

**Rectificação do
Relatório Anual sobre
a Evolução do Fenómeno da Droga na União Europeia - 2000
(texto alterado a sublinhado)**

Página 21, no subtítulo “**Evolução da mortalidade relacionada com a droga**”

No primeiro ponto, a primeira frase passa a ter a seguinte redacção:

Em Espanha, França e, em certa medida, na Alemanha – apesar de recentemente se ter registado um ligeiro acréscimo – na Áustria, na Itália e no Luxemburgo, o número de óbitos graves relacionado com o consumo de droga estabilizou ou baixou

Página 30, no subtítulo “**Políticas nacionais em matéria de droga**”

A primeira frase do primeiro parágrafo da coluna da direita é alterada pelas seguintes frases:

No Luxemburgo, a coordenação da política em matéria de drogas passou do Ministério da Justiça para o Ministério da Saúde na sequência das últimas eleições parlamentares em 1999. Está a ser debatido um projecto de lei relativo à abolição das penas de prisão e redução das multas pelo consumo e posse para consumo pessoal de cannabis e substâncias derivadas e, com vista a redefinir as penas, por consumo e posse para consumo pessoal de outras drogas.

Página 34, no subtítulo “**Doenças infecto-contagiosas**” (continuação)

O primeiro parágrafo passa a ter a seguinte redacção:

Todavia, na Áustria, o programa de vacinação contra a hepatite B obteve bons resultados. Na Alemanha, no Luxemburgo e nos Países Baixos, os programas registaram resultados positivos, inclusivamente entre os consumidores de alto risco por injeção.

Página 35, no subtítulo “**Consumidores problemáticos de droga**”

A segunda frase do primeiro parágrafo passa a ter a seguinte redacção:

Na Dinamarca, 75% ou mais e no Luxemburgo 82% das pessoas admitidas para tratamento consomem várias drogas.

Página 36, no subtítulo “**Reinserção**”

A última frase do primeiro parágrafo deve ter a seguinte redacção:

A Áustria, a Espanha, a Finlândia, a Grécia, a Irlanda, o Luxemburgo, e Portugal intensificaram os seus esforços, com vista a auxiliar a (re)inserção social dos consumidores de droga e estabilizar os seus estilos de vida.

A última frase do segundo parágrafo deve ter a seguinte redacção:

A Áustria, a Espanha, a Grécia, o Luxemburgo, e Portugal reforçam as iniciativas no domínio da habitação para os (antigos) consumidores, assegurando um alojamento social, um apartamento normal ou o alojamento em casa de famílias.

Páginas 37, na “**tabela 1: Substâncias de substituição na União Europeia**”

A primeira linha – “Buprenorfina”, coluna “Países que comunicaram a utilização da substância” passa a ter a seguinte redacção:

Áustria, Bélgica, Dinamarca, França, Itália, Luxemburgo, Reino Unido.

Na segunda linha – “Dihidrocodeína”, coluna “Países que comunicaram a utilização da substância”, a referência ao Luxemburgo é suprimida.

Página 38, na “**tabela 2: Introdução dos tratamentos de substituição na UE**”

A linha “Luxemburgo”, coluna “Introdução de outras substâncias de substituição”, passa a ter a seguinte redacção:

Mephenon® (1989), Metadona (1989) (c), e Buprenorfina (2000).

Página 39, na “**figura 21: Panorama geral dos tratamentos de substituição na União Europeia**”

A caixa do Luxemburgo passa a ter a seguinte redacção:

Mephenon®, Metadona e Buprenorfina (receitada desde 2000).

Página 42, na “**tabela 3: Programas orientados para as necessidades das mulheres consumidoras de droga**”

Para a linha relativa ao Luxemburgo “Mulheres consumidoras de droga e dos seus filhos”, o símbolo correcto é: \pm .

Página 53, “**Pontos Focais Reitox**”

Na informação relativa a Portugal, duas referências passam a ter a seguinte redacção:

Elza Pais E-mail: mmoreira@mail.ipdt.pt



2000

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



O E D T

Observatório Europeu da
Droga e da Toxicodpendência

Nota

A presente publicação é propriedade do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) e encontra-se protegida por direitos de autor. O OEDT não tem qualquer responsabilidade, real ou implícita, pela utilização que eventualmente se faça das informações contidas no presente documento. Salvo indicação em contrário, esta publicação, incluindo quaisquer 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 informações adicionais sobre a União Europeia. Pode aceder à mesma através do servidor EUROPA (<http://europa.eu.int>).

Este relatório está disponível em alemão, dinamarquês, espanhol, finlandês, francês, grego, inglês, italiano, neerlandês, português e sueco. Todas as traduções foram efectuadas pelo Centro de Tradução dos Organismos da União Europeia. Será divulgado via Internet um boletim estatístico de dados epidemiológicos em inglês em <http://www.emcdda.org>.

Uma ficha bibliográfica figura no fim desta publicação

Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias, 2000

ISBN 92-9168-101-6

© Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2000

Reprodução autorizada mediante indicação da fonte

Printed in Belgium



O E D T
Observatório Europeu da
Droga e da Toxicodependência

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23-25

P-1149-045 Lisboa

Tel.: (351) 218 11 30 00

Fax: (351) 218 13 17 11

E-mail: info@emcdda.org

Web site: <http://www.emcdda.org>

Sumário

Préfacio	5
Agradecimento	6
CAPÍTULO 1	7
Tendências gerais	7
Tendências do consumo de droga e suas conseqüências	7
<i>Cannabis</i>	7
Anfetaminas e ecstasy	7
Cocaína	8
Heroína	8
Politoxicod dependência	8
Consumo problemático de droga e procura de tratamento	8
Mortalidade relacionada com o consumo de droga	9
Doenças infecto-contagiosas relacionadas com o consumo de droga	9
Outra morbidade	9
Tendências das respostas ao consumo de droga	10
Evolução das políticas e estratégias	10
Prevenção	10
Redução dos danos causados pelo consumo de droga	10
Tratamento	11
CAPÍTULO 2	
Prevalência e padrões do consumo de droga	13
Prevalência do consumo de droga	13
Consumo de droga na população em geral	13
Consumo de droga na população escolar	15
Estimativas nacionais sobre o consumo problemático de droga	16
Conseqüências do consumo de droga no domínio da saúde	17
Procura de tratamento	17
Óbitos relacionados com o consumo de droga	20
Mortalidade dos consumidores de droga	22
Doenças infecto-contagiosas relacionadas com o consumo de droga	22
Indicadores policiais	24
Detenção por infracção à legislação em matéria de droga	24
Dados prisionais	24
Indicadores do mercado de droga: apreensões, preço e pureza da droga	25
<i>Cannabis</i>	25
Heroína	25
Cocaína	26
Anfetaminas, <i>ecstasy</i> e LSD	26

CAPÍTULO 3	
Respostas ao consumo de droga	29
Evolução das políticas e das estratégias	29
Políticas nacionais em matéria de droga	29
Estratégia da União Europeia de luta contra a droga (2000-2004)	31
Garantia da qualidade	31
Respostas com vista à redução da procura	32
Prevenção	32
Redução dos danos decorrentes do consumo de droga	33
Tratamento	34
CAPÍTULO 4	
Questões específicas	37
Tratamento de substituição	37
Substâncias de substituição	37
Introdução dos tratamentos de substituição na Europa	38
Extensão e localização dos serviços de substituição	39
Punição das infracções à legislação em matéria de droga	40
Posse de heroína	40
Crimes contra a propriedade	40
Venda de droga	41
Problemas das mulheres consumidoras de droga e dos seus filhos	42
Consumo de droga entre as mulheres	42
Doenças infecto-contagiosas	43
Gravidez e mulheres com crianças	43
Tratamento do consumo de droga	44
Prevenção da droga especificamente dirigida a mulheres	44
CAPÍTULO 5	
O problema da droga na Europa Central e Oriental	45
Prevalência e padrões do consumo de droga	45
Cannabis	45
Opiáceos	46
Cocaína	48
Drogas sintéticas	48
Outras substâncias	48
Respostas	48
Respostas institucionais e legislativas	48
Publicações do OEDT	51
Pontos focais Reitox	53

Prefácio

Por intermédio do presente *Relatório Anual sobre a Evolução do Fenómeno da Droga na União Europeia 2000*, o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) apresenta à UE e respectivos Estados-Membros uma visão global do fenómeno da droga na Europa, no início do novo milénio. A existência de informações rigorosas é essencial para uma acção eficaz. Por esta razão, ao satisfazer as necessidades de informações dos dirigentes de todos os níveis, o OEDT contribui, significativamente, para o desenvolvimento de uma política em matéria de droga na Europa.

O relatório anual — elaborado em estreita cooperação com os pontos focais nacionais e da Comissão Europeia da rede Reitox e outros parceiros relevantes — é o principal veículo de informações do Observatório, e as informações e análise que contém são fundamentais para o planeamento e a execução de medidas adequadas que permitam combater o problema da droga, quer a nível nacional quer a nível comunitário.

Tendo em conta que persistem divergências quanto aos métodos de recolha e de comparação dos dados na Europa, o OEDT tem procurado desenvolver instrumentos específicos com vista a facilitar a análise da legislação existente em matéria de droga e das diferentes políticas e estratégias dos Estados-Membros. Para o efeito, foram adoptados cinco indicadores epidemiológicos harmonizados relativos ao consumo de droga: inquéritos à população, estimativas da prevalência do consumo de droga, procura de tratamento, óbitos decorrentes do consumo de droga e incidência das doenças infecto-contagiosas relacionadas com o consumo de droga. Estes indicadores não fornecem unicamente informações vitais sobre aspectos essenciais do fenómeno da droga, como também desempenham um papel estratégico mais amplo. Reconhece-se, cada vez mais, a importância da avaliação do impacto das diferentes políticas sobre o problema da droga, devendo essa avaliação, de futuro, ser realizada com base nestes cinco indicadores.

Na reunião de Helsínquia, em Dezembro de 1999, o Conselho Europeu adoptou formalmente a estratégia da União Europeia em matéria de luta contra a droga (2000-2004). Este documento estabelece seis objectivos que deverão ser concretizados até ao final do período considerado:

- reduzir significativamente a prevalência do consumo

de droga e o número de novos consumidores de idade inferior a 18 anos;

- reduzir substancialmente a incidência de danos para a saúde relacionados com o consumo de droga e o número de óbitos relacionadas com a droga;
- aumentar substancialmente o número de toxicodependentes cujo tratamento obtém bons resultados;
- reduzir substancialmente a disponibilidade de drogas ilícitas;
- reduzir substancialmente o número de criminalidade associada à droga;
- reduzir substancialmente o branqueamento de capitais e o tráfico ilícito de precursores químicos.

O OEDT, em estreita colaboração com a Comissão Europeia e os Estados-Membros da UE, está a implementar os instrumentos e metodologias necessários com vista à execução, controlo e avaliação do plano de acção nos próximos cinco anos.

Em conformidade com a política comunitária de informações no domínio da droga, o programa das Nações Unidas para o controlo internacional da droga (Pnucid) tem procurado realizar um esforço concertado — através do seu documento de consenso de Lisboa, de Janeiro de 2000, que defende a adopção de sete indicadores principais harmonizados, — com vista a promover uma abordagem internacional para a recolha de dados que complemente a abordagem adoptada no âmbito da UE pelo OEDT.

A importância do papel pioneiro do OEDT na UE em termos da recolha de informações fiáveis e comparáveis em matéria de droga reflectiu-se, no plano internacional, na declaração política e princípios fundamentais da redução da procura da droga, aprovada no âmbito da reunião extraordinária de Junho de 1998 da Assembleia Geral das Nações Unidas consagrada à droga. Este reconhecimento, bem como a ênfase atribuída cada vez mais à necessidade de avaliar as actividades de redução da procura e a consciência de que essa avaliação constitui uma condição fundamental para o sucesso de qualquer estratégia nacional ou internacional de luta contra a droga, representa, inquestionavelmente, um importante passo em frente neste domínio. Espero que o presente relatório possa contribuir para um novo passo nessa direcção.

Georges Estievenart
Director executivo

Agradecimento

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

- os directores e pessoal dos pontos focais nacionais da Reitox;
- os serviços que, nos diferentes Estados-Membros, recolheram os dados em bruto destinados ao relatório;
- os membros do Conselho de Administração e do Comité Científico do OEDT;
- o Parlamento Europeu, o Conselho da União Europeia — em especial, o Grupo Horizontal «Droga» — e a Comissão Europeia;
- o Grupo Pompidou do Conselho da Europa, o programa das Nações Unidas para o controlo internacional da droga, a Organização Mundial da Saúde, a Europol, a Interpol, a Organização Mundial das Alfândegas e
- o Centro Europeu de Vigilância Epidemiológica da Sida;
- o Centro de Tradução dos Organismos da União Europeia e o Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias;
- Mike Ashton e Rachel Neaman.

Tendências gerais

Tendências do consumo de droga e suas consequências

Cannabis

A *cannabis* continua a ser a droga mais disponível e consumida na UE, tendo-se observado um aumento significativo do consumo desta droga na década de 1990. O aumento constante verificado nos países que anteriormente registavam níveis de consumo mais baixos e a estabilização do consumo nos países de maior prevalência confirmam a tendência para uma convergência já detectada no último ano.

- No mínimo, 45 milhões de europeus (18% dos europeus entre os 15 e os 64 anos) experimentaram *cannabis*, pelo menos, uma vez. Cerca de 15 milhões (cerca de 6% entre os 15 e os 64 anos) consumiram *cannabis* nos últimos 12 meses.
- O consumo é mais elevado entre a população juvenil. Cerca de 25% dos jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 16 anos de idade e 40% dos jovens com 18 anos já experimentaram *cannabis*. Em alguns países, o consumo duplicou desde 1990, noutros a subida não foi tão pronunciada e num número mais reduzido o consumo estabilizou.
- A curiosidade é a razão principal para experimentar *cannabis*, sendo que o consumo desta droga tem um carácter mais experimental e esporádico do que permanente.
- Confirma-se o aumento do número de casos em tratamento por consumo de *cannabis* registado no ano passado, sobretudo entre os pacientes mais novos. Muitas vezes, são consumidas simultaneamente outras drogas.

• A *cannabis* continua a justificar o maior número de crimes associados à droga, tratando-se sobretudo de infracções por consumo e posse de droga e não tanto de tráfico de droga. O número de apreensões aumentou fortemente desde 1997.

Anfetaminas e ecstasy

As anfetaminas e o *ecstasy* detêm o segundo lugar no consumo na Europa. Após o aumento verificado na década de 1990, o consumo de *ecstasy* parece ter estabilizado ou baixado, ao passo que o consumo de anfetaminas estabilizou ou aumentou.

- Entre 1% e 5% dos europeus entre os 16 e os 34 anos consumiram anfetaminas e/ou *ecstasy*. As percentagens são mais elevadas nos grupos etários mais jovens, mas raramente ultrapassam os 10%.
- A percentagem de pacientes que procura tratamento para o consumo de anfetaminas ou outros estimulantes é baixa, mas tem aumentado em alguns países.
- O consumo deste tipo de droga continua a deslocar-se dos grandes locais de dança para os clubes, bares e instalações privadas geograficamente mais dispersos.
- Observa-se uma maior diversidade de drogas e de padrões de consumo que variam em função dos diferentes grupos sociais e estilos de vida.
- Tanto o número de apreensões como as quantidades de anfetaminas apreendidas estabilizaram em 1998. O número de apreensões de *ecstasy* tem-se mantido estável desde 1997, apesar de se registarem flutuações nas quantidades.

Cocaína

Embora inferior ao consumo de anfetaminas ou de *ecstasy*, o consumo de cocaína tem vindo a aumentar — em especial, nos grupos com uma vida social activa — estando a alastrar a uma população mais vasta.

- Entre 1% e 6% dos europeus entre os 16 e os 34 anos e 1% a 2% da população em idade escolar consumiram cocaína pelo menos uma vez, apesar de alguns inquéritos referirem percentagens de cerca de 4% nos jovens entre os 15 e os 16 anos.
- Os índices mais elevados de consumo observam-se entre os jovens adultos empregados, residentes nos centros urbanos e com uma vida social activa.
- A cocaína tende a ser consumida a título experimental ou esporádico, sendo geralmente inalada pelas vias nasais, em pó.
- Muitos dos pacientes tratados por consumo de heroína também consomem cocaína, quer por via intravenosa quer fumada sob a forma de *crack*.
- Foram identificados problemas graves associados ao *crack*, em especial entre as mulheres que trabalham na prostituição.
- A percentagem de pacientes que procuram tratamento devido ao consumo de cocaína tem aumentado em muitos países. Desconhece-se até que ponto esta subida está relacionada com o consumo de heroína ou resulta de um forte consumo recreativo de outras drogas.
- Em 1998, o número de apreensões de cocaína continuou a aumentar, mas as quantidades apreendidas registaram flutuações.

Heroína

De um modo geral, o número de casos de dependência da heroína permanece estável. Os consumidores identificados são uma população em grande parte de idade mais avançada, com graves problemas de saúde, sociais e psiquiátricos, embora os dados apontem também para o consumo desta droga nos grupos etários mais jovens.

- Em termos globais, o número de pessoas que experimentaram heroína permanece baixo (1% a 2% de jovens adultos); os inquéritos realizados nas escolas revelam que os alunos são extremamente cautelosos com o consumo de heroína.

- Alguns países apresentaram provas pontuais sobre um aumento do consumo de heroína fumada entre os jovens e alguns inquéritos realizados no meio escolar revelam índices de experiência mais elevados.

- O consumo de heroína conhecido envolve jovens com hábitos de utilização recreativa frequente de anfetaminas, *ecstasy* e outras drogas. Outros grupos de alto risco incluem as minorias marginalizadas, jovens desalojados, jovens a cargo de instituições, jovens criminosos, reclusos (em especial, mulheres) e jovens que vivem da prostituição.

- Os novos pacientes em tratamento por consumo de heroína apresentam maior tendência para fumar do que para injectar a droga, quando comparados com os pacientes que regressam para tratamento.

- Tanto o número de apreensões de heroína como as quantidades apreendidas têm-se mantido estáveis na UE, embora os valores variem de país para país.

Politoxicod dependência

Os padrões de consumo de droga dito de fim-de-semana e de natureza recreativa combinam cada vez mais drogas ilícitas e lícitas, incluindo o álcool e os tranquilizantes.

- Inquéritos sobre a vida nocturna revelam uma forte politoxicod dependência por uma minoria de jovens.

- É conhecido o consumo de certas drogas sintéticas como a quetamina e o gama-hidroxitubirato (GHB), mas este tipo de consumo é menos comum do que o de anfetaminas ou *ecstasy*.

- Mais significativo é o aumento do consumo de cocaína, muitas vezes combinada com um forte consumo de álcool.

- Geralmente, o abuso de substâncias voláteis (combustível para isqueiros, aerossóis, cola) é mais comum entre a população escolar do que as anfetaminas e o *ecstasy* e tem aumentado em alguns países.

Consumo problemático de droga e procura de tratamento

Os padrões do consumo problemático de droga — identificado frequentemente com a dependência, em especial, de heroína — estão a mudar na UE. Para além da heroíno dependência, começa a emergir quer o consumo problemático de cocaína (muitas vezes,

Tendências gerais

associado ao álcool), quer politoxicod dependência como as anfetaminas, a *ecstasy* e os medicamentos, quer ainda um forte consumo de *cannabis*.

- Estima-se que a UE tem um total estimado de 1,5 milhões de consumidores problemáticos de drogas, sobretudo de heroína (entre dois e sete cada 1 000 habitantes entre os 15 e 64 anos de idade). Calcula-se que 1 milhão preenche provavelmente os critérios clínicos definidos de dependência.

- De um modo geral, a percentagem de pacientes que solicitam tratamento por consumo de heroína tem diminuído, ao passo que o número de novas admissões por consumo de cocaína ou *cannabis* tem aumentado — em especial, entre os pacientes mais jovens.

Mortalidade relacionada com o consumo de droga

O número de óbitos graves causados por situações resultantes do consumo de droga (consumo excessivo ou intoxicação) estabilizou na UE, após um forte aumento, durante a segunda metade do anos 80 e inícios de 90. Todavia, as tendências variam entre países.

- A estabilização ou decréscimo da taxa de mortalidade pode estar relacionada com a estabilização ou diminuição da prevalência da heroína, um consumo mais seguro ou um maior acesso a tratamento, especialmente a programas de substituição.

- Nos últimos anos, registou-se um aumento significativo do número de mortes graves directamente relacionadas com o consumo da droga (consumo excessivo) em países que apresentavam anteriormente valores mais baixos. Este facto pode resultar de um aumento da prevalência do consumo problemático de droga, mas também de melhores práticas de registo.

- Noutros países, o número de mortes graves tem sofrido um constante aumento, embora menos pronunciado.

- O número de mortes associadas ao consumo de droga é consideravelmente mais elevado entre os homens do que nas mulheres, reflectindo a maior prevalência do consumo problemático de droga entre os homens.

- A maioria das mortes graves resulta do consumo de opiáceos, muitas vezes combinado com a ingestão de álcool ou tranquilizantes. Em certos países, verifica-se um número significativo de mortes provocadas pelo consumo de substâncias voláteis entre os adolescentes. As mortes resultantes do consumo de cocaína, anfetaminas ou *ecstasy* são pouco comuns.

- Em termos globais, a mortalidade anual relacionada com o consumo problemático de droga sofreu um decréscimo em alguns países após o aumento registado ao longo de vários anos. Tal reflecte a redução do número de mortes provocadas por consumo excessivo e por sida, apontando para a possibilidade de evitar uma parte das mortes.

Doenças infecto-contagiosas relacionadas com o consumo de droga

De um modo geral, as tendências da incidência de HIV e das hepatites B e C entre os consumidores de droga injectada parecem relativamente estáveis, embora haja informações sobre casos locais de aumento do número de infecções pelo HIV.

- A incidência de novos casos de sida varia fortemente de país para país, mas, de um modo geral, continua a diminuir, provavelmente devido aos novos tratamentos de atrasam o aparecimento da doença.

- A prevalência da infecção pelo vírus da hepatite C entre os consumidores de droga injectada é elevada — 50% a 90% —, mesmo em países com índices mais baixos de infecção pelo HIV.

- As tendências relativas à hepatite B são difíceis de identificar, uma vez que a presença de anticorpos poder resultar de uma vacinação e não da presença de infecção.

- Os comportamentos de risco potencialmente transmissores destas doenças suscitam preocupação. Os grupos de alto risco incluem: os jovens consumidores de droga por via intravenosa que não foram expostos a campanhas prévias de educação; as mulheres, que manifestam maior tendência do que os homens para partilhar o seu equipamento de injeção; os consumidores de heroína por via intravenosa que também consomem cocaína e ainda os reclusos que são consumidores de droga.

Outra morbidade

A possibilidade de ocorrerem lesões neurológicas, a longo prazo, provocadas por um forte consumo de *ecstasy* é cada vez mais preocupante.

- Um número crescente de inquéritos realizados tanto com animais como com seres humanos sugere que a exposição crónica à *ecstasy* origina alterações funcionais e morfológicas nas partes do cérebro que regulam certas funções fisiológicas e psicológicas como o sono, o apetite, o estado de espírito, a agressividade e a cognição.

- Certos inquéritos revelam uma ligeira perda das capacidades cognitivas nos grandes consumidores de *ecstasy*, mas a literatura científica diverge quanto às restantes funções. Outras questões por esclarecer incluem a determinação da dosagem e frequência de consumo consideradas perigosas e a eventual reversibilidade dos défices funcionais.

- O consumo de GHB — uma substância que, em pequenas doses, reduz a tensão, mas que em doses mais elevadas pode provocar intoxicações potencialmente fatais, em especial quando combinada com álcool e outros sedativos — também tem suscitado preocupação.

Tendências das respostas ao consumo de droga

Evolução das políticas e estratégias

Novas estratégias de luta contra a droga foram adoptadas pela Espanha, França, Portugal e o Reino Unido, bem como pela própria União Europeia.

- As políticas nacionais de luta contra a droga têm procurado uma abordagem mais equilibrada, atribuindo-se uma ênfase relativamente maior à redução da procura que à redução da oferta.

- O problema da droga é cada vez mais enquadrado num contexto social mais vasto e os objectivos comuns abrangem a prevenção do consumo de droga, a redução dos danos provocados por esse consumo e a dissuasão da criminalidade.

- A existência de dados científicos rigorosos, objectivos precisos, metas de desempenho mensuráveis e formas de avaliação são elementos fundamentais dessas estratégias.

- A despenalização dos infracções relacionadas com o consumo de droga tornou-se mais comum. Actualmente começa a emergir um consenso cada vez mais alargado no sentido de considerar que os consumidores de droga não deverão ser presos quando tenham agido por motivos de dependência, tendo vindo a ser progressivamente aplicadas as várias alternativas previstas na lei.

Prevenção

A prevenção do consumo de droga nas escolas, nos espaços recreativos e nos grupos de alto risco constitui uma prioridade em todos os Estados-Membros da UE.

- Os programas de prevenção do consumo de droga nas escolas conciliam a vertente de informações dirigidas

aos alunos com a sua formação em aptidões para a vida, por exemplo, a capacidade de afirmação pessoal. As estratégias centradas no conceito de «grupo de iguais» fomentam o envolvimento activo dos jovens nas campanhas de prevenção realizadas nas respectivas escolas.

- Estão a ser desenvolvidas directrizes e acções de formação específica dirigida aos professores, bem como em diversas iniciativas dirigidas aos pais.

- A utilização da Internet como meio de aprendizagem de alunos, professores e pais tem aumentado.

- Em alguns países, iniciou-se a formação na área da prevenção do consumo de droga destinada aos profissionais que trabalham com jovens e ao pessoal dos clubes nocturnos e bares.

- A prevenção do consumo de drogas sintéticas tem vindo a adquirir maior profissionalismo, conjugando as informações, as equipas de rua, o aconselhamento e, por vezes, os testes de comprimidos.

- Têm sido desenvolvidas políticas de juventude multisectoriais a nível local, com o objectivo de dar resposta às necessidades dos grupos de alto risco.

- Dada a urgente necessidade de uma metodologia que permita avaliar os resultados do trabalho realizado no terreno junto dos grupos de alto risco, o OEDT está a elaborar directrizes para preencher esta lacuna.

Redução dos danos causados pelo consumo de droga

Reduzir os danos do consumo de droga constitui um elemento-chave das estratégias de luta contra a droga de muitos Estados-Membros:

- os programas de substituição de seringas têm-se alargado a toda a UE e verifica-se um reforço das actividades que procuram inverter a tendência para uma menor consciencialização face aos riscos do consumo por injeção;

- observa-se uma intensificação de equipas de rua e um aumento do número de serviços de porta aberta para complementar o trabalho realizado pelos centros convencionais de tratamento da toxicod dependência;

- as salas de injeção, onde as drogas podem ser consumidas em boas condições de higiene e de vigilância, continuam a ser objecto de controvérsia. Um

Tendências gerais

inquérito financiado pela Comissão Europeia avalia presentemente a sua eficácia.

Tratamento

A fim de dar resposta ao número crescente e às diferentes necessidades daqueles que procuram tratamento para o consumo de droga, têm sido desenvolvidos diversos sistemas de assistência na UE:

- reforçou-se a cooperação entre os serviços para os jovens, e os serviços de assistência social e os serviços convencionais de apoio aos toxicodependentes, cuja actuação isolada se revela, muitas vezes, insuficiente para tratar os novos padrões do consumo de droga e os novos grupos-alvo;
- foram criados, em toda a UE, serviços especializados para as mulheres, muitos, especificamente dirigidos a mulheres grávidas, com filhos e mulheres que vivem da prostituição;

- os serviços de saúde pública e de psiquiatria participam cada vez mais no tratamento do consumo múltiplo de drogas;

- o tratamento de substituição encontra-se em expansão — incluindo nas prisões — quer em termos de números de pacientes quer de substâncias utilizadas;

- aumentou significativamente a consciencialização da necessidade de fornecer assistência adequada aos consumidores de droga que terminam o tratamento ou que terminam a pena de prisão, ou aos que seguem um tratamento de substituição prolongado;

- dado que uma larga percentagem da população prisional consome drogas, tem vindo a ser, cada vez mais, proporcionado tratamento a este grupo, com o objectivo de evitar a reincidência e do consumo ilícito de droga e à criminalidade.

Prevalência e padrões do consumo de droga

O presente capítulo consiste numa apresentação geral da prevalência, padrões e consequências do consumo de droga na UE, baseada em inquéritos, estatísticas periódicas e outras formas de investigação. Dá-se uma ênfase especial aos dados nacionais. No entanto, cabe salientar que estes dados podem ocultar fenómenos locais ou recentes.

Prevalência do consumo de droga

Consumo de droga na população em geral

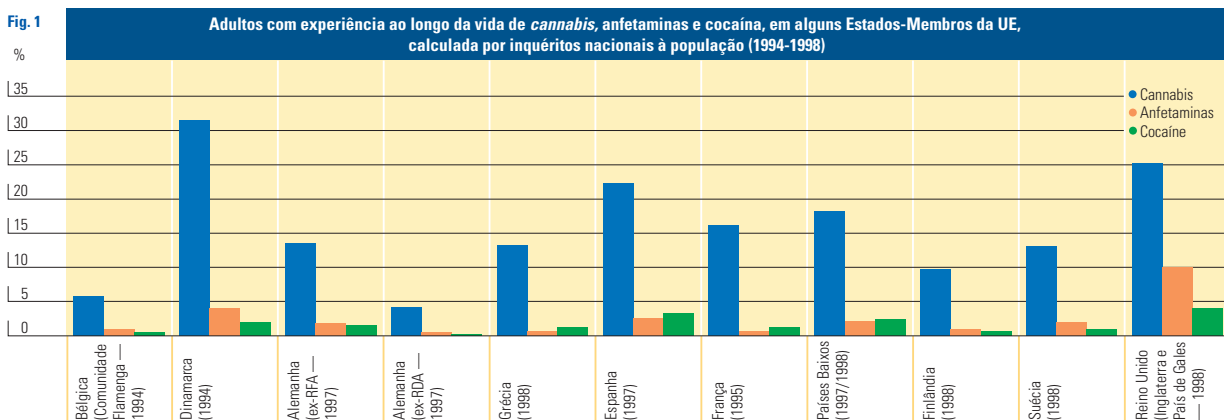
Ao longo da década de 1990, foram realizados inquéritos nacionais em 11 Estados-Membros sobre o consumo de droga à população em geral. Estes inquéritos fornecem informações úteis sobre determinadas substâncias, como a *cannabis*, cujo consumo é relativamente comum e se encontra pouco estigmatizado, mas são menos fiáveis no que respeita a padrões de consumo menos visíveis, como o consumo de heroína injectada.

Devemos proceder com cautela ao comparar directamente os diferentes níveis de consumo nos Estados-Membros, em especial, sempre que as

diferenças sejam pouco relevantes. A variação dos factores sociais (como o nível de urbanização) ou culturais (incluindo as atitudes face à droga) poderá exercer uma influência considerável, mesmo quando os métodos de estudo são semelhantes.

Padrões do consumo de droga

A *cannabis* é a substância consumida com maior frequência na UE. A experiência ao longo da vida (qualquer consumo durante a vida de uma pessoa), na população adulta, varia entre 10% na Finlândia e 20% ou 30% na Dinamarca, Espanha e Reino Unido (figura 1). De um modo geral, as anfetaminas são consumidas por 1% a 4% dos adultos, mas este consumo atinge os 10% no Reino Unido. O *ecstasy* foi experimentado por 0,5% a 4% dos adultos europeus e a cocaína por 0,5%

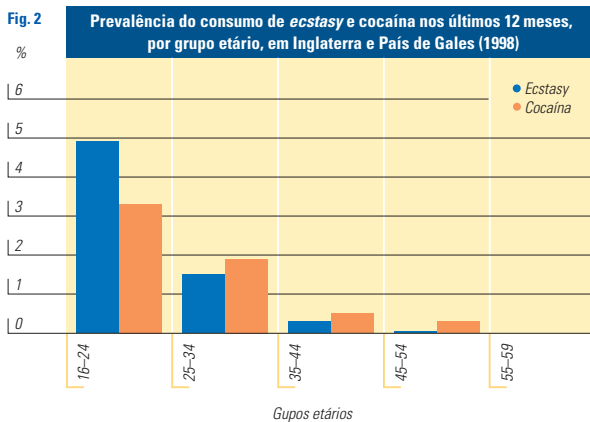


A *cannabis* é a droga ilegal utilizada mais frequentemente na UE

Notas: Os dados usados resultam dos inquéritos nacionais mais recentes disponíveis nos Estados-Membros. O grupo etário varia entre os 15-18 e 59-69 anos de idade. As variações das idades podem influenciar disparidades entre os países.
Fontes: Relatórios nacionais Reitor de 1999, baseados em relatórios de inquéritos públicos ou artigos de revistas científicas.

a 3%. A experiência no que se refere à heroína é mais difícil de avaliar, dada a sua reduzida prevalência e a natureza mais oculta. No entanto, de acordo com as informações fornecidas, envolve, de um modo geral, perto de 1% dos adultos.

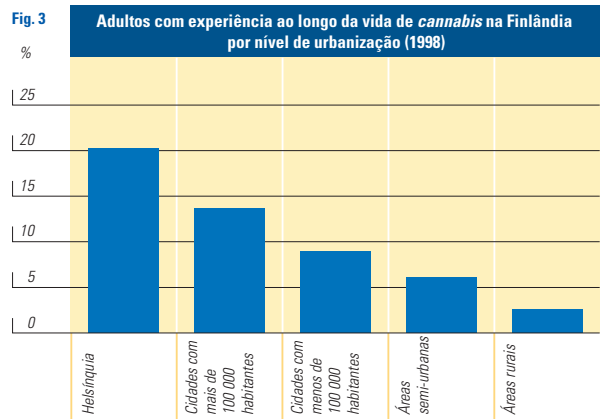
O consumo ilícito de droga ocorre sobretudo nos jovens adultos com idades compreendidas entre os 16-18 e 34-39 anos, cujos valores ultrapassam duas vezes ou mais os valores de toda a população adulta (figura 2). Na Finlândia e Suécia, 16% a 17% dos jovens adultos consumiram *cannabis*, ao passo que na Dinamarca e Reino Unido o número sobe para cerca de 40%. As anfetaminas e o *ecstasy* foram experimentadas por 1% a 5% dos jovens adultos, mas no Reino Unido as percentagens aumentam para 16% e 8%, respectivamente. A cocaína foi consumida por 1% a 6% dos jovens adultos europeus.



O consumo de *ecstasy* e cocaína é um fenómeno juvenil que diminui com a idade

Fonte: Relatório nacional do Reino Unido de 1999, baseado em: Ramsay, M., e Partridge, S., Drug misuse declared in 1998: Results from the British Crime Survey (London: Home Office, 1999).

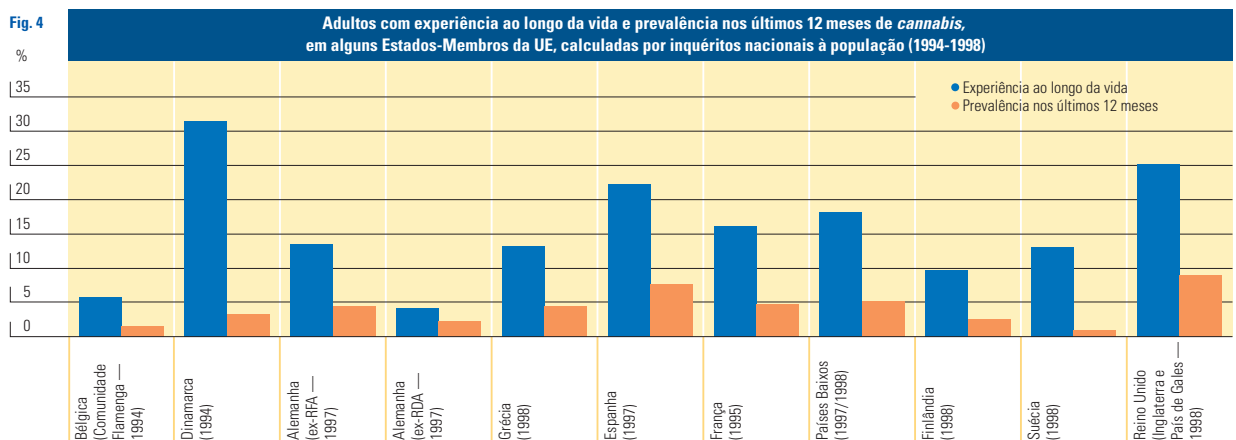
As informações disponíveis sobre determinados países revela um consumo de droga bastante mais elevado nas zonas urbanas, apesar de se verificar, igualmente, uma certa difusão para as áreas rurais (figura 3). As diferenças nos valores nacionais podem ser atribuídas, em larga medida, à dimensão relativa das populações rurais e urbana de cada país — os países com maior percentagem de população urbana tendem a apresentar valores nacionais globais de consumo de droga mais elevados.



O consumo ilegal de drogas é mais elevado nas áreas urbanas

Fonte: Relatório nacional finlandês de 1999, baseado em: Partanen, J. e Metsu, L., «Suomen toinen huumeaalto (The second Finnish drug wave)», Yhteiskuntapolitiikka (2) 1999.

A experiência ao longo da vida constitui um indicador pouco adequado para o consumo de droga recente, dado que inclui todas as pessoas que experimentaram droga, mesmo que apenas uma vez ou há algum tempo atrás. O consumo registado no ano anterior (prevalência nos últimos 12 meses) representa uma forma mais rigorosa de aferir o consumo recente (figura 4).



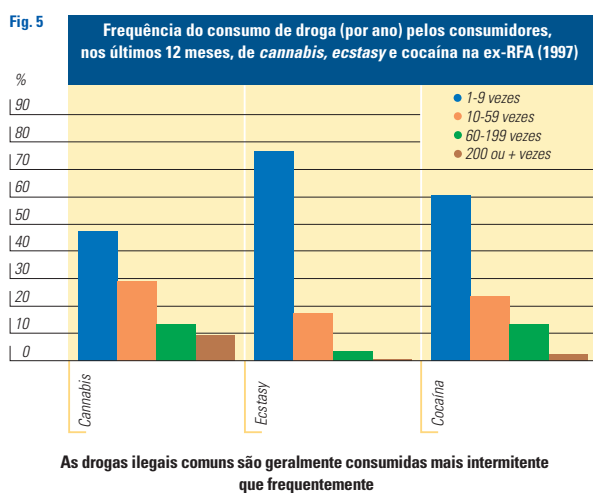
Os valores referentes ao consumo recente de droga são muito inferiores aos da experiência ao longo da vida

Notas: Os dados usados resultam dos inquéritos nacionais mais recentes disponíveis nos Estados-Membros. O grupo etário varia entre os 15-18 e 59-69. As variações nos grupos etários podem influenciar disparidades entre os países.
Fontes: Relatórios nacionais Reitox de 1999, baseados em inquéritos públicos ou artigos de revistas científicas.

Prevalência e padrões do consumo de droga

Segundo as informações fornecidas, nos últimos 12 meses, a cannabis foi consumida por 1% a 9% dos adultos europeus e por 2% a 20% (apesar de se manter, geralmente, abaixo dos 10%) dos jovens adultos. O consumo de outras substâncias ilícitas raramente excedeu 1% entre os adultos e manteve-se inferior a 3% entre os jovens adultos.

Alguns inquéritos revelam que a maioria das pessoas que consumiram droga recentemente manifestam uma tendência para consumir apenas de forma ocasional (figura 5).



Fonte: Relatório nacional alemão, 1999, baseado em: Kraus, L., e Bauernfeind, R., Repräsentativerhebung zum Konsum psychotroper Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 1997 (Institut für Therapieforschung, Munique, 1998). As frequências foram reagrupadas pelo OEDT na sua distribuição original. Percentagens expressas como percentagens válidas, excluindo as respostas negativas «não» (cocaína 17,5%, ecstasy 2,2% e cannabis 0,7%).

Evolução do consumo de droga

Não obstante diversos países terem efectuado mais do que um inquérito à população na década de 1990, apenas a Alemanha, a Espanha, o Reino Unido e a Suécia realizaram séries de inquéritos comparáveis.

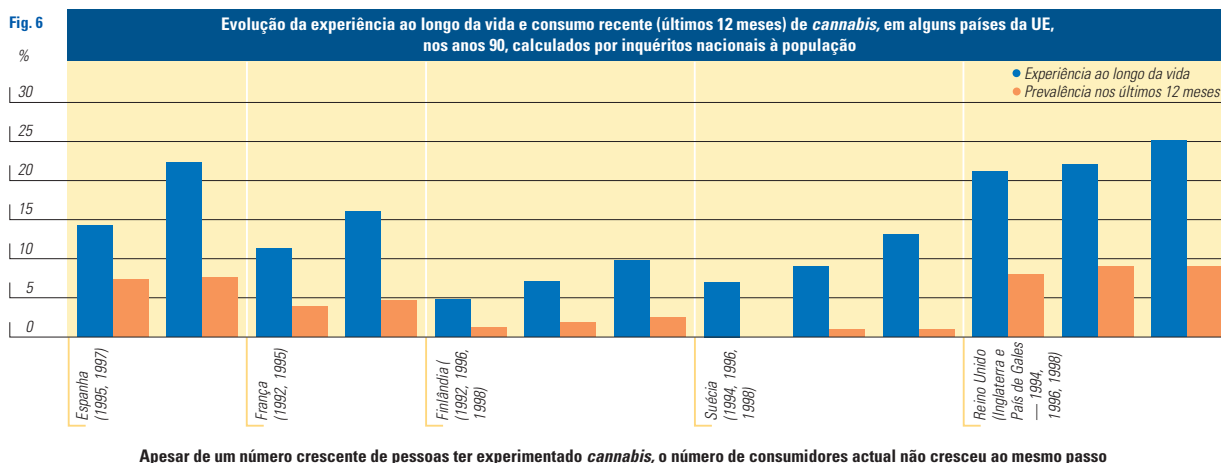
Nessa década, a experiência ao longo da vida, no que se refere ao consumo de cannabis, aumentou na maioria dos países, e os níveis parecem evoluir no sentido de uma convergência. Os países com uma prevalência reduzida no início da década (por exemplo, Finlândia, Grécia e Suécia), registaram um aumento proporcionalmente maior do que os países onde a prevalência nesse mesmo período era mais elevada (por exemplo, Alemanha, Dinamarca e Reino Unido).

O aumento da experiência ao longo da vida do consumo de cannabis não implica necessariamente uma subida paralela no consumo recente (figura 6). De um modo geral, a prevalência nos últimos 12 meses aumentou bastante menos do que a experiência ao longo da vida, o que significa que os aumentos registados dizem respeito sobretudo a um consumo ocasional e que a maioria das pessoas que experimentam esta droga parece não manter o consumo a longo prazo.

As tendências relativas ao consumo de outras substâncias são mais difíceis de avaliar, uma vez que apresentam uma prevalência mais reduzida. Algumas alterações bem documentadas, como a subida do consumo recente de ecstasy entre determinados grupos de jovens, diluem-se quando inseridas nos valores referentes à totalidade da população. Em alguns países, o consumo de anfetaminas, ecstasy e cocaína sofreu um aumento moderado — mas não constante — ao longo de toda a década de 1990, sendo o consumo de ecstasy mais patente do que o consumo de anfetaminas ou de cocaína entre os adultos jovens.

Consumo de droga na população escolar

Na década de 1990, a maioria dos Estados-Membros realizou inquéritos nas escolas, muitos deles integrados

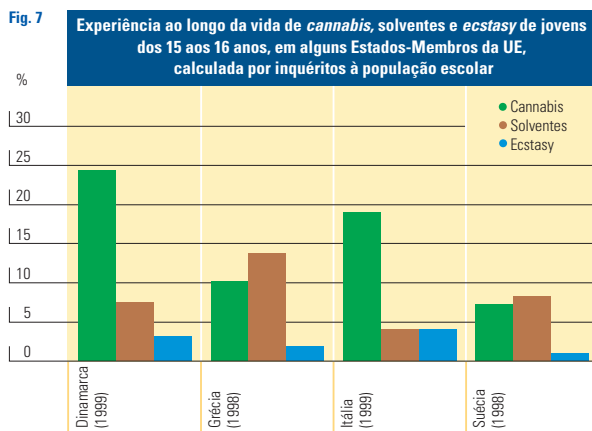


Fonte: Relatórios nacionais Reixtox de 1999, baseados em inquéritos públicos ou artigos de revistas científicas.

no projecto de inquérito escolar europeu sobre o álcool e outras drogas (ESPAD). Os inquéritos foram realizados em 1995 e, novamente, em 1999, centrando-se na experiência do consumo de droga ao longo da vida entre os alunos de 15 a 16 anos de idade, mas as comparações directas dos resultados exigem uma certa prudência (1). Tal como para os adultos, as taxas de prevalência ao longo da vida dizem respeito meramente à experiência. Para além das diferenças metodológicas e contextuais, as pequenas disparidades na idade dos jovens deste grupo têm um forte impacto nos valores apresentados.

Padrões do consumo de droga

A *cannabis* é a substância ilícita mais consumida pela população escolar. A experiência ao longo da vida varia entre 5% e 7% em Portugal e na Suécia, subindo para 30% a 40% na Irlanda, Países Baixos e Reino Unido. Contudo, em alguns países, o consumo de solventes é mais comum neste grupo etário (figura 7).



Entre os jovens em idade escolar, o consumo de solventes chega a ser mais comum do que de *cannabis*

Notas: Os dados usados resultam de inquéritos nacionais recentes à população escolar. Os países aqui apresentados ilustram padrões divergentes de consumo de droga pela população escolar. Outros Estados-Membros podem registar níveis mais ou menos elevados de consumo de *cannabis*, solventes e *ecstasy*.

Fontes: Relatórios nacionais Reitox, baseados em inquéritos públicos ou artigos de revistas científicas.

Segundo as informações fornecidas, a experiência do consumo de anfetaminas abrange 1% a 7% da população escolar e o consumo de *ecstasy* 2% a 8%, enquanto os valores relativos à cocaína se situam entre 1% e 4%. Alguns inquéritos realizados no Reino Unido revelam um consumo mais elevado de anfetaminas e de *ecstasy*.

Evolução do consumo de droga

A experimentação ao longo da vida de *cannabis* entre a população escolar aumentou significativamente na década de 1990, em quase todos os países da UE. Embora o consumo de solventes, anfetaminas, *ecstasy* e cocaína também tenha aumentado, a sua prevalência permanece muito inferior à do consumo de *cannabis*.

Estimativas nacionais sobre o consumo problemático de droga

Metodologia e definições

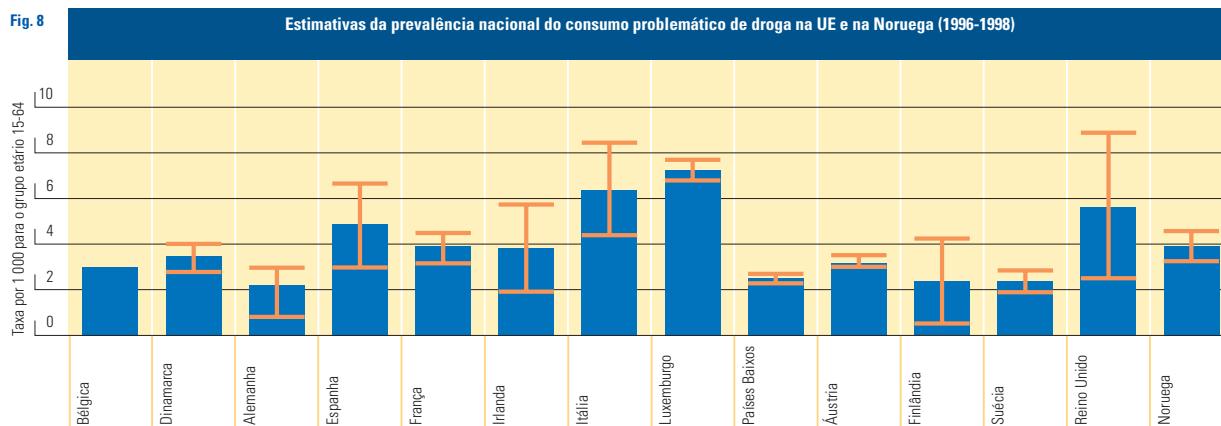
«Consumo problemático de droga» significa, no presente relatório, o «consumo por via intravenosa ou prolongado/regular de opiáceos, cocaína e/ou anfetaminas». Esta definição operacional exclui o *ecstasy* e a *cannabis*, bem como o consumo irregular de qualquer droga. As estimativas nacionais dizem respeito ao período entre 1996 e 1998, excepto no caso da Áustria (1995) e da Suécia (1992), países relativamente aos quais não existiam informações mais recentes (figura 8). No que se refere ao grupo etário dos 15 aos 64 anos, as taxas de prevalência foram recalculadas, não podendo, por esta razão, ser comparadas directamente com as taxas do Relatório Anual do OEDT de 1999. As estimativas baseiam-se, sobretudo, em modelos estatísticos que utilizam indicadores relacionados com o consumo de droga, incluindo:

- um método com indicadores de variação múltipla;
- método de captura-recaptura;
- três factores de multiplicação baseados nas informações policiais, de tratamento e taxas de mortalidade;
- um sistema de retrocálculo baseado na aplicação do método de regressão linear aos números de consumidores de droga injectada com HIV/sida em combinação com as taxas de HIV/sida entre os consumidores de droga injectada.

A variação apresentada na figura 8 baseia-se nos valores mais altos e mais baixos por país obtidos com base em diferentes métodos. As técnicas utilizadas nem sempre incidem sobre o mesmo grupo-alvo, por exemplo, o sistema de regressão linear apenas inclui os consumidores de droga injectada. Enquanto que o valor

(1) Todos os valores relativos à população escolar apresentados neste relatório dizem respeito ao grupo etário entre os 15 e os 16 anos, no intuito de uma maior coerência com os inquéritos realizados no âmbito do ESPAD. Os resultados do inquérito de 1999 ainda não se encontram disponíveis na sua totalidade.

Prevalência e padrões do consumo de droga



A prevalência do consumo problemático de droga parece ser semelhante na maioria dos países

Notas: Todas as estimativas baseiam-se em períodos de 12 meses, entre 1996 e 1998, excepto para a Áustria (1995), a Irlanda (1995-1996) e a Suécia (1992). A Grécia e Portugal não puderam fornecer estimativas.
Bélgica: as estimativas incluem apenas os consumidores de droga injectada, subestimando assim o problema do consumo de droga; Irlanda: as informações policiais incluíam 7% dos consumidores de outros opiáceos, 10% identificados por posse (não necessariamente consumidores) e 5% identificados de modo indeterminado.
Suécia (1992): entre 1 700 e 3 350 eram heroíno-dependentes; entre 8 900 e 12 450 outros toxicó-dependentes, eram sobretudo consumidores que injectavam anfetaminas (excepto toxicó-dependentes de *cannabis*).
Sempre que disponíveis, as estimativas indicam aos resultados mais e menos elevados dos cálculos realizados independentemente. As diferenças dependem das fontes dos dados e dos pressupostos; ver quadros estatísticos: www.emcdda.org
Fonte: Projecto OEDT CT.99.RTX.05, coordenado pelo Institut für Therapieforchung, Munique.

mais baixo de uma variação define o consumo de opiáceos por via intravenosa, o valor mais alto inclui outras formas de consumo problemático de droga, como o consumo regular de opiáceos, cocaína ou anfetaminas não intravenoso.

A Itália adoptou cinco métodos, a Alemanha, Dinamarca, Finlândia, França, Irlanda e Reino Unido adoptaram três, a Espanha, Luxemburgo e Países Baixos utilizaram dois, e a Áustria, Bélgica, Noruega e Suécia apenas puderam adoptar um. A utilização de diversos métodos independentes permite comparar e confirmar a validade de cada estimativa individual e garante estimativas globais mais fiáveis. Contudo, a comparação entre os países ainda não é simples, visto que a maioria dos países não aplica todos os métodos.

Estimativas nacionais da prevalência

Apesar das limitações, as taxas de prevalência parecem ser mais elevadas na Espanha, Itália, Luxemburgo e Reino Unido (5 a 7 consumidores problemáticos de droga em cada 1 000 habitantes entre os 15 e os 64 anos, variando entre 2,3 e 8,9) e mais baixas na Alemanha, Áustria, Bélgica, Finlândia, Países Baixos e Suécia (cerca de 2 a 3 por cada 1 000 habitantes, variando entre 0,5 e 5,7). As percentagens intermédias dizem respeito à Dinamarca, Espanha, França, Irlanda e Noruega. A Grécia e Portugal não puderam fornecer quaisquer estimativas.

Estas percentagens sugerem uma reduzida associação directa entre a prevalência do consumo problemático de droga e as políticas nacionais no domínio da droga, uma vez que os países parecem apresentar níveis de consumo

semelhantes e, muitas vezes, moderados, independentemente das suas políticas serem mais liberais ou mais restritivas. No entanto, as políticas em matéria de droga podem ter uma influência significativa sobre a redução de determinadas consequências do consumo problemático de droga, por exemplo, as doenças infecto-contagiosas e os casos de consumo excessivo.

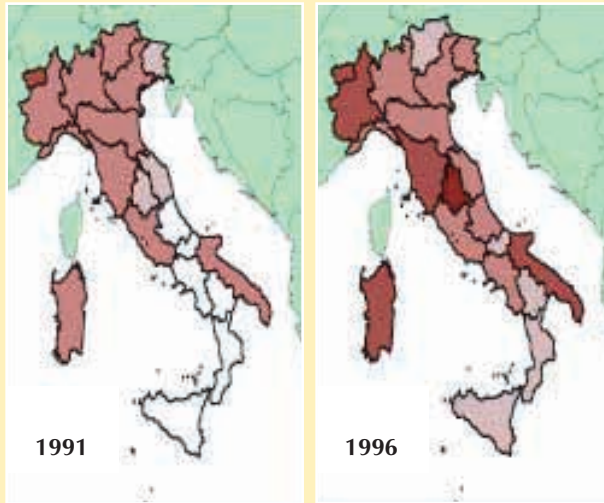
Os factores demográficos, como a estrutura etária, a densidade populacional e o rácio população urbana/rural, também podem afectar as taxas de prevalência. Além disso, determinados factores socioeconómicos como o desemprego, a educação ou o nível de rendimentos influenciam fortemente as taxas de prevalência de alguns inquéritos, ainda que não de todos. Certos factores relacionados com a difusão geográfica, como as rotas de tráfico, também podem exercer certa influência (ver caixa 1).

Consequências do consumo de droga no domínio da saúde

Procura de tratamento

As características dos pacientes admitidos para tratamento, como sucede com a percentagem relativa aos consumidores de droga injectada ou consumidores de opiáceos, são potenciais indicadores de tendências mais gerais do consumo problemático de droga. Contudo, podem encerrar certas imprecisões, nomeadamente, a representação excessiva de consumidores por injeção devido à sua maior necessidade de tratamento ou a representação

Caixa 1: Difusão geográfica do consumo problemático de heroína na Itália



Taxa por 100 000:

■	de 300 000 à 375 000
■	de 225 000 à 300 000
■	de 150 000 à 225 000
■	de 75 000 à 150 000
□	de 0 à 75 000

Em 1996, a epidemia estabilizou e começou mesmo a diminuir em regiões onde, inicialmente, aumentara rapidamente. A prevalência de pacientes em tratamento continuou a aumentar noutras áreas em que se mantivera baixa no início da década de 1990.

A difusão geográfica do consumo problemático de droga na Itália parece ter seguido as principais rotas do tráfico de droga (por exemplo, dos Balcãs, via Grécia, para a região da Puglia), tendo-se expandido para fora das grandes cidades, em direcção às cidades mais pequenas e zonas rurais.

Na Itália, a epidemia de heroína originou um aumento da procura de tratamento para o consumo problemático de heroína em inícios dos anos 90. Esta procura reflecte-se indirectamente na prevalência de pacientes em tratamento, revelando uma difusão do Norte para o Sul e das regiões fronteiriças para o interior.

Fonte: Projecto do OEDT CT.98.EP.04, coordenado pela Universidade de Keele, Reino Unido. O mapa foi disponibilizado pela Universidade de Roma, Tor Vergata.

insuficiente de consumidores de cocaína dada a falta de serviços de tratamento.

Padrões do consumo de droga entre os pacientes tratados

Apesar das diferenças ao nível das políticas de tratamento e das práticas de registo, observam-se quer características comuns quer características divergentes na Europa, o que não pode ser atribuído a questões de metodologia.

Entre 65% e 95% dos pacientes são admitidos para tratamento por consumo de opiáceos (sobretudo heroína). Os valores são inferiores apenas no caso da Comunidade Flamenga da Bélgica, da Finlândia e da Suécia.

A cocaína constitui a droga principal em menos de 10% das admissões para tratamento, excepto em Espanha (11%) e nos Países Baixos (17%). Muitas vezes, a cocaína é consumida como droga secundária pelos pacientes tratados por heroína (15% a 60%, de acordo com os dados disponíveis).

As anfetaminas, o *ecstasy* e os alucinogénios são as drogas principais em menos de 1% a 2% das admissões para tratamento, embora os valores relativos ao consumo de anfetaminas sejam mais elevados na Comunidade Flamenga da Bélgica, Finlândia, Reino

Unido e Suécia.

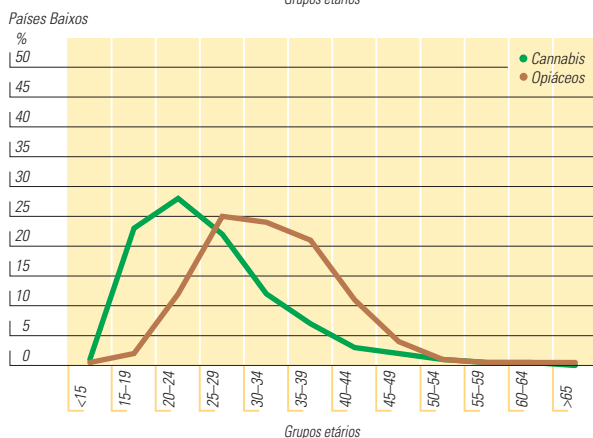
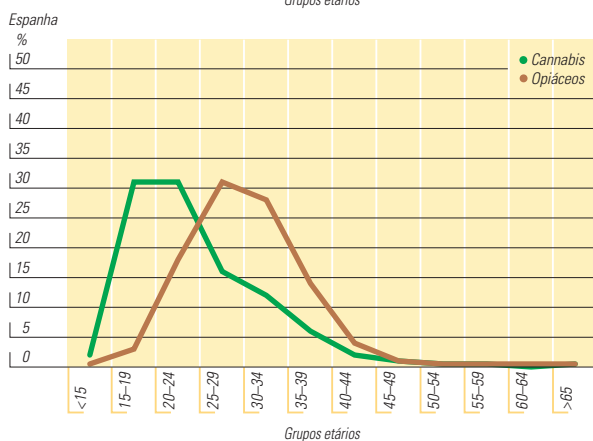
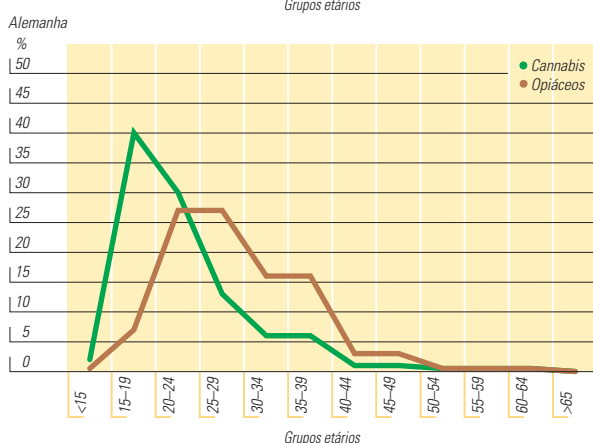
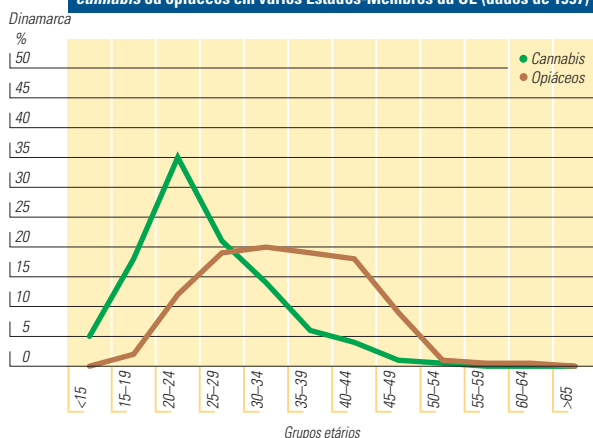
A *cannabis* avulta em 10% a 15% das admissões, subindo para cerca de 20% na Comunidade Flamenga da Bélgica, na Dinamarca e na Finlândia, e é frequentemente uma droga secundária dos pacientes consumidores de opiáceos. Os pacientes por consumo de *cannabis* são bastante mais jovens do que os pacientes por consumo de opiáceos (figura 9), o que sugere a existência de grupos com diferentes perfis sociais e pessoais.

A percentagem de consumidores de droga injectada em tratamento varia fortemente: desde 14% dos consumidores de heroína nos Países Baixos a 84% na Grécia. Na França, Itália e Luxemburgo a percentagem de consumidores de opiáceos por injeção equivale a 70%, ao passo que noutros países os valores variam entre os 30% e 60%. Não existe uma justificação clara para estas diferenças, mas as razões poderão incluir as tradições locais ou culturais, ou ainda, certos factores de mercado, como a relativa disponibilidade da heroína para ser fumada ou injectada.

Os pacientes admitidos para tratamento tendem a ser do sexo masculino, com idades entre os 20 e os 40 anos. A Irlanda apresenta a idade mais baixa (24,3 anos), e a Dinamarca a mais alta (32,5 anos).

Prevalência e padrões do consumo de droga

Fig. 9 Distribuição etária dos pacientes admitidos a tratamento por consumo de *cannabis* ou opiáceos em vários Estados-Membros da UE (dados de 1997)



Estão à vista diferentes subpopulações admitidas a tratamento?

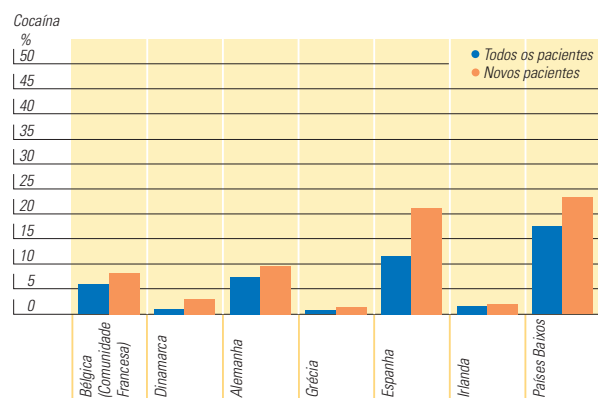
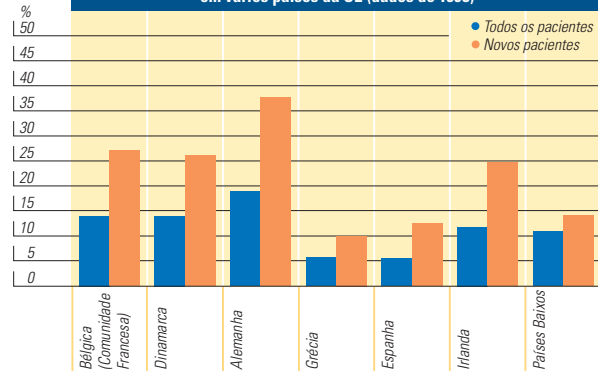
Fonte: Projecto OEDT CT.98.EP.10, coordenado pelo Institute for Therapy Research, Munique + H31.

Evolução do perfil das admissões para tratamento

Apesar das melhorias consideráveis na recolha de dados sobre os tratamentos, poucos países conseguem identificar tendências definidas. Pelo contrário, as características dos pacientes admitidos pela primeira vez são, muitas vezes, comparadas com a totalidade da população tratada, a fim de identificar tendências.

Muitos Estados-Membros comunicaram um ligeiro aumento na percentagem de pacientes por consumo de *cannabis* e cocaína, nos últimos anos, registando-se, paralelamente, uma redução na percentagem de casos relacionados com o consumo de opiáceos (figura 10). A percentagem de pacientes por consumo de anfetaminas é pequena, sendo mais elevada entre os novos pacientes. Embora estas diferenças possam corresponder a uma evolução real, a importância do aumento do número de pacientes por consumo de *cannabis* e de cocaína poderá resultar, em parte, da diminuição no número de pacientes por consumo de opiáceos entre os novos pacientes tratados.

Fig. 10 Pacientes admitidos a tratamento por consumo de *cannabis* e de *cocaína*, em vários países da UE (dados de 1998)

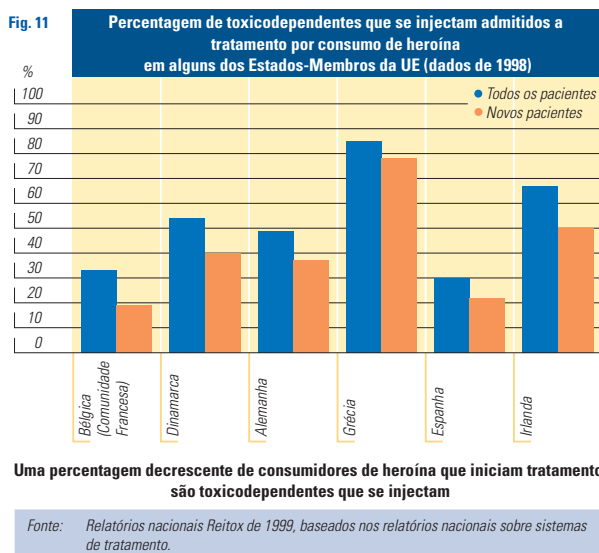


A percentagem de pacientes que procuram tratamento por consumo de cocaína tem vindo a aumentar

Fonte: Relatórios nacionais Reitox de 1999, baseados nos relatórios nacionais sobre sistemas de tratamento.

A percentagem de consumidores de droga injectada entre os consumidores de heroína tratados baixou em diversos países na década de 1990, e não tem

aumentado. A percentagem de consumidores de droga injectada entre os novos pacientes admitidos por consumo de heroína, quando comparada com o número total de pacientes associados ao consumo desta droga, também baixou significativamente em todos os países relativamente aos quais foram fornecidas informações (figura 11). Os novos pacientes tendem a fumar a heroína ou a inalar os seus valores, e existe uma percentagem considerável de consumidores que hoje não se injecta, embora tenha procedido dessa forma no passado. Este facto revela uma mudança nos padrões de consumo, mas uma grande parte dos fumadores poderão vir a ser consumidores por injeção.



Óbitos relacionados com o consumo de droga

Metodologia e definições

As estatísticas nacionais sobre os óbitos relacionados com o consumo de droga dizem respeito sobretudo às mortes directamente provocadas pelo consumo de droga (consumo excessivo), embora a Alemanha, Dinamarca, Portugal e a Suécia utilizem definições um pouco mais amplas. As mortes indirectamente associadas ao consumo de droga (mortes provocadas pela sida, tráfico de droga, violência ou suicídio) são avaliadas de modo diferente e não se inserem no âmbito do presente capítulo.

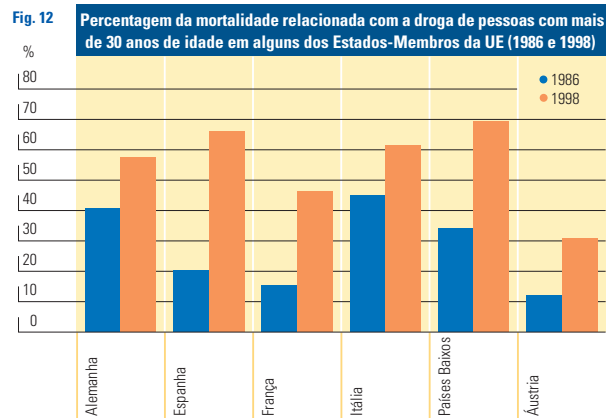
Todavia, as comparações directas das estatísticas relativas à mortalidade relacionada com a droga entre os diversos países podem induzir em erro, dada a inexistência de definições e de metodologia harmonizadas. O OEDT tem colaborado com o Eurostat, a Organização Mundial de Saúde e os Estados-Membros da UE, com vista a melhorar esta situação (caixa 2).

Contudo, se as definições e a metodologia se mantiverem coerentes em cada país, as estatísticas permitirão identificar tendências ao longo do tempo.

Características da mortalidade relacionada com o consumo de droga

Os opiáceos são a principal causa dos óbitos associados ao consumo de droga. A presença de outras substâncias, em especial o álcool e as benzodiazepinas, aumenta o risco de morte em caso de intoxicação por opiáceos. No entanto, muitas destas mortes ocorrem até três horas após o consumo, o que possibilita a intervenção médica. Os óbitos graves relacionados exclusivamente com a cocaína, anfetaminas ou ecstasy não são comuns, pese embora a publicidade de que são alvo.

A maior parte das mortes relacionadas com o consumo de opiáceos ocorrem entre os consumidores de droga injectada, com idades entre os 20 e os 40 anos, geralmente após vários anos de consumo. À semelhança do que acontece com os pacientes admitidos para tratamento, também nos óbitos se regista, em muitos países da UE, uma clara tendência para um aumento da



É evidente uma tendência de envelhecimento nos óbitos relacionados com a droga

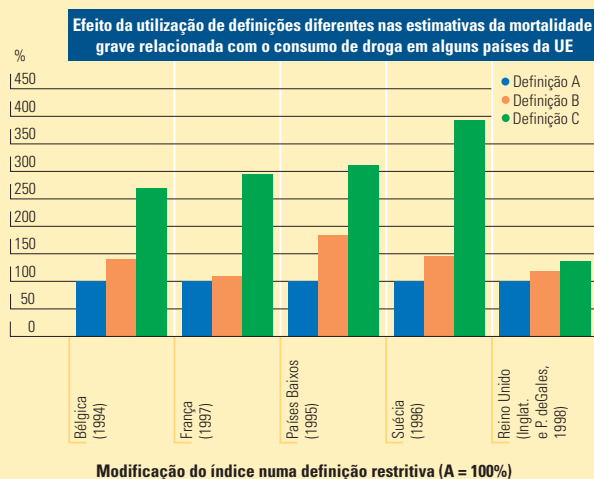
Notas: No caso da Itália dizem respeito a 1993 e 1998, e no caso da Áustria os dados dizem respeito a 1989 e 1998.
No caso da Áustria referem-se ao grupo etário 35 a 64 e no caso da Alemanha referem-se ao grupo etário dos 30 ou +.
As percentagens foram calculadas a partir dos totais provenientes dos grupos etários mais novos e mais velhos.
Fonte: Relatórios nacionais Reitox de 1999, baseados nos registos nacionais de mortalidade ou registos especiais (forenses ou policiais).

idade em que ocorrem (figura 12).

O papel potencial da metadona no que respeita ao número de óbitos relacionados com o consumo de droga tem sido salientado em alguns países. A investigação demonstra que o tratamento de substituição reduz o risco de morte relacionada com o consumo de droga. Todavia, desde que a substituição através da metadona aumentou significativamente na Europa (ver capítulo 4), os exames toxicológicos das doses excessivas, mortes por sida ou

Caixa 2: Efeito da utilização de definições diferentes nas estimativas da mortalidade grave relacionada com o consumo de droga em alguns países da UE

A utilização de definições mais restritas ou latas para a mortalidade relacionada com o consumo de droga num mesmo país resulta em estimativas muito diferentes.



Notas: Os dados baseiam-se nos registos gerais de óbitos.
 Definição A: psicose provocada pelo consumo de droga, toxicod dependência, abuso de droga sem dependência e intoxicação accidental provocada pelo consumo de opiáceos, cocaína, estimulantes, *cannabis* ou alucinogénios.
 Definição B: A, juntamente com intoxicação uma intencional (suicídio), ou intoxicação com um intuito indeterminado, provocada pelo consumo das mesmas drogas.
 Definição C: B, juntamente com os óbitos provocados pelo consumo de barbitúricos, benzodiazepinas ou outras substâncias sedativas e hipnóticas.
Fonte: Projecto do OEDT CT.98.EP.11, coordenado pelo Instituto neerlandês para a Saúde Mental e a Toxicod dependência (Trimbos-Instituut), Utrecht.

As definições A, B e C foram desenvolvidas para fins metodológicos, no âmbito do projecto do OEDT CT.98.EP.11. Referem-se a casos em que a causa subjacente do óbito corresponde aos códigos da Classificação Internacional de Doenças, 9.^a edição (ICD-9). As causas exteriores de morte (intoxicação) foram definidas em combinação com os códigos da natureza da lesão, por forma a indicar a droga de consumo pertinente.

Para cada país, atribuiu-se o valor de 100% à definição mais restrita (A), e as definições mais latas (B e C) foram expressas em percentagem de A.

acidentes revelam cada vez mais a presença de metadona, independentemente de uma eventual relação com a causa do óbito. Alguns estudos locais sugerem que as mortes graves com presença de metadona envolvem muito provavelmente metadona terapêutica roubada ou desviada para o mercado ilícito.

Evolução da mortalidade relacionada com a droga

Em muitos países, os óbitos graves relacionados com o consumo de droga aumentaram fortemente entre finais dos anos 80 e meados dos anos 90. Desde então, a subida estabilizou na UE, mas observam-se ainda disparidades nas tendências nacionais:

Contudo, as definições nacionais actuais utilizadas para a mortalidade relacionada com a droga não correspondem exactamente aos grupos A, B ou C aqui apresentados. Por exemplo, as definições dos Países Baixos e Reino Unido assemelham-se bastante à definição A, ao passo que a definição da Suécia incluem informações abrangidas pelas definições B e C. Na Suécia, os casos são ainda seleccionados compreendendo as causas de morte, quer subjacentes quer acessórias, e não apenas com base na causa subjacente, como sucede no projecto do OEDT. Isto resulta numa estimativa nacional mais elevada, uma vez que podem ser incluídos não só os óbitos graves (consumo excessivo), mas também os óbitos que estão indirectamente relacionados com a droga.

Mesmo quando são aplicados os mesmos conjuntos de códigos (A, B ou C do OEDT), as percentagens populacionais poderão não ser ainda totalmente comparáveis, em virtude de diferenças na percentagem de autópsias realizadas ou na utilização de informações de medicina legal para a codificação da morte.

	% mortalidade relacionada com o consumo de droga em cada 100 000 habitantes, de acordo com as definições A, B e C		
	A	B	C
Bélgica (1994)	0,9	1,2	2,1
França (1997)	0,3	0,3	0,7
Países Baixos (1995)	0,2	0,5	0,8
Suécia (1996)	1,5	1,9	3,6
Reino Unido (Inglaterra e País de Gales — 1998)	2,2	2,7	2,9

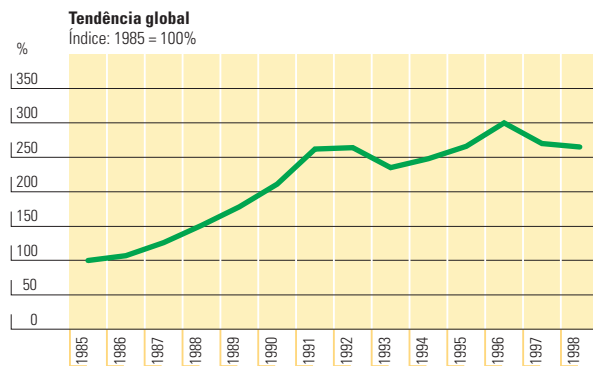
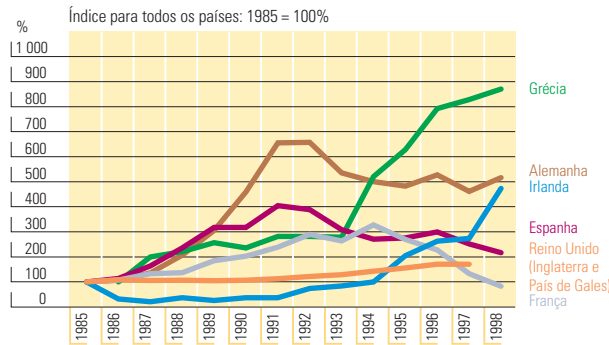
- em Espanha, França e, em certa medida, na Alemanha — apesar de recentemente se ter registado um ligeiro acréscimo — na Áustria e Itália, o número de óbitos graves relacionada com o consumo de droga estabilizou ou baixou. Esta situação pode ser um reflexo dos níveis de consumo problemático de droga, de um menor consumo por via intravenosa e/ou um maior acesso aos diversos tratamentos, incluindo ao tratamento de substituição;

- após um período com um número reduzido de mortes, no início da década de 1990, a Grécia, Irlanda e Portugal registaram posteriormente um forte aumento. Esta situação pode estar ligada ao aumento do consumo

de heroína, mas também reflecte uma melhoria das práticas de registo;

- após um período de elevado número de mortes no início da década de 1990, continua a verificar-se um aumento no Reino Unido e na Suécia e, em certa

Fig. 13 Tendências de óbitos graves relacionados com o consumo de droga, 1985-1998 em alguns Estados-Membros da UE



Os óbitos graves relacionados com a droga estabilizaram de um modo geral na UE, apesar de tendências divergentes em alguns países

Notas: Nem todos os países forneceram dados para todos os anos, mas a situação foi controlada na análise. Apenas são apresentados um pequeno grupo de países que ilustram tendências nacionais divergentes. São apresentadas variações proporcionais em relação aos dados de 1985. No caso da Grécia, a série tem início em 1986 para evitar distorções. Em alguns países, parte do aumento poderá ser devida a uma melhoria ao nível da informação.

Fonte: Relatórios nacionais Reitox de 1999, baseados nos registos de mortalidade nacionais ou registos especiais (forenses ou policiais).

medida, na Dinamarca. Para compreender as razões desta tendência seria necessário uma investigação subsequente.

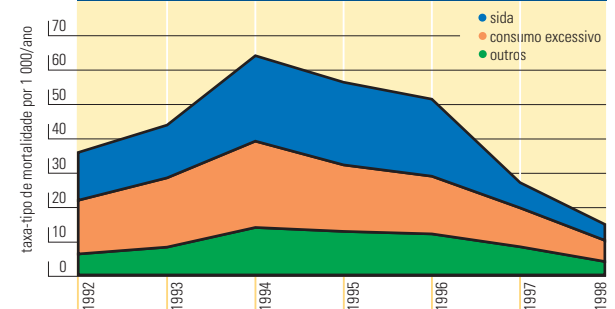
Mortalidade dos consumidores de droga

A análise da mortalidade e das causas de morte dos consumidores problemáticos de droga facilita o planeamento e a avaliação das intervenções ao nível da saúde pública e complementa as estatísticas sobre as mortes relacionadas com a droga. A mortalidade é avaliada através do acompanhamento de consumidores problemáticos, geralmente de opiáceos, recrutados nos centros de tratamento e observados durante vários anos (inquérito de grupo).

Os resultados indicam que as taxas de mortalidade dos consumidores de opiáceos são até 20 vezes superiores, comparativamente aos mesmos grupos etários na população em geral. Entre as mulheres, as taxas de mortalidade podem ser 30 vezes mais altas do que as das mulheres não consumidoras com a mesma idade. Estes valores elevados estão associados a causas como consumo excessivo, acidente, suicídio ou doença infecto-contagiosa. A mortalidade entre os consumidores por via intravenosa é duas a três vezes superior à dos consumidores com outras formas de consumo, e entre os consumidores infectados com HIV é duas a seis vezes mais alta do que entre os consumidores não infectados.

A análise de grupos no âmbito de um inquérito realizado em diversos locais e coordenado pelo OEDT revela diferenças consideráveis na mortalidade e causas de morte dos consumidores, de local para local. Nas cidades com uma incidência elevada de HIV entre os consumidores de droga, os efeitos da sida verificados a partir de meados dos anos 80 provocaram um aumento das taxas de mortalidade. Em Barcelona (figura 14), a mortalidade atingiu 50 em cada 1 000 consumidores, por ano, no período entre 1992 e 1996, para baixar de seguida, fortemente, na sequência de uma diminuição do número de óbitos por sida (provavelmente, devido à

Fig. 14 Evolução das taxas de mortalidade por causa, em Barcelona, de uma coorte de toxicod dependentes recrutados em centros de tratamento (1992-1998)



A mortalidade dos consumidores problemáticos de droga varia ao longo dos anos, podendo registar um decréscimo

Notas: Os consumos excessivos são definidos neste grupo como óbitos classificados segundo os códigos E850.0 a 859.9 da Classificação Internacional das Doenças, 9ª edição (ICD-9).
Fonte: Projecto da OEDT CT.98.EP.12, coordenado pelo Osservatorio Epidemiologico Regione Lazio, Roma.

utilização dos novos tratamentos anti-retrovirais) e, em menor medida, do declínio no número de óbitos por consumo excessivo.

Doenças infecto-contagiosas relacionadas com o consumo de droga

HIV e sida

Não se pode justificar as disparidades significativas

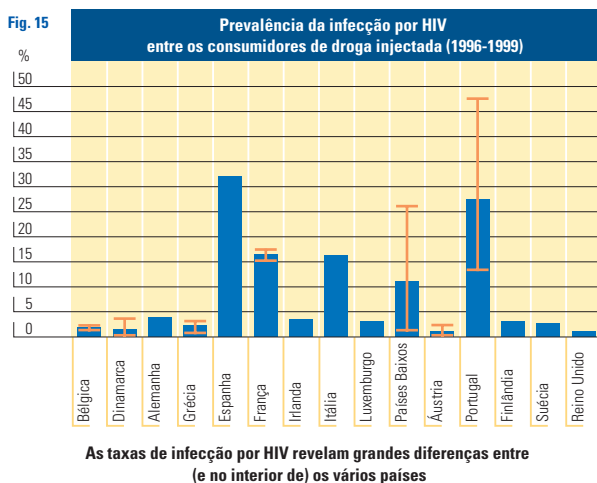
Prevalência e padrões do consumo de droga

observadas na prevalência da infecção por HIV entre os consumidores de droga injectada — de 1% no Reino Unido a 32% em Espanha (figura 15) — através das diferenças de fontes e métodos de recolha de dados.

Desde meados dos anos 90 que a prevalência do HIV parece ter estabilizado, na maioria dos países, após o forte declínio que se seguiu à primeira grande epidemia que atingiu os consumidores de droga injectada nos anos 80. Contudo, surgem permanentemente novos casos de infecção, contrabalançando a diminuição da prevalência resultante dos óbitos. Em certas áreas, a prevalência pode mesmo estar a aumentar. Na Finlândia, os casos de HIV entre os consumidores de droga injectada aumentaram consideravelmente desde 1998 (dados não apresentados neste relatório). Em finais de

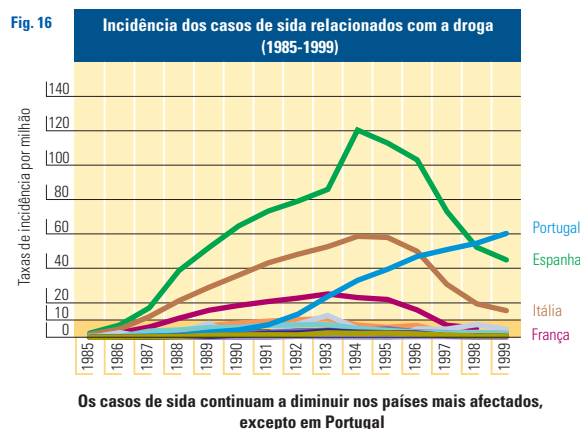
1998, a prevalência local do HIV num grupo de toxicod dependentes (sobretudo consumidores de droga injectada) em Lisboa, era 48% superior à prevalência registada nos inquéritos anteriores, sugerindo uma contaminação recente.

A incidência de novos casos de sida também varia bastante de país para país, não obstante uma tendência geral para a redução (figura 16). Este declínio deve-se, provavelmente, aos novos tratamentos que conseguem atrasar a manifestação da sida. Em Portugal, a percentagem de novos casos de sida não tem diminuído, o que indica, possivelmente, uma fraca adesão ao tratamento e/ou um aumento do número de infecções



Notas: A comparabilidade é limitada porque os valores provêm de fontes diferentes e reflectem métodos diferentes. Para notas metodológicas, ver quadros estatísticos: www.emcdda.org. Os valores para a Dinamarca, Países Baixos e Finlândia e os valores mais elevados para a Áustria e Portugal são valores locais. Os valores para a Alemanha e a Itália são valores para consumidores de opiáceos em tratamento e de uma prevalência subestimada de consumidores de droga injectada.

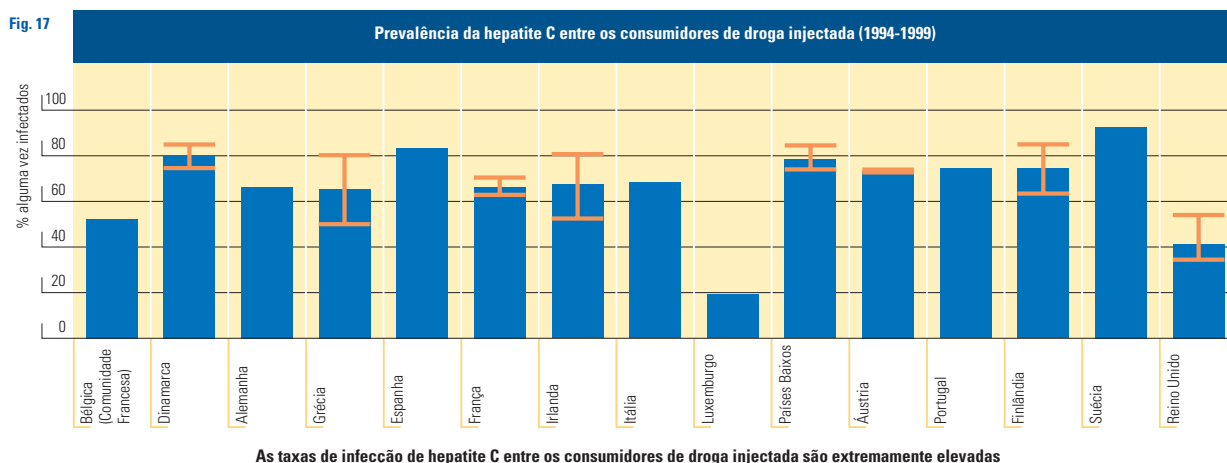
Fonte: Para as fontes, ver os quadros estatísticos: www.emcdda.org.



Notas: Os valores foram ajustados devido a atrasos na transmissão de dados. Em alguns países poderão existir pequenas diferenças entre os valores fornecidos pelo Centro Europeu de Controlo Epidemiológico da sida e os valores nacionais devido a atrasos na transmissão de dados.

Fonte: Centro Europeu de Controlo Epidemiológico da sida, Paris.

pelos HIV. A percentagem de consumidores de droga injectada no número total de pessoas com sida também difere, de forma significativa, de país para país, ilustrando as diferenças na importância relativa dos consumidores de droga injectada no contexto da



Notas: A comparabilidade é limitada porque os valores provêm de fontes diferentes e reflectem métodos diferentes, muitos não sendo valores nacionais. Os valores para a Dinamarca, Alemanha, Países Baixos, Áustria, Portugal e Finlândia são valores locais. Para as notas metodológicas, ver os quadros estatísticos: www.emcdda.org.

Fontes: Para as fontes, ver os quadros estatísticos: www.emcdda.org.

epidemia de sida.

Hepatite B e C

Nos consumidores de droga injectada, a hepatite C apresenta maior incidência e é mais uniforme, na UE, do que a hepatite B. Enquanto a prevalência de anticorpos da hepatite B varia de 20% a 70%, a da infecção da hepatite C situa-se entre 20% e mais de 90%, mesmo nos países com fracos níveis de infecção por HIV, como a Grécia (figura 17).

Na maioria dos países, o acesso melhorado a agulhas e seringas esterilizadas, a maior disponibilidade de preservativos, o aconselhamento e os testes de despistagem do HIV, bem como os tratamentos de substituição, contribuíram, no seu conjunto, para controlar a transmissão do HIV entre os consumidores de droga injectada. Apesar destas medidas também poderem contribuir para uma diminuição dos casos de hepatite C entre os consumidores de droga injectada não conseguiram, porém, impedir a sua disseminação. A persistência da hepatite C entre os novos consumidores de droga injectada exige respostas inovadoras. É igualmente necessário um sistema de vigilância a nível da UE.

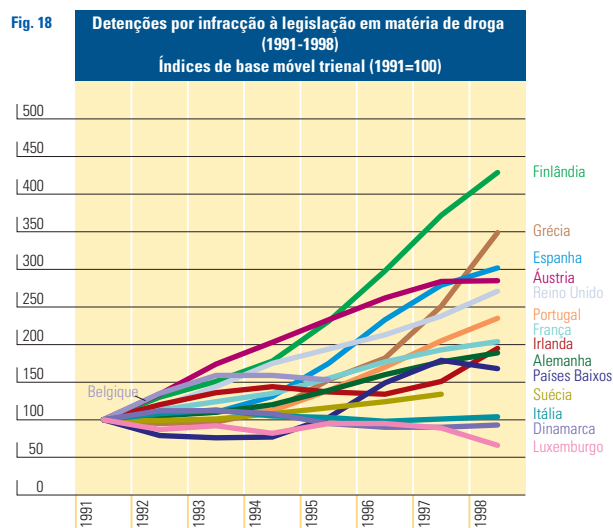
Existem poucos dados novos sobre a infecção por hepatite B, razão pela qual não se fornece tais informações no presente capítulo. A prevalência do número total de pessoas com anticorpos não constitui um método de aferição satisfatório, uma vez que reflecte, não apenas os casos de vacinação, mas também as infecções passadas, presentes ou crónicas. Todavia, o número de consumidores de droga injectada sem anticorpos da hepatite B indica uma população de risco para a qual seria vantajoso considerar a possibilidade de vacinação. Aqueles que permanecem contagiosos poderão ser identificados através de um marcador serológico específico (antigénico de superfície da hepatite B, HBsAg). As informações sobre os níveis de HBsAg serão incluídas nos relatórios anuais futuros.

Indicadores policiais

As informações em matéria de droga provenientes dos organismos policiais revelam certas alterações na legislação nacional, bem como nos recursos e prioridades. Embora as diferenças nas práticas de registo e nas definições impeçam uma comparação rigorosa, descrevem-se, sempre que possível, as tendências

observadas.

«Detenções por infracção à legislação em matéria de droga



As detenções por infracção em matéria de droga estão a aumentar na maior parte dos países

Notas: Foram introduzidos os valores reais de 1998 para todos os países, e de 1997 para a Suécia visto que, nestes casos, os dados disponíveis não permitem calcular as bases móveis. A série é interrompida para a Bélgica em 1996 e 1997, visto que não há dados disponíveis. Em 1998, os valores devem ser «193». Os valores de 1998 para a Grécia referem-se a um número de despesas incorridas.
Fonte: Relatórios nacionais Reitox de 1999.

O número de detenções (2) relativo à totalidade das infracções associadas à droga na Europa tem aumentado de forma constante desde meados da década de 1980 e, com maior intensidade, desde 1994. A Espanha, Grécia, Finlândia, Países Baixos, e Portugal registaram os aumentos recentes mais elevados, enquanto os níveis da Dinamarca e do Luxemburgo estabilizaram.

Em 1998, a *cannabis* era a substância mais comum nas detenções relacionadas com a droga, correspondendo a 39% do número total dessas detenções na Irlanda e a 85% em França. Na Itália, Luxemburgo e Portugal, 40% a 60% das detenções envolveram heroína, ao passo que na Suécia 55% envolveram o consumo de anfetaminas, um valor ligeiramente mais elevado do que para a *cannabis*. Nos Países Baixos, a maioria das «detenções» relacionadas com a droga estiveram associadas ao consumo de «drogas duras» (substâncias diferentes da *cannabis*).

Em todos os países que penalizam a posse e/ou o consumo de drogas (3), este tipo de criminalidade foi predominante em 1997 e 1998 — desde 61% de todos

(2) Os Estados-Membros definem «detenção» por infracções à legislação em matéria de droga de diferentes formas. O conceito pode, por exemplo, dizer respeito a pessoas suspeitas de infracção ou a acusações de transgressão.

(3) Não existem dados disponíveis respeitantes à Dinamarca nem à Itália.

Prevalência e padrões do consumo de droga

os crimes relacionados com a droga, em Portugal, a 87% na Áustria (embora este valor inclua o tráfico de pequenas quantidades). No Luxemburgo, a maioria das detenções envolveram a posse e o tráfico de droga.

Dados prisionais

A recolha regular de dados sobre o consumo de droga nas prisões é rara, e grande parte das informações

Caixa 3: Consumo de droga nas prisões

Os inquéritos realizados revelam a existência de consumo de droga nas prisões de quase todos os Estados-Membros (4). Alguns prisioneiros começaram a consumir droga na prisão, tendo igualmente alguns dos consumidores iniciado o consumo por injeção em estabelecimentos prisionais. Embora este tipo de consumo seja menos frequente no interior do que no exterior das prisões, em certos estabelecimentos até 70% dos consumidores de droga injectada partilham agulhas e outro equipamento de injeção.

disponíveis provém de inquéritos locais ou *ad hoc*. Apesar de uma elevada percentagem — até 90% em alguns casos — das pessoas em situação de detenção preventiva ou em cumprimento de pena serem consumidores de droga, os números relativos aos consumidores problemáticos de droga são mais baixos, variando entre 20% e 50% do total da população prisional na maioria dos Estados-Membros.

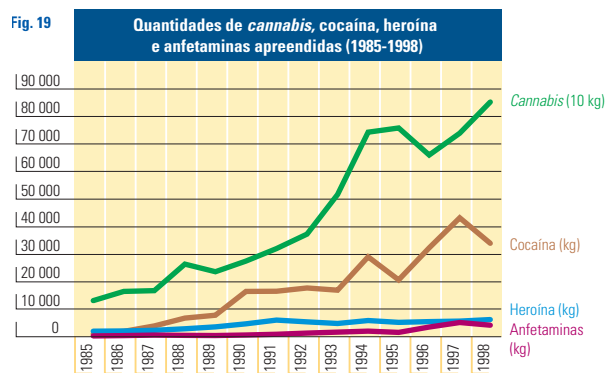
Indicadores do mercado de droga: apreensões, preço e pureza da droga

Se as apreensões de droga podem indicar, indirectamente, qual a oferta e disponibilidade de droga no mercado, reflectem igualmente as prioridades e estratégias policiais, bem como a probabilidade de apreensão das diferentes drogas. As quantidades apreendidas (figura 19) são difíceis de analisar, uma vez que podem registar flutuações na sequência das apreensões de grande volume, que ocorrem excepcionalmente. O número de apreensões (figura 20), que em muitos países inclui uma proporção importante de pequenas apreensões ao nível retalhista, poderá, mais adequadamente, revelar tendências de disponibilidade no mercado nacional. Os dados relativos às apreensões devem ser analisados em conjunto com outros indicadores de mercado, como o preço, o grau de

pureza, a disponibilidade e a estrutura do mercado. Estas informações ainda são raras à escala nacional, o que dificulta uma avaliação correcta do mercado da droga.

Cannabis

Em todos os países da UE, com excepção de Portugal, a *cannabis* é responsável pelo maior número de apreensões. O número de apreensões de *cannabis* aumentou de forma constante a partir de 1985 e mais pronunciadamente desde 1997. As quantidades apreendidas também subiram — apesar de uma queda em 1996 —, atingindo um nível máximo de 853 toneladas em 1998. Em 1998, a Espanha continuou a ser o país onde foram apreendidas as maiores quantidades de *cannabis*, embora o Reino Unido tenha comunicado o dobro do número total de apreensões efectuadas em



As quantidades de *cannabis* e cocaína apreendidas aumentaram acentuadamente nos anos 90

Notas: As quantidades estão subestimadas, visto que os dados não estão disponíveis. Os dados das apreensões de *cannabis*, de 1998, na Bélgica não estão disponíveis. Os dados das apreensões de anfetaminas, entre 1996 e 1998, na Bélgica não estão disponíveis, nem os dados de 1998 para a Áustria.
Fonte: Relatórios nacionais Reitox de 1999.

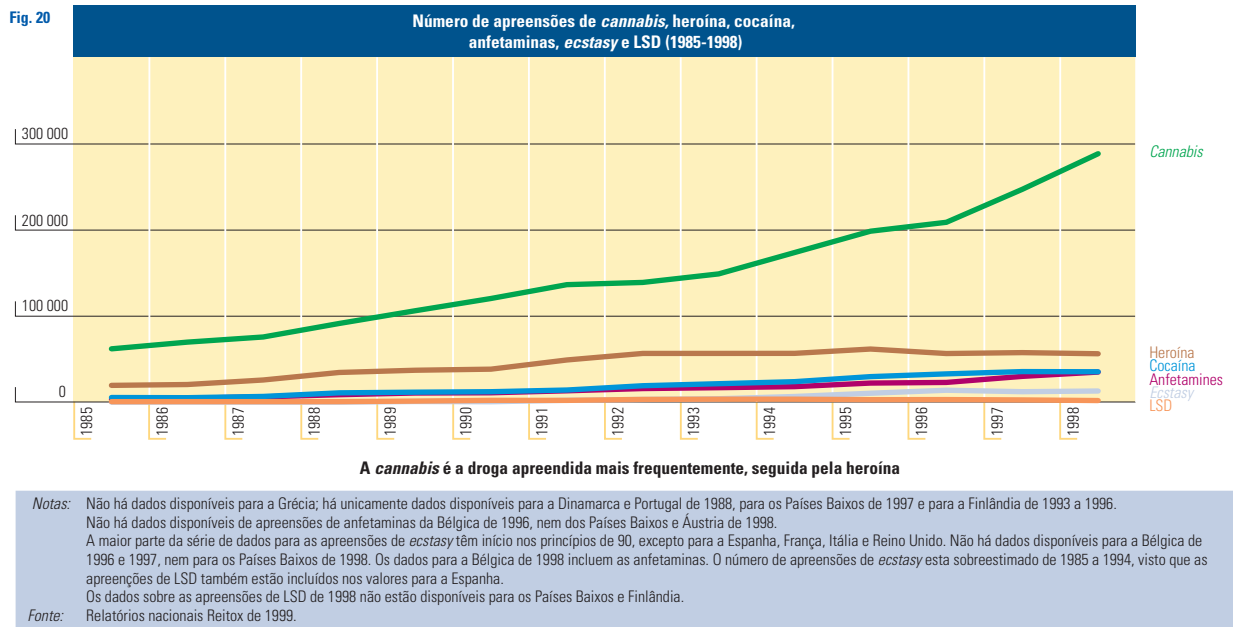
Espanha.

De um modo geral, os preços da *cannabis* têm-se mantido estáveis na UE. Na Alemanha, a potência da *cannabis* é aferida com base na percentagem da substância psicoactiva delta-9-tetrahydrocannabinol (THC), variando entre menos de 3% e 20% em 1998, ainda que quase metade das amostras de haxixe analisadas contivessem 6% a 9% de THC.

Heroína

Após as subidas observadas no período de 1985 a 1991-1992, quer o número de apreensões quer as quantidades de heroína apreendida estabilizaram em toda a UE, com algumas variações entre países. A partir de 1995, o número de apreensões diminuiu fortemente na Alemanha, Áustria, Dinamarca, França, Itália e

(4) No que se refere às fontes, ver as quadros estatísticos em www.emcdda.org.



Luxemburgo, mas aumentou na Irlanda, Finlândia, Reino Unido e Suécia. As quantidades de heroína apreendida também variaram, tendo-se registado, nos últimos três anos, uma descida na Alemanha, Finlândia e França. Em 1998, os Países Baixos apreenderam um terço da quantidade total de heroína na UE, enquanto o Reino Unido, seguido de Espanha, registou o número mais elevado de apreensões.

O preço da heroína parece permanecer constante na Bélgica, Irlanda e Luxemburgo, estando a estabilizar na Alemanha após um declínio registado anteriormente. Na Espanha e Reino Unido observa-se uma maior disponibilidade de heroína menos dispendiosa, nomeadamente a heroína castanha para fumar no Reino Unido.

A pureza da heroína oscila entre um valor inferior a 20% na Alemanha e Grécia e 35% a 40% na Irlanda e Reino Unido. Na Dinamarca, o grau médio de pureza ultrapassa os 60%.

Cocaína

Em 1998, as apreensões de cocaína na UE continuaram a aumentar, atingindo um total de 35 060. Esta tendência é patente em quase todos os Estados-Membros, mas avulta sobretudo na Espanha, Irlanda e Reino Unido. As quantidades envolvidas variam, apesar de se registar uma tendência geral ascendente. Comparativamente a 1997, a quantidade total de cocaína apreendida na UE, em 1998, desceu 21%, para 34 toneladas, devido, em especial, às quedas registadas na Espanha e Portugal. Em 1998, as quantidades mais elevadas foram apreendidas em Espanha e nos Países Baixos.

De um modo geral, o preço da cocaína manteve-se estável na UE, registando-se uma descida na Alemanha e no Reino Unido. A pureza da droga vendida a retalho situa-se entre 50% e 60%, excepto na Grécia, onde varia de 5% a 10%, e na Irlanda, onde era de 38% em 1998.

Anfetaminas, *ecstasy* e LSD

Após uma subida constante, desde meados dos anos 80, o número de apreensões de anfetaminas na UE estabilizou, em 1998, em cerca de 35 000, verificando-se mais de metade das apreensões no Reino Unido. Os Países Baixos e o Reino Unido são responsáveis pelas quantidades mais elevadas de anfetaminas apreendidas, embora uma redução de 45% no Reino Unido em 1998

tenha provocado uma queda de 19% nos valores totais da UE, para cerca de 4 toneladas. Na Finlândia, Reino Unido e Suécia, as anfetaminas ocupam o segundo lugar em número de apreensões, a seguir à *cannabis*.

Após um aumento progressivo, a partir do momento em que foram comunicadas as primeiras apreensões, de finais da década de 1980 a meados de 1990, o número de apreensões de *ecstasy* diminuiu ou estabilizou, nos anos de 1997 e 1998, na maioria dos Estados-Membros. O número de comprimidos detectados subiu fortemente e atingiu um pico de 9,9 milhões, em 1996. Em 1997, baixou para 4,2 milhões e em 1999 aumentou novamente para 6,2 milhões. As maiores quantidades foram detectadas no Reino Unido, seguido pela França e Países Baixos.

Quer o número de apreensões quer as quantidades apreendidas de ácido lisérgico e de dietilamida (LSD) aumentaram até 1993, tendo baixado, desde então, apesar de se observarem oscilações na maioria dos países. O número de apreensões de LSD é inferior ao de anfetaminas ou de *ecstasy*.

Os preços das anfetaminas e do *ecstasy* começaram a baixar em finais dos anos 90, mas parecem estar a estabilizar em alguns Estados-Membros.

O grau de pureza das anfetaminas varia de 6% na Irlanda para 100% na Grécia. Por sua vez, a composição dos comprimidos vendidos sob a designação de «*ecstasy*» varia consideravelmente. Embora grande parte contenha MDMA, ou outras substâncias semelhantes (MDEA, MDA), os comprimidos podem ainda conter ou ser constituídos inteiramente por outros ingredientes activos, tal como as anfetaminas ou a cafeína. Muitas vezes, as características físicas dos comprimidos não permitem identificar a sua composição, uma vez que o mesmo logotipo ou forma pode ser utilizado para diferentes conteúdos.

Respostas ao consumo de droga

O presente capítulo faz uma apresentação geral da evolução das políticas e estratégias em matéria de droga, quer nacionais quer comunitárias, e debate as questões de garantia da qualidade a elas associadas. Também são analisadas as respostas ao problema da droga nos sectores educativo, da saúde, da assistência social e da assistência judicial.

Evolução das políticas e das estratégias

Políticas nacionais em matéria de droga

As políticas nacionais em matéria de droga têm adoptado uma abordagem cada vez mais equilibrada, atribuindo progressivamente maior ênfase à redução da procura do que à redução da oferta. A prevenção e redução dos danos associados ao consumo de droga constituem os elementos mais frequentes dessas políticas e as estratégias recentemente adoptadas da Espanha, França, Portugal e Reino Unido — bem como da própria UE — demonstram uma tendência para inserir o problema da droga num contexto mais alargado, considerando questões como a pobreza, o desemprego e a exclusão social.

Os elementos fundamentais destas estratégias de luta contra a droga são:

- decisões baseadas em análises e provas científicas;
- prioridades claras e objectivos comuns;
- metas de desempenho destinadas à avaliação dos progressos alcançados;
- uma avaliação que permita determinar a eficácia da estratégia.

A coordenação ao nível nacional, regional e local reveste-se de extrema importância, devendo os coordenadores nacionais gerir e assumir a responsabilidade política pela execução das diversas

políticas. Na Alemanha, Itália e Luxemburgo, à medida que se assistiu a uma deslocação de prioridades das políticas de repressão para as políticas de prevenção e de assistência, a responsabilidade pela política em matéria de droga foi transferida do Ministério dos Assuntos Internos para os ministérios da Saúde e/ou dos Assuntos Sociais. Os serviços associados ao consumo da droga encontram-se cada vez mais integrados nos sectores da saúde, da assistência social e da justiça penal. Além disso, o desenvolvimento de redes entre os dirigentes políticos e os profissionais, quer a nível local quer entre as autoridades locais, regionais e nacionais, também tem contribuído para o reforço da cooperação.

Os novos elementos da política alemã de luta contra a droga, adoptados em Fevereiro de 2000, centram-se na redução dos danos provocados pela droga e na promoção da assistência aos consumidores mais carenciados, por exemplo, assegurando um quadro jurídico para as salas de injeção. A estratégia da Espanha para 2000-2008, adoptada em 17 de Dezembro de 1999 através de um acordo multipartidário, atribui máxima prioridade à prevenção, definindo metas de desempenho, prevendo a criação de novos centros de controlo nas regiões autónomas e lançando os planos de acção locais. O plano trienal da França (1999-2001), adoptado em 16 Junho de 1999, centra-se nos jovens, salientando a importância de uma prevenção baseada em informações factuais, das informações públicas, da formação, do tratamento e da definição de novas orientações no domínio judicial. A nova estratégia de Portugal, aprovada em 22 de Abril de 1999, realça o papel da prevenção, do tratamento e da reinserção social. A estratégia do Reino Unido para 1998-2008

concede um relevo particular ao consumo da droga entre os jovens, ao acesso ao tratamento, à redução da criminalidade e da disponibilidade/oferta das drogas. A política adoptada visa reduzir o acesso dos jovens à droga em 50% até 2008, diminuir o número de expulsões escolares relacionadas com a droga, bem como a taxa de absentismo ou o despedimento. Além disso, pretende-se fazer baixar o número de óbitos associados ao consumo de droga em 25% até 2002.

A Espanha e a França incluem as drogas lícitas e ilícitas nas suas novas estratégias, procurando realçar o comportamento dependente e não tanto a própria substância. Esta tendência já é visível, por exemplo, nas políticas de prevenção da Alemanha, Áustria e Suécia, desde a década de 1980. O Observatório Nacional das Drogas dos Países Baixos, criado pelo Ministério da Saúde, que assumiu a responsabilidade nesta matéria em 1999, sob a égide do Instituto neerlandês para a Saúde Mental e a Toxicoddependência (Trimbos-Instituut), é competente nas questões relacionadas com as drogas ilícitas e o álcool.

No que se refere à punição dos crimes relacionados com a droga, todos os Estados-Membros têm favorecido a adopção de medidas alternativas à privação de liberdade, sempre que a pena de prisão não é estritamente necessária. Simultaneamente, a despenalização dos crimes relacionados com a droga tornou-se uma questão cada vez mais frequente. Estas tendências sugerem um consenso em considerar que a prisão não constitui a solução mais adequada para os toxicoddependentes. Pelo contrário, o tratamento parece ser a resposta preferida, mesmo nos casos em que a gravidade do crime torne o encarceramento inevitável.

Uma directiva belga de 1998 estipula que a posse de produtos de *cannabis* para consumo pessoal deve ser objecto de prioridade mínima na justiça penal. De igual modo, uma directiva do ministro da justiça francês recomendou que a acusação advertisse e admoestasse verbalmente os consumidores de droga infractores, em vez de decidir o seu encarceramento — em especial, no que respeita aos consumidores ocasionais de *cannabis* —, quando não estejam em causa outros crimes conexos. Na Alemanha, o debate sobre o estatuto jurídico da *cannabis* intensificou-se quando, em 1994, o Tribunal Federal Constitucional instou à adopção de critérios uniformes para a condenação ou não

condenação por posse de *cannabis* para consumo pessoal. Em Março de 2000, o Governo do Reino Unido anunciou o início de testes científicos envolvendo a prescrição de *cannabis*, cujos resultados deverão ser divulgados em 2002.

No Luxemburgo, está a ser debatido um projecto de lei relativo à despenalização do consumo e posse para consumo pessoal de substâncias de risco reduzido, como a *cannabis*. A estratégia de Portugal também prevê a despenalização do consumo ou da posse para consumo pessoal ⁽⁵⁾, incorrendo estes crimes em sanções administrativas (tais como o pagamento de uma multa, a apreensão da carta de condução ou do passaporte), medidas já introduzidas em Espanha em 1992 e na Itália em 1993.

Prevenção da criminalidade

O plano trienal da França atribui grande importância ao tráfico de droga, em especial, de drogas sintéticas. Em 1999, os Países Baixos tentaram reforçar o controlo do tráfico ilícito nas fronteiras nacionais, simultaneamente agravando as penas aplicadas ao tráfico de *cannabis* e proibindo o cultivo doméstico de Canabináceas. Na Irlanda, foi instituído um conselho em matéria da criminalidade em 1999, com vista a auxiliar na definição, *inter alia*, das políticas em matéria de prevenção da criminalidade relacionada com a droga. No mesmo ano, a lei sobre a justiça penal impôs uma pena mínima obrigatória de 10 anos para o crime de posse de droga para valores superiores a 12 700 euros, embora a toxicoddependência possa ser considerada um factor atenuante. Na Finlândia, uma proposta de alteração de 1999 à lei sobre a polícia recomendou a introdução de novas tecnologias para a realização de operações de infiltração e de vigilância técnica através de sistemas de telecomunicações.

A perturbação da ordem pública, os crimes contra a propriedade, as agressões e violência relacionados com a droga suscitam uma preocupação crescente. Uma avaliação realizada sobre a política neerlandesa neste domínio apelou à adopção de medidas mais vastas orientadas para os fortes consumidores de droga, os frequentadores assíduos de clubes e os desalojados.

Fornecimento de droga na prisão

Em Junho de 1999, uma alteração à lei finlandesa sobre execução de penas reforçou os poderes das autoridades

⁽⁵⁾ Quando um crime é despenalizado, deixam de poder ser aplicadas sanções penais. Assim, o crime fica sujeito às sanções administrativas, tais como multas ou outras restrições de determinados direitos, nomeadamente, a apreensão da carta de condução ou do passaporte. Em português, o conceito «descriminalização» tem o mesmo significado que «despenalização», no sentido em que é empregue neste relatório.

prisionais no que respeita ao controlo do tráfico de droga, ao autorizar a realização de testes de despistagem de consumo de droga a reclusos suspeitos de envolvimento em crimes relacionados com a droga ou que se encontram sob a influência de drogas e recebem visitas não controladas. Ainda em 1999, o Reino Unido adoptou novas medidas para prevenir o tráfico de droga para o interior das prisões e das instituições de correcção de jovens criminosos, proibindo a entrada de qualquer visitante detectado com droga.

Estratégia da União Europeia de luta contra a droga (2000-2004)

A estratégia da União Europeia de luta contra a droga (2000-2004), aprovada pelo Conselho Europeu de Helsínquia, em 1 de Dezembro de 1999, identifica seis objectivos principais que deverão ser realizados no período de cinco anos:

- reduzir significativamente, em cinco anos, a prevalência do consumo de drogas e o número de novos consumidores, especialmente entre os jovens com menos de 18 anos de idade;
- reduzir substancialmente, em cinco anos, a incidência de danos para a saúde que estão relacionados com o consumo de droga (HIV, hepatite B e C, tuberculose, etc.) e o número de mortes relacionadas com o consumo de droga;
- aumentar substancialmente, o número de toxicodependentes cujo tratamento obtém bons resultados;
- reduzir substancialmente, em cinco anos, as possibilidades de acesso a drogas ilícitas;
- reduzir substancialmente, em cinco anos, o número de delitos relacionados com a droga;
- reduzir substancialmente, em cinco anos, o branqueamento de capitais e o tráfico de precursores.

Salienta-se igualmente a importância da cooperação entre os Estados-Membros, com vista a aplicar plenamente as disposições do Tratado de Amesterdão, que entrou em vigor em Maio de 1999, e desenvolver um sistema policial eficaz à escala comunitária.

O documento dá uma grande ênfase à avaliação e solicita ao OEDT que avalie a execução da estratégia. Para o OEDT, trata-se de uma tarefa difícil, uma vez que não existem dados de base completos e que alguns

países não possuem mecanismos de recolha e avaliação de dados capazes de garantir informações fiáveis.

Garantia da qualidade

Reconhece-se cada vez mais a importância de controlar a evolução dos problemas relacionados com a droga e de definir indicadores para os resultados e impacto das diferentes estratégias, como se pode constatar pelos recentes planos de acção da Espanha, França, Portugal, Reino Unido e da própria UE. Na Bélgica e no Luxemburgo, está em curso a avaliação das estratégias nacionais; na Suécia, uma comissão governamental avaliará a política nacional em matéria de droga até final de 2000.

O investimento em investigação e formação sobre técnicas de avaliação tem aumentado em toda a Europa. Na Alemanha, Áustria, Países Baixos e Reino Unido definem-se os procedimentos formais relativos a uma garantia da qualidade que permita melhorar a eficácia da prevenção e do tratamento da toxicod dependência, nomeadamente, introduzindo sistemas de homologação, avaliando os progressos alcançados e assegurando formação. Geralmente, as avaliações incidem sobre programas individuais de prevenção e de tratamento, mas, consideradas no seu conjunto, poderão constituir base para meta-análises mais sofisticadas.

Em muitos países, assistiu-se a uma intensificação da formação de especialistas nas áreas da prevenção e tratamento, e também, cada vez mais, de não especialistas que estejam em contacto com os problemas da droga: pessoal dos cuidados de saúde básicos, farmacêuticos, professores, profissionais que trabalham com jovens, agentes policiais, pessoal prisional e voluntários.

O intercâmbio de informações, quer no interior quer entre Estados-Membros, constitui um requisito para uma tomada de decisão consciente. Para o efeito, têm sido expandidas as redes nacionais e regionais, tal como a utilização dos *websites* e das bases de dados nacionais e projectos multinacionais, como o Pevnet, que conta com a participação dos Países Baixos, a Finlândia e o Reino Unido. A base de dados do OEDT para intercâmbio de informações sobre a acção de redução da procura de droga (EDDRA), disponível em www.emcdda.org, é um instrumento cada vez mais precioso de garantia da qualidade.

Em todos os Estados-Membros persistem ainda graves lacunas na investigação em matéria de droga, existindo uma necessidade clara de canalizar novos fundos para

esta área. Na Alemanha, Finlândia e Países Baixos foram lançados recentemente, ou estão a ser preparados, programas de investigação sobre a toxicodependência, e na Alemanha, Países Baixos e Suécia foram criadas novas cátedras, com o objectivo de reforçar a base científica das políticas adoptadas em matéria de droga.

Respostas com vista à redução da procura

Prevenção

Prevenção do consumo de droga nas escolas

A prevenção do consumo de droga nas escolas é uma prioridade em todos os Estados-Membros. Nos últimos anos, têm sido desenvolvidos programas que conciliam a vertente de informações com a formação em aptidões para a vida, por exemplo, a capacidade de afirmação pessoal. As abordagens centradas no conceito de «grupo de iguais» que envolvem activamente os jovens na realização de acções nas suas escolas, também têm conquistado terreno na Áustria, Dinamarca, Itália e Suécia. As avaliações realizadas em Espanha, na Grécia e nos Países Baixos revelam que estas iniciativas de prevenção são eficazes, pelo menos, a curto e médio prazo, quando existe uma formação adequada dos professores e um apoio apropriado por parte dos pais e da comunidade em geral.

Na Alemanha, Países Baixos e Reino Unido foram definidas orientações propondo às escolas formas adequadas para lidar com os alunos com problemas de droga. As faltas, expulsões e suspensões são indesejáveis, uma vez que os jovens que não frequentam a escola correm um risco maior de consumir droga.

Para além de fornecer informações, as actividades dirigidas aos pais concedem máxima prioridade às capacidades de relacionamento e de comunicação. Alguns destes programas são conduzidos por profissionais, outros promovem o diálogo entre os pais. Embora a avaliação destas iniciativas tenda a ser fraca, os inquéritos realizados na Alemanha, Dinamarca e Grécia revelam que mais de 50% dos participantes reconheceram uma melhoria das suas capacidades como pais.

No que respeita à redução da exclusão social, a Irlanda e o Reino Unido lançaram programas de intervenção no local com o objectivo de ajudar as famílias socialmente mais vulneráveis. Estas iniciativas são relativamente novas e não existem ainda avaliações disponíveis.

A Internet tem sido objecto de uma utilização crescente como meio de prevenção, já que os *websites* e *chat rooms* frequentados pelos jovens fornecem informações sobre as questões relacionadas com a droga, além de bons conselhos para os pais. Os professores podem ainda transferir informações da Internet para depois promover o intercâmbio de experiências através dos diferentes *newsgroups*.

Prevenção do consumo de droga nos espaços recreativos

Exige-se cada vez mais aos profissionais que trabalham com jovens em espaços recreativos, como os centros de juventude e clubes desportivos, a capacidade de intervir atempadamente sempre que se torne evidente a existência de problemas relacionados com a droga. Em 1999, na Alemanha, 1 500 dos profissionais que trabalham em clubes desportivos participaram em seminários especializados na prevenção do consumo de droga. Na Alemanha, Bélgica, França e Países Baixos, respeitando uma política geral de abstinência, estes profissionais podem aconselhar os consumidores experimentais de drogas de reduzido risco, por forma a evitar que esse consumo se agrave. A avaliação dos resultados destes programas é uma tarefa difícil, uma vez que os objectivos e grupos-alvo variam ao longo do tempo. Ainda mais questionáveis em termos de eficácia e de sustentabilidade são os eventos pontuais, como feiras e exposições vocacionadas para os jovens, que têm aumentado nos últimos anos.

O consumo recreativo de droga pelos jovens na UE continua a afastar-se dos grandes locais de dança, optando por clubes e bares mais dispersos geograficamente, bem como festas privadas. As informações continuam a ser a medida de prevenção mais comum na UE, seguida das acções de aconselhamento, das equipas de rua junto destes grupos e da intervenção nas situações de crise. Os consumidores de drogas sintéticas, que muitas vezes se consideram bons conhecedores da droga e não reconhecem que o seu próprio consumo pode ser problemático, raramente frequentam os serviços de apoio tradicionais. Por esta razão, neste caso, as intervenções pessoais e as equipas de rua afiguram-se mais adequados às suas necessidades. Na Áustria, está a ser analisada a possibilidade de criar um centro de aconselhamento separado para os consumidores de drogas sintéticas.

Os profissionais que trabalham em clubes nocturnos e discotecas também podem desempenhar um papel essencial na prevenção do consumo de droga. Na Irlanda, nos Países Baixos e no Reino Unido, foram

Respostas ao consumo de droga

distribuídas orientações sobre a forma mais adequada de enfrentar estas questões, bem como informações sobre algumas propostas de política de prevenção do consumo de droga, ao pessoal dos clubes e bares.

Na Alemanha, Áustria, França e Países Baixos foi introduzida, sob diversas formas, a possibilidade de testar os comprimidos no próprio local. As análises efectuadas a comprimidos vendidos no mercado recreativo da droga revelaram que 19% continham substâncias como cafeína ou efedrina, ou nenhuma substância com propriedades activas. No entanto, frequentemente, os projectos de teste de comprimidos operam no âmbito das lacunas jurídicas, dado que a recolha, análise e armazenamento de drogas ilícitas, mesmo para a realização de testes, constitui uma violação à lei. Na Áustria, os testes de comprimidos estão a ser desenvolvidos sob a forma de inquéritos de investigação. Nos Países Baixos, foram estabelecidos critérios de boa prática aplicados ao teste, distinguindo claramente as funções de controlo e de redução de danos.

Grupos de alto risco

Os consumidores de droga de alto risco incluem as minorias étnicas, os grupos sociais mais carenciados e/ou desalojados, os jovens, os jovens a cargo de instituições, os jovens delinquentes e aqueles que vivem da prostituição. Têm vindo a ser desenvolvidas políticas gerais orientadas para as crianças e os jovens a nível local. Além disso, tem-se procurado encorajar os organismos locais de coordenação multisectorial — com apoio financeiro, aconselhamento metodológico e formação proporcionados por fontes centrais ou regionais — a desenvolverem planos de acção baseados nas necessidades das respectivas comunidades. Na Dinamarca, Espanha, Finlândia, Irlanda e Reino Unido, as questões relativas à droga são abordadas em conjunto com os problemas de exclusão social, pequena criminalidade, violência e perturbação da ordem pública.

A natureza de longo prazo destes projectos está implícita na sua concepção e um dos principais desafios consiste em preservar o nível de cooperação necessário para a sua execução. A avaliação deste tipo de actividades locais está no seu início, e os números relativos à frequência escolar, as estatísticas policiais e os dados relativos ao tratamento da toxicodependência também podem ajudar a avaliar a sua eficácia.

Existem projectos específicos orientados para os jovens novos consumidores de droga em todos os Estados-Membros. Tendo em conta que estes consumidores

sofrem, frequentemente, de problemas de saúde, educativos, de delinquência e sociais, estes projectos envolvem um grande número de serviços e a cooperação assume um papel vital. A detecção precoce dos padrões das novas formas de consumo de droga e dos novos grupos de risco também é essencial.

É frequente os profissionais que trabalham na rua ou as unidades móveis dirigirem a sua acção aos jovens em fase de experiência de consumo problemático, nos locais onde habitualmente se concentram. Na Finlândia e na Grécia existem cafés abertos até tarde ou outros locais de encontro que foram criados ou são geridos por jovens de risco. Esta forma de intervenção no terreno é extremamente difícil de avaliar, uma vez que os objectivos, métodos e intervenientes não se encontram geralmente bem definidos, dada a inerente complexidade da tarefa. Urge definir uma metodologia de avaliação para o trabalho realizado no terreno, e o OEDT está a elaborar orientações que permitam ultrapassar esta lacuna.

Redução dos danos decorrentes do consumo de droga

Doenças infecto-contagiosas

A emergência do HIV, nos anos 80, conduziu à introdução de programas de substituição de seringas, hoje presentes em todos os Estados-Membros, embora com diferentes níveis de alcance. A partilha de seringas parece ter diminuído na maioria dos países, e verifica-se um aumento da substituição. Estes programas beneficiaram de maior prioridade na Finlândia, em 1999, na sequência de um aumento significativo do número de pessoas infectadas pelo HIV. Na Bélgica, Espanha e Finlândia, os farmacêuticos recebem formação especial em aconselhamento médico no âmbito dos programas de substituição de seringas. Por exemplo, em Espanha e em França, as farmácias desempenham a função de centros de intervenção junto dos grupos mais degradados, distribuindo seringas e substâncias de substituição.

Os dados revelam uma elevada prevalência de hepatite C na Europa, mesmo nos países com percentagens moderadas de infecção pelo HIV. Para além da intensificação dos programas de substituição de agulhas e seringas, a educação centrada na dissuasão dos consumidores, por forma a evitar que partilhem qualquer equipamento de injeção ou a evitar a própria injeção, constitui actualmente a única medida de prevenção disponível. Na Áustria, uma experiência recente que tinha por objectivo introduzir o tratamento

por interferon num local frequentado por grupos fortemente degradados não teve sucesso.

Todavia, na Áustria, o programa de vacinação contra a hepatite B obteve bons resultados. Na Alemanha e nos Países Baixos, os programas registaram resultados positivos, inclusivamente entre os consumidores de alto risco por injeção.

Foi manifestada alguma inquietação perante uma menor consciência dos riscos e um aumento dos comportamentos de risco dos consumidores de droga injectada jovens que não terão beneficiado das campanhas de educação desenvolvidas na sequência da explosão dos casos de infecção pelo HIV, em fins dos anos 80 e inícios de 90. Em 1998, a publicação dos resultados de uma investigação revelou que foram eficazes os esforços realizados no Reino Unido com vista a consciencializar os consumidores de droga injectada sobre os perigos de incentivar os consumidores que não se injectam a iniciar essa forma de consumo.

Equipas de rua e serviços de porta aberta

Ao longo da última década, a intervenção de equipas de rua e os serviços de porta aberta de apoio aos consumidores de droga que ainda não iniciaram ou já não participam no programa de tratamento foram criados como complemento aos centros convencionais de tratamento da toxic dependência. Estes serviços visam prevenir uma deterioração maior da saúde e da situação social dos consumidores e incentivá-los a procurar tratamento.

As unidades móveis de equipas de rua fornecem informações, agulhas e seringas esterilizadas e primeiros socorros, intervêm nas situações de crise e asseguram a assistência nos locais onde os consumidores de droga se reúnem ou junto de grupos-alvo específicos, como os indivíduos que vivem da prostituição. Em França, na Irlanda e nos Países Baixos, estas unidades móveis também podem fornecer metadona.

Os serviços de porta aberta têm vindo a aumentar em todos os Estados-Membros — embora tenham sido introduzidos apenas recentemente na Finlândia e na Grécia, em resposta à crescente preocupação com os consumidores de droga mais carenciados — e conquistado um número cada vez mais importante de frequentadores. Em função das necessidades específicas dos consumidores e dos recursos disponíveis, estes serviços fornecem alimentos, bebidas e instalações de higiene, apoio psicossocial e médico, agulhas e seringas esterilizadas, instalações para dormir e, por vezes, metadona.

As equipas de rua e os serviços de porta aberta aos mais carenciados também são assegurados por organizações geridas por antigos consumidores de droga cujo conselho beneficia da confiança dos consumidores actuais. As organizações de antigos consumidores mais reconhecidas — como a Mainline em Amesterdão ou a Brugerforeningen em Copenhaga — trabalham em colaboração com os serviços oficiais de assistência e desenvolvem projectos específicos, por exemplo, dirigidos às mulheres consumidoras.

Salas de injeção

As salas de injeção proporcionam um espaço onde as drogas podem ser consumidas em boas condições de higiene e de vigilância contribuindo desta forma, para a redução da transmissão de doenças infecto-contagiosas e do risco de consumos mortais. Apesar de estas salas terem sido criadas em quatro cidades alemãs a partir de 1994, só foram reconhecidas legalmente em 25 de Fevereiro de 2000, data em que foi alterada a lei dos narcóticos e foi introduzido um regulamento-quadro onde se definiam normas mínimas para o equipamento utilizado e a sua gestão. O regulamento remete a decisão final para cada Estado federal. Nos Países Baixos, pelo contrário, este tipo de espaço existe há várias décadas. Em Madrid, está prevista a abertura de uma sala de injeção no ano 2000 e no Luxemburgo e na Áustria estão pendentes decisões semelhantes. Um inquérito financiado pela Comissão Europeia analisa, presentemente, se e de que forma as salas de injeção reduzem os comportamentos de risco, melhoram e preservam a saúde e atenuam a pressão sentida pelas comunidades locais expostas à visibilidade actual do consumo de droga.

Instalações prisionais

As condições do consumo de droga nas prisões propiciam ainda mais a disseminação das doenças infecto-contagiosas do que as condições no exterior. Em 1999, a Instituição Penitenciária Espanhola recomendou a introdução de programas de substituição de seringas em todas as prisões, numa tentativa para reduzir os perigos associados à partilha de seringas. 6,6% da população prisional espanhola recebe ainda tratamento anti-retroviral. Nas prisões alemãs, foi implementado um projecto para diminuir a transmissão das doenças infecto-contagiosas, incluindo a substituição de seringas.

Tratamento

Fase inicial da toxic dependência

O número de pessoas que procuram tratamento por consumo de anfetaminas, cocaína e *cannabis*, bem como por consumo de heroína fumada, aumentou em

toda a UE. Esta situação representa um desafio para os serviços convencionais de tratamento da toxicod dependência, geralmente inadequados para tratar, numa fase precoce, os novos padrões de consumo de droga. A cooperação quer com os serviços de juventude e sociais, quer com os serviços de psiquiatria aumentou, por exemplo, na Alemanha, na Áustria e nos Países Baixos. No Reino Unido, foram publicadas as orientações de 1999 para o tratamento dos jovens de idade inferior a 16 anos e entre os 16 e os 18 anos.

Na Alemanha, no Luxemburgo e nos Países Baixos, as intervenções centradas nas minorias étnicas e imigrantes têm merecido uma atenção especial nos últimos cinco anos. O consumo de droga regista uma prevalência consideravelmente maior em determinados subgrupos étnicos que raramente utilizam os serviços de assistência convencionais, seja por questões de dificuldade linguística, seja pela existência de tabus culturais. Algumas das alternativas mais promissoras incluem as abordagens de grupo, com a participação das associações étnicas e a divulgação de informações na(s) língua(s) adequada(s). Estão a ser realizados cursos sobre estas questões para a população cigana em Espanha, a população portuguesa no Luxemburgo, a população das ilhas Molucas e a população norte-africana nos Países Baixos.

Consumidores problemáticos de droga

Em todos os países, os serviços de apoio aos toxicod dependentes deparam-se cada vez mais com situações de consumo múltiplo de drogas. Na Dinamarca, 75% ou mais das pessoas admitidas para tratamento consomem várias drogas. A Alemanha forneceu informações sobre o consumo problemático de substâncias de substituição como a metadona e a codeína (o tratamento de substituição é objecto de análise pormenorizada no capítulo 4, não sendo abordado aqui).

Não se conhece claramente a forma como os serviços de apoio aos toxicod dependentes reagem a estes novos desafios. Os relatórios nacionais sugerem que o tratamento psicossocial de carácter geral e, por vezes, psiquiátrico, consiste nos métodos preferidos, embora nenhum país forneça informações muito específicas sobre os métodos ou objectivos de tratamento. A Áustria, a Finlândia e a Grécia registam um aumento e diversificação dos serviços de tratamento no período abrangido pelo presente relatório, e o Luxemburgo e Portugal planeiam uma expansão semelhante. A estratégia trienal de luta contra a droga da França salienta a importância de ligar os serviços de tratamento do alcoolismo e do consumo de drogas ilícitas. Uma

investigação realizada nos Países Baixos entre 1998 e 1999 revela que a combinação de instalações de tratamento (assistência faseada, também após a conclusão do tratamento) pode ter efeitos positivos na prevenção da reincidência na toxicod dependência e na criminalidade. O inquérito a nível nacional, em grande escala e a longo prazo, sobre os resultados do programa de tratamento do Reino Unido (NTORS), revela que após dois anos, quer os tratamentos sem drogas quer o tratamento com metadona conduziram a taxas de abstinência relativamente mais elevadas, e a um consumo menos frequente entre aqueles que ainda consomem. Apenas um quinta das pessoas estudadas permaneceram consumidoras diárias de opiáceos.

Os diagnósticos duplos — a coincidência de problemas de toxicod dependência e do foro psiquiátrico — têm suscitado uma preocupação crescente na Dinamarca, Países Baixos e na Suécia. Do mesmo modo, os problemas associados aos consumidores de droga de idade avançada, com uma saúde muito debilitada e, frequentemente, com problemas psicológicos e sociais, devem ser tidos em consideração nos países com uma longa história de consumo problemático de droga, como os Países Baixos e o Reino Unido. Em resposta ao seu papel cada vez mais preponderante num sistema de assistência diversificado, nos Países Baixos e no Reino Unido foram divulgadas orientações para os médicos de clínica geral e outro pessoal de saúde pública que trabalha com consumidores problemáticos de droga.

Alternativas de tratamento à punição

De um modo geral, todos os Estados-Membros concordam que os consumidores de droga não devem ser encarcerados por motivos relacionados com a sua dependência. Por esta razão, foram introduzidas em toda a Europa numerosas alternativas à punição, desde a realização de trabalhos para a comunidade ao tratamento, com internamento ou ambulatório (para mais pormenores, ver capítulo 4). Estão em curso diversos inquéritos para avaliar estas medidas.

Tratamento na prisão

Em todos os países da UE, existe tratamento para os reclusos consumidores de droga. Na Alemanha, na Áustria e em Espanha, a utilização do tratamento de substituição através da metadona tem vindo a aumentar. No entanto, as avaliações do tratamento nas prisões não são coerentes. Algumas assinalam fortes reduções no consumo de droga e na criminalidade, ao passo que outras consideram necessária a realização de novos inquéritos diferenciados para retirar conclusões válidas. Os obstáculos a um tratamento eficaz nas prisões incluem o excesso de população, a falta de formação do

pessoal prisional — embora exista formação especializada, por exemplo, em Espanha e na Itália — e a ausência de um acompanhamento após a saída da prisão.

Reinserção

Os consumidores de droga que cumpriram pena de prisão, concluíram o tratamento ou seguem um tratamento de substituição prolongado, muitas vezes não possuem a escolaridade básica, formação profissional, emprego ou alojamento. Todos estes factores prejudicam gravemente a sua reabilitação. A Áustria, a Espanha, a Finlândia, a Grécia, a Irlanda e Portugal intensificaram os seus esforços, com vista a auxiliar a (re)inserção social dos consumidores de droga e estabilizar os seus estilos de vida.

A Alemanha, a Espanha, a Grécia e a Irlanda organizam aulas do ensino básico e cursos de formação profissional em determinados ofícios, técnicas agrícolas e conhecimentos de informática. A Alemanha, a Áustria, a

Espanha, a Grécia, a Irlanda e Portugal comunicaram a existência de programas de emprego subsidiado para os (antigos) consumidores de droga, quer sob a forma de projectos específicos para promover a inserção no mercado de trabalho quer sob a forma de sistemas de emprego subsidiado. O programa «Integra» da Comissão Europeia apoia a reabilitação dos jovens através da formação e da política laboral. A Áustria, a Espanha, a Grécia e Portugal reforçam as iniciativas no domínio da habitação para os (antigos) consumidores, assegurando um alojamento social, um apartamento normal ou o alojamento em casa de famílias.

A avaliação destes programas após o tratamento foi promissora, e as taxas de desistência são reduzidas. Talvez ainda mais do que para aqueles que concluem o tratamento, o apoio aos ex-reclusos consumidores de droga constitui um elemento essencial, quer para evitar casos de consumo excessivo quer para promover a sua reinserção social.

Questões específicas

Este capítulo salienta a importância de três questões específicas relacionadas com o problema da droga na Europa: o tratamento de substituição, a punição das infracções à legislação em matéria de droga e os problemas enfrentados pelas mulheres consumidoras de droga e os dos seus filhos.

Tratamento de substituição

O tratamento de substituição apareceu pela primeira vez nos EUA, em finais da década de 1960, em resposta ao consumo emergente de opiáceos. À medida que este tipo de consumo se espalhava, os serviços de substituição foram-se desenvolvendo, embora a sua prática variasse — e ainda varie — consideravelmente. A legislação nesta matéria, as práticas de prescrição e a organização geral dos serviços de substituição também variam fortemente na UE.

Os consumidores de droga que efectuam o tratamento de substituição recebem, mediante prescrição médica, uma substância substituta semelhante ou idêntica à droga normalmente consumida. Deve-se distinguir entre desintoxicação — redução gradual da quantidade de droga até atingir um consumo zero — e manutenção — fornecer ao consumidor uma quantidade suficiente para reduzir o seu comportamento de risco e outros danos

conexos durante um período mais longo. Os consumidores de heroína (ou outros opiáceos) são os principais pacientes do tratamento de manutenção, ao passo que aos restantes consumidores, geralmente, são prescritas substâncias de substituição para a desintoxicação. Esta parte trata exclusivamente do tratamento para a dependência de opiáceos.

Substâncias de substituição

As substâncias de substituição (ver tabela 1) podem ser agonistas — substâncias que activam os receptores de opiáceos no cérebro desencadeando o efeito do consumo de droga — ou agonistas-antagonistas — substâncias que, simultaneamente, activam os receptores de opiáceos no cérebro e limitam ou eliminam os efeitos de outros opiáceos ou opióides consumidos. Certas substâncias como a buprenorfina, combinam as características agonísticas e antagonísticas. As substâncias de substituição utilizadas para tratar a heroínodependência são opiáceos — substâncias derivadas da dormideira como a morfina ou

Tabela 1

Substâncias de substituição na União Europeia

Substância de substituição	Características da substância	Países que comunicaram a utilização da substância (1)	Estimativa do preço médio semanal do tratamento (em euros) (2)	Substância utilizada para desintoxicação ou para manutenção
Buprenorfina	Opióide agonista-antagonista de acção muito prolongada	Áustria, Bélgica, Dinamarca, França, Itália, Reino Unido	65	Ambas
Dihidrocodeína	Opióide agonista fraco, de acção curta, semi-sintético	Alemanha, Bélgica, Luxemburgo	40	Ambas
Heroína	Opiáceo agonista forte, de acção curta	Países Baixos, Reino Unido	200	Manutenção
LAAM	Opióide agonista sintético, de acção prolongada	Alemanha, Dinamarca, Espanha, Portugal	45	Ambas
Mephenon ^R	Opióide agonista sintético, de acção prolongada	Luxemburgo	8	Ambas
Metadona	Opióide agonístico sintético, de longa duração	Todos os Estados-Membros da UE	20	Ambas
Morfina de acção lenta	Opiáceo agonístico, de longa duração	Áustria	40	Ambas

Notas:

(1) As substâncias de substituição referentes a menos de 20 casos não foram incluídas nesta tabela.

(2) Mantendo um consumidor com: 8 mg de buprenorfina por dia; 1 500 mg de dihidrocodeína por dia; 400 mg de heroína por dia; 350 mg de LAAM por semana; 10 comprimidos de Mephenon^R por dia; 50 mg de metadona por dia; ou 400 mg de morfina de efeito lento por dia.

a codeína, bem como a heroína produzida a partir da morfina — ou opióides — substâncias sintéticas com efeitos semelhantes aos opiáceos, como a buprenorfina ou a metadona.

As substância de substituição são eficazes durante períodos de tempo diferentes, o que afecta a forma como são receitadas. A substância com efeitos mais duradouros é o levu-alpha-acetil-metadol (LAAM), que pode ser tomado apenas três vezes por semana. A morfina de efeito lento pode ser tomada em dias alternados, ao passo que a metadona e o MephenonR (metadona sob a forma de comprimido) devem ser tomados diariamente. A heroína e a dihidrocodeína têm de ser tomadas pelo menos duas vezes por dia.

A tabela 1 demonstra que a metadona continua a ser a substância de substituição mais utilizada na UE, embora já não detenha a exclusividade do passado. Entretanto, surgiram outras substâncias que, apesar das suas diferentes características, são utilizadas quer para a desintoxicação quer para a manutenção.

Introdução dos tratamentos de substituição na Europa

Na sequência de uma experiência realizada entre 1994 e 1997, em que se procurou prescrever heroína a consumidores de droga crónicos, sobretudo para efeitos de manutenção, a Suíça continua a utilizar a heroína

como alternativa à metadona. A experiência suíça motivou debates sobre a prescrição de heroína em todos os Estados-Membros da UE e, embora tenham sido propostas experiências semelhantes em muitos deles, apenas os Países Baixos lançaram de facto este tipo de experiência em 1997. Em 1999, foi aprovado na Alemanha o quadro jurídico para a realização destas experiências. Na França, as experiências efectuadas em 1996 com buprenorfina conduziram a experiências semelhantes, em pequena escala, na Alemanha (1999), Áustria (1997) e Dinamarca (1998), bem como ao licenciamento da substância no Reino Unido em 1999 e na Alemanha em 2000. As experiências com LAAM estenderam-se de Portugal, em 1994, à Espanha em 1997 e à Dinamarca em 1998.

Embora se observe novamente a predominância da metadona, a tabela 2 revela ainda o tempo necessário para introduzir a metadona em todos os países da UE. Apesar de em muitos países as novas substâncias de substituição continuarem a ser utilizadas somente a título experimental, a sua importância tem aumentado.

Uma avaliação realizada pelo Instituto de Investigação Terapêutica (IFT), de Munique, sobre o tratamento com metadona ministrado a pacientes em regime ambulatorio na Alemanha, de 1995 a 1999, revelou que o consumo de droga diminuiu e as aptidões e relações sociais melhoraram durante esse período.

Um inquérito holandês de 1997 demonstrou que 90% dos pacientes com uma dose média diária de 50 mg de metadona também consumiam heroína e cocaína e que 70% consumiam álcool. Os primeiros resultados de um inquérito realizado por iniciativa do ministro da Saúde sobre o efeito das diferentes dosagens de metadona nos grupos estudados revelou que aquele que recebia a dose mais elevada registava melhores níveis de estabilidade e uma menor deterioração da sua saúde e aptidões sociais, podendo estas, aliás, melhorar com maior frequência nesse grupo.

Na Áustria, uma avaliação realizada em 1997 revelou que a buprenorfina pode ser receitada a mulheres grávidas, uma vez que os bebés nascidos de mães que consumiam esta substância não apresentaram a síndrome de abstinência associada aos opiáceos, contrariamente aos bebés de mães que tomam metadona.

Enquanto que as experiências de substituição com o LAAM, realizadas nos Países Baixos no início da década de 1990, falharam perante a recusa de participação dos toxicodependentes, Portugal alcançou resultados

Tabela 2

Introdução dos tratamentos de substituição na UE		
País	Introdução do tratamento com metadona	Introdução de outras substâncias de substituição (a)
Bélgica	1994	Utilização ocasional de buprenorfina (b), dihidrocodeína
Dinamarca	1970	Buprenorfina (b,c) e LAAM (ambas 1998) (c)
Alemanha	1992	Dihidrocodeína (1985), heroína (1999) (c), LAAM (1999), buprenorfina (2000) (b)
Grécia	1993	Nenhuma outra substância prescrita
Espanha	1983	LAAM (1997)
França	1995	Buprenorfina (1996) (b)
Irlanda	1970	Nenhuma outra substância prescrita
Itália	1975	Buprenorfina (1999) (b,c)
Luxemburgo	1989	Dihidrocodeína (1994) (c), Mephenon ^R (d)
Países Baixos	1968	Heroína (1997) (c)
Áustria	1987	Morfina de acção lenta (1997), buprenorfina (1997) (b,c)
Portugal	1977	LAAM (1994) (c)
Finlândia	1974	Buprenorfina (1997) (b)
Suécia	1967	Nenhuma outra substância prescrita
Reino Unido	1968	Buprenorfina (1999) (b)

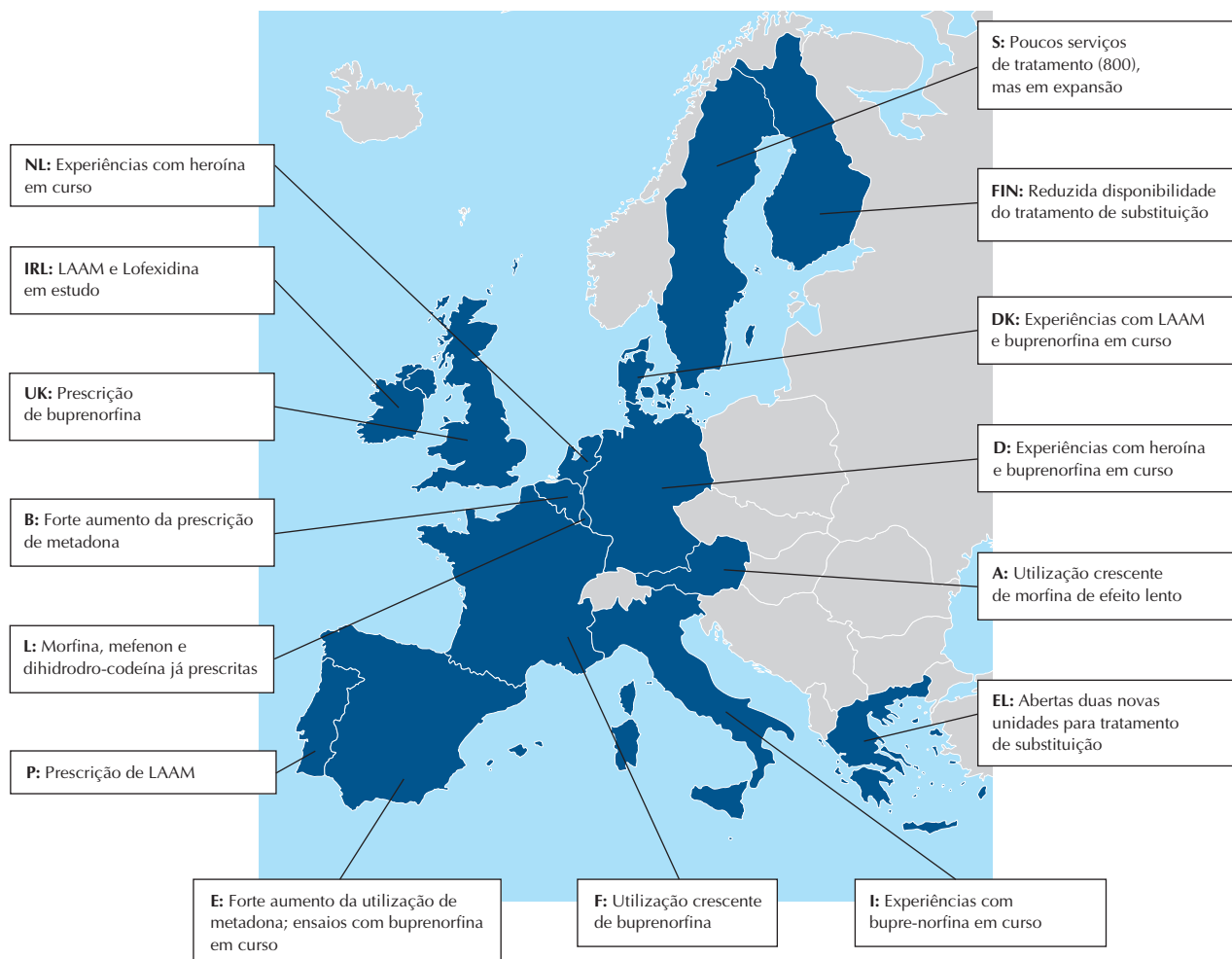
NB: (a) As datas referem-se ao ano em que foi adoptada a decisão política de prescrição da substância.

(b) A buprenorfina é utilizada sob a forma de Subutex^R e não de Temgesic^R, dado que este medicamento apenas contém quantidades reduzidas da substância.

(c) Apenas a título experimental.

(d) Data desconhecida.

Figura 21: Panorama geral dos tratamentos de substituição na União Europeia



globalmente positivos, tendo-se observado que 64% dos 99 participantes não abandonaram o programa. O acompanhamento de 38 pacientes revelou que 61% não reincidiram.

Extensão e localização dos serviços de substituição

Não obstante uma expansão generalizada na UE, ao longo dos últimos 30 anos, o tratamento de substituição (ver figura 21) ainda é raro em alguma regiões e locais. Os serviços da Grécia, Finlândia e Suécia, por exemplo, têm um alcance geográfico limitado, podendo não chegar a potenciais pacientes noutros distritos. A disponibilidade do tratamento de substituição nas prisões também oscila quer no interior quer entre os Estados-Membros.

Poucos Estados-Membros possuem serviços internos para a realização do tratamento de substituição, apesar de, teoricamente, estar prevista a sua existência na UE. Pelo contrário, o tratamento de substituição é efectuado, quase exclusivamente, em serviço ambulatorio, talvez porque esta forma de tratamento seja mais económica

do que o internamento, ou talvez porque o seu impacto na vida quotidiana dos pacientes é mínimo. Todavia, o sistema de serviço ambulatorio não dá resposta ao facto de os pacientes em tratamento de substituição poderem ser desde indivíduos relativamente bem integrados e muitas vezes empregados, até toxicod dependentes que vivem nas ruas, marginalizados e fortemente degradados, que poderão necessitar de uma assistência maior do que aquela que um serviço ambulatorio pode proporcionar.

Embora o número de avaliações sobre o tratamento de substituição tenha aumentado significativamente nos últimos cinco anos, na maioria dos Estados-Membros ainda não existe controlo da qualidade, acompanhamento e avaliação dos programas individuais.

Punição das infracções à legislação em matéria de droga

Posse de heroína

Em 11 dos Estados-Membros da UE, as autoridades judiciais responsáveis pela punição da posse de pequenas quantidades de heroína ou de outras drogas semelhantes devem avaliar se a substância se destina ou não ao consumo pessoal. A posse exclusivamente para uso pessoal é considerada menos grave do que a posse para outros fins. A sentença pode variar, em média, entre a aplicação de uma sanção administrativa — por exemplo, a apreensão da carta de condução ou do passaporte — e o pagamento de uma multa ou aplicação de uma pena de prisão até 12 meses.

No entanto, na prática, pode ser impossível definir critérios comuns para a punição destes crimes — mesmo ao nível nacional —, uma vez que as autoridades devem considerar um vasto leque de factores, incluindo as legislações nacionais em matéria de droga, o estatuto de cada criminoso individual, bem como o local e o momento da ocorrência do crime.

Todavia, podem ser identificados alguns elementos comuns. De um modo geral, as infracções menores, cometidas pela primeira vez — como a posse de quantidades muito pequenas para consumo pessoal — são objecto de admoestação, advertência e apreensão da substância, sem aplicação de punições mais graves. Na Dinamarca, os consumidores que tenham em sua posse uma única dose para consumo pessoal poderão ser autorizados a conservá-la. Nestes casos, a apreensão é considerada contraproducente, uma vez que, provavelmente, seria necessário cometer um crime para pagar outra dose.

Dada a natureza altamente viciante da heroína, a sua posse apresenta fortes probabilidades de se repetir, e a reincidência constitui um problema grave. Na maioria dos Estados-Membros, os reincidentes são objecto de medidas de punição mais severas, como liberdade condicional ou pena de prisão efectiva, sempre que o crime em causa envolva quantidades consideráveis de droga.

A posse de drogas como a heroína ainda é julgada de forma muito variável na UE. Na Dinamarca, por exemplo, poderá ser aplicada uma admoestação ou multa. Na Grécia, a posse de pequenas quantidades de *cannabis* pode, em alguns casos, ser punida de uma forma mais severa do que a posse de pequenas quantidades de heroína, com base no argumento segundo o qual, dada a natureza viciante da heroína, o

consumidor sente uma necessidade física maior do que o consumidor de *cannabis*. Nos Países Baixos, a posse de pequenas quantidades de «drogas duras» para uso pessoal não é geralmente punido, ao passo que na Finlândia os consumidores de «drogas duras» são punidos com maior frequência do que os consumidores de «drogas leves», se bem que as práticas judiciais variem de tribunal para tribunal.

Crimes contra a propriedade

Em todos os Estados-Membros, os crimes contra a propriedade cometidos para financiar hábitos de consumo de droga são considerados crimes graves, e o facto de o criminoso ser toxicodependente não exerce qualquer influência. No entanto, a sentença varia em função das circunstâncias, quer do crime quer do arguido.

Os toxicodependentes que roubam drogas nas farmácias ou bens em residências privadas para financiar o seu consumo de droga têm mais probabilidade de ser punidos. Caso sejam condenados, pode aplicar-se uma pena de prisão determinada de acordo com a quantidade dos bens roubados e tendo em conta a utilização ou não de violência, que é considerada uma importante circunstância agravante. Na Irlanda, por exemplo, a posse de uma seringa no intuito de ferir ou ameaçar ferir, ou ainda como forma de intimidação, pode dar origem a uma pena de prisão de 12 meses até prisão perpétua. O pequeno furto — por exemplo, em lojas — ou furto de bens de pequeno valor — nos termos da legislação nacional — é punido com penas mais leves, na condição de que o arguido aceite submeter-se a tratamento.

Se um pequeno furto for cometido por uma pessoa sem antecedentes de crimes contra a propriedade nem problemas graves de toxicodependência, a resposta mais provável é a liberdade condicional e a aplicação de uma multa, embora seja possível a pena de prisão. Se, porém, o criminoso tiver problemas graves de toxicodependência e aceitar submeter-se a tratamento, a resposta mais provável é o regime de liberdade condicional, pena suspensa e tratamento.

O tratamento enquanto alternativa à punição é um princípio essencial na maioria dos Estados-Membros e constitui a base da política nacional de luta contra a droga na Áustria. A aplicação do regime de liberdade condicional e de pena suspensa é frequente, e um tratamento bem sucedido geralmente encerra o processo. Na Dinamarca, uma experiência realizada entre 1995 e 1998 em que se procurou tratar, em vez de punir, os criminosos toxicodependentes, teve resultados

Questões específicas

positivos, mas esses resultados devem ser analisados de forma prudente. Embora muitos dos participantes reincidissem no consumo de droga, pelo menos uma vez, nenhum regressou ao crime durante o período experimental. Na Irlanda, um programa-piloto no domínio da droga, especificamente orientado para os tribunais, visa conceder a estes órgãos o poder de impor o tratamento aos toxicodependentes e assumir plena responsabilidade quanto à avaliação dos seus progressos. De igual modo, no Reino Unido, um despacho sobre tratamento e testes no domínio da toxicodependência (DTTO) de 1998 visa reduzir a criminalidade, atribuindo a orientação dos programas de tratamento e de reabilitação aos tribunais, a quem competirá impor e controlar esses programas. A supervisão competirá ao serviço responsável pelas pessoas em regime de liberdade condicional (Probation Service). Mesmo no caso de aplicação de uma pena de prisão, refira-se que um número crescente de países aumentou as instalações de tratamento nas prisões.

Venda de droga

A venda de droga com o objectivo de obter dinheiro para financiar o consumo de droga é um comportamento comum entre os consumidores em toda a Europa e é considerado um crime grave em todos os países, independentemente das circunstâncias. Todavia, a extensão do crime é tida em consideração para efeitos de punição, a qual pode diferir de país para país. No Reino Unido, a punição varia entre a aplicação de uma multa, pena de prisão por um período breve e prisão perpétua.

Apesar da grande diversidade de informações disponíveis na Europa, podem-se identificar vários factores comuns que influenciam a sanção aplicável ao crime de venda de droga.

Quantidade e cliente

Na maioria dos Estados-Membros, a venda de apenas pequenas quantidades de droga é considerada uma circunstância atenuante, comparativamente ao tráfico em larga escala. Na Grécia, os consumidores que trocam pequenas quantidades de droga entre si, desde que se prove que a droga se destina unicamente ao consumo pessoal, podem incorrer numa pena de prisão de seis meses, comutável seja na aplicação de uma multa, seja de uma pena suspensa. Os toxicodependentes envolvidos no tráfico de quantidades consideráveis de droga incorrem numa pena de prisão até oito anos, e os criminosos não dependentes são condenados a prisão perpétua. Na Suécia, as sentenças variam entre dois meses e dois a três anos, consoante a quantidade de droga vendida. O fornecimento não comercial constitui

uma circunstância atenuante, por exemplo, no Reino Unido.

Grau de dependência

Em todos os Estados-Membros, o grau de dependência do criminoso pode influenciar a imposição de medidas de tratamento em vez de uma punição.

Natureza da substância

A nível judicial, distingue-se entre drogas mais perigosas e viciantes, como a heroína, e drogas menos perigosas e menos viciantes, como a cannabis. Na Grécia, a Polícia, na prática, definiu prioridades, identificando o tráfico de droga em função dos perigos associados a cada substância. A heroína é considerada a droga mais perigosa, sendo punida de forma mais severa do que a cocaína, as drogas sintéticas ou a *cannabis*. No Luxemburgo, a alteração actual da legislação em matéria de droga implica uma modificação das penas, de modo a ter em conta os perigos colocados pelas diferentes substâncias.

Reincidência

Os crimes repetidos podem dar origem a penas progressivamente mais severas em todos os Estados-Membros. Na Dinamarca, a venda repetida de drogas altamente perigosas pode conduzir à aplicação de uma pena de prisão efectiva até seis anos. Sempre que estejam envolvidas quantidades consideráveis de droga, a pena pode ser aumentada até um máximo de 10 anos. No Luxemburgo, as penas por venda de qualquer tipo de droga variam entre prisão efectiva de um a cinco anos e/ou aplicação de uma multa. Para os reincidentes, estas penas podem duplicar no período de cinco anos após o cometimento do primeiro crime. Uma vez que a venda de droga constitui a forma mais comum para os consumidores de financiar a sua dependência, seguida dos pequenos furtos ou assaltos, os toxicodependentes têm grande probabilidade de ser reincidentes. No entanto, e apesar desta reincidência resultar de uma dependência física, a resposta a estes crimes consiste mais na aplicação de uma forte pena de prisão do que no tratamento.

De um modo geral, na UE, embora as autoridades judiciais considerem a posse de pequenas quantidades de droga para consumo pessoal como uma circunstância atenuante, não existe uma linha de separação clara entre a posse e o tráfico de droga. Se para os dois tipos de crime se aplicam penas diferentes, não existem, contudo, parâmetros que permitam distinguir claramente entre ambos, podendo o mesmo crime produzir diferentes resultados. Embora existam em todos os Estados-Membros medidas alternativas ao encarceramento,

como o tratamento, a eficácia da sua execução ainda não foi avaliada a nível europeu.

Problemas das mulheres consumidoras de droga e dos seus filhos

Os problemas relacionados com a droga que afectam especificamente as mulheres ainda não foram analisados, de forma sistemática, pelos sistemas de informações sobre a droga da UE. Todavia, a maioria dos Estados-Membros procura satisfazer as necessidades das mulheres toxicodependentes, através do desenvolvimento de programas especializados, se bem que o seu alcance e objectivos variem (ver tabela 3).

Consumo de droga entre as mulheres

Em termos globais, os homens consomem mais drogas ilícitas do que as mulheres. Contudo, as diferenças no consumo de droga entre homens e mulheres são complexas e dependem da substância específica consumida, bem como da idade do consumidor, do grupo social, nível de escolaridade e localização geográfica. Enquanto que os rapazes têm a tendência de consumir mais *cannabis* que as raparigas, a diferença é pequena ou irrisória no grupo etário dos 15 aos 16 anos. Entre os 20 e 24 anos, porém, os homens consomem mais do que as mulheres. As diferenças entre os sexos em termos da prevalência nos últimos 12 meses e do consumo de drogas específicas são ainda mais pronunciadas.

As raparigas manifestam uma tendência maior para experimentar droga mais cedo do que os rapazes, situação que resulta, geralmente, do facto de as raparigas terem namorados mais velhos que as poderão encorajar nesse sentido. À medida que as raparigas crescem, mais numerosas e profundas são as disparidades nos padrões de consumo de droga associadas a cada sexo.

Embora, de um modo geral, o consumo de droga seja mais comum entre os homens do que entre as mulheres, diversos factores de natureza jurídica, cultural, educativa e geográfica justificam uma prevalência maior entre as mulheres. As diferenças de consumo entre homens e mulheres são mais evidentes nos contextos onde existem sanções jurídicas mais rigorosas, bem como entre os jovens que abandonam mais cedo a escola e nas populações rurais. As diferenças são menos patentes nos locais onde existe uma aceitação e consumo generalizados de certas drogas, como a *cannabis*. Em 1998, na Grécia, o consumo de droga (sobretudo *cannabis*) foi mais elevado entre os homens do que entre as mulheres. Todavia, o consumo das mulheres foi seis vezes maior do que em 1984, ao passo que o consumo dos homens aumentou menos de três vezes.

Em contraste directo com as drogas ilícitas, o consumo de medicamentos, como as benzodiazepinas, é mais comum entre as mulheres e as diferenças tornam-se mais evidentes com a idade. O estigma social relativamente baixo associado ao consumo lícito ou ilícito de

Tabela 3

	Programas orientados para as necessidades das mulheres consumidoras de droga				
	Mulheres grávidas	Prostitutas	Mulheres consumidoras de droga e dos seus filhos	Reclusas	Raparigas em idade escolar
Bélgica	++	-	++	-	-
Dinamarca	++	+	+	-	-
Alemanha	-	+	++	+	+
Grécia	+	+	+	-	-
Espanha	-	++	+	+	-
França	+	+	-	-	-
Irlanda	+	++	+	+	-
Itália	-	+	++	-	+
Luxemburgo	-	+	-	-	-
Países Baixos	-	+	+	-	-
Áustria	++	+	++	-	+
Portugal	++	+	+	+	-
Finlândia	-	-	+	-	-
Suécia	++	-	+	-	++
Reino Unido	++	++	++	++	++

Notas:

- Não existem informações disponíveis ou não foi comunicada a existência de qualquer programa
- + Foi comunicada a existência de pelo menos um programa
- ++ Foi comunicada a existência de mais de um programa

Fontes:

Relatórios nacionais Reitox de 1999; Dagmar Hedrich, Community-based services for female drug users in Europe, Grupo Pompidou do Conselho da Europa, relatório não publicado, Dezembro de 1999.

Questões específicas

medicamentos, comparativamente com as drogas ilícitas, desempenha um papel notório, embora as consequências de um consumo regular ao nível da saúde sejam consideráveis.

O número de mulheres presas na Europa tem vindo a aumentar de forma constante. Em Espanha, este número quase triplicou nos últimos 10 anos. Apesar de a percentagem de mulheres condenadas por crimes relacionados com a droga ser mais pequena, os dados relativos à Irlanda e ao Reino Unido revelam níveis consideráveis de consumo problemático de droga entre as mulheres que entram nas prisões, sobretudo envolvendo heroína, metadona e benzodiazepinas. As instalações de tratamento nas prisões para mulheres variam, e as orientações necessárias para assegurar o tratamento da dependência de benzodiazepinas, a fim de evitar os perigos de uma abstinência súbita não parecem estar tão desenvolvidas quanto as orientações para o tratamento da dependência de opiáceos.

A mortalidade provocada directamente pelo consumo de drogas ilícitas parece ser inferior nas mulheres, permitindo mesmo detectar diferenças entre os sexos em termos de prevalência (em média, as mulheres respondem por apenas 20% das mortes relacionadas com o consumo de droga). A percentagem mais elevada de mortalidade entre os homens só pode ser explicada de forma satisfatória através do inquérito dos factores contextuais e qualitativos que rodeiam os óbitos por consumo de droga.

Doenças infecto-contagiosas

Alguns relatórios pontuais da Alemanha, França, Irlanda e Reino Unido indicam inquietação quanto a um eventual aumento da infecção pelo HIV e do vírus da hepatite B entre algumas mulheres consumidoras de droga. Se bem que não existam informações reais que corroborem essa inquietação, crê-se que este aumento resulte de um comportamento de consumo por via intravenosa mais arriscado por parte das mulheres ou de práticas sexuais não protegidas.

As mulheres consumidoras de droga cometem menos crimes contra a propriedade do que os homens e tendem mais frequentemente a financiar os seus hábitos de consumo através da prostituição — uma fonte regular de rendimento para 60% das mulheres consumidoras. O aumento da infecção pelo HIV entre as mulheres europeias e os seus bebés recém-nascidos conduziu à introdução de programas de despistagem do HIV e, em alguns casos, de hepatite B e C, nos serviços pré-natais da Alemanha, França, Irlanda e Reino Unido, nos anos 80 e 90. O risco de transmissão de doenças infecto-

-contagiosas pelas mulheres aos seus clientes constitui sempre motivo de preocupação, e a relação entre as mulheres consumidoras de droga e a prostituição contribuiu certamente para o crescimento dos serviços de assistência dirigidos às mulheres prostitutas e dos serviços de tratamento para as mulheres consumidoras. As equipas de rua e os serviços de porta aberta junto dos grupos mais degradados especificamente vocacionados para a assistência às mulheres têm vindo a ser desenvolvidos, proporcionando alojamento, informações e aconselhamento prático sobre práticas sexuais e formas de consumo de droga seguras. Os grupos de auto-ajuda, como o Mainline em Amesterdão, oferecem serviços para as mulheres, como cabeleireiros, sessões de autodefesa e teatro.

Gravidez e mulheres com crianças

Compreende-se cada vez mais a necessidade de assegurar um nível particularmente elevado de intervenção e apoio junto das consumidoras de opiáceos grávidas. A maioria dos Estados-Membros da UE reconhece que as crianças nascidas de mães com este tipo de consumo também poderão necessitar de uma assistência médica específica. Em todos os Estados, as mulheres grávidas beneficiam de prioridade nos serviços de tratamento da toxicodependência. Na Áustria, Bélgica, Dinamarca, França, Irlanda, Portugal e Suécia foram criados serviços específicos para este grupo de mulheres. De um modo geral, a desintoxicação não é recomendada às mulheres grávidas, e estão a ser estudadas a nível científico opções de tratamento de substituição. Todavia, para muitas destas mulheres, os cuidados regulares de maternidade são incompatíveis com o seu estilo de vida ou o receio de estigmatização caso frequentem estes serviços.

O número crescente de crianças nascidas de mães consumidoras de droga representa um elevado risco de desenvolvimento nessas crianças de problemas relacionados com a droga, e a forma como as crianças são afectadas pelo consumo e dependência dos pais suscita grande preocupação. Os inquéritos divergem quer nos métodos quer nos resultados. Alguns sugerem que os problemas com que se deparam as crianças nascidas de mães consumidoras são inevitáveis e múltiplos, enquanto outros revelam não existir qualquer diferença entre os problemas emocionais, comportamentais e de aprendizagem destas crianças e os das crianças nascidas de mães não consumidoras de droga, num contexto social semelhante. Outros inquéritos assinalam ainda as semelhanças entre crianças de mães consumidoras de droga e as crianças de mães alcoólicas. Foram identificados factores de melhoria, nomeadamente a alteração das condições de

vida, o reforço da assistência social e a existência de serviços de tratamento.

O período de vivência das crianças com as mães toxicodependentes diverge fortemente na UE. As políticas que abordam a questão da separação destas crianças das mães consumidoras de droga ou não existem, ou não foram harmonizadas na prática. Na Dinamarca e na Suécia, onde existem mecanismos de adopção, tem-se verificado uma viragem em benefício de um maior apoio às mães toxicodependentes, com vista a permitir que preservem a guarda dos filhos ou, no mínimo, garantir uma maior estabilidade no relacionamento entre pais e filhos. Os países europeus mais meridionais — como a Grécia, Espanha, Itália e Portugal — recorrem, geralmente, à tradicional estrutura familiar alargada para assegurar uma assistência adequada às crianças.

Tratamento do consumo de droga

O rácio entre o número de mulheres e o de homens consumidores de droga em tratamento tende a ser inferior a 1:3. As mulheres admitidas para tratamento são normalmente mais novas do que os homens, e a percentagem de mulheres tratadas (comparada com a dos homens) diminui com a idade. Este facto pode revelar diferenças relacionadas com a idade entre os homens e as mulheres que procuram tratamento, ou pode revelar alterações nos padrões de consumo de droga entre as mulheres ou ambos os sexos. Na realidade, estes valores tendem a subrepresentar as mulheres com problemas de droga. Na Bélgica, um inquérito baseado no método «bola de neve» revelou um rácio entre mulheres consumidoras e homens consumidores mais elevado do que o indicado pelos dados oficiais sobre o tratamento. Uma das razões

principais da baixa representação das mulheres no tratamento prende-se com a maternidade: entre 18% e 75% das pacientes têm pelo menos uma criança, e muitas vezes estão demasiado ocupadas com a educação dos filhos para poderem seguir um programa de tratamento ou receiam ser consideradas inaptas como mães e perder os filhos, caso decidam tratar-se.

Apenas um número reduzido de países, como a Alemanha e Portugal, asseguram serviços específicos nas prisões de mulheres, embora uma percentagem significativa de reclusas consumam drogas. Em Portugal, existem jardins de infância em dois estabelecimentos prisionais, permitindo que as crianças permaneçam com as mães.

Prevenção da droga especificamente dirigida a mulheres

Na Alemanha, Áustria e Suécia, as actividades de prevenção do consumo de droga estão dirigidas especificamente para as mulheres muito jovens e raparigas em idade escolar. Estas iniciativas concentram-se frequentemente na identidade das mulheres e na forma mais adequada de recusar ofertas de droga dos namorados ou outros companheiros do sexo masculino.

As breves informações apresentadas neste capítulo demonstra como, contrariamente às respostas ao consumo de droga por homens, que tendem a centrar-se no impacto desse consumo na criminalidade, as respostas ao consumo de droga pelas mulheres parecem decorrer sobretudo de preocupações com o impacto do consumo nos outros: nas crianças quando as consumidoras são mães e nos homens quando são prostitutas.

O problema da droga na Europa Central e Oriental

A inclusão no relatório deste ano de informações relativas ao problema da droga nos países da Europa Central e Oriental (PECO) ⁽⁶⁾ reflecte a intensificação da cooperação entre o OEDT e os países candidatos à adesão à UE ⁽⁷⁾. Tendo em conta que a cooperação com Chipre, Malta e Turquia se encontra ainda numa fase preliminar, o presente capítulo incide nos PECO que participam no projecto relativo aos sistemas de informações sobre a droga do programa comunitário Phare ⁽⁸⁾.

Nos PECO, os problemas relacionados com a droga foram pouco importantes até ocorrerem as mudanças geopolíticas de 1989. Uma permeabilidade crescente das fronteiras, uma maior circulação das pessoas e das mercadorias, bem como um declínio dos valores sociais tradicionais, originaram novos problemas e exacerbaram os problemas existentes. Embora o tráfico de droga nesta região tenha aumentado, nos primeiros anos da década

de 1990, o seu impacto imediato no consumo de droga nacional foi moderado. Desde então, porém, o fenómeno da droga alastrou a todos os sectores da sociedade.

Prevalência e padrões de consumo de droga

Cannabis

Inquéritos realizados nas escolas

Os inquéritos relativos às crianças em idade escolar revelam que a prevalência ao longo da vida do consumo de droga no grupo etário dos 15 aos 16 anos aumentou, de forma significativa, entre 1994 e 1999. Os dados relativos à prevalência ao longo da vida do consumo de *cannabis*, recolhidos ao longo de vários anos no âmbito do ESPAD (projecto de inquérito escolar europeu sobre o álcool e outras drogas) demonstram que a *cannabis* é a droga mais consumida, embora com diferenças de país para país (ver tabela 4).

Procura de tratamento

Enquanto a maioria das iniciativas de tratamento nos PECO se orienta para os consumidores problemáticos de opiáceos, a Albânia, Eslováquia e Hungria forneceram informações sobre procura de tratamento para o consumo problemático de *cannabis*. Na República

Caixa 4: Tendências gerais

- A percentagem da população em geral e, sobretudo, das crianças em idade escolar que experimentaram drogas ilícitas pelo menos uma vez está a aumentar.
- A idade do primeiro consumo ou contacto com substâncias lícitas ou ilícitas está a baixar.
- A procura de tratamento por dependência de opiáceos está a aumentar.
- Os padrões de consumo estão a mudar: o consumo por injeção está a aumentar, e a heroína importada está a substituir os opiáceos produzidos localmente.
- O consumo de droga está a alastrar dos grandes centros urbanos para todas as regiões.
- O número de detenções por delitos relacionados com a droga, bem como o número de apreensões, estão a aumentar.

⁽⁶⁾ Os PECO são a Albânia, antiga República jugoslava da Macedónia, Bósnia-Herzegovina, Bulgária, Eslováquia e Eslovénia, Estónia, Hungria, Letónia, Lituânia, Polónia, República Checa e Roménia.

⁽⁷⁾ Os países candidatos são a Bulgária, Chipre, Eslováquia, Eslovénia, Estónia, Hungria, Letónia, Lituânia, Malta, Polónia, República Checa, Roménia e Turquia.

⁽⁸⁾ Os dados provêm dos relatórios nacionais sobre a droga do programa comunitário Phare, relativos a 1998 e 1999, e devem ser considerados apenas um resumo das tendências regionais de carácter geral. Não existem dados disponíveis sobre a Bósnia-Herzegovina.

Tabela 4

Prevalência ao longo da vida do consumo de droga nos jovens de 15 a 16 anos de idade em quatro PECO, 1994-1999							
País	Substância	Prevalência ao longo da vida (%)					
		1994	1995	1996	1997	1998	1999
República Checa	Todas as drogas ilícitas	26,4	n.d.	n.d.	43,6	n.d.	n.d.
	<i>Cannabis</i>	21,5	n.d.	n.d.	35,4	n.d.	n.d.
Hungria	Todas as drogas ilícitas	n.d.	4,8	n.d.	n.d.	12,5	n.d.
	<i>Cannabis</i>	n.d.	4,5	n.d.	n.d.	11,5	n.d.
Lituânia	Todas as drogas ilícitas	n.d.	3,2	n.d.	26,0 ^(a)	13,3 ^(b)	n.d.
	<i>Cannabis</i>	n.d.	1,0	n.d.	n.d.	27,1 ^(b)	n.d.
Eslováquia	<i>Cannabis</i>	8,1	12,4	n.d.	n.d.	19,7	23,0

Notas: ^(a) Somente Vilnius.
^(b) Alunos do 9.º e 10.º anos, somente Klaipeda.
n.d. = informações não disponíveis

Checa, o número de novos consumidores problemáticos de *cannabis* admitidos para tratamento tem aumentado nos últimos quatro anos. Esta tendência — também observada na UE — requer investigações clínicas e etnográficas qualitativas mais extensas, para que os programas de tratamento possam dar respostas adequadas.

Disponibilidade

O número crescente de apreensões de plantas de marijuana e *cannabis* aponta para uma escalada do tráfico e da produção local, na maioria dos países, embora esta tendência possa igualmente reflectir uma melhoria da acção policial.

Opiáceos

Pedidos de tratamento

Os opiáceos consumidos (ver figura 22) nos PECO incluem a heroína — cujo consumo na região foi ínfimo até inícios dos anos 90 — e certas substâncias derivadas da produção doméstica, como o Kompot ou palha de

papoila. A morfina e outros opiáceos, incluindo a hidrocodeína, podem ser integrados no segundo grupo, mas apenas foram detectados num número limitado de PECO (a hidrocodeína apenas surgiu na Hungria).

Apesar de os dados não serem registados de forma sistemática e uniforme, a procura de tratamento associada ao consumo de opiáceos aumentou, claramente, desde 1993, em todos os PECO (ver tabela 5).

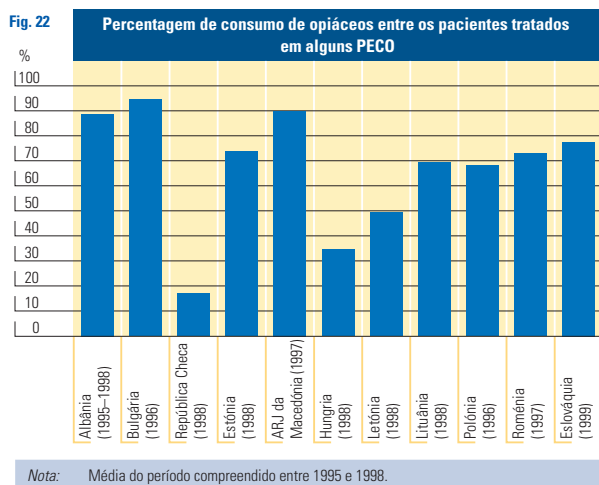
Em 8 dos 12 países relativamente aos quais existem informações disponíveis, entre 70% e 90% dos pacientes registados para tratamento eram consumidores de opiáceos de 1995 a 1998. Observaram-se números mais baixos na República Checa (17%), Hungria (34,7%) e Letónia (49,4%).

Quase todos os países registam uma descida da idade média dos consumidores de opiáceos tratados. Os grupos etários de maior risco situam-se entre os 15 e 19 anos e os 20 e 24 anos, consideravelmente mais jovens do que na UE.

Tabela 5

Número de pedidos de tratamento nos PECO desde 1993 (todas as substâncias)						
País	Ano					
	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Albânia ^(a)	n.d.	n.d.	27	63	334	523
Bulgária	n.d.	n.d.	254	449	n.d.	n.d.
Eslováquia	n.d.	1 189	1 239	1 594	2 074	2 199
Eslovénia ^(b)	141	187	125	309	n.d.	n.d.
Estónia	n.d.	246	366	755	n.d.	n.d.
Antiga República jugoslava da Macedónia	82	116	242	301	431	n.d.
Hungria	n.d.	2 806	3 263	4 233	7 945	8 957
Letónia	n.d.	1 084	1 289	1 517	1 738	1 970
Lituânia	n.d.	n.d.	n.d.	1 804	2 871	2 862
Polónia	3 783	4 107	4 223	4 772	n.d.	n.d.
República Checa ^(b)	n.d.	n.d.	2 470	3 252	3 132	3 858
Roménia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	646	n.d.

Notas: ^(a) Os dados da Albânia são de um único hospital.
^(b) Primeiro pedido de tratamento
n.d. = não há informações disponíveis



Na República Checa, a idade média dos novos consumidores problemáticos de droga admitidos para tratamento desceu de 22,8 em 1995 para 20,6 em 1998. Mais de 75% dos novos pacientes iniciaram o consumo de droga antes dos 19 anos e mais de 12% antes dos 15 anos. Observa-se a mesma tendência nos Estados bálticos. Na Letónia, 41% de todos os pacientes admitidos para tratamento têm menos de 19 anos e 22% têm menos de 15 anos de idade. A Albânia e a Hungria indicam também uma elevada percentagem de pacientes entre os 15 e 19 anos e um aumento no grupo dos 20 aos 24 anos.

Consumo por via intravenosa

O consumo por via intravenosa representa um grave problema na região e está, geralmente, ainda que não exclusivamente, associado ao consumo de heroína. Todavia, registam-se certas oscilações de país para país.

Na Albânia, 87,2% do número total de pacientes tratados consomem heroína, seja isolada seja em combinação com outras substâncias. Contudo, o consumo por via intravenosa baixou de 29% em 1995 para 19,3% em 1998. Em contraste, na República Checa a percentagem de consumidores de droga injectada subiu de 55% em 1997 para 62% em 1998. No entanto, apesar desta subida, a heroína representa apenas 17% do total do consumo problemático de droga no país. Em 1998, 26,3% do número total de pacientes admitidos para tratamento na Hungria eram consumidores de droga injectada e 86% de todos os consumidores de heroína injectavam-se. Na Polónia, apenas 50% dos pacientes tratados em 1997 consumiam droga por via intravenosa e, desde então, de acordo com as informações fornecidas, este número baixou de forma significativa.

Heroína versus consumo de substâncias domésticas

O consumo de heroína atingiu um ponto alto na maioria dos PECO entre 1994 e 1995 e, novamente, entre 1997 e 1998. Esta subida resulta de um aumento da disponibilidade, o que, por sua vez, provocou uma queda no consumo de opiáceos de produção doméstica mais tradicionais.

Na Albânia e na Letónia registou-se um rápido aumento do consumo de heroína em 1998, enquanto na Estónia se verificou uma substituição progressiva da «palha de papoila» pela heroína entre 1997 e 1998. Na Hungria, a percentagem de toxicodependentes tratados sobretudo por consumo de opiáceos subiu de 21,5% em 1994 para 34,7% em 1998. Paralelamente, o consumo de sedativos diminuiu de 27,8 para 12,2% e o consumo de substâncias voláteis passou de 15,7% para 3,4%. Na Polónia, a percentagem de consumidores de opiáceos derivados da produção doméstica (a chamada «heroína polaca») tem vindo a baixar fortemente, ao passo que a percentagem de consumidores de heroína está a aumentar. Na Eslováquia registou-se uma subida no consumo de heroína entre os pacientes admitidos para tratamento, passando de 37% em 1993 para 86% em 1994.

Influências geográficas e sociais

Desde 1996 que o consumo de opiáceos nos PECO tem alastrado, sobretudo dos grandes centros urbanos para a maioria das regiões. Na Eslováquia, enquanto apenas 35% dos pacientes heroíno-dependentes foram tratados fora de Bratislava em 1994, este número aumentou para 47% e 60% em 1995 e 1996, respectivamente.

Na Polónia, têm-se registado disparidades no consumo de opiáceos entre as principais cidades. Por exemplo, 70% do total de pacientes tratados em Varsóvia e Cracóvia são sobretudo consumidores de opiáceos. Todavia, em Cracóvia, a maioria consome opiáceos de produção doméstica, ao passo que em Varsóvia a heroína é a principal droga consumida.

Verificaram-se igualmente variações no consumo entre diferentes grupos étnicos no interior dos PECO. Na antiga República jugoslava da Macedónia, por exemplo, os dados relativos a 1998 revelam que os jovens macedónios tendem a injectar a heroína, ao passo que a etnia albanesa geralmente a fuma. Foram registadas diferenças semelhantes entre a minoria étnica russa nos Estados bálticos e a comunidade cigana na Bulgária.

Doenças relacionadas com a droga

Embora existam poucas informações disponíveis sobre o HIV, a sida e as hepatites B e C nos PECO, a prevalência dos comportamentos de risco associados ao consumo de droga por via intravenosa sugere que o perigo de estas epidemias alastrarem permanece elevado.

Cocaína

O consumo de cocaína é relativamente raro nos PECO, mas com o aumento da disponibilidade da droga, observa-se uma subida da prevalência, do tráfico e das apreensões de cocaína. Quando comparada com outras drogas, a cocaína é bastante cara, e o seu consumo tende a limitar-se aos grupos sociais mais abastados.

Drogas sintéticas

Nos últimos quatro anos, todas as drogas sintéticas ganharam em popularidade — em especial, nos três Estados bálticos, Eslováquia, Eslovénia, Hungria, Polónia, República Checa —, tendo-se tornado parte integrante da cultura da dança juvenil.

Uma vez que os consumidores de drogas sintéticas geralmente não se consideram consumidores de droga ou toxicodependentes e, portanto, raramente procuram tratamento, é difícil determinar com rigor qual a extensão do consumo de drogas sintéticas nos PECO. Todavia, as informações disponíveis quer sobre o número de apreensões quer sobre as quantidades apreendidas, parece indicar que a difusão destas drogas tem sido largamente subestimada.

Anfetaminas e estimulantes

O consumo de anfetaminas e de estimulantes do tipo das anfetaminas está a aumentar nos PECO, embora os padrões de consumo variem. Na República Checa, o consumo de pervitine, uma meta-anfetamina, constitui o problema mais sério do país em termo de consumo de droga (68% do total de consumidores problemáticos de droga). O consumo desta substância quase triplicou entre os jovens em idade escolar, no período de 1994 a 1997. Na Hungria, o consumo problemático de anfetaminas (na maioria dos casos, injectada) corresponde a 15,2% do número total de pedidos de tratamento. Na Lituânia, as anfetaminas apareceram no mercado negro em 1996, sendo consumidas em comprimidos ou por via intravenosa. Na Polónia, as anfetaminas são cada vez mais oferecidas aos jovens que nunca consumiram droga anteriormente. Em 1997, na Roménia, foi apreendido um número significativo de anfetaminas.

Outras substâncias

Outras substâncias consumidas nos PECO — com variações de quantidade entre os vários países — incluem os sedativos e tranquilizantes, as substâncias inaláveis e voláteis.

O consumo de sedativos e benzodiazepinas representou 26% do total nas estatísticas de pacientes tratados na Hungria, em 1998, e 17,9% na Roménia, em 1997. Em 1998, na Letónia, 34,2% do consumo de todas as substâncias psicotrópicas consistiu no consumo de substâncias voláteis, enquanto os sedativos representaram 10,1%. Na Eslováquia, a percentagem de consumidores de substâncias voláteis no número total de pacientes tratados equivaleu a uma percentagem de 10%-11% no período de 1994-1998, tendo os sedativos justificado 6% do total de pedidos de tratamento em 1998. Em 1995, na Eslovénia, um inquérito nacional sobre os jovens de 15 anos detectou uma percentagem considerável de consumo de cola e de outras substâncias, bem como de tranquilizantes, sobretudo entre as raparigas.

Em termos globais, o consumo de droga nos PECO continua a aumentar.

Respostas

Nos últimos cinco anos, a maioria dos PECO tem procurado inverter a evolução do fenómeno da droga através da adopção de medidas institucionais e legislativas, do desenvolvimento de actividades orientadas para a redução da procura (sobretudo prevenção e tratamento) e do reforço da acção policial.

Respostas institucionais e legislativas

As respostas de carácter legislativo prosseguem com a transposição do acervo comunitário para a legislação nacional de cada um dos 10 países candidatos. Desde 1996, os PECO adoptaram um vasto leque de novas medidas — abrangendo o branqueamento de capitais, o controlo dos precursores químicos, as alternativas ao encarceramento e o consumo, produção e comércio de drogas ilícitas —, ratificaram diversas convenções internacionais e aprovaram as respectivas reformas do Código Penal.

Mas a instituição formal de um novo quadro legislativo constitui apenas um primeiro passo: a regulamentação das novas leis — bem como a afectação de fundos e de recursos humanos necessários para transformar estes

O problema da droga na Europa Central e Oriental

princípios em realidade e controlar a sua aplicação — continuam a ser desafios importantes. Em alguns casos, será necessária uma análise mais aprofundada das tendências legislativas, para além de uma maior cooperação, a fim de evitar discrepâncias entre as políticas dos Estados-Membros da União e dos Estados candidatos.

Embora tenham sido criadas em todos os PECO estruturas interministeriais para coordenar os esforços de controlo do consumo de droga, as frequentes remodelações destas estruturas, aliadas a uma escassez de fundos, geraram a necessidade de melhorar a coordenação nacional. Contudo, apesar das mudanças frequentes, os subcomités e grupos de trabalho prestaram um contributo precioso na preparação de projectos de documentos legislativos e na elaboração dos projectos para as estratégias nacionais de luta contra a droga.

Um grande número de PECO está a desenvolver estratégias multidisciplinares de luta contra a droga. No entanto, em virtude de uma situação socioeconómica deficiente, e perante os numerosos desafios políticos e outros com que se deparam estes países, nem sempre existe a possibilidade de disponibilizar os recursos financeiros necessários para esse efeito.

Redução da procura e da oferta

O agravamento do tráfico de droga transnacional, do branqueamento de capitais e do desvio de precursores, desde o início da década de 1990, realçou a importância da acção policial nos PECO. O apoio concedido no âmbito do programa comunitário Phare permitiu reforçar o controlo da oferta de drogas ilícitas.

Em todos os PECO foram desenvolvidas actividades para a redução da procura e da oferta da droga, com o apoio activo das organizações internacionais e de diversos

programas, incluindo o projecto de assistência técnica para a redução da procura de droga no âmbito do programa Phare da UE, do Grupo Pompidou do Conselho da Europa, da Organização Mundial da Saúde e do ESPAD.

Muitos dos profissionais que trabalham na área das drogas na região receberam formação através destas organizações. Além disso, foram traduzidos e adaptados novos documentos e ferramentas metodológicas, a partir de material produzido na UE. Foram ainda criados programas preventivos e terapêuticos, com base nos conhecimentos técnicos disponíveis nos PECO.

No entanto, apesar destes esforços, a redução da procura de droga continua a ser uma prioridade secundária na maioria dos PECO, como se pode constatar pela repartição dos fundos entre os sectores de acção policial e de redução da procura, em que se favorece o primeiro.

Em certa medida, a escassez dos recursos e a difícil situação socioeconómica no interior de cada país tem significado que os fundos disponibilizados através da ajuda internacional exercem uma certa influência nas decisões sobre as acções a desenvolver. Consequentemente, e não obstante a qualidade dos profissionais que trabalham no terreno, muitas destas actividades tiveram um impacto limitado na situação actual.

Todas as formas de acção devem ser integradas em estratégias nacionais e regionais mais coerentes e eficazes, baseadas num conhecimento aprofundado dos aspectos mais problemáticos do fenómeno da droga. Por esta razão, o reforço quer dos pontos focais nacionais em cada PECO, quer da participação dos países candidatos nas actividades do OEDT poderia revelar-se extremamente valioso para o processo de tomada de decisão nestes países.

Publicações do OEDT 2000

Publicações online

Publicações anuais

Statistical bulletin

online em www.emcdda.org

(disponível em inglês)

Publicações impressas

Publicações anuais

Relatório anual sobre a evolução do fenómeno da droga na União Europeia relativo a 2000

(disponível nas 11 línguas oficiais da UE)

1999 General report of activities

(disponível em inglês, francês e alemão)

Boletim

DrugNet Europe, N.ºs 21 to 26

(boletim bimensal, disponível em inglês, francês, alemão e português)

Colecção de monografias científicas

Methods to integrate epidemiological indicators to address policy-related questions on drug use

Scientific monograph N.º 6

(disponível em inglês)

Evaluation: A key tool for improving drug prevention

Scientific monograph N.º 5

(disponível em inglês)

Understanding and responding to drug use: the role of qualitative research

Scientific monograph N.º 4

(disponível em inglês)

Colecção «Insights»

Reviewing current practice in drug substitution treatment in Europe

Insights N.º 3

(disponível em inglês)

Pontos focais Reitox

Belgique/België

Institut scientifique de la santé publique/ Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (Scientific Institute of Public Health)
Denise Walckiers
Rue Juliette Wytsman 14/Juliette Wytsmanstraat 14
B-1050 Bruxelles/Brussel
Tel. (32-2) 642 50 35
Fax (32-2) 642 54 10
E-mail: birn@iph.fgov.be
<http://www.iph.fgov.be/reitox>

Danmark

Sundhedsstyrelsen (National Board of Health)
Vibeke Graff
Amaliegade 13
Postboks 2020
DK-1012 København K
Tlf. (45) 33 91 16 01
Fax (45) 33 93 16 36
E-post: vig@sst.dk
kag@sst.dk
<http://www.sst.dk>

Deutschland

Deutsche Referenzstelle der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht DBDD c/o IFT Institut für Therapieforschung (German Focal Point of the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction c/o Institute for Therapy Research)
Roland Simon
Parzivalstraße 25
D-80804 München
Tel. (49-89) 36 08 04 40
Fax (49-89) 36 08 04 49
E-Mail: simon@dbdd.de
<http://www.ift.de>

Greece

University Mental Health Research Institute (UMHRI)
Anna Kokkevi
Vassilisis Sophias Avenue 72
PO Box 66517
GR-15601 Athens
Tel. (30-1) 653 69 02
Fax (30-1) 653 72 73
E-mail: akokke@mail.ariadne-t.gr
<http://business.hol.gr/-umhri>

European Commission

Directorate-General for Justice and Home Affairs — Drugs Unit
JA1/A/4
Timo Jetsu
Rue de la Loi/Wetstraat 200 (Lx-46 5/93)
B-1049 Brussels
Tel. (32-2) 29-95784
Fax (32-2) 29-53205
E-mail: timo.jetsu@cec.eu.int
http://europa.eu.int/comm/justice_home/unit/unit4_en.htm

ΕΛΛΑΔΑ

Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ)
Άννα Κοκκεβή
Βασιλίσσης Σοφίας 72
ΤΘ 66517
15 601 Αθήνα
Τηλ. (30-1) 653 69 02
Φαξ (30-1) 653 72 73
E-mail: akokke@mail.ariadne-t.gr
<http://business.hol.gr/-umhri>

España

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD)
Ministerio del Interior [National Plan on Drugs]
Camilo Vázquez Bello
C/ Recoletos, 22
E-28001 Madrid
Tel. (34) 915 37 27 25
Fax (34) 915 37 26 95
E-mail: cvazquez@pnd.mir.es
<http://www.mir.es/pnd/index.htm>

France

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (French Observatory for Drugs and Drug Addiction — OFDT)
Jean-Michel Costes
105, rue Lafayette
F-75110 Paris
Tél. (33) 153 20 16 16
Fax (33) 153 20 16 00
E-mail: jecos@ofdt.fr

Ireland

Health Research Board
Drug Misuse Research Division
Rosalyn Moran
73 Lower Baggot Street
Dublin 2
Ireland
Tel. (353-1) 676 11 76 extn 160
Fax (353-1) 661 18 56
E-mail: Rmoran@HRB.ie
<http://www.hrb.ie>

Italia

Presidenza del Consiglio dei ministri, dipartimento per gli affari sociali, ufficio per il coordinamento delle attività di prevenzione e recupero delle tossicodipendenze (Prevention and Rehabilitation Activities Coordination Unit, Department for Social Affairs of the Presidency of the Council of Ministers)
Franco Scarpino
Via Veneto, 56
I-00187 Roma
Tel. (39) 06 48 16 14 95
Fax (39) 06 482 49 34
E-mail: puntofocale@affarisociali.it
<http://www.affarisociali.it>

Luxembourg

Direction de la santé, point focal OEDT, Luxembourg (Health Directorate, EMCDDA Focal Point, Luxembourg)
Alain Origer
Allée Marconi
Villa Louvigny
L-2120 Luxembourg
Tél. (352) 47 85-625
Fax (352) 46 79 65
E-mail: alain.origer@ms.etat.lu
<http://www.relis.lu>

Nederland

Trimbos-instituut (Netherlands Institute of Public Health and Addiction)
Franz Trautmann
Da Costakade 45
Postbus 725
3500 AS Utrecht
Nederland
Tel. (31-30) 297 11 86
Fax (31-30) 297 11 87
E-mail: ftrautmann@trimbos.nl
<http://www.trimbos.nl>

Österreich

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (Austrian Health Institute ÖBIG)
Sabine Haas
Stubenring 6
A-1010 Wien
Tel. (43-1) 515 61 160
Fax (43-1) 513 84 72
E-Mail: haas@oebig.at

Portugal

Instituto Português da Droga e da Toxicoddependência
Elsa Pais
Av. João Crisóstomo, 14
P-1000-179 Lisboa
Tel.: (351) 213 10 41 00
Fax: (351) 213 10 41 90
E-mail: maria@ipdt.pt
<http://www.ipdt.pt>

Suomi/Finland

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus (National Research and Development Centre for Welfare and Health — STAKES)
Ari Virtanen
PL 220
FIN-00531 Helsinki
P./fjn (358-9) 39 67 23 78
F./fax (358-9) 39 67 23 24
Sähköposti: ari.virtanen@stakes.fi
<http://www.stakes.fi>

Sverige

Folkhälsoinstitutet (National Institute of Public Health)
Bertil Pettersson
S-103 52 Stockholm
Tfn (46-8) 56 61 35 00
Fax (46-8) 56 61 35 05
E-post: bertil.pettersson@fhi.se
<http://www.fhi.se>

United Kingdom

DrugScope
Nicholas Dorn
Waterbridge House
32–36 Loman Street
London SE1 OEE
United Kingdom
Tel. (44-20) 79 28 12 11
Fax (44-20) 79 28 17 71
E-mail: nicholas@isdd.co.uk
<http://www.drugscope.org.uk/index.html>

Norge (Observer)

Norwegian Directorate for the Prevention of Alcohol and Drug Problems
Stein Berg
PO Box 8152 Dep.
N-0033 Oslo
Tfn (47-22) 24 65 00
Fax (47-22) 24 65 25
E-mail: Ingvild.Hoel@RusDir.dep.telemax.no

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência

Relatório Anual sobre a Evolução do Fenómeno da Droga na União Europeia—2000

Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias

2000 —53 p. — 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-101-6

Acerca do OEDT

O Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) é um dos 11 organismos descentralizados instituídos pela União Europeia para a realização de um trabalho técnico e científico especializado.

Instituído em 1993 e em funcionamento desde 1995, o principal objectivo do Observatório consiste em fornecer informações objectivas, fiáveis e comparáveis a nível europeu sobre o fenómeno da droga e da toxicodependência e respectivas consequências. Através de dados estatísticos, documentais e técnicos que recolhem, analisam e divulgam informações, o OEDT proporciona ao seu público-alvo — dirigentes políticos e os profissionais na área da droga ou dos cidadãos europeus — uma visão global do fenómeno da droga na Europa.

As funções principais do Observatório são:

- recolher e analisar os dados existentes;
- melhorar os métodos de comparação dos dados;
 - divulgar informações; e
- cooperar com as organizações europeias e internacionais e com os países terceiros.

O OEDT trabalha exclusivamente no domínio da informação.

O OEDT em linha

Através do *website* do OEDT <http://www.emcdda.org> é possível obter informações sobre o consumo da droga na Europa, transferir publicações nas 11 línguas oficiais da UE, aceder através de *links* a outros centros de informação especializados no domínio da droga existentes dentro ou fora da Europa e consultar gratuitamente as bases de dados especializadas



SERVIÇO DAS PUBLICAÇÕES OFICIAIS
DAS COMUNIDADES EUROPEIAS

L-2985 Luxembourg

ISBN 92-9168-101-6



9 789291 681013 >