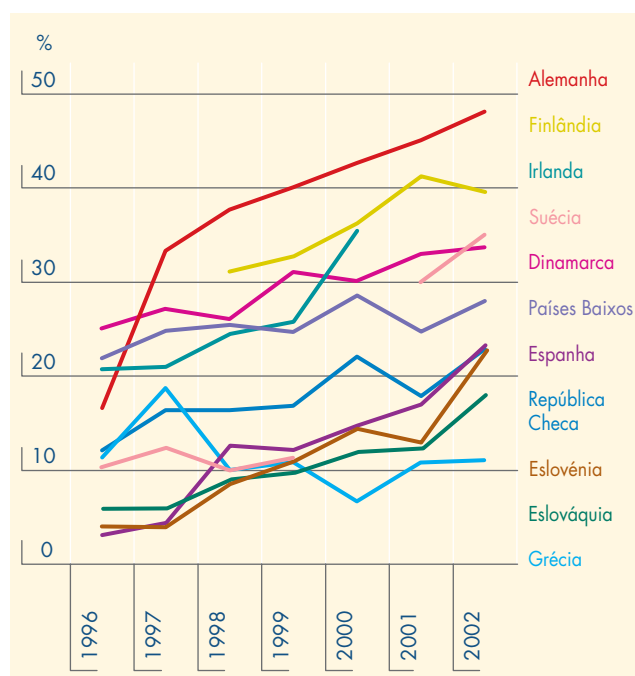
de indivíduos que procura tratamento, embora em ascensão, permanece relativamente baixa.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

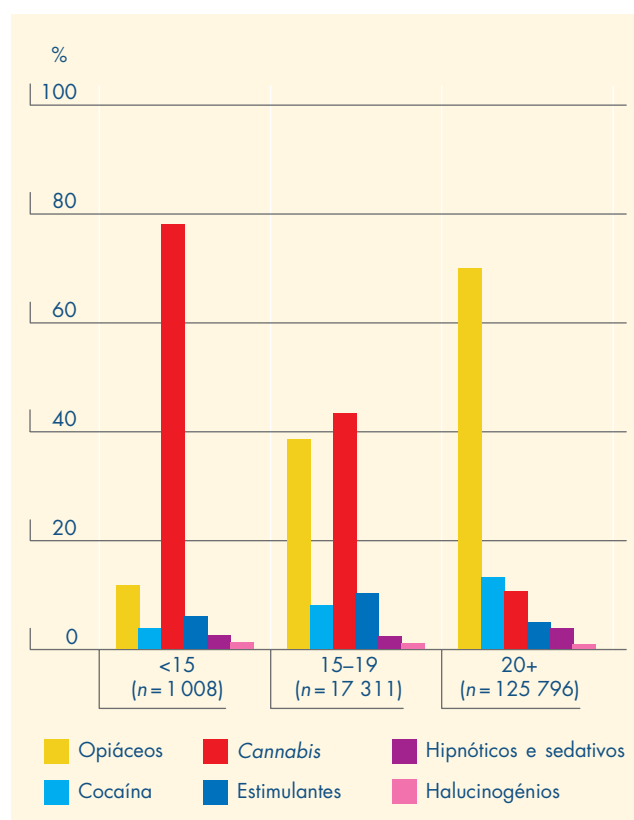
Uma importante diferença existente entre as vias de encaminhamento é o facto de aqueles que são encaminhados para tratamento por familiares ou serviços sociais (frequentemente estabelecimentos escolares) serem habitualmente mais jovens, com menos probabilidade de consumirem outras drogas além da *cannabis*,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

Os pacientes por consumo de *cannabis*, pela primeira vez em tratamento, são predominantemente jovens, do sexo masculino (83%) na casa dos 22-23 anos, ao passo que, no caso de outras drogas, a percentagem de pacientes do sexo

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

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

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



Notas: Todos os utentes. Países que forneceram dados: DK, DE, ES, FI, EL, LU, HU, SE, UK.

Os consumidores do sexo masculino da Dinamarca e do Reino Unido representam 56% de todos os utentes em tratamento devido ao consumo de *cannabis* com menos de 20 anos de idade, com mais 17% de Espanha.

Fontes: Relatórios Nacionais Reitox 2003; centros de tratamento em regime ambulatório IPT.

⁽¹⁵⁹⁾ Ver figura 22 OL: Via de encaminhamento entre todos os utentes: para todas as drogas e para a *cannabis*.

⁽¹⁶⁰⁾ Ver também quadro 4 sobre procura de tratamento no Boletim Estatístico de 2004.

⁽¹⁶¹⁾ Ver figura 23 OL: Estatuto laboral entre os utentes de tratamento por consumo de *cannabis* e na totalidade dos utentes.

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

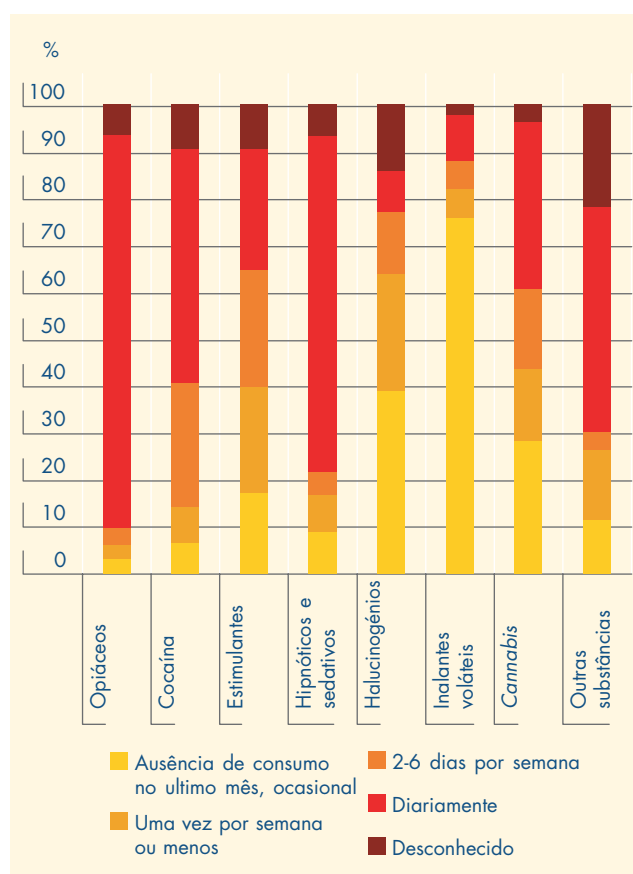
Os padrões de consumo entre pacientes que recebem tratamento em regime ambulatorio por consumo de *cannabis* como primeira droga variam consideravelmente e são bastante diferentes dos encontrados para outros tipos de drogas, em especial os opiáceos (figura 30). Em 2002, entre os pacientes que receberam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

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

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

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

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



Notas: n = 109 699 (todos os utentes). Países que forneceram dados: CZ, DK, DE, EL, HU, LU, FI, SE, UK (CZ — todos os tipos de centros de tratamento).

Fontes: Relatórios Nacionais Reitox 2003; centros de tratamento em regime ambulatorio IPT.

a droga principal é a *cannabis* são o álcool (32,9%) e os estimulantes (25%) ⁽¹⁶⁴⁾, embora a distribuição varie de país para país.

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

⁽¹⁶²⁾ Ver figura 24 OL: Condições de vida entre os utentes de tratamento por consumo de *cannabis* e na totalidade dos utentes.

⁽¹⁶³⁾ Ver figura 25 OL: Frequência de consumo de *cannabis* por país.

⁽¹⁶⁴⁾ Ver figura 26 OL: Droga secundária mais utilizada entre todos os utentes de tratamento por consumo de *cannabis* por país e quadro 9 sobre procura de tratamento.

Tendências da procura de tratamento: factores em mudança

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

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

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

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

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

analisar as tendências do consumo recente ao longo do tempo, registou-se um aumento, embora não dramático.

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

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

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

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

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

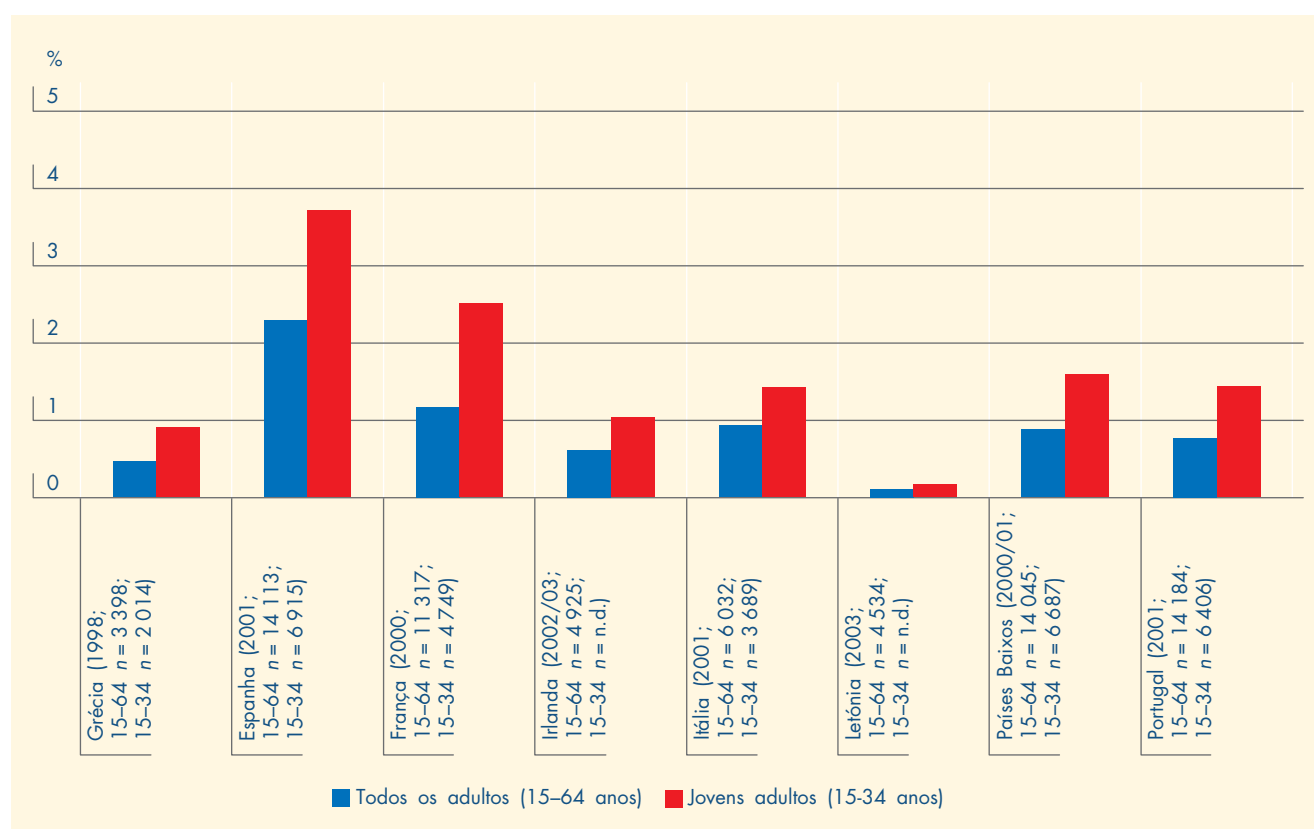
⁽¹⁶⁶⁾ Ver figura 28 OL: Frequência de consumo entre todos os utentes por consumo de *cannabis* e quadro 8 sobre procura de tratamento no Boletim Estatístico 2004.

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

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

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

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



Notas: Consumo diário ou quase diário = consumo em 20 dias ou mais no mês anterior ao da entrevista. Os dados foram obtidos a partir dos mais recentes inquéritos nacionais disponíveis em cada país. O intervalo etário para todos os adultos é 15-64 anos (Itália 44 anos) e para os jovens adultos 15-34 anos. As variações dos intervalos etários poderão originar pequenas disparidades entre os países.

Fontes: Relatórios Nacionais Reitox 2003, com base em relatórios de inquéritos e artigos científicos. Ver também quadros epidemiológicos padrão, Boletim Estatístico de 2004.

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

Questões ligadas à potência e às doses da *cannabis*

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

A potência da *cannabis* é apenas um factor a considerar no cálculo da dose que um indivíduo tomará durante um determinado período de tempo (Hall *et al.*, 2001). A via como é consumida, a técnica utilizada para fumar, a quantidade de *cannabis* consumida numa sessão, bem o número de sessões de fumo em que um indivíduo participa,

são igualmente, ou ainda mais, importantes para o cálculo dos níveis de exposição de um indivíduo. Em certa medida, a *cannabis* de elevada potência esteve sempre disponível, pelo que a preocupação relativamente a esta questão não é nova. Também é importante notar que não se compreende se os consumidores de *cannabis* modificam o seu comportamento para alcançar um efeito de dose desejável. Por conseguinte, a questão de saber até que ponto a *cannabis* de elevada potência resulta necessariamente em altas doses requer investigação suplementar.

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

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

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

1. Os Estados-Membros da UE dividem-se em dois grupos distintos, consoante o produto mais consumido: folhas de *cannabis* ou resina de *cannabis*. Dos países relativamente aos quais dispomos de informações, a resina de *cannabis* é mais comum na Alemanha, Irlanda, Portugal e Reino Unido, sendo as folhas de *cannabis* mais comuns na Bélgica, República Checa, Estónia, Países Baixos e Áustria.
2. Durante muito tempo, não se verificou alteração da potência das folhas de *cannabis* ou da resina de *cannabis* importadas para a Europa. Em todos os Estados-Membros da UE, com a possível excepção dos Países Baixos, a maior parte da *cannabis* consumida é importada, embora actualmente não existam dados sistemáticos sobre a disponibilidade de folhas de *cannabis* de produção em território nacional.
3. O cultivo caseiro da *cannabis* ocorre, até certo ponto, em todos os países da Europa. Nos Países Baixos, calcula-se que este produto represente mais de metade da *cannabis* consumida, mas na maioria dos países os produtos importados têm um peso maior.
4. As folhas de *cannabis* de produção caseira com recurso a métodos intensivos (por exemplo, sistemas hidropónicos com iluminação artificial, propagação por divisão de raiz e controlo da duração do dia) têm habitualmente um teor de tetrahydrocannabinol (THC) superior ao da droga importada. A potência média da *cannabis* de produção caseira pode ser duas ou três vezes superior à da *cannabis* importada, embora possa haver sobreposição de valores e nem toda a *cannabis* criada em sistemas hidropónicos possua uma potência mais elevada.
5. Os aumentos da potência registados em alguns países podem ser quase integralmente atribuídos a um aumento da percentagem do consumo de *cannabis* de produção caseira
6. Tendo em conta a quota de mercado dos diferentes produtos da *cannabis*, a potência real manteve-se relativamente estável em todos os países ao longo de muitos anos, situando-se em cerca de 6-8%. A única excepção são os Países Baixos, onde, até 2001, tinha atingido 16%.
7. Nos Países Baixos, a resina de *cannabis* produzida localmente possui um teor de THC particularmente elevado; porém, este material ainda não é comum neste país e praticamente desconhecido nos demais.
8. As declarações nos meios de comunicação populares de que a potência da *cannabis* aumentou 10 vezes nas últimas décadas não são corroboradas pelos dados limitados quer dos EUA quer da Europa. Os maiores aumentos da potência a longo prazo parecem ocorrer nos EUA, mas há que ter em mente que, sobretudo até 1980, a potência da *cannabis* nos EUA era inferior ao padrão europeu.
9. A conclusão geral do estudo é a de que as ligeiras alterações no teor de THC observadas em alguns países se devem ao aparecimento relativamente recente de *cannabis* cultivada intensivamente no interior da UE. Para além disso, regista-se que o teor de THC dos produtos de *cannabis* é extremamente variável. São claramente necessárias informações para desenvolver sistemas de monitorização que permitam aferir a quota de mercado dos diferentes produtos de *cannabis* e identificar as alterações ao longo do tempo. Actualmente, esta informação, em grande medida, é inexistente.
10. O estudo identifica uma série de áreas importantes que exigirão atenção, caso pretendamos avaliar devidamente as questões relacionadas com a potência da *cannabis*. Entre estas, incluem-se: um consenso quanto à nomenclatura de designação dos produtos da *cannabis*, melhor monitorização da informação sobre os mercados, melhoria dos padrões de análise laboratorial e da compilação e apresentação de dados a nível europeu, estudos para avaliar a relação entre potência, consumo por fumo e níveis sanguíneos de THC/metabolitos na Europa, e a necessidade de compreender a relação entre elevada potência e risco acrescido de exposição e eventuais ligações com problemas de saúde. No mesmo estudo, refere-se que os custos e benefícios de se responder de forma distinta a diferentes produtos de *cannabis* merecem ser ponderados.

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

No aspecto da prevenção, poucas foram as iniciativas concebidas especificamente para dar resposta ao aumento

do consumo de *cannabis* entre os jovens, na medida em que a prevenção raramente é orientada para uma substância específica. Contudo, alguns Estados-Membros dão-nos conta de novos desenvolvimentos nesta área, adoptando duas estratégias principais: 1) pôr em evidência o perigo de os jovens que consomem *cannabis* se verem envolvidos com o sistema de justiça penal; e 2) tentar inverter a percepção social de que o consumo de *cannabis* constitui um comportamento normativo através de campanhas de massas ou orientadas.

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

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

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

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

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

Espanha, França, Irlanda, Itália, Luxemburgo, Países Baixos, Áustria, Portugal, Eslovénia e Noruega).

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

Conclusões

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

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

⁽¹⁷⁰⁾ Para mais informação sobre esta matéria e outros programas de prevenção, consultar a base de dados EDDRA do OEDT

(http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2091).

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

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

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

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

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

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

Ao considerar o aumento da procura de tratamento, parece que as mudanças na prática utilizada para encaminhar os consumidores para tratamento têm impacto, e que uma percentagem substancial daqueles que são encaminhados para tratamento não parecem ser consumidores intensivos de droga. Não obstante, pelo menos em alguns países,

um número significativo de casos de procura de tratamento procede de consumidores intensivos de *cannabis*.

Os problemas vividos por este grupo continuam a ser deficitariamente compreendidos e impõe-se, urgentemente, proceder a uma investigação nesta área. A observação de que uma maioria dos casos de procura de tratamento entre os mais jovens se deve ao consumo de *cannabis* sugere a necessidade de dedicar uma atenção especial às carências, às vias de encaminhamento e às respostas a dar.

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

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

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