

2001

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

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 dinamarquês, neerlandês, inglês, finlandês, francês, alemão, grego, italiano, português, espanhol, sueco e norueguês. Todas as traduções foram efectuadas pelo Centro de Tradução dos Organismos da União Europeia.

Uma ficha bibliográfica figura no fim desta publicação

Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias, 2001

ISBN 92-9168-118-0

© Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2001

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

Internet: <http://www.emcdda.org>

Índice

Prefácio	5
Agradecimentos	6
CAPÍTULO 1	7
Procura e oferta de droga	7
Consumo de droga	7
Consumo de droga na população em geral	7
Consumo problemático de droga	11
Consequências do consumo de droga no domínio da saúde	14
Procura de tratamento	14
Doenças infectocontagiosas relacionadas com o consumo de droga	16
Óbitos e mortalidade de consumidores de droga relacionados com o consumo de droga	16
Indicadores da execução da legislação	21
«Detenções» por infracção à legislação em matéria de droga	21
Consumidores de droga nas prisões	22
Indicadores do mercado de droga: apreensões, preço e pureza da droga	22
Heroína	22
Cocaína	23
Drogas sintéticas: anfetaminas, <i>ecstasy</i> e LSD	23
<i>Cannabis</i>	24
CAPÍTULO 2	27
Respostas ao consumo de droga	27
Respostas políticas e estratégicas	27
A nível da União Europeia	27
A nível nacional: estratégias de luta contra a droga nos Estados-Membros da União Europeia	27
Respostas específicas	31
Redução da procura	31
Redução da oferta	37

CAPÍTULO 3	39
Questões específicas	39
Cocaína e cocaína base/crack	39
Prevalência, padrões e problemas	39
Mercado	42
Projectos de intervenção e novas abordagens	42
Questões de política em matéria de droga	43
Doenças infectocontagiosas	44
Prevalência e tendências	44
Determinantes e consequências	46
Respostas no plano da redução de danos	48
Drogas sintéticas	49
Alastramento do consumo	49
Comportamentos e padrões de consumo	49
Disponibilidade das substâncias	51
Dados relativos ao tratamento	51
Riscos para a saúde	52
Óbitos relacionados	52
Respostas	52
Redução da oferta	53
Novas iniciativas e novos desafios para a definição de políticas	53
CAPÍTULO 4	55
O problema da droga nos países da Europa Central e Oriental	55
Situação e tendências	55
Prevalência e padrões de consumo de drogas	55
Pedidos de tratamento	56
Disponibilidade	56
Respostas políticas e institucionais ao fenómeno da droga	57
Legislação	57
Coordenação nacional	58
Estratégias e planos de acção nacionais	58
Branqueamento de capitais	59
Pontos focais Reitox	61

Prefácio

O Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) tem o maior prazer em apresentar o seu sexto *Relatório Anual sobre a Evolução do Fenómeno da Droga na União Europeia*, cujo principal objectivo é contribuir para a orientação das políticas neste domínio, tanto ao nível nacional como regional.

O presente relatório proporciona uma imagem actualizada do problema da droga na União Europeia, com destaque para as novas tendências e evoluções. Além de uma panorâmica geral, o relatório aborda mais pormenorizadamente certas questões-chave, tais como, por exemplo, a cocaína, as doenças infecto-contagiosas e as drogas sintéticas. Apresenta ainda uma panorâmica da situação nos países da Europa Central e Oriental.

No ano em curso, há a assinalar uma grande melhoria da qualidade e da comparabilidade dos dados produzidos pelos Estados-Membros. Não obstante, é primordial envidar esforços em todos os Estados-Membros, tendo em vista não só a melhoria da comparabilidade entre os dados de todas as áreas ao nível da União Europeia, mas também por forma a assegurar que tais dados sejam regularmente apresentados.

Tal conduz-nos à importante questão da harmonização dos dados, um objectivo a alcançar rapidamente para que a informação sobre o problema da droga na União Europeia se possa tornar mais fiável e comparável do que é actualmente. Para facilitar o processo, o OEDT elaborou directrizes para a aplicação normalizada na União Europeia dos seus cinco indicadores epidemiológicos fundamentais. No próximo ano, os Estados-Membros terão um papel essencial a desempenhar para assegurar a plena aplicação dos mencionados indicadores normalizados ao nível nacional.

Digno de menção especial é o facto de a estratégia da União Europeia em matéria de droga, bem como o seu plano de acção (2000-2004), apresentarem a informação e a avaliação como principais prioridades. Com efeito, a

recolha e a análise de informação constituem um passo preliminar no sentido da avaliação do impacto de qualquer acção. O plano de acção da União Europeia destaca também ser importante utilizar as diferentes fontes de informação disponíveis na União Europeia, de uma forma especial o OEDT e a Europol.

O OEDT está a envidar grandes esforços no sentido de desempenhar o seu papel-chave em termos de informação. Com efeito, o OEDT aperfeiçoou o respectivo programa de trabalho para 2001-2003, por forma a adequá-lo aos seis objectivos prioritários da estratégia de luta contra a droga na União Europeia. O Observatório está ainda a contribuir para o processo de avaliação do impacto do plano de acção da União Europeia, tendo colaborado com os seus pontos focais nacionais, bem como com a Europol e as respectivas unidades nacionais sobre droga, com vista à criação de instrumentos adequados à concepção de instantâneos compostos por um conjunto de variáveis adaptadas aos seis objectivos prioritários da estratégia da União Europeia.

O primeiro instantâneo apresentará a situação e as respostas dadas em 1999, antes da aprovação do plano de acção da União Europeia, e constituirá um ponto de referência para a medição dos progressos alcançados em 2004, aquando da conclusão do plano. O segundo instantâneo apresentará a situação e as respostas dadas em 2004, com base na informação disponível através do mesmo conjunto de variáveis.

Todas estas medidas contribuirão para a concretização do principal desafio do OEDT, ou seja, proporcionar aos responsáveis políticos uma sólida base de conhecimentos que possibilitem um planeamento informado da política em matéria de droga.

Georges Estievenart
Director executivo

Agradecimentos

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

- os directores e pessoal dos pontos focais nacionais da Reitox;
- os serviços que, nos diferentes Estados-Membros, recolheram os dados em bruto destinados ao relatório;
- os membros do Conselho de Administração e do Comité Científico do OEDT;
- 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;
- Andrew Haig & Associates, *design* gráfico e paginação.



Também se encontra disponível uma versão interactiva em linha do Relatório Anual 2001 em www.emcdda.org.
Esta versão oferece ligações a fontes de dados, relatórios e documentos de base utilizados na compilação deste relatório.

Procura e oferta de droga

Este capítulo oferece uma panorâmica da situação do consumo e da oferta de droga na União Europeia e põe em evidência a evolução recente e as novas tendências.

Melhorar a comparabilidade dos dados — Os indicadores-chave do OEDT

Melhorar a comparabilidade dos dados em todos os Estados-Membros é uma tarefa fulcral do OEDT. O OEDT desenvolve e recomenda novos métodos e instrumentos a fim de recolher e analisar dados harmonizados e de boa qualidade a nível europeu. O plano de acção da UE em matéria de luta contra a droga (2000-2004) solicita aos Estados-Membros que forneçam informações fiáveis e comparáveis relativas a cinco indicadores epidemiológicos fundamentais, de acordo com os instrumentos técnicos e as orientações recomendados pelo OEDT. Esses cinco indicadores-chave são os seguintes:

- prevalência e padrões do consumo de droga entre a população em geral (inquéritos à população);
- prevalência e padrões do problema do consumo de droga (estimativas estatísticas da prevalência/incidência complementadas por inquéritos realizados entre consumidores de droga);
- doenças infectocontagiosas relacionadas com o consumo de droga (taxas de prevalência e de incidência de HIV, hepatite B e C em consumidores de droga injectada);
- óbitos e mortalidade dos consumidores de droga relacionados com o consumo de droga (estatísticas com base em registos de mortalidade da população em geral e em registos especiais, bem como em estudos de grupo sobre mortalidade e respectivas causas entre consumidores de droga);
- procura de tratamento da toxicod dependência (estatísticas relativas a pacientes admitidos a tratamento obtidas junto de centros de tratamento da toxicod dependência).

Consumo de droga

Consumo de droga na população em geral

Uma estimativa da percentagem da população que consome drogas, ou que as experimentou, constitui informação de base para a avaliação da situação em matéria de consumo de droga, para o desenvolvimento de políticas e respectiva avaliação. É necessário saber quais os grupos em que está concentrado o consumo de droga e quais os padrões de consumo.

Padrões do consumo de droga

Em todos os países da União Europeia, a *cannabis* é a substância ilícita mais frequentemente consumida, tanto em termos de experiência ao longo da vida (qualquer consumo ao longo da vida de uma pessoa) como em

termos de consumo recente. O consumo de outras substâncias ilícitas é menos frequente.

A experiência ao longo da vida da *cannabis* na população adulta (dos 15 aos 64 anos, segundo o padrão do OEDT, ainda que com algumas diferenças nacionais) oscila entre cerca de 10% na Finlândia e cerca de 20% a 25% na Dinamarca, Espanha, França, Irlanda, Países Baixos e Reino Unido ⁽¹⁾.

Outras substâncias foram experimentadas por muito menos pessoas. Segundo as informações recebidas, entre 1% e 4% de adultos experimentaram anfetaminas, elevando-se, no entanto, a 10% a percentagem no Reino Unido. O *ecstasy* foi experimentado por 0,5% a 4% dos europeus adultos e a cocaína por 0,5% a 3%. A heroína, segundo nos foi comunicado, foi experimentada em geral

⁽¹⁾ Figura 1 OL: Adultos com experiência ao longo da vida de *cannabis*, anfetaminas e cocaína, em alguns Estados-Membros da UE, calculada por inquéritos nacionais à população (versão em linha).

Metodologia para a estimativa do consumo de droga na população em geral

Os inquéritos à população em geral são utilizados para fazer uma estimativa do consumo de droga. Nos últimos anos 12 Estados-Membros realizaram inquéritos nacionais sobre o consumo de droga na população em geral (embora no Luxemburgo a amostra fosse relativamente pequena) e os restantes (Itália, Portugal e Áustria) estão a organizá-los neste momento. Vários países já organizaram séries de inquéritos repetidos à escala nacional utilizando a mesma metodologia (por exemplo, a Alemanha, a Espanha, o Reino Unido e a Suécia) e na França, Grécia e Países Baixos foram iniciadas essas séries. Alguns países têm inquéritos *ad hoc* sucessivos até certo ponto comparáveis (por exemplo, a Dinamarca, a Finlândia e a França).

Existem diferenças de país para país no que respeita a métodos de recolha de dados, dimensões e estruturas da

amostragem, que podem influenciar a precisão e a validade das estimativas. Enquanto estas questões não forem resolvidas, há que ser prudente com as comparações directas entre níveis de consumo em diferentes Estados-Membros, em especial nos casos em que as diferenças forem pequenas.

O OEDT desenvolveu orientações com vista a melhorar a qualidade e a comparabilidade dos inquéritos à população na UE. Dessas orientações fazem parte um conjunto de pontos fulcrais comuns que podem ser utilizados para comunicar dados retirados de inquéritos já existentes ou ser inseridos em questionários de âmbito mais alargado e orientações metodológicas básicas. As orientações referidas estão a ser gradualmente implementadas nos Estados-Membros.

por menos de 1% de adultos, o que contrasta com a elevada presença desta droga nos indicadores relativos a problemas de droga.

O consumo ilegal de droga está concentrado em alguns grupos populacionais — em especial jovens adultos, indivíduos do sexo masculino e habitantes das zonas urbanas. Os jovens adultos (com idades compreendidas entre os 15 e os 34 anos, segundo o padrão do OEDT, com algumas diferenças nacionais) apresentam taxas que duplicam ou mais do que duplicam as do total da população adulta para a maior parte das drogas ⁽²⁾ ⁽³⁾.

Por exemplo a *cannabis* foi experimentada por cerca de 15% dos jovens adultos na Finlândia e na Suécia, cerca de 28% a 40% na Dinamarca, Espanha, França, Irlanda, Países Baixos e Reino Unido, enquanto as anfetaminas, o *ecstasy* e a cocaína foram experimentados por cerca de 1% a 6% de jovens adultos (embora no Reino Unido os números respeitantes às anfetaminas e ao *ecstasy* sejam, respectivamente, cerca de 16% e 8%). Entre os indivíduos do sexo masculino são evidentes taxas mais elevadas de consumo de droga, embora isso varie de país para país e as diferenças tendam a diminuir com o tempo ⁽⁴⁾.

Os habitantes das zonas urbanas apresentam taxas mais elevadas de consumo de droga do que os das regiões rurais, e as diferenças em termos de números globais à escala nacional podem ser em grande parte condicionadas pela percentagem da população urbana ⁽⁵⁾.

Embora amplamente utilizada, a experiência ao longo da vida é insuficiente para calcular o consumo recente de droga, porque inclui todos os que alguma vez experimentaram drogas, quer seja uma única vez quer seja há muitos anos. O consumo recente é geralmente calculado como qualquer consumo ao longo do ano anterior (prevalência nos últimos 12 meses).

O consumo recente (expresso em termos de consumo nos últimos 12 meses) de *cannabis* abrange 1% a 9% dos europeus adultos. O consumo recente de outras substâncias ilegais raramente ultrapassa 1% entre os adultos. Há notícia de números mais elevados de prevalência entre jovens adultos: aproximadamente o dobro dos números respeitantes a todos os adultos. Na Espanha (no caso da cocaína), na Irlanda e no Reino Unido os números tendem a ser um pouco mais elevados do que noutros países ⁽⁶⁾.

⁽²⁾ Figura 2 OL: Prevalência do consumo de *ecstasy* e cocaína nos últimos 12 meses, por grupo etário, em Inglaterra e no País de Gales em 1998 (versão em linha).

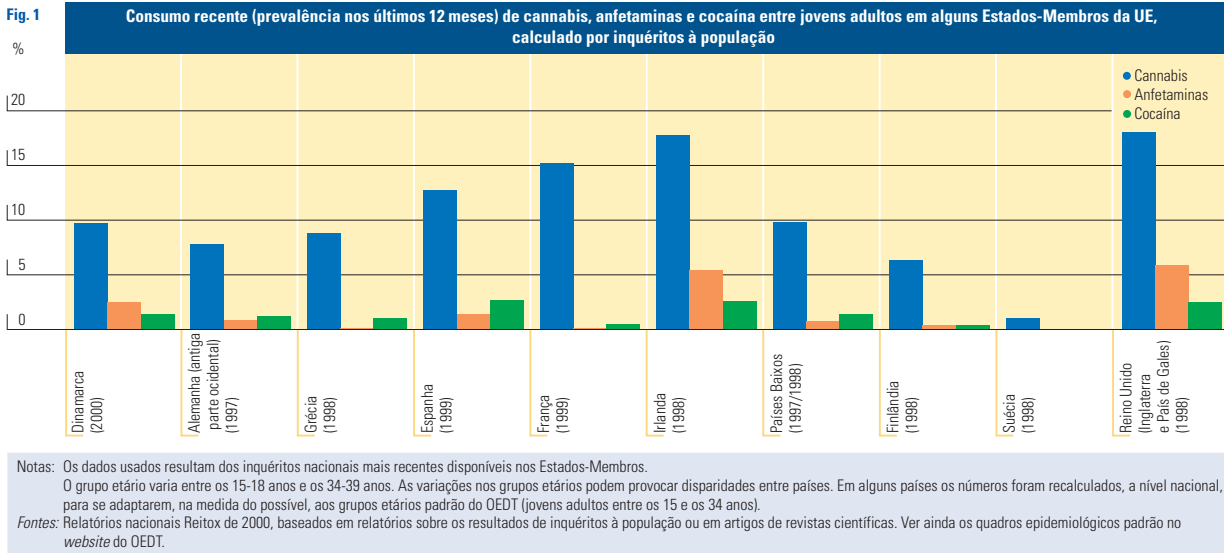
⁽³⁾ Figura 3 OL: Adultos e adultos jovens com experiência ao longo da vida de *cannabis* em alguns Estados-Membros da UE, calculada por inquéritos nacionais à população (versão em linha).

⁽⁴⁾ Figura 4 OL: Adultos (homens e mulheres) com experiência ao longo da vida de *cannabis* em alguns Estados-Membros da UE, calculada por inquéritos nacionais à população (versão em linha).

⁽⁵⁾ Figura 5 OL: Adultos com experiência ao longo da vida de *cannabis* na Finlândia por nível de urbanização (1998) (versão em linha).

⁽⁶⁾ Figura 6 OL: Adultos com experiência ao longo da vida e prevalência nos últimos 12 meses de *cannabis*, em alguns Estados-Membros da UE, calculadas por inquéritos nacionais à população (versão em linha).

Procura e oferta de droga



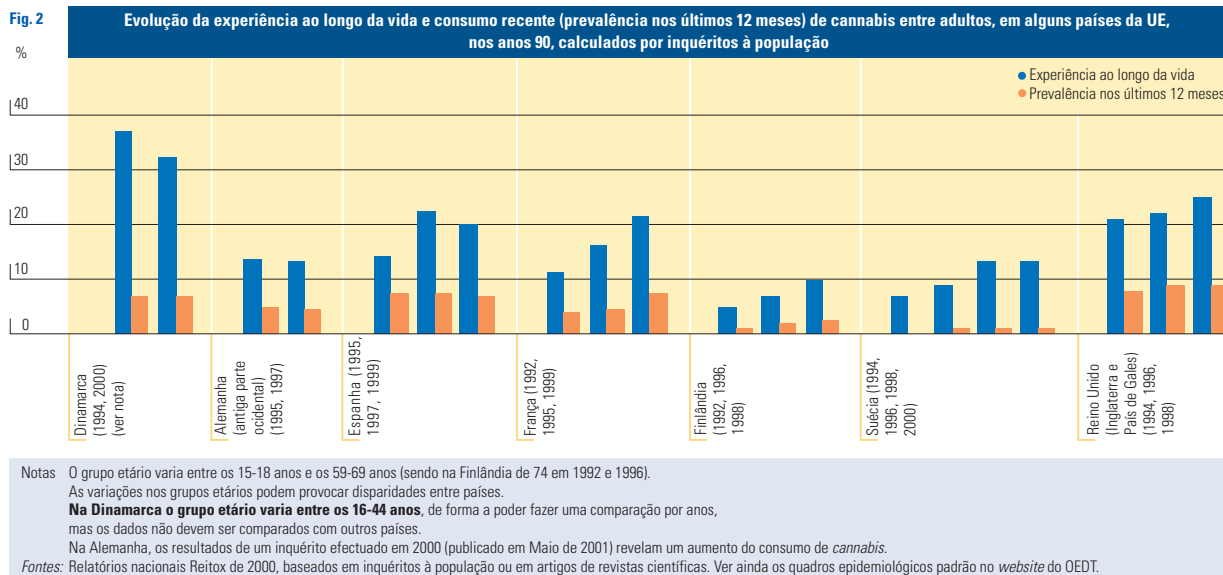
Tendências

A informação sobre as tendências do consumo de droga pode ser mais esclarecedora do que um quadro fixo. No entanto, até agora, só a Alemanha, a Espanha, o Reino Unido e a Suécia é que realizaram séries de inquéritos nacionais comparáveis. Outros países efectuaram vários inquéritos diferentes e as tendências têm de ser analisadas com prudência.

A experiência ao longo da vida de *cannabis* aumentou ao longo da década de 90 na maior parte dos países onde há informações disponíveis. Em inquéritos recentes muitos países apresentam números relativamente semelhantes referentes a prevalência — cerca de 20% a 25%. Nos países onde a prevalência era baixa no início da década de 1990 (por exemplo, na Finlândia, na Grécia e na Suécia), os aumentos parecem ter sido proporcionalmente superiores aos dos países onde a prevalência inicial era mais elevada (por exemplo, na Alemanha, na Dinamarca e no Reino Unido).

O aumento da experiência ao longo da vida de *cannabis* não implica necessariamente um aumento paralelo do consumo recente. A prevalência nos últimos 12 meses registou um aumento em geral inferior ao da experiência ao longo da vida.

As tendências no consumo de outras substâncias são mais difíceis de seguir. Essas evoluções tendem a abranger grupos relativamente pequenos da população, mas ainda assim podem ter implicações importantes no que respeita à saúde pública e à política de luta contra a droga. Por exemplo, o tão discutido possível aumento do consumo de cocaína carece ainda de uma análise mais pormenorizada na maior parte dos países. Também o aumento recente do consumo de *ecstasy* — bem documentado entre grupos de jovens — não se manifesta claramente nos inquéritos à população que abrangem a totalidade dessa população. As amostras deverão ser suficientemente grandes e a análise deverá concentrar-se nos grupos etários adequados. Entre os jovens, deverá ser considerada uma amostra de maiores dimensões.



Consumo de droga entre a população escolar

Para indivíduos com idade inferior a 18 anos, o OEDT recorre a informações retiradas de um inquérito comparável feito a escolas, que inclui dados provenientes de 30 países participantes da Europa e também dados provenientes dos EUA. Onze Estados-Membros da UE participaram no mais recente projecto de inquérito escolar europeu (ESPAD) ⁽¹⁾, de 1999, que descreve o consumo de tabaco, álcool e outras drogas entre estudantes com idades compreendidas entre os 15 e os 16 anos. A Bélgica, a Espanha e o Luxemburgo também realizaram inquéritos escolares em 1998 ou 1999, independentemente do inquérito ESPAD, e os resultados desses inquéritos são coerentes com os do ESPAD.

Situação e padrões

Estes inquéritos demonstram que a *cannabis* continua a ser a substância ilegal de maior consumo entre os estudantes. A experiência ao longo da vida entre estudantes com idades compreendidas entre os 15 e os 16 anos vai dos 8% em Portugal e na Suécia aos 35% na França e no Reino Unido. Em dois Estados-Membros (Grécia e Suécia), o consumo de substâncias inaláveis (substâncias voláteis) ao longo da vida é superior ao consumo da *cannabis* ou equivalente.

Segundo as informações fornecidas pelos inquéritos escolares, o consumo ao longo da vida de anfetaminas abrange 1% a 8% da população escolar com idades compreendidas entre os 15 e os 16 anos, o consumo de *ecstasy* 1% a 5%, e os números para o consumo ao longo da vida de cocaína situam-se entre 1 e 4%, sendo a Espanha e os Países Baixos os Estados-Membros que registam um consumo mais elevado de cocaína.

O padrão é diferente quando se trata do consumo ilícito ao longo da vida de tranquilizantes e sedativos (sem receita médica), com o Reino Unido e a Noruega a registarem os valores mais baixos da experiência ao longo da vida de substâncias ilícitas (4%) e a França a registar o valor mais elevado (12%). O consumo ilícito ao longo da vida de tranquilizantes e sedativos é mais elevado entre as raparigas do que entre os rapazes na Finlândia, França, Itália, Portugal e Suécia. Contrariamente, a prevalência ao longo da vida de drogas ilegais é mais elevada entre rapazes do que entre raparigas em todos os Estados-Membros.

Vale a pena registar que os dados comparáveis que nos chegam dos EUA demonstram que os números relativos ao consumo ao longo da vida de diversas drogas ilegais são mais elevados do que em qualquer dos Estados-Membros da UE: *cannabis* (41%), anfetaminas (16%), *ecstasy* (6%) e cocaína (8%).

Existe uma relação negativa entre a taxa de prevalência do consumo de uma droga ilegal num país e a percepção do risco associado a essa mesma droga, tendendo as raparigas em geral, mais do que os rapazes, a considerar

que o consumo de drogas ilegais constitui um risco. A reprovação do consumo ilegal de drogas é sustentadamente elevada entre rapazes e raparigas em todos os Estados-Membros da UE — cerca de 80% em média —, à excepção da reprovação do consumo de *cannabis*, que é inferior — 70% em média.

Tendências

Em todos os Estados-Membros que participaram no primeiro e no segundo inquérito ESPAD, à excepção de dois (a Irlanda e o Reino Unido), a prevalência ao longo da vida do consumo de todas as drogas ilegais aumentou entre 1995 e 1999.

Consumo ao longo da vida de *cannabis*

Os números relativos ao consumo de drogas ilegais em geral por estudantes com idades compreendidas entre os 15 e os 16 anos são em grande parte determinados pelos valores respeitantes à *cannabis*. Na maior parte dos países registou-se um aumento da prevalência da experiência ao longo da vida de *cannabis*.

Na Finlândia e na Noruega, os números relativos ao consumo ao longo da vida de *cannabis* duplicaram entre 1995 e 1999. Também se registaram aumentos na Dinamarca, em Itália, em Portugal e na Suécia. Registou-se, no entanto, um decréscimo nos dois Estados-Membros que tinham a prevalência mais elevada ao longo da vida de *cannabis* em 1995. No Reino Unido, entre 1995 e 1999, o decréscimo foi de 41% para 35% e na Irlanda de 37% para 32%.

A disponibilidade conhecida de *cannabis* aumentou consideravelmente na Dinamarca, na Finlândia, em Itália e na Noruega entre 1995 e 1999. Na Irlanda e no Reino Unido registaram-se decréscimos na disponibilidade conhecida de *cannabis*, mas esse decréscimo é inferior ao da prevalência ao longo da vida.

Consumo ao longo da vida de «Outras drogas ilícitas» (anfetaminas, LSD/alucinogénios, crack, cocaína, *ecstasy* e heroína)

O inquérito ESPAD revela ainda um aumento, na maioria dos Estados-Membros, do consumo ao longo da vida de categorias colapsadas de «outras drogas ilícitas», tendo-se, no entanto, registado na Irlanda e no Reino Unido um acentuado declínio, onde os valores descenderam, respectivamente, de 16% para 9% e de 22% para 12%. Os aumentos registados na maioria dos Estados-Membros e o declínio verificado no Reino Unido e na Irlanda confirmam a tendência que aponta para a convergência dos padrões de consumo de droga entre os Estados-Membros. O decréscimo substancial registado na Irlanda e no Reino Unido poderá implicar que, em fases avançadas da difusão de drogas, o grupo dos jovens entre os 15 e os 16 anos dispostos a experimentar drogas ilegais fica saturado.

Consumo de droga entre a população escolar

Consumo ao longo da vida de tranquilizantes ou sedativos sem receita médica

Tradicionalmente, o consumo de tranquilizantes ou sedativos sem receita médica é consideravelmente mais elevado entre as raparigas do que entre os rapazes. Entre 1995 e 1999 os números relativos à prevalência ao longo da vida de tranquilizantes e sedativos sem receita médica entre as raparigas da Dinamarca, Irlanda, Itália e Reino Unido revelaram um decréscimo considerável, de cerca de 50%. Em contraste com isso, registou-se um aumento entre as raparigas na Finlândia e em Portugal (respectivamente 3% e 2%), registando-se simultaneamente uma diminuição entre os rapazes nesses mesmos dois países.

Consumo problemático de droga

De uma maneira geral, as taxas de prevalência do consumo problemático de droga parecem atingir o valor mais elevado na Itália, no Luxemburgo, em Portugal e no Reino Unido, com cinco a oito consumidores problemáticos de droga em cada 1 000 habitantes com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (com base nos valores médios da variação num mesmo país). As taxas parecem registar o seu valor mais baixo na Bélgica (mas esta informação refere-se apenas aos consumidores de droga injectada e é, por isso, um cálculo feito por baixo), Alemanha e Países Baixos, com dois a três consumidores problemáticos de droga por cada 1 000 habitantes com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos. As taxas intermédias oscilam entre os três e os cinco consumidores problemáticos de droga por cada 1 000 habitantes com idades compreendidas entre os 15 e os 64 na Áustria, Dinamarca, Espanha, Finlândia, França, Irlanda e Noruega. Alguns países comunicam números ligeiramente diferentes dos de 2000, devido a melhorias introduzidas nos dados e nas estimativas. No entanto, a

Consumo ao longo da vida de substâncias inaláveis

Foi pequena a alteração registada no consumo ao longo da vida de substâncias inaláveis, à excepção do Reino Unido e da Suécia, onde se registou uma redução entre 1995 e 1999.

(1) O Relatório ESPAD de 1999, «Consumo de álcool e de outras drogas entre os estudantes de 30 países europeus», B. Hibell, B. Andersson, S. Ahlström, O. Balakireva, T. Bjarnason, A. Kokkevi, M. Morgan, o Conselho Sueco de Informação sobre o Álcool e outras Drogas (CAN) e o Grupo Pompidou do Conselho da Europa, Dezembro de 2000.

Dinamarca e, em especial, a Finlândia apresentam números muito mais elevados, porque suprimiram estimativas menos fiáveis (e, em ambos os casos, mais baixas).

Além das estimativas sobre a prevalência, são importantes os dados sobre padrões de consumo de droga. Não obstante, são poucos os dados existentes relativamente a padrões de consumo de droga entre consumidores problemáticos que não estejam em tratamento, embora esta seja uma informação importante para a orientação de decisões em matéria de política relativamente à futura procura de tratamento. Nos países nórdicos, nomeadamente na Finlândia e na Suécia, os consumidores sobretudo de anfetaminas constituem a maioria dos consumidores problemáticos de drogas (70% a 80% na Finlândia em 1997, segundo as estimativas). É o oposto do que se passa noutros países, onde os consumidores problemáticos de droga são principalmente consumidores sobretudo de opiáceos (mas muitas vezes consumidores de diversas drogas).

Definição e métodos utilizados para a estimativa do consumo problemático de droga

«Consumo problemático de droga» significa aqui o «consumo de droga injectada ou o consumo prolongado/regular de opiáceos, cocaína e/ou anfetaminas». Esta definição exclui os consumidores de *ecstasy* e da *cannabis*, bem como os que nunca consomem — ou consomem irregularmente — opiáceos, cocaína ou anfetaminas. Nos opiáceos incluem-se os que são receitados, como a metadona. As estimativas nacionais sobre o consumo problemático de droga aqui comunicadas relativas à UE e à Noruega (que também participaram no projecto do OEDT sobre estimativa da prevalência) dizem respeito ao período entre 1996 e 1998. A Áustria (1995) e a Bélgica (1995) não puderam fornecer estimativas referentes a este período, devido à falta de dados mais recentes para fundamentar os cálculos (ver figura 3), ao passo que a Itália, Portugal e o Luxemburgo forneceram estimativas mais recentes (1999-2000).

Os métodos utilizados para elaborar estas estimativas baseiam-se sobretudo em modelos estatísticos que incorporam indicadores relacionados com o consumo de droga e incluem:

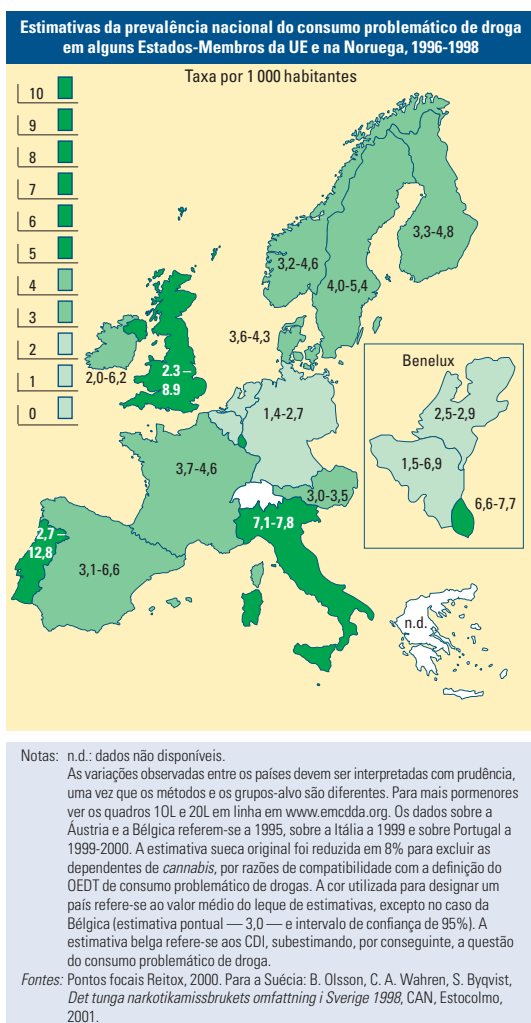
- o método com indicadores de variação múltipla;
- o método de captura-recaptura;
- três métodos de multiplicação baseados nas informações policiais, nas informações de tratamento e taxas de mortalidade; e
- um método de multiplicação que utiliza um sistema de regressão linear baseado na aplicação do 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.

Definição e métodos utilizados para a estimativa do consumo problemático de droga

As variações apresentadas na figura 3 provêm muitas vezes de uma abordagem que inclui diferentes métodos; por conseguinte, os números mais baixos e mais altos podem ter sido obtidos utilizando métodos diferentes, tanto num mesmo país como em países diferentes. Esses métodos nem sempre se referem ao mesmo grupo-alvo — por exemplo, o sistema de regressão linear e os factores de multiplicação baseados na mortalidade por *overdose* entre os consumidores com HIV/sida incidem sobre os consumidores de droga injectada, enquanto os factores de multiplicação baseados nas informações de tratamento só puderam ser utilizados para o grupo mais vasto dos consumidores problemáticos de opiáceos.

Vários países aplicaram métodos de estimativa múltiplos — dois (Espanha, Luxemburgo e Países Baixos), três (Alemanha, Finlândia, França, Irlanda e Reino Unido) ou mesmo quatro (Itália e Portugal). Outros países (Áustria, Bélgica, Dinamarca, Suécia e Noruega) apenas puderam aplicar um único método, enquanto a Grécia ainda não conseguiu apresentar uma estimativa. A utilização de estimativas diversas e independentes permite comparar e confirmar a validade de cada número individual e conduz a uma estimativa global mais fiável por país. Por conseguinte, uma abordagem em que se utilizem vários métodos, se possível numa base anual, poderá, idealmente, ser aplicada.

Fig. 3



Tendências

Apesar de ser importante para fins de avaliação da política a seguir, continua a não ser possível calcular tendências na prevalência do consumo problemático de droga, com base nos métodos, na qualidade dos dados e na disponibilidade dos dados actualmente existentes. A incidência do consumo problemático de droga poderá ser uma forma adicional e importante de medição das

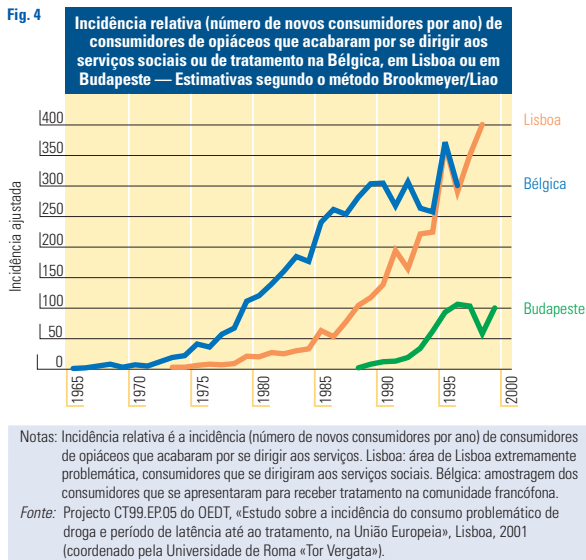
tendências. A incidência corresponde ao número de casos que ocorrem de novo num ano, ao passo que a prevalência corresponde ao total dos casos existentes, novos e já antigos. Portanto, as tendências gerais em termos de incidência são muito mais sensíveis a modificações epidemiológicas e a intervenções que impeçam a ocorrência de novos casos.

Um projecto do OEDT apresentou novas estimativas da incidência do consumo de heroína na Bélgica, Lisboa, Budapeste, Londres e Amesterdão, sugerindo que o período de ocorrência de epidemias de heroína nessas regiões poderá ter sido muito diferente (ver figura 4, não são apresentadas Londres e Amesterdão).

A figura 5 mostra como é que mesmo num único país, neste caso a Itália, a epidemia de heroína pode ocorrer em momentos diferentes em regiões diferentes. Os resultados também sugerem que pode haver um período (epidémico) inicial de propagação rápida seguido por efeitos de saturação (ou seja, a maior parte das pessoas susceptíveis tornaram-se consumidores de heroína) e por uma continuação da propagação em grau menos intenso mas constante (situação endémica) — um mecanismo que é semelhante à propagação das doenças infecto-contagiosas. Isto pode ter implicações importantes para os responsáveis pela tomada de decisões no que respeita ao equilíbrio óptimo entre as medidas de política a tomar, como a prevenção primária, que precisa de ser atempada para impedir uma prevalência elevada, e a prevenção secundária (tratamento da toxicod dependência e medidas de redução dos danos), que se torna mais importante quando já existe uma prevalência elevada.

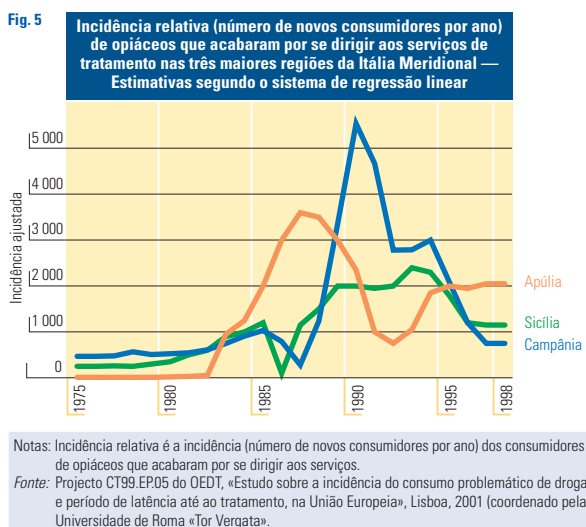
Na figura 5, é notório que a epidemia de heroína na Apúlia parece ter começado mais cedo do que na Sicília e na Campânia. A Apúlia, o «salto da bota» de Itália, está situada numa rota importante de tráfico de heroína que

Procura e oferta de droga



vem da região dos Balcãs para a Europa, o que poderá ter conduzido à propagação precoce de consumo de heroína. Isto confirma resultados anteriormente obtidos com base na análise geográfica de dados relativos a tratamento (*Relatório Anual de 2000* do OEDT).

As diferenças na prevalência do consumo de droga são influenciadas por uma diversidade de factores em cada país. Visto que os países com políticas mais liberais no domínio da droga (como os Países Baixos) e os que têm uma abordagem mais restritiva (como a Suécia) têm taxas de prevalência não muito diferentes, continua a não ser claro o impacto das políticas nacionais no domínio da droga (abordagens mais liberais contra abordagens mais restritivas) sobre a prevalência do consumo da droga e, sobretudo, sobre o consumo problemático de droga. No entanto, a existência de políticas nacionais abrangentes no domínio da droga é de grande importância para reduzir as consequências nefastas do consumo problemático de droga, como sejam as infecções com o HIV, a hepatite B e C e as mortes por *overdose*. Outros factores



que podem afectar a prevalência do consumo problemático de droga são a disponibilidade e o preço das drogas, o desemprego e a pobreza ou outros problemas sociais (a guerra), a estrutura etária de um país e a proporção de zonas urbanas e rurais. Para além disso, o consumo de droga parece ter um comportamento de tipo epidémico (veja-se, por exemplo, as figuras 4 e 5). Pode seguir, assim, ciclos epidémicos de longo prazo que em grande parte estão dependentes da reconstituição demográfica de novas gerações de jovens «susceptíveis», que nunca experimentaram os problemas associados a padrões de consumo de maior intensidade. Neste momento, portanto, não é possível proceder a uma interpretação causal definitiva das taxas de prevalência variáveis no território dos Estados-Membros da UE.

Para alguns países ou cidades existem informações adicionais, qualitativas ou locais, relativas a tendências gerais em matéria de consumo problemático de droga.

Na Áustria, a prevalência do consumo problemático de droga parece ser neste momento estável na maior parte das regiões, embora em Viena as equipas de rua tenham registado um decréscimo do número de jovens recém-consumidores. Em França, o consumo de heroína está a diminuir, de uma maneira geral, embora não seja claro o que isso significa em termos do número de consumidores de heroína, e há algumas indicações de novos aumentos de carácter local. Na Finlândia, as estimativas de prevalência para a área da Grande Helsínquia em 1995-1997 sugerem que o consumo de drogas duras aumentou nesta área num mínimo de 40% em dois anos. Este aumento foi sobretudo acentuado em indivíduos do sexo masculino, com idade superior a 26 anos, e em consumidores de anfetaminas.

Na Alemanha, o consumo da heroína predomina sobretudo nas zonas metropolitanas, sendo as taxas de prevalência e as apreensões muito mais baixas nas zonas rurais. Nos novos *Länder* (Estados federais alemães) o consumo da heroína é ainda raro. Os inquéritos realizados sugerem que o consumo de heroína só aumentou ligeiramente, ou então estagnou, desde 1992; o consumo da cocaína, porém, revela um aumento estável e uniforme. Na Grécia, os dados fornecidos por indicadores indirectos (tratamento, óbitos, serviços de porta aberta) sugerem que o problema do consumo problemático de drogas está a aumentar. Na Irlanda, os consumidores de droga são jovens, o que é reflexo da situação demográfica geral. Até cerca de 1996, a tendência predominante no que respeita ao consumo de heroína apontava no sentido do aumento da droga fumada, mas mais recentemente começou a aumentar de novo o consumo por via intravenosa. Na Itália, os níveis de

consumo de droga parecem ser mais elevados nas regiões do norte, mas o consumo problemático de droga poderá estar distribuído de forma mais regular entre as regiões do norte, do centro e do sul, apesar de a população «em risco» variar entre as áreas geográficas (a população total com idades compreendidas entre os 15 e os 54 anos é de aproximadamente 32 milhões — 44% vive nas regiões a norte, 19% nas regiões centrais e 37% nas regiões a sul). Além disso, nas regiões do norte poderá haver um consumo relativamente maior de drogas de natureza recreativa.

No Luxemburgo, o sistema de registo nacional demonstrou um aumento acentuado de novos registos — 42% — entre 1998 e 1999, o que fica sobretudo a dever-se, porém, ao número de infractores da legislação referente à droga e poderá ser reflexo da actividade policial. Entre os consumidores problemáticos de droga há uma grande percentagem de indivíduos que não são naturais do Luxemburgo (48%). A prevalência estimada mostra uma tendência ascendente. O consumo de droga por via intravenosa diminuiu de um valor superior a 90% para cerca de 66%. Em Amesterdão, nos Países Baixos, o número de consumidores de heroína tem vindo a diminuir moderadamente ao longo dos anos, ao mesmo tempo que, entre aqueles, a proporção dos consumidores por via intravenosa registou um acentuado decréscimo. Em Portugal, os problemas relativos ao consumo de droga são mais significativos nos distritos de Lisboa, Porto, Setúbal e Faro. Em Espanha, o consumo de heroína, especialmente injectada, está a tornar-se menos relevante e os problemas do consumo de cocaína adquirem maior importância entre os problemas ligados à toxicod dependência. Na Suécia, registou-se um aumento do número de casos graves de consumo de droga durante a década de 90 e o consumo de heroína está a tornar-se mais comum em grupos mais

jovens de consumidores problemáticos. No Reino Unido, um relatório publicado em 1998 sugeriu a existência, desde 1996, de um aumento do consumo de heroína entre a população jovem, na maioria das regiões de Inglaterra. Um estudo recente realizado em Londres sugeriu que o aumento da incidência do consumo de heroína não injectada duplicou entre 1991 e 1997.

Consequências do consumo de droga no domínio da saúde

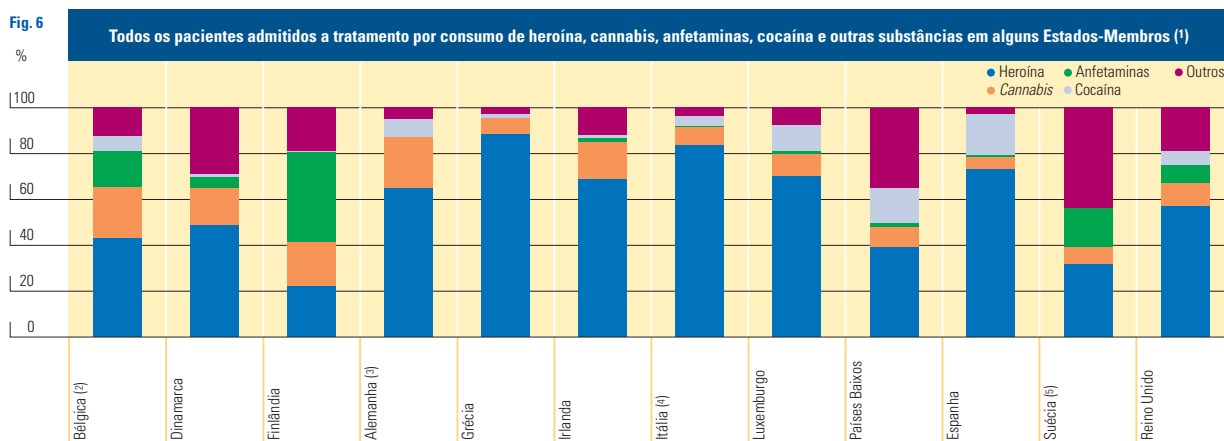
Procura de tratamento

As características dos pacientes admitidos a tratamento (como sejam características sociais) e os comportamentos de consumo (como a percentagem de consumidores de droga injectada ou consumidores de opiáceos) são indicadores potenciais de tendências mais gerais do consumo problemático de droga. Contudo, podem surgir imprecisões devidas a métodos diferentes de recolha de informação e a diferenças na oferta de serviços de tratamento de país para país.

Substâncias

Apesar das diferenças ao nível das políticas de tratamento e das práticas de registo, é possível registar tanto tendências comuns como tendências específicas em toda a Europa.

Na maior parte dos países, os opiáceos são a principal droga dos novos pacientes admitidos a tratamento (especialmente heroína). A variação entre países é bastante elevada — de 22,4% na Finlândia a 84,2% na Grécia, mas as percentagens mais frequentes situam-se entre os 50% e os 70%. Para além da heroína, as outras substâncias principais para as quais há procura de trata-



(*) A Áustria, a França e Portugal não estão incluídos por causa de sistemas não comparáveis de comunicação de resultados.

(2) Bélgica: a heroína inclui todos os opiáceos e as anfetaminas todos os estimulantes (dados de 1998).

(3) Alemanha: a heroína inclui todos os opiáceos.

(4) Itália: também inclui pacientes ainda em tratamento do ano anterior.

(5) Suécia: a heroína inclui todos os opiáceos.

Fontes: Relatórios nacionais Reitox de 2000.

Procura e oferta de droga

mento são a *cannabis* (mais de 15% na Bélgica, Dinamarca, Finlândia e Irlanda) e a cocaína (em especial os Países Baixos com 15,4% e a Espanha com 17%). O *ecstasy* só num pequeno número de casos é a droga principal, sendo o valor mais elevado de 8,9% na Irlanda. No que diz respeito às anfetaminas há diferenças acentuadas e, segundo as notícias que nos chegam, as percentagens mais elevadas ocorrem na Finlândia (39%), Suécia (17%) e Bélgica (15%).

Tendências

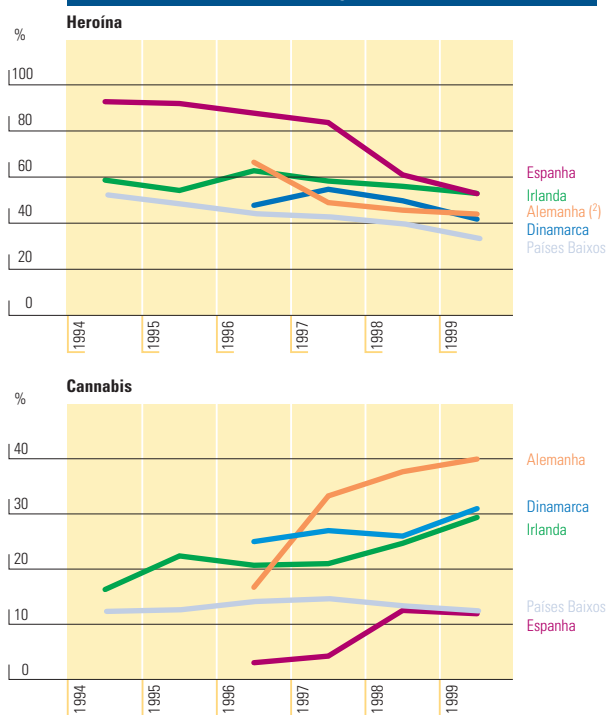
Verificam-se tendências comuns no número de novos pacientes que procuram tratamento — os novos pacientes que procuram tratamento por consumo de heroína estão a diminuir, ao mesmo tempo que aumenta o número dos que procuram tratamento por consumo de *cannabis* e, em especial, de cocaína. O maior aumento dos pacientes consumidores de *cannabis* regista-se na Alemanha (passou de 16,7% em 1996 para 40% em 1999, embora seja importante notar que estes dados só dizem respeito a unidades de consulta externa), na Irlanda (de 20,7% em 1996 para 29,4% em 1999) e na Dinamarca (de 25% em 1996 para 31% em 1999),

embora a maior subida do número de consumidores de cocaína seja comunicada pela Espanha (de 21,6% em 1998 para 30,9% em 1999) e pelos Países Baixos (de 14,7% em 1994 para 23,2% em 1999).

Estas tendências gerais são confirmadas por dados respeitantes a todos os pacientes admitidos a tratamento ao longo dos anos, em que é claro o aumento dos consumidores de cocaína, e também pela comparação entre pacientes novos e todos os pacientes admitidos a tratamento em alguns Estados-Membros. Além disso, é revelado um aumento do consumo de cocaína como segunda droga em pacientes que consomem opiáceos como substância principal (7) (8). De uma maneira geral, os pacientes que procuram tratamento consomem mais do que uma droga e notam-se diferenças entre grupos diferentes de consumidores.

Chegam-nos informações de muitos países acerca do aumento da procura de tratamento de substituição, sobretudo por parte de mulheres grávidas; isso fica provavelmente a dever-se ao facto de estes serviços estarem acessíveis a um maior número de pessoas.

Fig. 7 Evolução dos novos pacientes admitidos a tratamento por consumo de heroína e de *cannabis* em alguns Estados-Membros (1)



(1) Alguns países não foram incluídos por falta de dados comparáveis nos anos em análise.

(2) Dados relacionados com todos os opiáceos.

Fontes: Relatórios nacionais REITOX de 2000.

Consumo de droga por via intravenosa e outras vias de administração

A percentagem de consumidores de droga injectada entre os pacientes em tratamento varia muito, desde 12,5% desses consumidores nos Países Baixos até 72,7% na Grécia. Na maior parte dos países é bastante vulgar uma diminuição geral do consumo de heroína injectada, apesar de variável (da Irlanda chegam-nos informações de uma tendência contrária, ascendente, no consumo de drogas injectadas). Uma comparação entre a totalidade dos pacientes e os novos pacientes que procuram tratamento por consumo de heroína parece confirmar o decréscimo do consumo de heroína injectada (são 10% menos, em média, os que se injectam com heroína) (9).

São muitos os factores que podem influenciar as formas de administração e que não são ainda, de facto, claros nem estão demonstrados por estudos científicos, mas deles podem fazer parte factores de mercado, tradições culturais e intervenções.

A nível de mercado são três os principais factores que podem influenciar a via de administração: a relativa acessibilidade de heroína para fumar (forma de base) ou da heroína para injectar (cloridrato), o preço da heroína (um preço mais elevado leva a um maior consumo por

(7) Figura 7 OL: Tendências em todos os pacientes admitidos a tratamento por consumo de heroína, *cannabis* e cocaína (versão em linha).

(8) Figura 8 OL: Todos e novos pacientes admitidos a tratamento por consumo de *cannabis* e cocaína (dados de 1999) (versão em linha).

(9) Figura 9 OL: Percentagem de toxicodépendentes que se injectam em relação ao total e novos pacientes admitidos a tratamento por consumo de heroína em alguns Estados-Membros da UE (dados de 1999) (versão em linha).

via intravenosa), a pureza da heroína (uma menor pureza está associada a um grau mais elevado de consumo por via intravenosa).

De um ponto de vista cultural, há algumas tradições especificamente ligadas a minorias étnicas; no subgrupo do Suriname, a repulsa pela via intravenosa parece ter influenciado a via de administração (inalar ou fumar) praticada pelos consumidores de heroína. Não se verificou a mesma influência noutros subgrupos, como o dos consumidores norte-africanos em França ou o dos naturais das Antilhas, que também fumam ou inalam tradicionalmente heroína.

Diversos estudos de avaliação põem igualmente em destaque como factor de influência a relação entre actividades no domínio da prevenção (instalações, informação sobre os riscos do consumo por via intravenosa) e mudanças de atitude — passar do consumo por via intravenosa para o consumo por inalação ou pelo fumo.

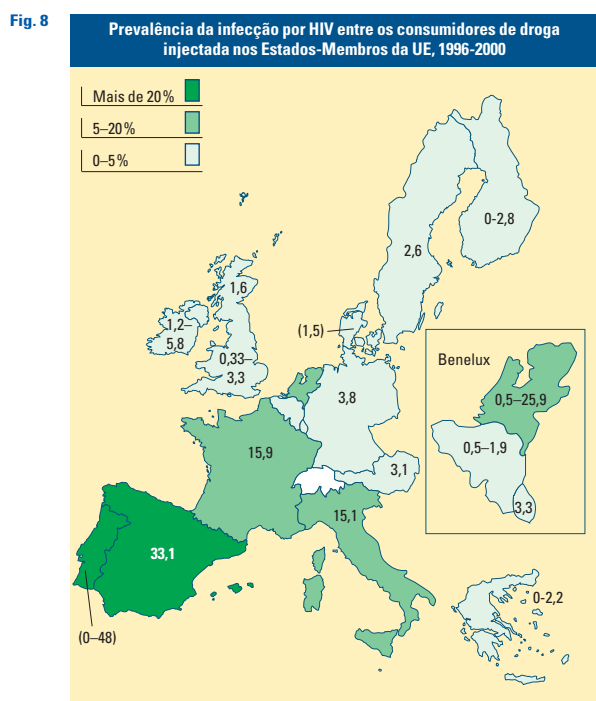
Características sociais

Os pacientes admitidos a tratamento são tendencialmente do sexo masculino e estão na casa dos 20 ou dos 30 anos. A média de idades para a totalidade dos pacien-

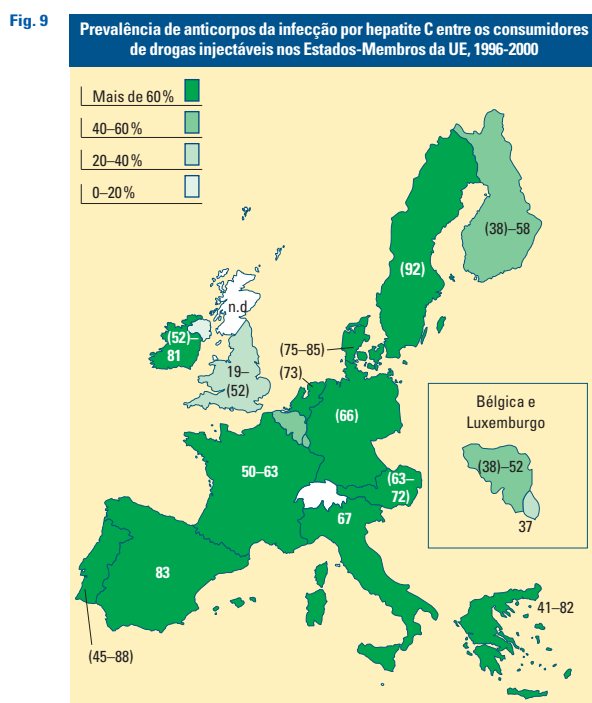
tes é 29 anos e para os novos pacientes é 27 anos. As mulheres são em geral mais novas do que os homens, e procuram tratamento um ano antes dos homens. Os pacientes mais velhos encontram-se na Suécia e nos Países Baixos, enquanto os mais jovens se encontram na Irlanda e na Finlândia; no caso da Irlanda, porém, este facto também é reflexo da situação demográfica do país.

A distribuição entre os géneros também varia, verificando-se uma semelhança entre os países do sul, onde os homens constituem a grande maioria (86/14 em Itália, 85/15 em Espanha, 86/16 em Portugal, 84/16 na Grécia) e entre os do norte, onde há uma maior presença de mulheres em tratamento (70/30 na Irlanda, 72/28 na Suécia).

As condições sociais dos pacientes que procuram tratamento parecem estar a piorar em termos de nível de educação e de emprego. A maioria dos pacientes concentra-se nas zonas urbanas, mas isso também pode ficar a dever-se a um nível diferente de prestação de serviços nas zonas rurais.



Notas: Os dados entre parênteses são locais. As variações observadas entre os países devem ser interpretadas com prudência, uma vez que foram utilizadas diferentes fontes e que, nalguns casos, se trata de dados locais. A cor utilizada para designar um país refere-se ao ponto central do leque de prevalência das diferentes fontes de dados. Os dados referentes à Alemanha, à França, à Espanha e à Itália limitam-se à prevalência da infecção por HIV entre os CDI em tratamento e podem, por conseguinte, não ser representativos da prevalência da infecção por HIV entre os CDI que não estão em tratamento. Para mais pormenores ou para consultar as fontes, ver os quadros estatísticos complementares em www.emcdda.org.



Notas: n.d. — dados não disponíveis. Os dados entre parênteses são locais. As variações observadas entre os países devem ser interpretadas com prudência, uma vez que foram utilizados diferentes tipos de fontes e que, nalguns casos, se trata de dados locais. A cor utilizada para designar um país refere-se ao valor médio do leque de prevalência das diferentes fontes de dados. Os dados referentes à Alemanha, à Espanha e à Itália limitam-se à prevalência da infecção por VHC entre os CDI em tratamento e podem, por conseguinte, não ser representativos da prevalência da infecção por VHC entre os CDI que não estão em tratamento. Os dados referentes ao Luxemburgo limitam-se aos dos CDI na prisão. Os dados relativos ao Luxemburgo e ao Reino Unido e os valores elevados relativos à Irlanda e à Finlândia baseiam-se em resultados de testes à saliva. Os dados relativos à França e os valores elevados relativos à Bélgica baseiam-se em declarações dos próprios sobre os resultados de testes, o que os pode tornar pouco fiáveis. Os dados sobre a Alemanha dizem respeito a 1995 e os dados sobre a Suécia dizem respeito a 1994. Para mais pormenores ou para consultar as fontes, ver os quadros estatísticos complementares em www.emcdda.org.

Novos aumentos na transmissão do HIV entre consumidores de droga injectada em alguns países da UE

Os dados preliminares sugerem que poderão ter ocorrido aumentos da infecção com HIV entre subgrupos de consumidores de droga injectada em alguns países da UE. Há que levar em conta as limitações da utilização de dados de rotina para detectar modificações na transmissão (ver capítulo 3 «Questões específicas», p. 39). Por exemplo, o aumento registado na Irlanda pode dever-se a um aumento dos exames aos CDI. No entanto, é importante controlar atentamente estes possíveis aumentos e tomar, se necessário, as medidas adequadas. Os aumentos na transmissão de HIV poderão ter ocorrido na Áustria, na Finlândia, na Irlanda, no Luxemburgo, nos Países Baixos e em Portugal.

Na Áustria, a prevalência de HIV relacionada com *overdoses* de opiáceos aumentou de 1% para 5% em 1999 (de 3% para 7% em 1996, 2% em 1997 e 1% em 1998).

No Luxemburgo, as infecções pelo HIV entre consumidores de droga injectada aumentaram para mais do dobro, passando de 2 a 3 por ano em 1995-1997 para 6 a 7 por ano em 1998 e 1999; ainda assim, os números são muito pequenos.

Na Irlanda, o número de testes positivos de HIV relacionados com o consumo de droga injectada triplicou em 1999, passando para 69 (era de 20 a 26 por ano no período entre 1994 e 1998).

Em Portugal os dados provêm de fontes a nível local. Em Coimbra, a prevalência entre consumidores de droga

injectada em tratamento aumentou de 9% para 13% entre 1999 e 2000, sobretudo entre as mulheres, e de 9,5% para 18% no grupo etário entre os 25 e os 34 anos. Um estudo de rua realizado entre 250 consumidores de heroína sem abrigo numa área muito problemática de Lisboa concluiu que em 1998-1999 a prevalência era de 48%.

Na Finlândia, ocorreu um grande aumento de comunicações de casos de HIV relacionados com o consumo de droga injectada, que passaram de zero a cinco casos por ano entre 1990 e 1997 para 20 casos em 1998 e 84 casos em 1999. A prevalência entre os utentes do serviço de troca de agulhas e seringas que solicitaram que lhes fosse feito um teste de HIV aumentou de 0% em 1997 para 3% em 1998 e 8% em 1999, tendo diminuído de novo para 3% em 2000.

Na região sul dos Países Baixos, a incidência da infecção por HIV aumentou de 11% para 20% entre 1994 e 1998/1999 entre os CDI, na cidade de Heerlen.

Nota: Tamanhos da amostra: Áustria 1996-184, 1997-131, 1998-108, 1999-126; Países Baixos, Heerlen 1994-161, 1998/1999-116; Portugal, Coimbra 1999-227, 2000-106, Lisboa 1998/1999-252; Finlândia 1997-131, 1998-135, 1999-63, 2000-356.

Fontes: Pontos focais nacionais. Para os dados relativos a Lisboa: Valle, H., Rodrigues, L., Coutinho, R., *et al.*, HIV, HCV and HBV infection in a group of drug addicts from Lisbon, Seventh European conference on clinical aspects of HIV infection, 23 a 27 de Outubro de 1999, Lisboa, Portugal (sinopse 866).

Doenças infectocontagiosas relacionadas com o consumo de droga

Uma análise mais pormenorizada desta questão é apresentada no capítulo 3, «Questões específicas», secção «Doenças infectocontagiosas relacionadas com o consumo de droga».

Prevalência e tendências

Uma vez que os dados disponíveis nos chegam de fontes diferentes (por vezes locais), só é possível apresentar uma impressão geral da prevalência de HIV nos consumidores de droga injectada. No entanto, é bem visível a existência de grandes diferenças entre países e também no interior do mesmo país. Os dados disponíveis indicam níveis de infecção entre diferentes subgrupos de consumidores de droga injectada que variam aproximadamente entre 1% no Reino Unido e 32% em Espanha. Este quadro global não mudou nos últimos anos. No entanto, há indicações de novos aumentos da transmissão do HIV em (subgrupos de) consumidores de droga injectada em alguns países (ver caixa infra).

Os dados relativos à prevalência de infecção com o vírus da hepatite C (VHC) estão menos disponíveis e, nos casos em que estão disponíveis, estão sujeitos às mesmas limitações que os dados relativos ao HIV. No entanto, o quadro global é claro — a prevalência do VHC é extremamente elevada nos dados provenientes de todos os países da UE, com taxas de infecção entre os 40 e os 90% em diferentes subgrupos de consumidores de droga injectada (ver figura 9). Na medida da sua disponibilidade, os dados sobre prevalência em consumidores de droga injectada com menos de 25 anos revelam níveis de infecção com o VHC que vão dos 20% (Bélgica, tratamento, 1998) a mais de 74% (Portugal, tratamento em Coimbra, 2000) (ver figura 7, no capítulo 3, «Questões específicas», secção «Doenças infectocontagiosas relacionadas com o consumo de droga»). Estes dados sugerem que a transmissão do VHC continua a atingir elevados níveis em vários países, embora alguns estudos indiquem que a introdução de medidas preventivas poderia ter reduzido a transmissão (Reino Unido).

Metodologia e definições para óbitos relacionados com o consumo de droga

Este relatório incide sobre as mortes provocadas pelo consumo excessivo de droga (*overdoses*), salvo indicação em contrário.

As comparações directas entre países podem induzir em erro, porque o número de óbitos relacionados com o consumo de droga depende não só da prevalência do consumo problemático de droga e dos padrões de risco (como a injeção), mas também das definições nacionais e dos métodos de registo. Por exemplo, Portugal tem uma definição inclusiva, ao passo que a Suécia passou recentemente de uma definição lata para uma definição mais restritiva (1).

Óbitos e mortalidade entre consumidores de droga relacionados com o consumo de droga são um dos indicadores epidemiológicos fundamentais do OEDT. Foi estabelecido um protocolo padrão europeu para comunicar casos vindos dos Registos Gerais de Óbitos e dos Registos Especiais — da medicina legal ou da polícia. Este protocolo padrão foi ensaiado em todos os Estados-Membros e mantém-se uma colaboração activa com o Eurostat e a Organização Mundial de Saúde (2).

Nos casos em que se mantiver a coerência entre definições, métodos e qualidade das comunicações num determinado país, as estatísticas poderão indicar tendências gerais ao longo do tempo, e se forem correctamente analisadas e integradas com outros indicadores, poderão ser de grande utilidade no controlo dos padrões mais extremos de consumo de droga.

As mortes indirectamente associadas com o consumo de droga — mortes por sida, acidentes de viação, violência ou suicídio — também deverão ser levadas em conta aquando da avaliação do impacto global do consumo de droga, mas exigem fontes de informação diferentes e uma metodologia mais orientada para a investigação.

- (1) Caixa 1 OL: Definições de «óbito relacionado com o consumo excessivo de droga» nos Estados-Membros da UE, tal como utilizadas no Relatório Anual do OEDT e referidas nos relatórios nacionais (versão em linha).
- (2) Caixa 2 OL: Norma proposta pelo OEDT para a contagem de óbitos relacionado com o consumo excessivo de droga — a versão do n.º 1 do padrão de óbito relacionado com o consumo de droga (versão em linha).

Óbitos e mortalidade de consumidores de droga relacionados com o consumo de droga

O número de mortes directamente provocadas pelo consumo excessivo de droga (*overdoses*) é por vezes utilizado como forma simplista de avaliar a situação de um país em termos de consumo de droga e de estabelecer comparações. Os óbitos relacionados com o consumo de droga são uma fonte de preocupação social e política, em especial as mortes provocadas pelo consumo excessivo de droga entre os jovens.

Características dos óbitos relacionados com o consumo excessivo de droga

Nos últimos cinco anos (1994 a 1999), com base nas informações disponíveis, o número global de casos comunicados pelos países da UE oscilou entre os 7 000 e os 8 000. Na UE os opiáceos continuam a estar presentes na maioria dos casos de morte relacionada com o consumo excessivo de droga — «overdoses» ou «intoxicações» (10).

É comum a presença de outras substâncias, tais como o álcool, as benzodiazepinas ou a cocaína. A presença de substâncias depressoras do sistema nervoso central,

como o álcool ou as benzodiazepinas é considerada um factor de risco para *overdose* de opiáceos. Os óbitos relacionados com o consumo excessivo de droga com a presença de cocaína, anfetaminas ou *ecstasy* sem opiáceos parecem não ser frequentes na Europa.

Muitas mortes relacionadas com o consumo de opiáceos ocorrem até três horas após o consumo, o que possibilita a intervenção médica. Além disso, muitas *overdoses* fatais e não fatais são testemunhadas por outros consumidores, o que possibilitaria a intervenção — nesses casos, é importante que os consumidores saibam como procurar ajuda eficaz.

A maior parte das mortes relacionadas com o consumo de opiáceos ocorre entre consumidores de droga injectada com vinte e muitos anos ou na casa dos trinta, geralmente após vários anos de consumo. A grande maioria das mortes ocorreu entre indivíduos do sexo masculino. À semelhança do que acontece com os pacientes admitidos a tratamento, também entre os consumidores de opiáceos que morrem se observa, em muitos países da UE, uma clara tendência para um aumento da idade em que ocorrem os óbitos (11).

(10) Figura 10 OL: Percentagem de consumo de opiáceos e de drogas não pertencentes ao grupo dos opiáceos entre os casos de óbitos relacionados com o consumo de droga, percentagens válidas baseadas em casos com toxicologia conhecida (versão em linha).

(11) Figura 11 OL: Percentagem da mortalidade relacionada com a droga de pessoas com mais de 30 anos de idade em alguns Estados-Membros da UE (1986 e 1999) (versão em linha).

Procura e oferta de droga

Alguns óbitos relacionados com o consumo da cocaína poderão passar despercebidos devido à origem social das vítimas ou devido a uma diferente apresentação clínica dos mesmos (como doenças isquémicas cardíacas ou arritmia). O pessoal dos serviços de emergência deverá estar ciente desta possibilidade. Os óbitos relacionados exclusivamente com o consumo excessivo de *ecstasy* parecem ser raros, apesar da preocupação que estas mortes suscitaram junto da opinião pública em alguns países europeus em meados dos anos 90.

A presença de metadona foi identificada em diversas mortes relacionadas com o consumo de droga e o seu papel tem sido discutido em vários países europeus. Desde que a substituição através da metadona se generalizou nestes últimos anos, os exames toxicológicos circunstanciais revelam com mais frequência a presença da metadona entre consumidores de droga que morrem em consequência de acidentes, sida, etc. Alguns estudos realizados a nível local sugerem que certos óbitos relacionados com o consumo excessivo de droga poderão ser causados pela metadona que é desviada para o mercado ilícito, o que talvez seja facilitado por serviços

de controlo de receitas médicas organizados de forma deficiente. Foi recomendada em alguns países uma melhoria da organização dos programas de substituição através da metadona. Apesar destes problemas, a investigação realizada demonstra que o tratamento de substituição reduz os riscos de morte relacionada com o consumo de droga entre os participantes do programa.

Tendências em matéria de óbitos relacionados com o consumo excessivo de droga

Em muitos países da UE verificou-se um aumento acentuado de óbitos relacionados com o consumo excessivo de droga na segunda metade da década de 1980 e no início da década de 1990. No entanto, nos últimos anos, o número de óbitos relacionados com o consumo excessivo de droga tem estabilizado a nível da UE na sua totalidade, com valores que oscilam entre os 7 000 e os 8 000 por ano, e em alguns países até se registou um decréscimo.

Há uma multiplicidade de factores que provavelmente contribui para a recente estabilização do número de mortes relacionadas com o consumo de droga. O número de consumidores problemáticos de droga poderá ter estabilizado e os dados relativos a tratamentos sugerem que as práticas de risco, como por exemplo a injeção, também diminuíram em alguns países. Além disso, em muitos países alargou o âmbito das intervenções de tratamento — incluindo os programas de substituição — e é provável que a assistência médica nos casos de *overdoses* tenha melhorado.

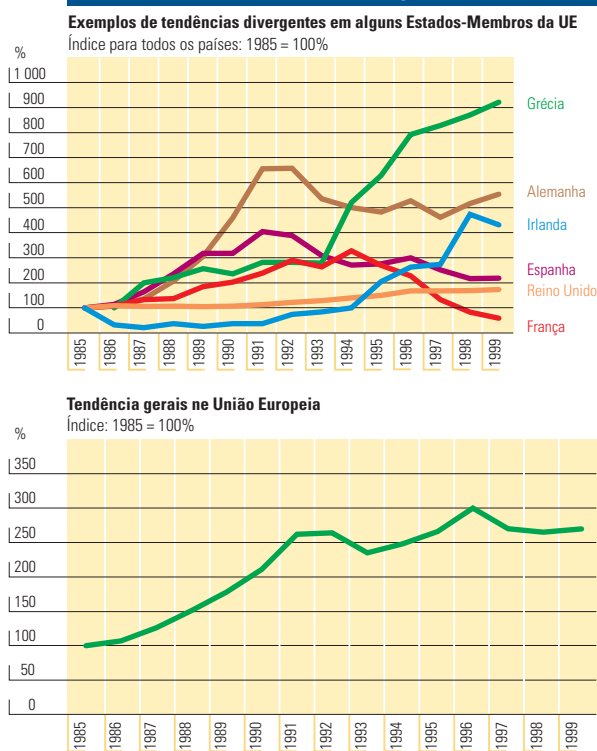
A estabilização é coerente com a diminuição da mortalidade em termos globais (em alguns casos também dos óbitos por *overdose*) em grupos de consumidores problemáticos de droga, tal como se descreve abaixo (secção relativa à mortalidade entre os consumidores de droga).

No âmbito da tendência global da UE podem observar-se diferentes tendências nacionais.

- Diversos países apresentam uma tendência geral de sentido descendente, se bem que com flutuações anuais: por exemplo, a Alemanha, a Áustria, a Espanha, a França, a Itália e o Luxemburgo. A Áustria (1999), a Alemanha (1999-2000) e o Luxemburgo (1997-1998) comunicaram recentemente novas subidas, mas os valores não são tão elevados como os anteriores. Esta evolução tem de ser atentamente vigiada.

- Alguns países comunicaram até há pouco tempo uma considerável tendência ascendente — por exemplo, a Grécia, a Irlanda (foi observado um decréscimo em 1999) e Portugal. Essas subidas estão provavelmente

Fig. 10 Tendências no número de óbitos relacionados com o consumo excessivo de droga, 1985-1999



Nota: Em alguns países, parte do aumento poderá ser devido a uma melhoria ao nível da informação. São apresentadas variações proporcionais em relação aos dados de 1985. No caso da Grécia, a série tem início em 1986 para evitar distorções.

Estas tendências podem ser calculadas para todos os Estados-Membros da UE. Sai apresentados alguns a título de exemplo.

Nem todos os países forneceram dados para todos os anos, mas a situação foi controlada na análise.

Fontes: Relatórios nacionais Reitox de 2000, baseados nos registos de mortalidade nacionais ou registos especiais (forenses ou policiais). Ver ainda os quadros epidemiológicos padrão no website do OEDT.

relacionadas com um aumento posterior do consumo da heroína nos países referidos durante a década de 1990 devido à evolução sociológica ocorrida. É também provável que tenha havido uma melhoria das práticas de registo. A definição lata dos casos que foi utilizada poderá influenciar em parte o acentuado aumento recentemente observado em Portugal.

- O Reino Unido apresenta uma tendência de aumento moderado mas contínuo. Noutros países a tendência é estável, ou então as tendências são difíceis de avaliar devido à recente mudança verificada na Classificação Internacional de Doenças (da 9.^a para a 10.^a edição), ou às alterações verificadas nas definições nacionais.

As comparações entre estimativas referentes a óbitos relacionados com o consumo de droga na UE e nos EUA deverão ser estabelecidas e interpretadas com a máxima prudência. As actuais definições europeias de «óbito relacionado com o consumo de droga» são heterogéneas e a definição dos EUA é um pouco mais lata e inclui medicamentos psicoactivos. Mesmo assim, vale a pena ter em atenção que o número de casos registados nos países da UE (376 milhões de habitantes) se eleva a mais ou menos metade dos casos registados nos EUA (270 milhões de habitantes). Nos últimos anos, o número de casos ocorridos na UE flutuou entre 7 000 e 8 000, ao passo que os EUA parecem apresentar, no mesmo período, uma tendência ascendente de cerca de 13 000 para quase 16 000 casos (Pnucid: «A estratégia nacional de controlo da droga», Relatório Anual 2001).

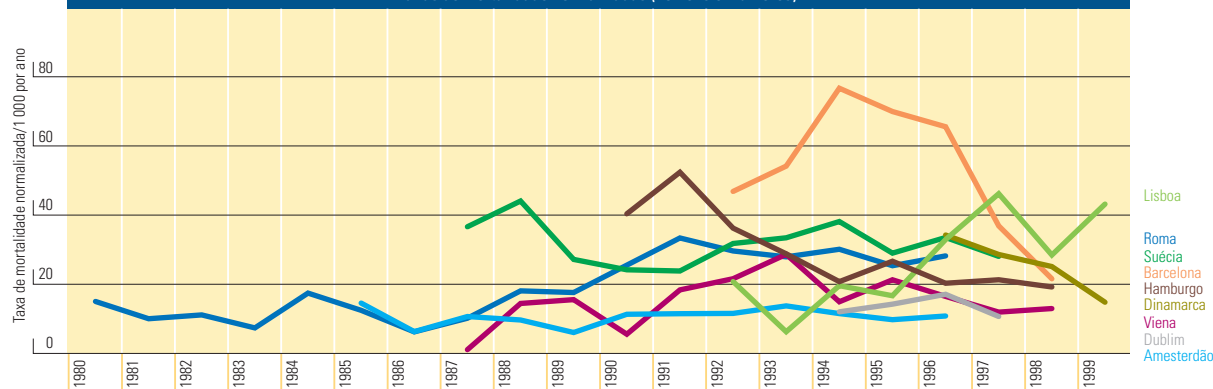
Mortalidade entre consumidores de droga

Os consumidores problemáticos de droga representam uma percentagem muito reduzida da população, mas concentram problemas de saúde desproporcionados e, em particular, têm uma taxa de mortalidade elevadíssima.

Estudos de acompanhamento que consistem em seguir grupos de consumidores problemáticos de droga (habitualmente consumidores de opiáceos recrutados nos centros de tratamento) ao longo de vários anos demonstraram de forma coerente que a taxa de mortalidade global (por todas as causas) dos consumidores de opiáceos chega a ser 20 vezes superior à do mesmo grupo etário da população em geral. Este valor não fica só a dever-se ao consumo excessivo de droga, mas também a acidentes, suicídios, sida e outras doenças infecto-contagiosas. Foram identificados outros factores de risco: a mortalidade entre os consumidores de droga por via intravenosa é entre duas e quatro vezes superior à dos consumidores com outras formas de consumo, enquanto a dos consumidores infectados com HIV é entre duas e seis vezes superior à dos não infectados. O consumo conjugado de opiáceos com outras substâncias depressoras do sistema nervoso central, como o álcool ou as benzodiazepinas, pode aumentar o risco de *overdoses*.

A mortalidade dos consumidores problemáticos de droga que não consomem opiáceos ou não se injectam é visivelmente inferior, embora os riscos para a saúde deste grupo sejam mais difíceis de avaliar com precisão. De uma maneira geral, os centros tradicionais de tratamento por consumo de droga registam um número relativamente reduzido e seleccionado de casos de grandes consumidores de cocaína ou de anfetaminas e uma percentagem substancial dos mesmos parece ser constituída por antigos consumidores de opiáceos, ou consumidores concomitantes de opiáceos, por antigos consumidores por via intravenosa ou por excluídos sociais. Para estes consumidores de droga poderão ser necessárias metodologias e/ou fontes diferentes das que são necessárias para os consumidores tradicionais de opiáceos.

Fig. 11 Mortalidade por todas as causas de grupos de consumidores de opiáceos recrutados em centros de tratamento em vários países ou cidades da UE
Taxas de mortalidade normalizadas (homens e mulheres)



Nota: A comparabilidade entre os sites de estudos ainda é limitada.
Fontes: Projecto OEDT CT.99.EP07, coordenado pela Agenzia di Sanità Pubblica, Roma. Ver também os quadros epidemiológicos padrão no website do OEDT.

Procura e oferta de droga

Um estudo realizado pelo OEDT em diferentes locais estabeleceu coortes em nove locais da Europa (cidades ou países), seguindo na medida do possível um protocolo comum desenvolvido como parte do indicador fundamental «óbitos e mortalidade relacionados com o consumo de droga entre consumidores de droga». O estudo revela diferenças consideráveis em matéria de mortalidade e de causas da morte em geral de local para local.

Tendências em termos de mortalidade entre consumidores de droga

O estudo do OEDT atrás referido revela que em vários locais as taxas de mortalidade atingiram os seus níveis mais elevados no início ou em meados da década de 1990, diminuindo em anos mais recentes (Barcelona, Hamburgo, Viena e talvez a Dinamarca — com informações apenas nos últimos anos). Em Barcelona, este fenómeno foi particularmente evidente: a mortalidade ultrapassou os 50 em cada 1 000 consumidores por ano de 1992 a 1996, antes de diminuir acentuadamente, como reflexo sobretudo de uma redução do número de mortes por sida e, em menor escala, do número de mortes por consumo excessivo (*overdose*).

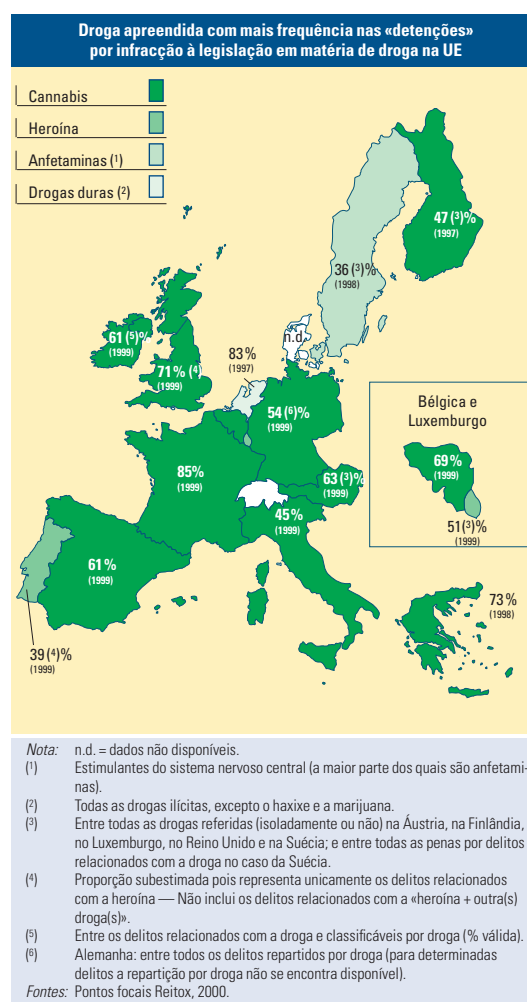
Indicadores da execução da legislação

As infracções da legislação nacional relativa à droga (como seja o consumo, a posse e o tráfico de droga) são reflexo das diferenças na legislação e também dos recursos e das prioridades das forças encarregadas de impor o cumprimento dessa legislação. As diferenças nas práticas de registo e nas definições afectam as comparações, mas sempre que possível procede-se à comparação das diferentes tendências.

«Detenções»⁽¹²⁾ por infracção à legislação em matéria de droga

A *cannabis* continua a ser, em 1999, a substância mais habitualmente ligada a «detenções» relacionadas com droga — representando 45% das detenções relacionadas com a droga efectuadas em Itália e 85% das efectuadas em França. Na Suécia, as anfetaminas são ligeiramente mais frequentes que a *cannabis*. Em Portugal e no Luxemburgo, a heroína é predominante, ao passo que nos Países Baixos a maior parte das infracções relacionadas com droga têm a ver com «drogas duras» (substâncias diferentes da *cannabis* e seus derivados).

Fig. 12



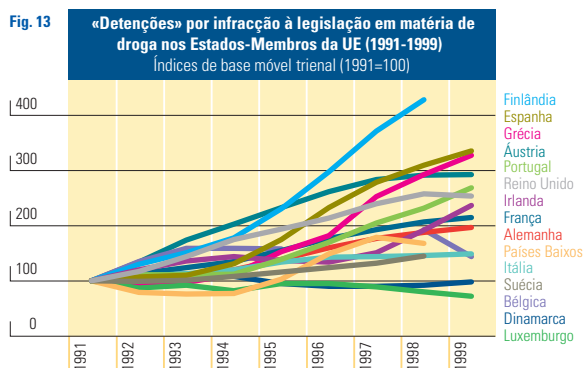
A maioria das infracções comunicadas está relacionada com o consumo ou a posse de droga para consumo, excepto na Itália, nos Países Baixos e em Espanha, onde as infracções relacionadas com droga dizem apenas respeito ao negócio ou ao tráfico de droga. Tal como em anos anteriores, em 1999 foi o Luxemburgo que comunicou a maioria das detenções por infracções relacionadas com o consumo e o tráfico de droga.

Tendências

As «detenções» por infracção à legislação em matéria de droga têm aumentado continuamente desde 1985 em todo o território da UE. Segundo foi comunicado, na Finlândia, na Grécia e em Portugal os números aumentaram para mais do sétuplo, ao passo que na Dinamarca, na Itália, nos Países Baixos e na Suécia os aumentos foram muito menores (o dobro ou menos).

Nos últimos três anos, o número de «detenções» relacionadas com a droga subiu na maior parte dos países da UE. Os principais aumentos foram comunicados pela

(12) Os Estados-Membros definem «detenções» por infracção à legislação em matéria de droga de formas diferentes. O termo pode, por exemplo, dizer respeito a suspeitos autores de infracções ou a acusações de violação da legislação. Para definições exactas deverá consultar-se o Boletim Estatístico em www.emcdda.org.



Notas: No que se refere à definição de «detenções» ver por favor os quadros complementares em www.emcdda.org.
Foram introduzidos os valores reais de 1999 em relação a todos os países e de 1998 em relação à Bélgica, à Finlândia, aos Países Baixos e à Suécia visto que, nestes casos, os dados disponíveis não permitem calcular as bases móveis.
A série foi interrompida no caso da Bélgica em 1996 e 1997 (dados não disponíveis).
Grécia: os valores de 1998 referem-se a uma série de acusações.
Fontes: Pontos focais Reitox.

Grécia, Irlanda, Portugal e Espanha. Em 1999, a Bélgica e o Reino Unido foram os únicos países a comunicar uma descida do número de «detenções» relacionadas com a droga ⁽¹³⁾.

Consumidores de droga nas prisões

A prevalência de consumidores de droga entre os presos é avaliada sobretudo por meio de vários estudos *ad hoc* realizados a nível local. Um número de presos que pode atingir os 90% diz já ter consumido ao longo da vida uma droga ilícita. Os consumidores problemáticos de droga e/ou os consumidores de droga por via intravenosa são menos frequentes, mas podem representar até 50% da população prisional em algumas áreas ⁽¹⁴⁾.

Vários países comunicam a existência de consumo de droga nas prisões. Há menor probabilidade de os consumidores de droga por via intravenosa se injectarem na prisão do que na comunidade, mas é muito maior a probabilidade de partilharem equipamento de injeção dentro das prisões.

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

Os dados relativos a apreensões, preço e pureza da droga abaixo analisados foram fornecidos pelos pontos focais Reitox. As diferenças em relação aos dados publicados pela Europol são devidas a diferenças nos processos de comunicação ⁽¹⁵⁾.

As apreensões de droga são geralmente consideradas como indicadores indirectos da oferta e da disponibilidade

das drogas, embora também reflectam os recursos, as prioridades e as estratégias em matéria de execução da lei, bem como a vulnerabilidade dos traficantes a essa execução. As tendências gerais no que respeita às quantidades apreendidas podem induzir em erro pois poderão oscilar de um ano para outro devido a um pequeno número de apreensões de grande envergadura. O número de apreensões constitui geralmente um indicador mais útil das tendências gerais a nível do consumidor. Isso porque em todos os países elas incluem uma importante proporção de pequenas apreensões ao nível retalhista do mercado. Quando são conhecidos, a origem e o destino das drogas apreendidas poderão constituir uma indicação das rotas de tráfego e das zonas de produção. A maior parte dos Estados-Membros comunica o preço e a pureza das drogas ao nível retalhista, mas os dados são escassos e não permitem estabelecer comparações exactas. No entanto, podem fornecer uma indicação aproximada da disponibilidade de diferentes drogas, lado a lado com informações sobre o acesso a drogas a nível do consumidor.

Heroína

Em 1999, foram apreendidas na UE mais de sete toneladas de heroína, um terço das quais no Reino Unido. A heroína apreendida na UE vem sobretudo do chamado Crescente Dourado (Sudoeste asiático: Afeganistão e Paquistão), seguido do chamado Triângulo Dourado (Sudeste asiático: Laos, Mianmar, Tailândia), via Turquia,

Acesso a drogas por parte de estudantes com 15 a 16 anos de idade

Com base nos inquéritos escolares ESPAD, a noção da acessibilidade das drogas por parte de jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 16 anos parece ter aumentado entre 1995 e 1999 em todos os países da UE que participaram na iniciativa ⁽¹⁾, excepto na Irlanda e no Reino Unido, onde tem estado a diminuir. Em 1999, a *cannabis* era considerada de acesso «muito fácil» ou «relativamente fácil» por 20% a 60% dos estudantes, a heroína e a cocaína por 5% a 20% e as anfetaminas e o *ecstasy* por 6% a 38%. A noção de disponibilidade de drogas ilícitas na Finlândia é tipicamente muito baixa, sendo bastante elevada na Dinamarca, na Irlanda e no Reino Unido.

⁽¹⁾ Países participantes da UE: Dinamarca, Finlândia, França, Grécia, Irlanda, Itália, Portugal, Suécia e Reino Unido.
Fonte: O Relatório ESPAD de 1999. Para a totalidade da informação, ver a p. 11.

⁽¹³⁾ Quadro 3 OL: Detenções por infracção à legislação em matéria de droga (versão em linha).

⁽¹⁴⁾ Quadro 4 OL: Percentagem de consumidores de droga entre os prisioneiros nos Estados-Membros da UE (versão em linha).

⁽¹⁵⁾ Quadro 5 OL: Apreensões de droga nos Estados-Membros da UE, 1999 (versão em linha).

Procura e oferta de droga

Rota dos Balcãs e Países Baixos. No entanto, há notícias de um aumento do tráfico através dos países do nordeste da Europa, especialmente da Rússia.

Na rua, os preços da heroína na UE em 1999 variavam entre os 30 e os 340 euros por grama. Segundo as informações recebidas, os preços mais elevados registavam-se na Finlândia e na Suécia. A pureza da heroína oscila tipicamente entre menos de 20% e 35%, sendo, no entanto, o grau médio de pureza superior na Dinamarca, na Finlândia e no Reino Unido.

Tendências

A nível da UE, as apreensões de heroína aumentaram até 1991-1992, estabilizando em seguida. O número de apreensões de heroína tem aumentado continuamente desde 1985 no Luxemburgo, em Portugal e na Suécia, ao mesmo tempo que da Alemanha, Áustria, Bélgica, Dinamarca, Espanha e França chegavam notícias de diminuições acentuadas desde 1996-1997. Em todos os Estados-Membros da UE as quantidades apreendidas oscilaram ao longo do período referido. Em 1999, foram comunicadas reduções acentuadas das quantidades de heroína apreendida na Áustria, França, Grécia, Irlanda e Países Baixos, enquanto na Itália e em Espanha se registaram grandes aumentos da quantidade de heroína apreendida.

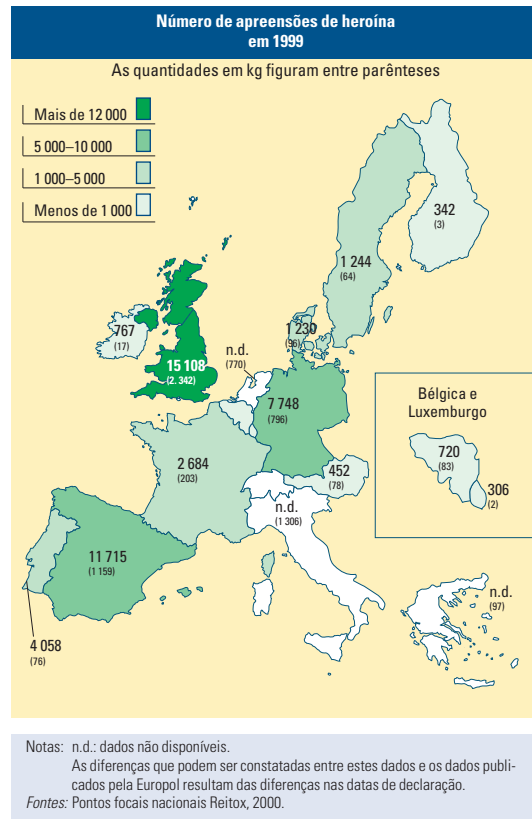
Os preços da heroína vendida na rua mantêm-se geralmente estáveis, embora o Luxemburgo, Portugal, a Suécia e o Reino Unido tenham comunicado uma diminuição recente. Segundo as notícias que recebemos, a pureza da heroína mantêm-se estável ou está a diminuir em todos os países, com excepção da Alemanha e do Reino Unido, onde tem aumentado recentemente.

Cocaína ⁽¹⁶⁾

A Espanha continua a ser o país da UE com o nível mais elevado de apreensões de cocaína. A cocaína consumida na Europa vem da América Latina (em especial do Brasil, da Colômbia e da Venezuela) via América Central, Espanha e Países Baixos.

O preço da cocaína vendida a retalho variava entre 35 e 170 euros por grama em 1999. Os preços mais baixos registam-se na Bélgica e em Espanha e os mais elevados na Finlândia. A pureza da cocaína é geralmente elevada, entre 55% a 70% na maior parte dos países, com excepção da Irlanda, que comunicou um grau médio de pureza de 41% em 1999.

Fig. 14



Tendências

O número total de apreensões de cocaína aumentou continuamente na UE desde meados da década de 1980 e pareceu estabilizar em 1999. As apreensões de cocaína aumentaram acentuadamente em 1999 no Luxemburgo e na Suécia, ao mesmo tempo que diminuía na Áustria, na Bélgica e na Dinamarca.

Na sequência de aumentos registados até 1990, as quantidades de cocaína apreendida estabilizaram, e a partir de 1994 flutuaram, mas sempre com uma tendência ascendente. Nos últimos anos, as quantidades aumentaram na França e na Suécia e diminuíram na Grécia, Irlanda e Luxemburgo.

Os preços da cocaína são estáveis na maior parte dos países, mas estão a descer no Luxemburgo, em Portugal e no Reino Unido. A pureza mantêm-se em geral estável, embora tivesse aumentado no Reino Unido em 1999.

Drogas sintéticas: anfetaminas, ecstasy e LSD ⁽¹⁷⁾

Na Finlândia e na Suécia as anfetaminas são a segunda droga mais vulgarmente apreendida. O Reino Unido é responsável pela maior parte das quantidades de anfetaminas, ecstasy e LSD apreendidas na UE.

⁽¹⁶⁾ Figura 12 OL: Número de apreensões de cocaína em 1999 (versão em linha).

⁽¹⁷⁾ Figura 13 OL: Número de apreensões de anfetaminas em 1999 (versão em linha).

Há uma produção local significativa de drogas sintéticas nos Países Baixos, mas também há notícias de produção dessas drogas noutros Estados-Membros — Bélgica e Reino Unido — e em países da Europa Oriental (Estónia, Polónia e República Checa).

Segundo as notícias que recebemos, as anfetaminas são vendidas a preços que oscilam entre os 5 e os 60 euros por grama, enquanto os comprimidos de *ecstasy* variam entre os 5 e os 25 euros cada. As drogas sintéticas são mais baratas na Bélgica e no Reino Unido. O grau de pureza das anfetaminas é muito variável, oscilando entre 3% na Irlanda e 55% na Finlândia, mas tipicamente oscila entre os 10% e os 20% na UE. Os comprimidos vendidos sob a designação de *ecstasy* contêm — em 15% a 90% dos casos — *ecstasy* ou substâncias do tipo do *ecstasy* (MDMA, MDEA, MDA). Em 6% a 22% dos comprimidos encontram-se anfetaminas (ou metanfetaminas), mas também é possível encontrar diversas outras substâncias psicoactivas.

Tendências

As apreensões de anfetaminas — tanto o número de apreensões como as quantidades apreendidas — têm vindo a aumentar desde 1985. Em 1999, o número de apreensões de anfetaminas continuou a aumentar na Finlândia e na Suécia, enquanto noutros países se manteve estável ou diminuía. As quantidades apreendidas atingiram um máximo em 1997-1998 na maior parte dos Estados-Membros.

As apreensões de *ecstasy* aumentaram até 1996, estabilizando em seguida para voltarem a aumentar em 1999 em todos os países com excepção da Bélgica e do Luxemburgo. As quantidades de *ecstasy* apreendido seguiram a mesma tendência ascendente desde 1985 e estabilizaram em seguida a partir de 1993, atingindo o valor máximo em 1996 e diminuindo em 1997. De então para cá têm vindo a aumentar de novo em todos os Estados-Membros com excepção da Áustria e da Irlanda. As notícias dos maiores aumentos chegam-nos da Finlândia, da Alemanha, da Grécia, de Portugal, do Reino Unido e da Suécia.

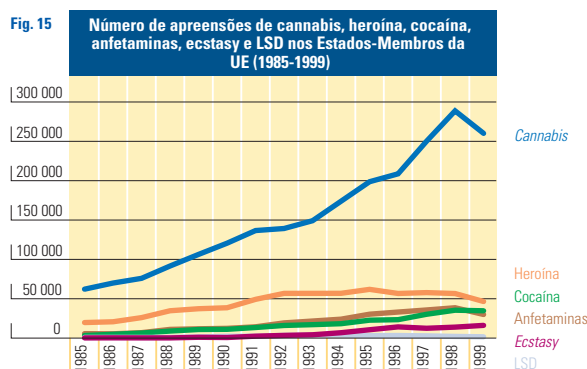
As apreensões de LSD são menos comuns. Tanto o número de apreensões como as quantidades apreendidas aumentaram até 1993 e diminuíram de então para cá. Em 1999 as quantidades continuavam a decrescer em todos os países excepto a Áustria, a Grécia, Portugal e o Reino Unido.

Após quebras significativas na década de 1990, os preços das anfetaminas e do *ecstasy* estabilizaram na UE. No entanto, chegaram-nos notícias de descidas do preço do *ecstasy* em Portugal e das anfetaminas na Suécia, enquanto na Grécia o preço dos comprimidos de *ecstasy* duplicou. Nos últimos anos, a proporção de comprimidos que contêm *ecstasy* ou substâncias semelhantes ao *ecstasy* aumentou em muitos países, ao passo que os que contêm anfetaminas (e metanfetaminas) diminuiu.

Cannabis

A *cannabis* é a droga apreendida com maior frequência em todos os Estados-Membros excepto Portugal, onde predominam as apreensões de heroína. Desde 1996, a Espanha tem apreendido as maiores quantidades de *cannabis*. Do Reino Unido chegam-nos notícias de um número superior de apreensões de *cannabis*, mas estas referem-se em média a pequenas quantidades ⁽¹⁸⁾.

A resina da *cannabis* vem sobretudo de Marrocos, passando pela Espanha e pelos Países Baixos. A planta da *cannabis* é originária do Afeganistão, do Paquistão e do Líbano, bem como de antigas colónias. Há notícias de produção local na maior parte dos Estados-Membros, em especial a produção de «nederwiet» ⁽¹⁹⁾ nos Países Baixos.



Notas: Não existem dados disponíveis sobre a Grécia; em relação a outros países existem dados disponíveis apenas desde 1988 (Dinamarca e Portugal), 1993-1996 (Finlândia) e 1997 (Países Baixos). O número de apreensões em 1999 está subavaliado devido à inexistência de dados disponíveis sobre a Itália e os Países Baixos.
Cannabis, heroína e cocaína: não existem dados disponíveis relativos a 1999 sobre a Itália e os Países Baixos.
Anfetaminas: não existem dados disponíveis desde 1998 sobre a Áustria e os Países Baixos e relativos a 1999 sobre a Itália. Os dados relativos a 1998 e 1999 sobre a Bélgica incluem também as apreensões de *ecstasy*.
Ecstasy: a maior parte da série de dados tem início na primeira metade da década de 90 (excepto sobre a França, a Itália, a Espanha e o Reino Unido). Não existem dados disponíveis relativos a 1999 sobre os Países Baixos e a Itália. Os dados relativos a 1998 e 1999 sobre a Bélgica incluem também apreensões de anfetaminas. Entre 1985 e 1994, os dados sobre a Espanha incluem igualmente apreensões de LSD.
 LSD: não existem dados disponíveis relativos a 1999 sobre a Finlândia e os Países Baixos.
 Fontes: Pontos focais Reitox.

⁽¹⁸⁾ Figura 14 OL: Número de apreensões de *cannabis* em 1999 (versão em linha).

⁽¹⁹⁾ *Nederwiet*: Plantas de *cannabis* neerlandesas localmente produzidas nos Países Baixos.

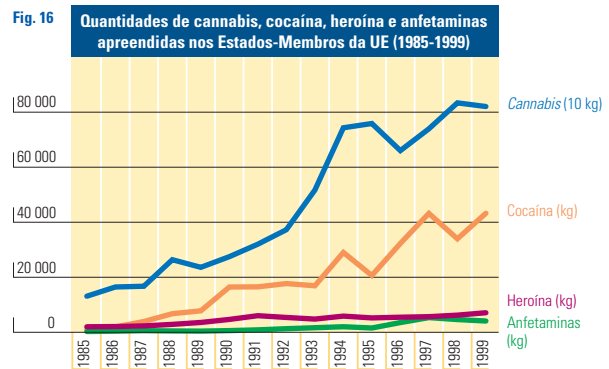
Procura e oferta de droga

Em 1999, o preço da *cannabis* vendida a retalho variava, segundo as informações de que dispomos, entre 3 e 18 euros por grama de resina de *cannabis* e entre 3 e 12 euros por grama de folhas de *cannabis*.

A percentagem de substância psicoactiva na resina da *cannabis* — delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) — varia entre 3% e 15% em média, embora haja notícias de amostras na UE que variam entre 0% e 70% de THC. O conteúdo de THC nas folhas da *cannabis* é geralmente inferior, cerca de 2% a 7%, com excepção da *cannabis* «nederwiet», que tem uma percentagem superior (8,6% em média).

Tendências

O número de apreensões de *cannabis* tem vindo a registar um aumento contínuo na UE desde 1985. Em 1999 continuou a aumentar em todos os países excepto a Bélgica, a Dinamarca e o Reino Unido, onde as apreensões diminuíram. As quantidades apreendidas também aumentaram, mas estabilizaram entre 1995 e 1997. Desde então, a maior parte dos países tem comunicado



Notas: Algumas das quantidades apreendidas estão subavaliadas visto que os dados não estão disponíveis.

Anfetaminas: não existem dados disponíveis sobre a Áustria desde 1998. Desde 1996 os dados sobre a Bélgica incluem tanto as apreensões de anfetaminas como de ecstasy em pó (as apreensões de comprimidos de anfetaminas e ecstasy não estão incluídas aqui).

Fontes: Pontos focais Reitox.

uma tendência ascendente, embora ocorressem reduções consideráveis na Áustria, Bélgica, Grécia e Reino Unido em 1999.

O preço da *cannabis* mantém-se geralmente estável na UE, embora registe uma queda em Portugal desde 1997.

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. Também são analisadas as respostas ao problema da droga nos sectores educativo, da saúde, da assistência social e da justiça penal.

Respostas políticas e estratégicas

A nível da União Europeia

O plano de acção da UE em matéria de droga (2000-2004)

Em Junho de 2000, o Conselho Europeu de Santa Maria da Feira aprovou o plano de acção da UE em matéria de luta contra a droga como continuação concreta da estratégia da União Europeia de luta contra a droga (2000-2004). Essa estratégia estabeleceu 11 objectivos gerais e seis metas principais para a UE e o plano de acção apresenta uma lista de cerca de 100 actividades específicas que deverão ser implementadas pela União Europeia até finais de 2004. São as seguintes as seis metas principais:

- 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, 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 crimes relacionados com o consumo de droga;
- reduzir substancialmente, em cinco anos, o branqueamento de capitais e o tráfico de precursores.

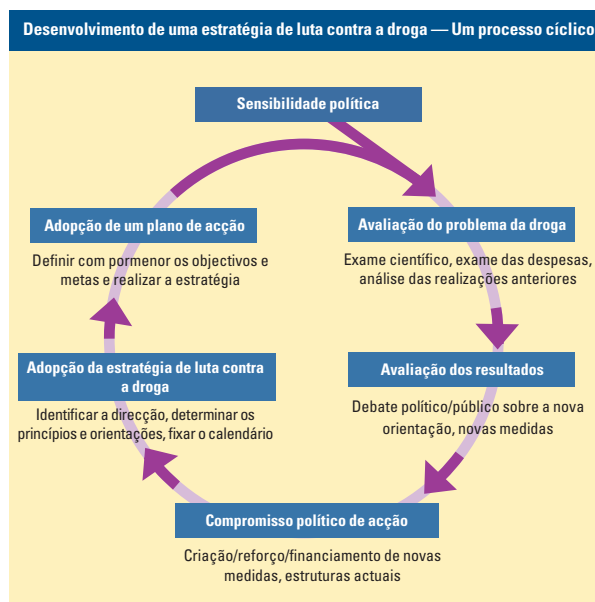
Não sendo embora um documento vinculativo em termos jurídicos, o plano de acção é mais um passo em frente na luta contra a droga na UE, na medida em que demonstra o empenhamento dos Estados-Membros no sentido de executar os objectivos definidos na estratégia de 1999. O plano de acção contém orientações e quadros para as acções a desenvolver e sublinha a importância de ser avaliado periodicamente — essa avaliação deve ser efectuada em 2002 e, à data da sua conclusão, em finais de 2004.

O plano de acção presta especial atenção aos aspectos da coordenação e da informação e reflecte a necessidade de uma abordagem equilibrada, na qual a redução da procura de droga e a redução da oferta de droga mutuamente se reforcem. Sublinha também a importância de integrar os países candidatos à adesão, demonstrando assim o empenhamento da UE em ajudar esses países a lidar com o problema da droga com a maior eficácia possível.

A nível nacional: estratégias de luta contra a droga nos Estados-Membros da União Europeia

Há notícias de uma intensificação da actividade a nível dos Estados-Membros na área da avaliação e da revisão da política de luta contra a droga. O estado, o âmbito e o conteúdo dessas iniciativas variam, mas ilustram uma tendência visível no sentido do reforço e da melhoria da política de luta contra a droga. Tal tendência parece assentar no reconhecimento mútuo de que nenhuma resposta isolada é eficaz para atacar o problema da

Fig. 17



droga, que é um problema plurifacetado, e que as respostas plurifacetadas são úteis quando fazem parte de uma estratégia coordenada de longo prazo.

A avaliação científica e a avaliação periódica são reconhecidas como essenciais na avaliação e revisão das estratégias de luta contra a droga. A figura 17 ilustra uma abordagem utilizada em vários Estados-Membros, que mostra como a renovação da sensibilização política para o problema da droga se repercute num processo cíclico de avaliação científica, avaliação, debate político e formulação, adopção e acção.

Disposições em matéria de coordenação no domínio da luta contra a droga

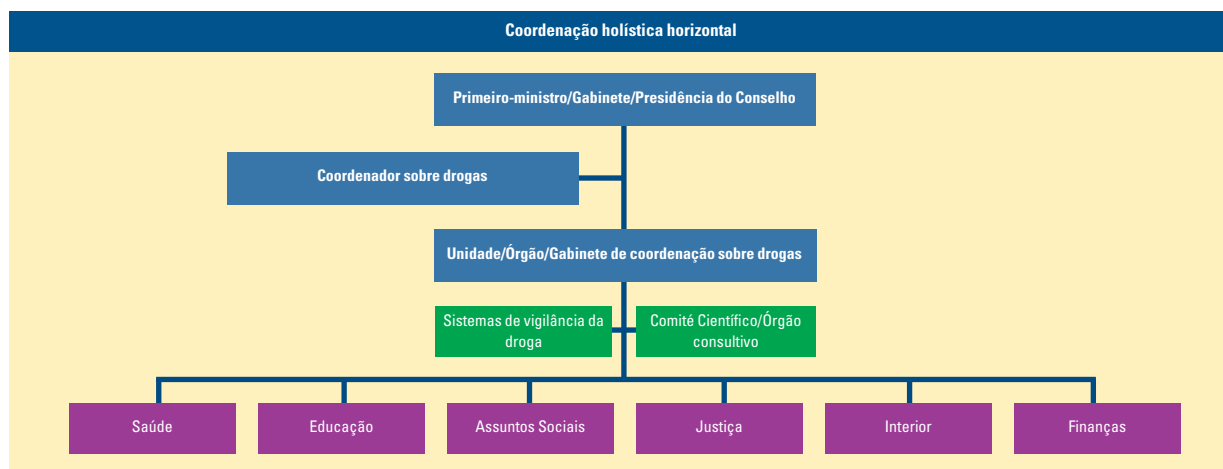
O plano de acção da UE em matéria de luta contra a droga (2000-2004) incentiva os Estados-Membros a criarem e reforçarem mecanismos de coordenação

Fig. 18

Panorâmica da evolução recente das estratégias em matéria de droga	
Adoptadas	1998-1999
Áustria	Programa de Viena sobre política em matéria de droga, 1999; Salzburgo, plano de acção
França	Estratégia francesa em matéria de droga, 1999-2001
Irlanda do Norte	Estratégia em matéria de droga: uso indevido de droga na Irlanda do Norte: declaração política, 1999
Noruega	Plano de acção para a redução do consumo de droga, 1998-2000
Portugal	Estratégia portuguesa em matéria de droga, 2000
Escócia	Estratégia em matéria de droga: tratar do problema da droga na Escócia: acção em regime de parceria, 1999
Espanha	Estratégia espanhola em matéria de droga, 2000-2008
Reino Unido	Estratégia em matéria de droga: «Tackling Drugs to Build a Better Britain», 1998-2008
Adoptadas	2000-2001
Áustria	Planos de acção: Estíria, Baixa Áustria
Bélgica	Nota política, 2001
Irlanda	«Building on Experience» (Basear-se na experiência), Estratégia nacional irlandesa em matéria de droga, 2001-2008
Luxemburgo	Plano de acção, 2000-2004
Portugal	Plano de acção, 2000-2004
Escócia	Plano de acção executivo escocês «Protecting our future» (Proteger o nosso futuro), 2001
País de Gales	«Tackling substance misuse in Wales» (Enfrentar o problema do uso indevido de substâncias no País de Gales): uma abordagem em regime de parceria, 2001
Reino Unido	Plano nacional 2000-2001
Em curso	
Finlândia	Exame da decisão de princípio para 2001-2003
Grécia	Estudo parlamentar interpartidário sobre medidas políticas em matéria de droga, 2000
Suécia	Plano de acção em matéria de droga a ser apresentado em 2001

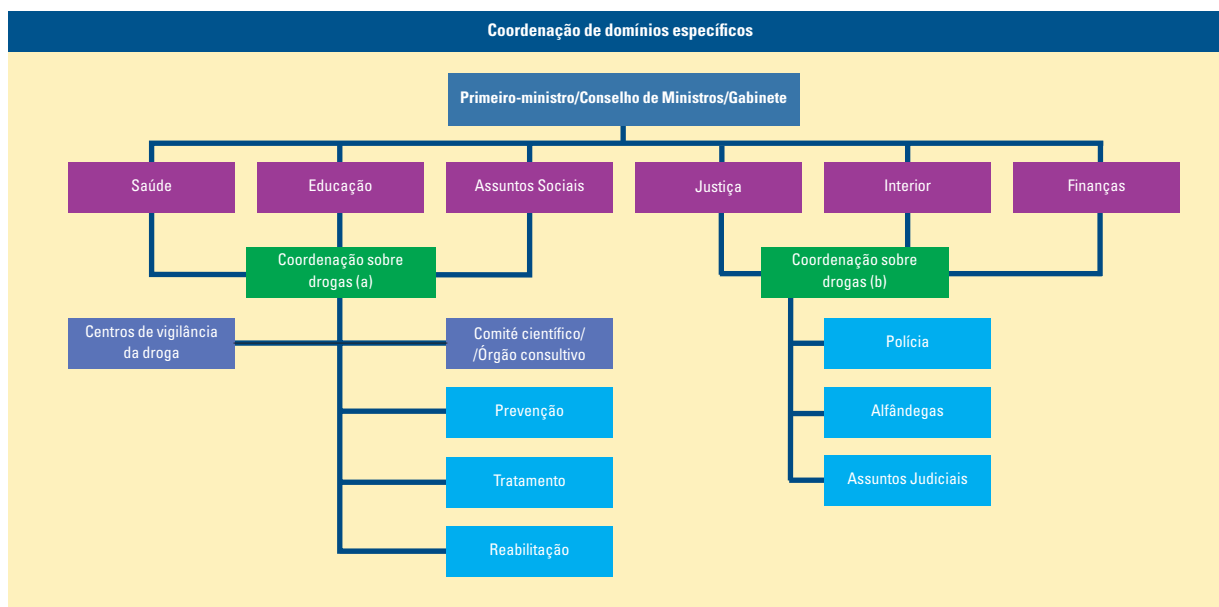
nacional e/ou a nomearem um coordenador nacional da luta contra a droga com o objectivo de atacarem o problema da droga com uma estratégia global, multidisciplinar, integrada e equilibrada. Apela também ao Conselho para que ofereça periodicamente oportunidades para que os responsáveis pela luta contra a droga a

Fig. 19



Respostas ao consumo de droga

Fig. 20



nível nacional se encontrem e troquem informações sobre desenvolvimentos nacionais e aumentem a cooperação (20).

Em todos os Estados-Membros existem organismos ou funções de coordenação da luta contra a droga, embora a sua estrutura e organização apresentem importantes diferenças. Com vista a fornecer uma imagem clara do sistema de coordenação da luta contra a droga na Europa, o OEDT levou a efeito uma avaliação preliminar em 2000 que estará concluída em 2002. Os resultados desta investigação (disponível em <http://www.emcdda.org>) demonstram que em alguns Estados-Membros há iniciativas no sentido de criar ou reforçar organismos de coordenação a nível central. Alguns Estados-Membros (como a Espanha, França e Portugal) reúnem todos os aspectos relacionados com a droga e a toxicod dependência num organismo com poderes de tomada de decisão de alto nível hierárquico e na dependência directa do primeiro-ministro (ver figura 19).

Noutros países da UE (como a Alemanha, a Finlândia, a Grécia, a Itália e o Reino Unido) a coordenação tem lugar a nível interministerial — sem recorrer a um organismo coordenador central — através de contacto e reuniões periódicas entre as administrações governamentais envolvidas em cada uma das várias facetas do problema da droga. Habitualmente, neste segundo modelo, a responsabilidade pela coordenação do problema da droga cabe ao Ministério/Departamento dos Assuntos Sociais ou da Saúde. Poderá existir também um coordenador das questões relativas à droga — responsá-

vel por assuntos relacionados com a saúde e aspectos sociais, mas também encarregado de estabelecer a ligação com o departamento do governo que trabalhe noutros domínios relacionados com a droga (ver figura 20).

Legislação e procedimento penal

O OEDT está empenhado em acompanhar as principais tendências e modificações verificadas na legislação relativa à droga. Para tal, está acessível em linha, em <http://eldd.emcdda.org>, uma base de dados jurídica sobre questões relativas à droga que apresenta legislação, perfis jurídicos e estudos comparativos em matéria de droga a nível da UE.

Entre os principais desenvolvimentos recentemente registados inclui-se o facto de em Portugal, a partir de 1 de Julho de 2001 (Lei n.º 30/2000, aprovada em Novembro de 2000), não serem aplicadas sanções penais para reprimir o consumo privado de substâncias ilícitas. Em vez disso, o infractor por consumo de droga será encaminhado para tratamento ou aconselhamento por comissões específicas. Desde Maio de 2001, o consumo e a posse de *cannabis* são punidos no Luxemburgo apenas com multas pecuniárias (em conformidade com uma lei de 27 de Abril de 2001). O Governo da Bélgica tenciona emitir um decreto que considera não punível o consumo «não problemático» da *cannabis*.

Várias notícias indicam que o consumo individual de droga ou a posse de drogas ilegais para consumo pessoal não fazem parte das principais prioridades das autoridades

(20) Artigo 1.1.3 do plano de acção da UE em matéria de droga 2000-2004, Cordogue 32 9283/00.

des europeias competentes para a aplicação da lei: os principais objectos da prática judicial contra infractores associados ao problema da droga são os crimes mais graves e o tráfico de droga. As novas medidas implementadas em alguns Estados-Membros no sentido da descriminalização ou do não procedimento penal por delitos ligados ao consumo de droga parecem confirmar esta tendência. Um estudo recente sobre o procedimento penal por delitos relacionados com a droga, encomendado pelo OEDT em 2000, também concluiu que os processos judiciais que envolvem posse/consumo de pequenas quantidades de droga a nível privado não chegam em geral à barra do tribunal. A posse/o consumo a nível público, a venda por consumidores de droga e os crimes de aquisição ligados à toxicodependência traduzem-se, no entanto, com frequência, em medidas mais rigorosas por parte de magistrados e de tribunais.

Em Janeiro de 2001 teve início em Dublin um programa associado a um tribunal que trata de processos no domínio da droga, com o objectivo de reabilitar infractores por abuso de droga e de tratar de crimes relacionados com o consumo de droga. Este tribunal — semelhante aos modelos canadiano, australiano e americano de tribunais que tratam de processos no domínio da droga — é dirigido por um juiz especializado em questões ligadas ao consumo de droga que trata exclusivamente dos casos de infractores não violentos que são consumidores de droga, oferecendo-lhes tratamento e reabilitação vigiados em vez de prisão. O executivo escocês também optou por implementar até finais de 2001 um tribunal que trata de processos no domínio da droga, ao mesmo tempo que em Inglaterra estão em fase experimental várias iniciativas semelhantes.

A 8 de Abril de 2001 entrou em vigor uma revisão do direito federal na Áustria, que diminuiu de 5 para 3 gramas o limiar considerado como grande «quantidade». Esta medida vai repercutir-se na distinção estabelecida entre contravenções (aquisição e posse de pequenas quantidades) e delitos graves (produção e posse de grandes quantidades). Também ocorreram discussões sobre o estatuto legal da *cannabis* na área da saúde.

Na Alemanha, uma alteração à legislação federal alemã no domínio dos narcóticos definiu um quadro básico nos termos do qual cada Estado federal (*Land*) pode definir as normas mínimas exigidas para a criação de salas de injeção (ou seja, salas onde os consumidores de droga por via intravenosa podem consumir droga em boas condições de higiene). Desta forma, o Estado federal pode decidir se autoriza ou não salas de consumo de

droga. A lei cria também um registo central para tratamento de substituição e exige formação para os médicos que administram esse tratamento. Em Portugal, na sequência de um debate público, está prevista a apresentação de um decreto-lei que regulamente a abertura de salas de injeção. No Luxemburgo, a legislação de 27 de Abril de 2001 atribui base jurídica à criação de salas de injeção.

No que respeita à confiscação de bens obtidos por processos ilícitos, provenientes de crimes relacionados com droga, foi proposto no Reino Unido um projecto de lei que crie uma Agência de Recuperação de Activos de Origem Criminosa e que institua um regime de recuperação civil que despoje os criminosos de bens obtidos por meios ilegais. De modo semelhante, o Governo da Finlândia apresentou ao parlamento uma proposta tendo em vista confiscar os produtos da prática de crimes relacionados com a droga, em casos em que haja suspeita de proveniência ilegal — a chamada inversão do ónus da prova. Na Irlanda, desde 1996, data em que foi instituído com base legal o «Criminal Assets Bureau» (CAB) ⁽²¹⁾, o ónus da prova recai sobre o criminoso, que tem de provar que os bens foram obtidos legitimamente. Em Espanha, há cinco anos que o Plano Nacional sobre Drogas administra lucros ilegais que são confiscados. Só em 2000, foram «devolvidos», para serem utilizados na luta contra a droga, mais de 4,5 milhões de euros, provenientes de activos ilegais que foram apreendidos (barcos, carros e dinheiro): 1 543 137 euros para a repressão do tráfico de droga e 2 978 014 euros para programas de prevenção da droga e de reabilitação.

Despesas com a droga

No contexto do acompanhamento das respostas dadas nos Estados-Membros ao problema da droga, foi realizada no ano 2000 uma investigação exaustiva com o objectivo de recolher, analisar e fazer uma estimativa do nível da despesa pública causada pela droga. A despesa incorrida por um governo, tanto na área dos cuidados de saúde como na da execução da legislação, foi calculada através da avaliação dos custos directos (despesas directamente rotuladas como estando relacionadas com o consumo de droga) e dos custos indirectos (despesas feitas em consequência do problema da droga em administrações genéricas, como as prisões).

Apesar de algumas diferenças, observa-se em todos os Estados-Membros da UE uma política semelhante de afectação de recursos no domínio da droga. Em termos gerais, entre 70% e 75% do orçamento é gasto com a execução da legislação e o restante com cuidados de saúde.

(21) Criminal Assets Bureau Act, 1996; Proceeds of Crime Act, 1999.

Respostas ao consumo de droga

Fig. 21

Classificação de conceitos em matéria de redução da procura			
Objectivo			
Enquadramento	Prevenção	Tratamento	Redução dos danos
Atitude coerciva («Deve ficar connosco»)		Tratamento nas prisões (!) Alternativas às prisões Cuidados coercivos	Redução dos danos nas prisões (!)
Enquadramento fixo («Você está aqui connosco»)	Escolas (!)	Tratamento de tipo residencial	
Locais fixos («Venha conhecer-nos»)	Centros de jovens	Tratamento em regime ambulatório Tratamento pelo médico de clínica geral	Serviços de porta aberta (!)
Mobilidade («Procuramo-lo»)	Equipas de rua e trabalho comunitário (!)		Equipas de rua (!)
Meios de comunicação («Preservamos o seu anonimato»)	Internet, meios de comunicação de massas (!) Respostas rápidas em matéria de saúde (!)		Linhas telefónicas de ajuda Respostas rápidas em matéria de saúde (!)

(!) Indica que os conceitos se abordam neste relatório.

Respostas específicas

Redução da procura

Esta secção abrange um leque variado de intervenções com diferentes objectivos e que funcionam em diferentes cenários. A figura 21 apresenta uma panorâmica dos diversos cenários e das diversas abordagens da redução da procura.

Medidas de prevenção

Prevenção nas escolas

A prevenção do consumo de droga nas escolas continua a ser uma prioridade em todos os Estados-Membros. Existem muitas orientações em matéria de ensino relativas à prevenção e poderá ser necessário efectuar uma análise geral de mercado para seleccionar os materiais mais adequados (como se fez na Alemanha). Na maior parte dos currículos, a prevenção do consumo de droga está incluída num contexto de promoção da saúde em geral. São consideradas vantajosas as abordagens de «grupos de iguais» (ou seja, pôr os estudantes a educar-se uns aos outros), embora sejam difíceis de estabelecer e de manter. O envolvimento dos pais é considerado crucial.

A polícia interessa-se cada vez mais pela prevenção primária do consumo de droga nas escolas (na Áustria, na Bélgica, na França, nos Países Baixos e na Suécia), embora tenha sido objecto de debate a questão de a polícia estar ou não dotada das competências educativas necessárias para esse tipo de trabalho.

É um facto que os estudantes consomem droga (ver o capítulo 1 sobre o consumo de droga entre a população escolar) e que se encontram na zona de risco. De um modo geral, antigamente este facto era negado, uma vez que as escolas receavam os danos que tal poderia causar à sua imagem. É cada vez mais comum — na Áustria, na Espanha, na França, no Luxemburgo, nos Países Baixos e

no Reino Unido — a definição de estratégias para o desenvolvimento de políticas escolares em matéria de prevenção de comportamentos de risco, intervenção precoce e promoção do envio dos jovens para serviços de prestação de cuidados a toxicodependentes. Os jovens que abandonam a escola ou são expulsos são motivo de especial preocupação. De Espanha chegaram-nos notícias sobre intervenções normalizadas para este grupo específico e, no Reino Unido, 95% das escolas secundárias têm políticas que cobrem incidentes relacionados com o consumo de droga.

Prevenção em espaços e comunidades locais

As actividades de prevenção em comunidades locais conheceram uma expansão nos últimos anos e ganham formas e aspectos variáveis. Todos os Estados-Membros dão notícias de diferentes tipos de formação de pais na comunidade. Por exemplo em Espanha, cerca de 25 000 famílias participaram em «escuelas de padres» em 1999,

Mobilizar alunos para actividades de prevenção

A pedido do Ministério da Educação de França, efectuou-se uma avaliação das escolas que participaram num programa-piloto intitulado «Les élèves acteurs de prévention». Os alunos receberam orientação em matéria de organização de campanhas e de transmissão de conhecimentos aos seus colegas sobre as questões em causa. A sua participação na gestão do programa granjeou-lhes o reconhecimento dos seus pares.

A experiência teve êxito para metade das escolas envolvidas, mas mesmo naquelas em que não teve atraído grande interesse por parte de alunos de todas as escolas. Teve um impacto muito positivo no ambiente e na qualidade de vida das escolas, tanto em termos da percepção dos alunos como em termos da reputação externa das escolas.

e em França há 75 centros de aconselhamento especiais para jovens, que prestam ajuda a problemas emocionais, familiares ou sociais. Nos países nórdicos, há grupos de pais que percorrem as ruas das respectivas comunidades para dar apoio aos jovens nas noites dos fins-de-semana. Na Dinamarca há 1 300 pais envolvidos nesta actividade.

Às associações desportivas e de atletismo é atribuído um papel de maior relevo na prevenção do consumo de droga do que o que foi noticiado em anos anteriores em muitos países, incluindo a Alemanha, a Bélgica, a Espanha, a França, a Grécia, a Itália e o Reino Unido. Na Alemanha existe desde 1994 uma colaboração entre clubes desportivos e prevenção do consumo de droga e, em 2000, receberam formação mais 2 500 dirigentes desportivos para a juventude. Em Março de 2000 foi organizada em Potsdam, na Alemanha, uma conferência sobre prevenção da toxicod dependência em clubes desportivos, que incidiu sobre a qualidade da prevenção do consumo de droga em clubes desportivos e sobre consumo de droga e rituais e cultura dos clubes desportivos.

Para se alcançar êxito, é crucial a coordenação entre os intervenientes. Na Dinamarca, Finlândia, França, Grécia, Itália, Irlanda, Portugal, Reino Unido e Suécia existem ou estão em desenvolvimento em todo o território acordos entre autoridades locais ou regionais sobre estratégias de prevenção do consumo de droga.

Tratamento

Tratamento sem drogas

Actualmente pouco se sabe sobre a disponibilidade de tratamento sem drogas no território da UE. No entanto, esta modalidade de tratamento parece ser predominante na oferta de tratamento em países como a Finlândia, a Grécia, a Suécia e a Noruega. A tendência nesses países é haver períodos de tratamento mais curtos, de três a seis meses, em vez de um a dois anos, embora na Grécia a duração média do tratamento seja 12 meses. Uma meta-

-análise recente efectuada na Alemanha e abrangendo vários países europeus chega à conclusão de que existe uma relação positiva entre a duração do tratamento e o êxito do mesmo. No entanto, há que melhorar ainda a avaliação das diferentes opções de tratamento.

A gestão de caso (serviços de porta aberta, intensiva, personalizada) é cada vez mais estabelecida com o propósito de orientar um consumidor de droga através das redes de tratamento — por exemplo, na Alemanha, na Bélgica e nos Países Baixos. Os resultados de cinco estudos neerlandeses sobre diagnóstico duplo (coincidência de problemas de consumo de droga e problemas psiquiátricos) demonstram que a gestão de caso tem efeitos ligeiramente positivos sobre a satisfação dos doentes, o consumo de droga, os sintomas psiquiátricos, as competências sociais e a utilização de serviços de prestação de cuidados.

Os Países Baixos apresentam um quadro um tanto ou quanto negativo de um grupo-alvo difícil, que não consegue modificar o seu comportamento em matéria de consumo de droga mesmo depois de várias tentativas. O objectivo dos centros de motivação para pacientes internados é oferecer a consumidores de droga a oportunidade de recuperarem, ajudá-los a desenvolver as suas competências sociais e a estruturar a vida quotidiana, a fim de aumentar a sua motivação para iniciarem um regime de cuidados periódicos. No entanto, a taxa de saída nesses centros é de 60%, donde se conclui que não é possível ajudar com êxito os consumidores de droga que não estão motivados.

Tratamento de substituição

O tratamento de substituição tem-se expandido moderadamente na UE nos últimos anos. A Finlândia, a Grécia, a Suécia e a Noruega têm promovido recentemente o acesso a tratamento de substituição, sobretudo a metadona. A buprenorfina, que é a principal substância de substituição em França, foi introduzida na Alemanha, na Áustria, na Bélgica, na Dinamarca, na Finlândia (para desintoxicação), em Itália, no Luxemburgo, em Portugal, no Reino Unido e na Noruega, ao passo que o LAAM é receitado na Dinamarca, em Espanha e em Portugal. Nos Países Baixos estão a decorrer estudos relativos à desintoxicação rápida com naltrexona como tratamento médico, o que pode ser considerado como alternativa a outros tratamentos. A naltrexona é utilizada em Portugal há 10 anos.

A heroína continua a ser receitada de forma selectiva no Reino Unido. A prescrição experimental de heroína para tratamento de consumidores de droga crónicos e refractários encontra-se disponível nos Países Baixos, no

Avaliação de tipos de tratamento

Na Noruega existe um projecto de avaliação de tipos de tratamento para consumidores de droga que tem por objectivo descobrir se alguns tratamentos obtêm melhores resultados do que outros e descobrir que pacientes beneficiam de que tipo de tratamento. Como os consumidores de droga utilizam frequentemente vários tratamentos diferentes, o ponto de que se parte é que cada tratamento desenvolve os resultados alcançados por qualquer tratamento anterior — a hipótese é, pois, que os recursos investidos não se perdem.

Respostas ao consumo de droga

Quadro 1

Tratamento de substituição entre consumidores problemáticos de droga			
	Estimativa da prevalência do fenómeno do consumo de droga ⁽¹⁾	Estimativa do número de pacientes que seguem um tratamento de substituição	Taxa de cobertura dos tratamentos de substituição ⁽²⁾ (%)
Bélgica	20 200	7 000 (1996)	35 ⁽³⁾
Dinamarca	12 752–15 248	4 398 (4 298 metadona + 100 buprenorfina) (1 de Janeiro de 1999) ⁽⁴⁾	27–34
Alemanha	80 000–152 000	50 000 (2001)	33–63
Grécia	n.d.	966 (1 de Janeiro de 2000) ⁽⁴⁾	
Espanha	83 972–177 756	72 236 a receberem metadona (1999)	41–86
França	142 000–176 000	71 260 (62 900 a receberem buprenorfina e 8 360 a receberem metadona) (Dezembro de 1999) ⁽⁴⁾	40–50
Irlanda	4 694–14 804	5 032 (31 de Dezembro de 2000) ⁽⁴⁾	34–100 ⁽⁵⁾
Itália	277 000–303 000	80 459 (1999) ⁽⁴⁾	27–29
Luxemburgo	1 900–2 220	864 [164 no programa oficial e +/-700 em que o mephenon (metadona em comprimido) foi receitado por um médico de clínica geral] (2000) ⁽⁴⁾	38–45
Países Baixos	25 000–29 000	11 676 (1997)	40–47
Noruega	9 000–13 000	1100 (2001)	8–12
Áustria	15 984–18 731	4 232 (1 de Janeiro de 2000) ⁽⁴⁾	23–26
Portugal	18 450–86 800	6 040 (1 de Janeiro de 2000)	7–33
Finlândia	1 800–2 700 ⁽⁶⁾	240 (170 buprenorfina e 70 metadona)	9–13
Suécia	1 700–3 350 ⁽⁶⁾	621 ((31 de Maio de 2000) ⁽⁴⁾	19–37
Reino Unido	88 900–341 423	19 630	6–22

Nota: n.d. = dados não disponíveis.

⁽¹⁾ Para mais pormenores sobre a prevalência nacional e o consumo problemático de droga, ver o capítulo 1, «Consumo problemático de droga», e o quadro 10L em www.emcdda.org.

⁽²⁾ Estimativa da percentagem de consumidores problemáticos de droga em tratamento de substituição.

⁽³⁾ A figura sobre a prevalência abrange apenas os consumidores de droga injectada, o que pode resultar numa taxa de substituição sobrestimada.

⁽⁴⁾ Informações recolhidas directamente do ponto focal nacional.

⁽⁵⁾ Uma taxa de cobertura dos tratamentos de substituição de 100% não parece plausível, o que leva a crer que a estimativa de prevalência de 4 694 (1 195) casos subestima a prevalência real.

⁽⁶⁾ Consumidores de opiáceos.

contexto de uma experiência científica e em 2001 vai ser iniciada na Alemanha a prescrição de heroína a título experimental. O Luxemburgo também está a considerar a hipótese de experimentar a prescrição de heroína em 2002. Os peritos estão de acordo em que a prescrição de heroína só deverá ser considerada depois de esgotadas todas as outras opções de tratamento disponíveis. A prescrição de heroína representa uma pesada sobrecarga para os pacientes e a necessidade de se apresentarem no centro de tratamento duas ou três vezes por dia é, para eles, um factor de perturbação. No entanto, há provas da eficácia desta substância para consumidores de droga muito carenciados em termos de redução da criminalidade, melhoria do estado de saúde e inserção social.

Medidas de redução dos danos decorrentes do consumo de droga

Equipas de rua

Não é tarefa fácil elaborar o mapa do trabalho das equipas de rua (ou seja, as que estabelecem contacto com os consumidores de droga no próprio local onde eles se reúnem) na UE, pois muitas actividades são realizadas a nível local por organizações não governamentais e por estruturas que tendem a ser bastante complexas.

As origens das equipas de rua encontram-se no trabalho tradicionalmente realizado por jovens (com o propósito

de orientarem os consumidores de droga para a procura de tratamento) e em preocupações no domínio da saúde pública (em especial a prevenção de doenças infecto-contagiosas). Do trabalho das equipas de rua pode fazer parte a assistência social a toxicodependentes, a troca de agulhas e seringas, serviços de porta aberta e/ou serviços especiais para minorias étnicas, prostitutas e outros grupos de difícil acesso; este serviço está disponível para consumidores problemáticos de droga que não frequentam serviços de tratamento regulares em todos os Estados-Membros. O apoio por pares entre consumidores de droga foi organizado na Áustria, Dinamarca, França, Países Baixos e Reino Unido, para dar resposta às necessidades dos consumidores de droga.

O trabalho das equipas de rua encontra-se em expansão na maior parte dos Estados-Membros. No entanto, na Suécia o trabalho das equipas de rua era mais comum há 10 ou 15 anos atrás e um novo estudo realizado afirma que, devido a uma redução de recursos, há muitos consumidores de droga que não são contactados por quaisquer serviços desse tipo. No que respeita a novos desenvolvimentos, refira-se o trabalho de equipas de rua junto de consumidores de droga norte-africanos nos Países Baixos e a criação de serviços especiais para mulheres consumidoras de droga na Áustria, Dinamarca, Suécia e Noruega.

Projecto de trabalho de equipas de rua junto de mulheres sem abrigo

Na Suécia, os Serviços Sociais de Estocolmo iniciaram em 2000 um projecto de trabalho de equipas de rua orientado para mulheres sem abrigo, muitas das quais pouco ou nenhum contacto têm com serviços sociais. Um dos objectivos é motivar as mulheres a aumentarem esses contactos, fornecendo-lhes de início assistência médica simples. O projecto é exemplar, na medida em que é uma iniciativa conjunta entre os serviços sociais, organizações de voluntários e o sector da assistência médica.

Uma actividade específica das equipas de rua, que foi adoptada na Áustria, em Espanha, em França e nos Países Baixos, consiste em testar comprimidos no local, em recintos de dança. A operação de testar comprimidos atrai os frequentadores porque o conteúdo dos comprimidos é sempre algo que muito os preocupa. A maior parte dos projectos oferece também troca de impressões e informações, mensagens relativas à redução de danos decorrentes do consumo de droga e intervenção em situações de crise. Um estudo recente do OEDT (um inventário de intervenções na UE para realização de testes de comprimidos no local, OEDT 2001) sugere que os testes de comprimidos podem constituir um aviso eficaz contra os efeitos inesperados e perigosos de drogas vendidas em locais de dança.

Serviços de porta aberta

Os serviços de porta aberta estão em expansão na maior parte dos Estados-Membros. As salas de injeção assistida — ou seja, salas onde os consumidores de droga injectada podem consumir drogas em boas condições de higiene e de segurança — foram legalizadas na Alemanha em Fevereiro de 2000 e foi criada uma sala de injeção assistida em Madrid, na Espanha, em 2000, como projecto-piloto. Nos Países Baixos estas salas existem há vários anos e servem também para fumadores de heroína e para consumidores de cocaína e de *crack*. Na Áustria, no Luxemburgo e em Portugal estão a ser discutidas iniciativas semelhantes. No que diz respeito a uma discussão realizada na Dinamarca relativamente à introdução de salas de injeção associadas a serviços de porta aberta já existentes, o Ministério da Saúde da Dinamarca optou por não avançar de momento com esta iniciativa em consequência de convenções internacionais referentes a esta questão.

Primeiras respostas a novas drogas sintéticas no domínio da saúde

Estas medidas destinam-se a impedir potenciais problemas de saúde relacionados com o consumo de substâncias,

inidentificáveis para os consumidores, que, pelo seu lado, não procuram estabelecer contacto com serviços de tratamento e aconselhamento, isto é, substâncias desconhecidas consumidas por consumidores desconhecidos. Estas respostas são implementadas ou através de medidas estruturais como a organização de sessões («raves») seguras (formação de pessoal, fornecimento de água e de condições para relaxamento) ou de medidas que têm a ver com informação sobre drogas distribuídas em festas por meio de campanhas realizadas em meios de comunicação social, sítios *web* interactivos e CD-ROM, ou ainda fornecendo especificamente informações sobre os resultados de testes de comprimidos realizados no local e fora do local onde são vendidos, através da Internet ou em revistas especializadas. Assim, essas intervenções estão por vezes ligadas a medidas que fazem parte do trabalho das equipas de rua, como é o caso dos testes de comprimidos no local onde são vendidos.

Na Dinamarca, Espanha, Itália, Irlanda e Países Baixos, as autoridades locais deslocam-se aos locais de diversão dos jovens (como clubes, bares e discotecas) para dar formação e apoio ao pessoal, permitindo-lhes assim dar uma resposta mais eficaz a situações relacionadas com o consumo de droga.

Formação para empregados de estabelecimentos nocturnos

Na Irlanda, proporciona-se formação e apoio a empregados de estabelecimentos nocturnos, por forma a permitir-lhes responderem de forma mais eficaz a situações relacionadas com drogas nesses estabelecimentos. As duas primeiras fases do projecto envolvem a organização de programas de formação para proprietários/gerentes e porteiros. Incidem no aumento dos conhecimentos dos formandos sobre drogas, na exploração das atitudes dos mesmos perante as drogas e no estudo de questões jurídicas, sanitárias e de segurança. A terceira fase visa divulgar informação precisa sobre drogas junto de jovens frequentadores de discotecas, através da distribuição de um folheto, com as dimensões de um cartão de crédito, designado por «Informação vital» (Vital Information Pack, VIP) em determinados locais, entre os quais estabelecimentos de ensino e discotecas. Na quarta fase, será organizada uma conferência com a duração de um dia com vista a obter o apoio da indústria da música/dança para o desenvolvimento de políticas aceitáveis em locais de dança. A fase final envolve formação normalizada para porteiros e o fornecimento desses elementos de forma modular.

Respostas ao consumo de droga

O Luxemburgo apresentou informação sobre o conceito de monitorização «em tempo real» de locais frequentados por jovens. Após uma fase inicial de avaliação, o *kit* lúdico «Ecstasia» foi aplicado a diferentes locais juvenis e integrado em cursos escolares apropriados. O jogo estimula o debate, a partilha de experiências e a busca de alternativas ao consumo de drogas, especialmente no que diz respeito a drogas sintéticas. A dinâmica de grupo estimulada pelo jogo permite que se foquem questões para as quais os jovens devem ser sensibilizados. A avaliação efectuada sugere que se incrementem as componentes criativas e de acção do jogo.

A Internet proporciona uma grande variedade de informação sobre drogas, reflectindo todas as posições em matéria de política de drogas, ainda que não seja possível um controlo de qualidade dessa informação. A maior parte dos organismos nacionais de prevenção, bem como das ONG, dispõem ou prevêem vir a dispor da sua página na Internet, contendo principalmente informação, mas também componentes interactivas, como é o caso do sítio italiano «lo non calo la mia vita» (<http://www.iononcalo.it>), do Drugsmart, da Suécia (<http://www.drugsmart.com>), e do motor de pesquisa sobre drogas (<http://www.drugscope.org>) proporcionado por DrugScope no Reino Unido. Na Finlândia há registo de uma iniciativa inovadora que disponibiliza na Internet um serviço de aconselhamento anónimo e um teste de auto-avaliação (<http://www.a-klinikka.fi/plimenu1.htm>). A base de dados EDDRA do OEDT (<http://www.emcdda.org>) proporciona informação sobre

mais de 250 projectos avaliados no domínio da redução da procura, e está em constante crescimento.

Redução da criminalidade ligada às drogas

Prevenção da criminalidade ligada às drogas

Todos os Estados-Membros têm programas de encaminhamento para o tratamento dentro de condições específicas, em função, por exemplo, da gravidade da infracção ou da idade do infractor. Considera-se que tais medidas reduzem a taxa de criminalidade subsequente, apesar de raramente se dispor de informação sobre avaliação.

Regimes compulsivos de tratamento e análise no Reino Unido

O Governo britânico introduziu regimes compulsivos de tratamento e análise («Drug Treatment and Testing Order», DTTO) mediante os quais os tribunais podem decidir impor aos infractores que estes se submetam a tratamento, quer em alternativa à prisão quer propriamente como sentença. O lançamento dos DTTO prevê cerca de 3 425 ordens judiciais desse tipo em 2001. A título de comparação, refira-se que em 1999 cerca de 120 000 pessoas foram condenadas por crimes ligados às drogas. Os serviços consultivos de prevenção, em conjugação com os serviços de execução de penas, proporcionarão apoio no terreno ao lançamento nacional dos DTTO, divulgando os resultados práticos dos programas-piloto e prestando assistência às equipas locais de acção contra as drogas no desenvolvimento de acordos apropriados.

Quadro 2

	Assistência a consumidores de drogas nas prisões na UE		
	Tratamento sem drogas na prisão	Tratamento de substituição na prisão	Redução dos danos decorrentes do consumo de droga na prisão
Bélgica	Sim, em fase experimental	Desintoxicação progressiva com metadona	Algumas acções locais de prevenção contra o HIV
Dinamarca	Cooperação com instituições privadas de tratamento	Sim, em caso de tratamento com metadona antes da detenção	Fornecimento de líquido de limpeza, vacina contra a hepatite B
Alemanha	Sim	Sim	Troca de seringas em algumas prisões
Grécia	Grupos de auto-ajuda	Não	Informações em algumas prisões
Espanha	Sim	Sim	Sim
Finlândia	Cursos sobre a toxicod dependência, células de tratamento sem drogas	Sim, em caso de tratamento com buprenorfina/metadona antes da detenção	Fornecimento de líquido de limpeza, vacina contra a hepatite B
França	Não	Sim (metadona ou buprenorfina)	Informações aos presos, distribuição de clorine
Irlanda	Limitado	Desintoxicação com metadona, manutenção dos presos infectados por HIV	Não
Itália	Sim	Sim	Não
Luxemburgo	Sim	Sim, em caso de tratamento com metadona antes da detenção e início de tratamento antes da libertação	Não
Países Baixos	Sim, tratamento obrigatório para os consumidores crónicos de droga	Limitado, programas de redução para presos a longo prazo	Sim
Áustria	Sim	Sim	Sim
Portugal	Sim	Sim	Informações, formação de guardas, distribuição de preservativos e de lexívia vacina contra a hepatite
Suécia	Sim	No	Não
Reino Unido	Sim	Desintoxicação com metadona. Sofaxidine, dihidrocodeína e naltrexone também disponíveis	Comprimidos desinfectantes em determinadas prisões, conselhos e informações

Os consumidores de drogas continuam a colocar um problema grave ao sistema prisional, sendo perto de 50% os presos com problemas de droga. Dada a elevada taxa de rotação nas prisões, calcula-se que entre 180 000 e 600 000 consumidores de drogas passem anualmente pelo sistema na União Europeia. A prevalência do consumo de drogas varia em função do tipo de prisão. É mais significativa em prisões grandes e destinadas a permanências curtas e é maior nas prisões para mulheres do que nas prisões para homens.

No quadro 2 apresenta-se uma panorâmica da assistência a consumidores de drogas nas prisões na UE — o relatório do OEDT intitulado «Assistência a consumidores de drogas nas prisões» proporciona informações pormenorizadas.

Reabilitação e reintegração social

A educação, a formação, a habitação e o emprego são domínios fundamentais na reabilitação dos consumidores de drogas após tratamento, após permanência na prisão ou em programas de manutenção e substituição a longo

«Regresso ao futuro» na Finlândia

Na Finlândia, o programa «Regresso ao futuro» (financiado pelo programa Integra, da UE) tem envolvido projectos com jovens toxicodependentes. Os resultados do programa reforçam a ideia de que as pessoas que se defrontam com desemprego e problemas de falta de rendimentos após recuperarem de situações de toxicodependência se encontram numa situação extremamente difícil. Entre esses problemas com que se deparam contam-se a falta de condições da habitação, uma capacidade de trabalho reduzida, falta de formação profissional e problemas ligados ao trabalho e à manutenção de um estilo de vida sem drogas. Havia oportunidades de estudos para os participantes nos projectos, mas estes sentiram dificuldades na abordagem dos sistemas educativos e das possibilidades de trabalho. Do mesmo modo, não lhes foi fácil encontrar empregadores dispostos a celebrar contratos de aprendizagem. Apesar de o Estado garantir automaticamente os empréstimos para fins de estudo, os bancos recusavam conceder créditos pessoais porque quase 90% dos clientes não eram devedores fiáveis. Do projecto concluiu-se que as acções à disposição dos serviços sociais e de saúde eram inadequadas para resolver muitos problemas de bem-estar. São necessárias medidas activas por parte do sistema de recuperação que envolvam uma abordagem individual e personalizada capaz de superar demarcações administrativas e que disponham de financiamento adequado.

Garantia de qualidade na redução da procura

Na Áustria, os procedimentos de garantia de qualidade estão a tornar-se cada vez mais importantes no domínio da redução da procura de drogas. Foram elaboradas directrizes para a qualidade do trabalho e normas mínimas para todos os domínios de actividade em ligação com a toxicodependência, bem como para a gestão dos processos de substituição. Foram definidas normas mínimas que constituem requisitos qualitativos para o aconselhamento em matéria de drogas e álcool e que vão ser implementadas de forma gradual. Em Viena foram criados centros de competência especiais, que são responsáveis pela ligação em rede e por assegurar a transferência de informação para domínios de actividade que não tratam explicitamente de questões ligadas às drogas (tais como os serviços dedicados à juventude e os serviços de saúde).

prazo. No entanto, verifica-se que esta área de assistência continua pouco desenvolvida, apesar de os profissionais frequentemente sublinharem que os cuidados *a posteriori* e a reintegração constituem um aspecto muito importante do tratamento da toxicodependência e que seriam necessários melhoramentos neste domínio.

Avaliação

A avaliação é crucial para assegurar a qualidade das respostas a problemas de toxicodependência, do mesmo modo que o são um planeamento adequado, as infra-estruturas, o profissionalismo, a supervisão, a formação, a investigação e o trabalho em rede. Estão a ser introduzidos cada vez mais procedimentos de garantia de qualidade no domínio da redução da procura na UE. Há informações sobre iniciativas de garantia de qualidade em ligação com a prevenção na Alemanha, na Áustria, na Finlândia, em França, na Grécia, em Itália e nos Países Baixos, e de garantia de qualidade dos cuidados na Alemanha, na Áustria, na Grécia, no Luxemburgo, nos Países Baixos, em Portugal, no Reino Unido e na Noruega.

Há formação para médicos generalistas e outros profissionais da saúde na Alemanha, na Áustria, na Bélgica, na Finlândia, na Irlanda, em Itália e no Reino Unido, enquanto outros países — a França, Grécia, a Itália, o Luxemburgo, os Países Baixos e a Suécia — declaram que, apesar de haver alguma formação para profissionais dos serviços de prevenção, de saúde e prisionais, continua a haver necessidade de cursos de qualidade elevada.

Redução da oferta

A informação que se segue foi extraída de relatórios da Europol.

Novas técnicas de intervenção e desmantelamento rápidos a vários níveis de uma investigação policial evitam instruções longas, arrastadas e exigentes em termos de recursos. As novas estruturas de cooperação da UE em matéria judicial e de aplicação da lei deveriam ser plenamente exploradas pelos Estados-Membros, por forma a aumentar a partilha de informação, quer nos Estados-Membros quer a nível internacional.

A incidência do crime organizado na UE está a aumentar. Verifica-se que a produção e o tráfico de droga continuam a ser as principais actividades das redes criminosas. A permanente diversificação e evolução das rotas do tráfico desafiam os esforços de aplicação da lei. Os criminosos estudam em permanência os sucessos e fracassos no tráfico dos seus bens ilícitos e modificam as suas operações em conformidade, alterando rotas, concebendo novos métodos de ocultação ou recrutando novos correios.

Segundo a Europol («Relatório sobre a evolução na UE da produção e tráfico de droga 1999-2000»), um projecto encorajador contra o desvio para fins ilícitos de precursores químicos foi a «Operação Púrpura», que visava evitar o desvio para fins ilícitos de permanganato de potássio — um produto químico utilizado na produção de cocaína — e reunir 23 países, entre os quais sete Estados-Membros, que são produtores, importadores, exportado-

res ou países de trânsito desse produto químico, bem como o International Narcotics Control Board, a ICPO/Interpol e a Organização Aduaneira Internacional. O projecto tem por objectivo evitar o desvio para fins ilícitos de produtos químicos, tendo em conta que a disponibilidade de precursores desempenha um papel crucial na produção de drogas. Desde a sua entrada em funcionamento, foram detectados 248 carregamentos do produto químico em causa, representando 7 778 toneladas. Como consequência directa, foram travados ou apreendidos 32 carregamentos de permanganato de potássio, num total de quase 2 226 toneladas. Supõe-se que tal valor represente 29% de todos os carregamentos objecto de monitorização. Será levada a cabo uma operação semelhante incidindo sobre o anidrido acético, produto químico utilizado na transformação da heroína.

Além da evolução política com vista ao aumento da cooperação em matéria judicial e de aplicação da lei, a competência da Europol será alargada ao branqueamento de capitais em geral, independentemente do tipo de crime que dê origem ao processo de branqueamento.

Presentemente, a Europol e especialistas dos Estados-Membros e do OEDT estão a desenvolver uma base de dados harmonizada sobre apreensões de droga, com definições e parâmetros comuns, para ser introduzida em todos os Estados-Membros. Resultará daí uma recolha normalizada de dados à escala da União Europeia, o que permitirá uma melhor comparação e análise do problema das drogas nos diversos Estados-Membros.

Questões específicas

No presente capítulo destacam-se três questões específicas ligadas ao problema da droga na Europa: a cocaína e a cocaína base/*crack*, as doenças infecciosas e as drogas sintéticas.

Cocaína e cocaína base/*crack*:

Na UE tem vindo a aumentar a preocupação com o consumo crescente de cocaína, embora as tendências do consumo de cocaína e respectivas consequências na UE sejam difíceis de verificar. Em primeiro lugar, os dados nacionais, por exemplo de inquéritos ou centros de tratamento, não reflectem modificações de prevalência e problemas que ocorrem em áreas geográficas muito localizadas em determinadas cidades, nem alterações concentradas em meios sociais específicos. Em segundo lugar, a informação actual sobre a cocaína carece muitas vezes de definições claras e científicas: por exemplo, os sistemas de informação raramente distinguem entre «base/*crack*» e hidrocloreto de cocaína ou entre os diferentes preparados de «base/*crack*». Essas diferentes formas de cocaína têm diferentes características de mercado e padrões de consumo diferentes e geram problemas diferentes, e é necessária a compreensão de todos estes aspectos para a definição de políticas e respostas no plano da redução da procura eficazes.

Prevalência, padrões e problemas

Prevalência

Nem os estudos sobre a população em geral nem os estudos com incidência em populações escolares revelam um aumento geral dos níveis de consumo de cocaína na UE. O Reino Unido é o único Estado-Membro em que se confirmou um aumento da prevalência ao longo da vida do consumo de cocaína nos jovens adultos com idades entre os 16 e os 29 anos. O ponto focal nacional italiano dá conta de que diversas fontes em Itália mostraram que o consumo de cocaína só é superado pelo de *cannabis* e é superior ao anfetaminas ou de *ecstasy*.

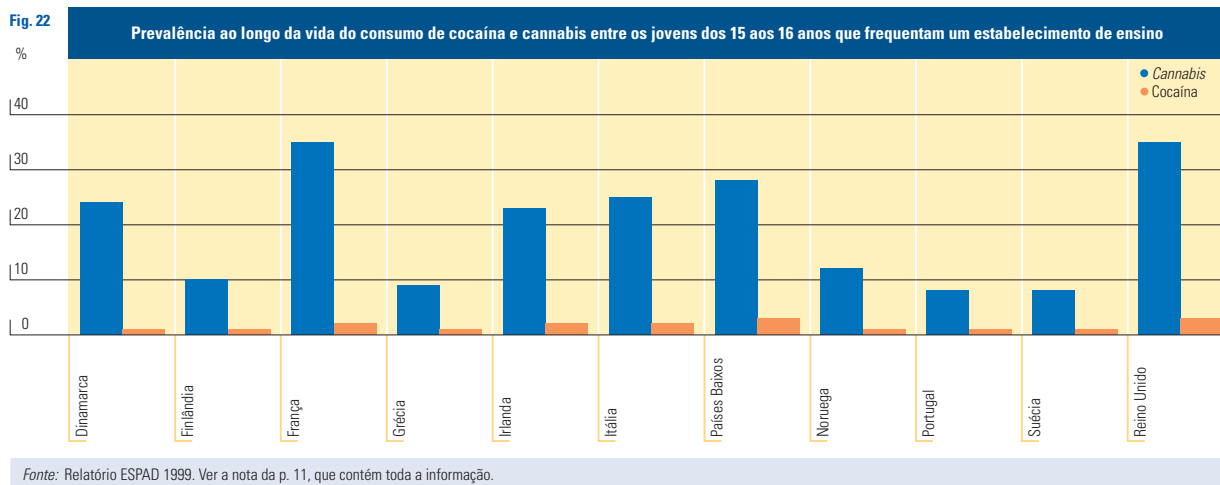
Um estudo levado a cabo em 1999 em escolas europeias mostra que o consumo experimental de cocaína (prevalência ao longo da vida) entre estudantes com 15-16 anos de idade continua a ser reduzido, sendo muito inferior ao consumo de *cannabis*. Em todos os

O que são a cocaína e o *crack*?

A cocaína é uma droga estimulante extraída das folhas do arbusto *Erythroxylon coca* e foi desenvolvida em meados do século XIX para tratar uma grande variedade de doenças. A designação química da droga uma vez transformada é hidrocloreto de cocaína e é geralmente vendida «na rua» sob a forma de um pó cristalino, conhecido por diversos nomes, tais como «coca» e «branca». Regra geral é consumida por inalação e, menos frequentemente, dissolvida em água e injectada.

«Base» de cocaína ou «*crack*» são termos correntes para designar a cocaína tratada com vista a ser fumada ou consumida por inalação de vapor, por forma a provocar efeitos imediatos e intensos. Há pelo menos três métodos para fabricar «base/*crack*» (1). Um desses métodos dá origem a um produto limpo, através da adição de água quente e amónia ou bicarbonato de sódio e da remoção da camada de líquido em excesso que contém os diluentes. Outro método, que dá origem a uma menor concentração de cocaína, é o que consiste em aquecer uma pasta de cocaína e bicarbonato de sódio num forno microondas, conservando-se todos os diluentes no produto final.

A cocaína e a «base/*crack*» distinguem-se geralmente entre si pelo aspecto físico e pelo grau de pureza, podendo a distinção tornar-se complicada por alguma base/*crack* se assemelhar fisicamente ao hidrocloreto de cocaína.



Estados-Membros incluídos no estudo, a cocaína estava menos disponível do que o *ecstasy*, apesar de se registarem variações importantes entre países. Os países onde se registavam as maiores percentagens de estudantes de 15-16 anos para os quais a cocaína estava facilmente disponível eram a Irlanda e o Reino Unido (respectivamente 20% e 21%) e as menores percentagens registavam-se na Finlândia (6%). No entanto, em todos os países da UE incluídos no estudo a disponibilidade da cocaína era consideravelmente inferior à que se regista no caso do mesmo grupo etário nos EUA (2). A desaprovação do consumo de cocaína é muito grande e de intensidade mais ou menos equivalente em todos os países participantes e igual aos níveis de desaprovação do consumo de heroína.

Padrões

Apesar de não se registarem fenómenos dramáticos a nível da população em geral a nível nacional, há níveis mais acentuados de consumo de cocaína em determinados contextos sociais. Os estudos realizados até há pouco sobre os consumidores de cocaína mostravam a existência de fronteiras bem definidas que distinguem os consumidores recreativos de cocaína em pó (hidroclorato) dos consumidores, problemáticos, de «base/crack» e de cocaína sob forma injectável. Encontra-se uma vasta gama de padrões recreativos de consumo de cocaína em pó entre grupos de pessoas que frequentam discotecas e locais de dança e que usam cocaína em pó para fins sociais e utilitários. Esses consumidores recreativos distinguem-se dos grupos marginalizados, tais como os jovens

Quadro 3

Comparação entre a prevalência ao longo da vida da cocaína em estudos de consumidores específicos e em estudos da população

	PLV entre os indivíduos frequentadores de festas			Jovens adultos da população em geral		
	% PLV	Dimensão da amostra	(Ano) e fonte	% PLV	Dimensão da amostra	Ano e faixa etária
Áustria	42	50	(1999) «Ravers» austríacos	-	-	-
Bélgica	45	154	(1998) Festival de rock, comunidade francesa	-	-	-
Dinamarca	-	-	-	3,1	14 228	2000 16-34 anos
Finlândia	-	-	-	1,2	2 568	1998 15-34 anos
França	56	896	(1999) Festas de «rave» «techno», Médecins du Monde	1,9	2 003	1999 15-34 anos
Alemanha Ex-occidental e ex-oriental	-	-	-	2,2	6 380	1997 18-39 anos
	-	-	-	0,4	1 620	1997 18-39 anos
Países Baixos	48	456	(1998) Questionário aos indivíduos frequentadores de festas em Amsterdão (23% de respostas)	3,7	22 000	1997/98 15-34 anos
Espanha				4,8	12 488	1999 15-34 anos
Reino Unido	62	517	(1997) Release drugs and dance (1)	6,4	10 293	1998 16-34 anos
	18 crack					
	50	100	(1999) Indivíduos frequentadores de festas em Liverpool (2)			
Irlanda do Norte	45	106	(2000) Consumidores de ecstasy na Irlanda do Norte			

(1) Release (1997) Release Dance and Drugs Survey: an insight into the culture. London.

(2) Henderson, S. (2000). «Protecting and Promoting the Health of Club-goers in Liverpool: An information campaign evaluation and Market Research Project», 1999-2000.

Fontes: Pontos focais nacionais e referências quando houver uma.

Questões específicas

sem-abrigo, trabalhadores do sexo e consumidores problemáticos de heroína que fumam «base/crack» ou que injectam cocaína misturada com heroína, em áreas geográficas muito localizadas em determinadas cidades. Todavia, a fronteira entre cocaína em pó e «base/crack» pode vir a esbater-se devido a uma tendência emergente para fumar cocaína em contextos recreativos e de vida nocturna e a alterações recentes do mercado. Em primeiro lugar, cinco Estados-Membros registaram uma nova tendência que consiste em misturar «base/crack» com tabaco e fazer um «charro» para fumar: França, Grécia, Itália, Países Baixos e Reino Unido. Em segundo lugar, alguns serviços de medicina legal informaram que alguma «base/crack» se assemelha fisicamente à cocaína em pó (hidroclorato), o que torna difícil à polícia e a consumidores inexperientes distinguirem as substâncias (8). Terceiro, no Reino Unido, há indicações de que a «base/crack» para fumar está a ser reconstruída e comercializada com novas designações, tais como «rock» e «stone», e que estas servem para distinguir a cocaína pronta a fumar da «base/crack» e para melhorar a imagem do preparado junto de segmentos mais elevados do mercado, aproximando-a da imagem da cocaína em pó (4).

A prevalência do consumo de cocaína é muito mais elevada em subpopulações com elevada prevalência de consumo de outras drogas do que nos jovens adultos em geral. O quadro 3 («Comparação entre a prevalência ao longo da vida da cocaína em estudos de consumidores específicos e em estudos da população») mostra uma diferença substancial entre a prevalência ao longo da vida de consumo de cocaína relativamente elevada entre jovens frequentadores de discotecas ou outros locais de dança e as taxas, muito menores, registadas entre os jovens adultos em geral. O custo relativamente elevado da cocaína e a reduzida duração dos efeitos desta são factores desfavoráveis a um consumo recreativo regular, podendo acontecer que um nível elevado de rendimentos disponíveis seja um factor significativo para um consumo regular. Em contextos recreativos nocturnos, há tendência para algumas pessoas, com a cocaína, beberem quantidades significativamente maiores de álcool do que habitualmente. A cocaína serve para aumentar a sociabilidade ao moderar os efeitos indesejáveis do álcool.

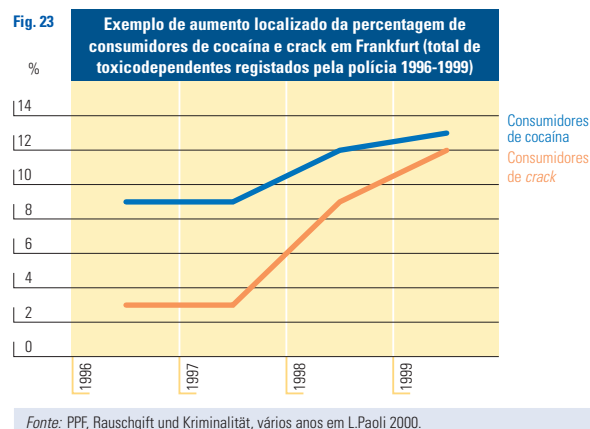
Problemas

Entre 1994 e 1999 o número de clientes que procuraram tratamento por problemas associados ao consumo de cocaína enquanto droga principal — relativamente ao número total de clientes que procuraram tratamento — aumentou substancialmente em Espanha e nos Países Baixos. A Alemanha, a Grécia e a Itália também apresen-

taram um aumento proporcional dos tratamentos contra o consumo de cocaína, tendo a Irlanda apresentado aumento até 1998 (22). No Reino Unido e nas partes francófona e flamenga da Bélgica também se registou aumento. Faltam estudos comparáveis sobre consumidores de cocaína em tratamento na UE, e os aumentos proporcionais de clientes que procuram auxílio devido a problemas de cocaína poderão indicar um aumento real dos problemas com cocaína, mas podem também ser resultado de uma redução do número de clientes que procuram auxílio devido a problemas com opiáceos, ou resultarem do facto de clientes anteriormente com problemas de opiáceos transferirem o seu principal problema de toxicodependência para a cocaína. O desenvolvimento de serviços cada vez mais atraentes para os consumidores de cocaína também podem influenciar os números relativos ao tratamento. Alguns serviços de tratamento informaram que se registou um aumento do consumo de cocaína entre os clientes em tratamento da dependência da heroína, em especial cocaína fumada na forma de «base/crack» ou tomada por via intravenosa com heroína.

A figura 23 dá um exemplo do aumento localizado de consumidores de «base/crack» que não tem reflexo a nível nacional. Em Frankfurt, a percentagem de consumidores de crack relativamente à totalidade dos toxicodépendentes registados pela polícia aumentou quatro vezes entre 1996 e 1999.

Os serviços de saúde e os consumidores de cocaína raramente dão conta de casos mortais ou de problemas de saúde física como consequência directa da inalação de cocaína em pó por via nasal, e, uma vez que os consumidores recreativos tendem a consumir cocaína juntamente com grandes quantidades de álcool ou outras drogas, é difícil identificar as causas de experiências negativas. Não obstante, a Itália, o Luxemburgo e os



(22) Figura 15 OL: Cocaína: evolução dos novos clientes admitidos a tratamento (versão em linha).

Países Baixos registam um aumento do número de óbitos relacionados com esta droga e a Espanha regista um aumento das urgências hospitalares em que estava envolvida cocaína, além de outras drogas. Uma maior consciencialização do pessoal dos serviços de urgência dos hospitais para o papel potencial da cocaína em perturbações cardiovasculares poderá estar na base de maiores taxas de ocorrências registadas (4).

Foram identificados problemas de saúde, sociais e psicológicos graves associados ao consumo de «base/crack» fumado, em especial em grupos marginalizados, tais como os consumidores problemáticos de opiáceos, os sem-abrigo e outros jovens desfavorecidos e as trabalhadoras do sexo. Não é claro até que ponto os problemas são consequência directa do consumo desta forma de cocaína só por si, ou da frequência e quantidade do consumo, ou de problemas sociais, psicológicos ou de droga anteriores.

Mercado

Em 1999, o número de apreensões de cocaína aumentou de forma pronunciada no Luxemburgo e na Suécia, enquanto decresceu na Áustria, na Bélgica e na Dinamarca. Os preços de venda a retalho registados variam entre 24 euros e 170 euros por grama, com cidades como Amesterdão e Frankfurt no extremo inferior e Estados-Membros como a Finlândia e a Suécia a registarem os preços mais elevados. Em França e no Reino Unido, os preços da venda a retalho diminuíram, mas a pureza manteve-se em geral elevada entre 55% e 70% até finais de 1999, momento em que se registou no Reino Unido um decréscimo acentuado do grau médio de pureza do *crack* (10). Encontram-se marcadas as acentuadas variações geográficas dos preços nos Estados-Membros. Pequenas quantidades de cocaína, em partes de grama ou na forma de «bolas» ou «pedras» encontram-se por menos de 15 euros em algumas cidades, em especial nas que têm «cenas» de droga abertas e em que as concentrações de cocaína podem cair substancialmente (por exemplo, Frankfurt, Milão, Paris, Londres, Manchester e Liverpool). A distribuição de cocaína efectua-se em primeiro lugar através de cadeias de amigos de amigos, mas em algumas cidades assiste-se a um tráfico aberto nos estabelecimentos de diversão nocturnos e em certas ruas. O tráfico em casas particulares e os serviços de entrega foram muito facilitados pela maior comodidade e protecção (na forma de anonimato) proporcionadas aos traficantes pelos telefones portáteis (4,5,6,7).

Registou-se um aumento da disponibilidade de cocaína pronta a fumar («base/crack») em várias cidades europeias (Amesterdão, Roterdão, Londres, Liverpool, Manchester, Frankfurt, Milão e Paris), mas os métodos de

a preparar (e os níveis de concentração de cocaína daí resultantes, que podem ir até 100%) variam e são geradores de confusão para os sistemas de informação sobre drogas, além de que a ausência de definição científica para termos empregues na rua tais como «crack» e «base» colocam problemas a nível das respostas no plano educativo e no plano da prevenção. Na rua, a cocaína pode ser vendida já misturada com heroína

Segundo as informações existentes, a Bélgica, a Espanha e os Países Baixos são pontos de trânsito muito importantes para a cocaína proveniente da América Latina (especialmente Colômbia, Brasil e Venezuela) e destinada ao resto da União Europeia. Em 1999, foram desmantelados em Espanha seis laboratórios de transformação de cocaína, e atribuí-se a esse facto os aumentos subsequentes do preço da cocaína por grosso em Espanha.

Projectos de intervenção e novas abordagens

A resposta da UE ao aumento do consumo de cocaína e *crack* assumiu três formas principais no domínio da redução da procura. Durante a década de 90, um pequeno número de cidades desenvolveu serviços especializados para fazer face às necessidades de problemas primários de cocaína e para visarem grupos particularmente vulneráveis, de que são exemplo a Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. em Frankfurt e «Take Five» em Roterdão. Alguns Estados-Membros registaram esforços para adaptar as estruturas existentes por forma a irem ao encontro das necessidades dos consumidores problemáticos de cocaína e *crack*. Por exemplo, em França e no Reino Unido, estão a ser desenvolvidas estratégias pluridisciplinares entre profissionais envolvidos no sentido da recolha e intercâmbio de informação sobre as necessidades dos consumidores de cocaína e *crack*, por forma a desenvolver formação adequada e a adaptar modelos e serviços de tratamento existentes com vista a proporcionar o tipo de serviços mais eficazes para corresponder às necessidades dos consumidores de cocaína e *crack*. Em terceiro lugar, alguns Estados-Membros destacaram a necessidade de fazer face às consequências criminais e de saúde do policonsumo em geral.

É difícil obter dados do sector privado sobre respostas a problemas de cocaína, mas, ainda assim, é provável que esse sector desempenhe um papel significativo no tratamento de consumidores problemáticos de cocaína socialmente privilegiados.

Exemplos de tratamento para problemas de cocaína

Foram descritos poucas respostas de tratamento nos relatórios dos Estados-Membros. No entanto, a Alemanha e os Países Baixos destacaram intervenções especificamente concebidas para problemas de cocaína.

Questões específicas

Em Frankfurt, a organização de juventude Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. oferece um processo de tratamento dirigido à toxicodependência por cocaína e que é adaptado às necessidades de cada cliente individual. A fase inicial de «choque», que dura alguns dias, tem lugar ou num quadro ambulatorio, com apoio psicossocial, ou, na forma de processo de desintoxicação, num hospital. A fase seguinte envolve seis semanas de tratamento em internamento durante as quais o cliente cumpre um programa diário que inclui sessões de tratamento em grupo e individuais. A fase de recuperação, ou em ambulatorio ou em internamento, visa o restabelecimento ou o melhoramento de contactos e relações com o núcleo familiar e com a família ou parceiros.

Em Roterdão está em funcionamento desde 1996 o «Take Five», programa de tratamento para grandes consumidores de «base/crack». O programa, administrado pelos serviços municipais de saúde, funciona como um serviço de porta aberta («low threshold»). Numa primeira fase, equipas de rua contactam consumidores de «base/crack» em diferentes locais, tais como pontos de tráfico de drogas, salas de consumo ou centros de crise. Numa segunda fase, o paciente frequenta um chamado «local de pausa» («time out location»), que proporciona apoio 24 horas por dia, com um médico generalista e psiquiatras disponíveis se necessário. O objectivo da terceira fase é estabilizar a saúde do cliente e dar início à reabilitação. A experiência de Roterdão regista que a acupunctura é muito procurada pelos seus clientes para relaxação.

Questões de política em matéria de droga

Na União Europeia, há um mercado de consumidores recreativos de drogas com rendimentos elevados que ou receiam o conteúdo pouco fiável dos comprimidos de *ecstasy* e a possibilidade de riscos de saúde agudos e a longo prazo associados, ou não querem repetir as suas experiências passadas com o MDMA e os respectivos efeitos desagradáveis no início ou a meio da semana. Estudos efectuados mostram que, do ponto de vista dos consumidores recreativos de cocaína, esta é considerada mais previsível e versátil e menos desagradável do que o *ecstasy*, e os efeitos secundários da cocaína são considerados menos graves ou desagradáveis e de menor duração do que os efeitos secundários do *ecstasy* ou das anfetaminas (3).

Os estudos sobre consumidores de cocaína identificaram distinções sociais óbvias e subculturas claramente separadas entre os consumidores de cocaína em pó (hidroclorato) e os fumadores de «base/crack» — mas as fronteiras podem ser postas em causa com as recentes transformações do mercado e a tendência emergente no sentido de fumar cocaína «base/crack» misturada com

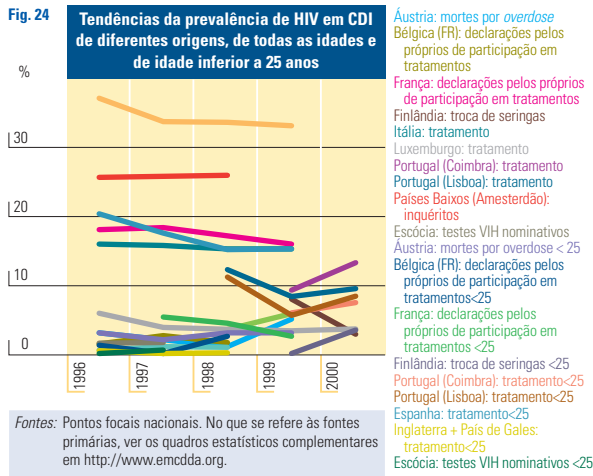
tabaco na forma de «charros» em contextos recreativos e nocturnos. O resultado dessas transformações pode enfraquecer os tabus contra o consumo de «base/crack» fumada, tabus que existiram e que actuaram como formas de controlo informal para evitar a difusão do *crack* na cultura corrente de consumo de drogas. Tais sinais de erosão de controlos sociais informais do consumo de «base/crack» mais não fazem senão tornar mais urgente uma resposta em tempo útil.

Uma imagem positiva, utilitária e de prestígio da cocaína em pó e, talvez, da cocaína base/crack, em conjunto com a existência de uma afluência de potenciais consumidores, poderia resultar numa expansão do consumo de cocaína na UE, incluindo a cocaína base/crack. Tal potencial de difusão deve ser abordado com cuidado, já que uma informação parcial sobre a cocaína base/crack pode dar lugar à criação de mitos sobre o seu consumo, os quais podem desviar a atenção dos persistentes problemas estruturais com que se debatem algumas zonas urbanas (9).

Fontes

(Relatórios dos pontos focais nacionais, 2000).

- (1) The Forensic Science Service, Drug Abuse Trends, n.º 9, Metropolitan Forensic Science Laboratory, Londres, 1999.
- (2) The 1999 ESPAD Report The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs Swedish Council for information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and The Pompidou Group at the Council of Europe.
- (3) A. Boys *et al.*, Cocaine Trends: A Qualitative Study of Young People and Cocaine Use, National Addiction Centre, Londres, 2001.
- (4) A. Ghuran and J. Nolan, Recreational drug misuse: issues for the cardiologist, Heart Vol. 83, 2000, p. 627-633.
- (5) K. Brain, H. Parker and T. Bottomley, Evolving Crack Cocaine Careers: New Users, Quitters and Long Term Combination Drug Users, in NW England University of Manchester, 1998.
- (6) L. Paoli, Pilot Project to Describe and Analyse Local Drug Markets: First-year report to the EMCDDA, Max Planck Institute, Freiburg, 2000.
- (7) P. Blanken, C. Barendregt, L. Zuidmulder, Retail level drug dealing in Rotterdam in Understanding and responding to drug use: the role of qualitative research EMCDDA Scientific Monograph Series, n.º 4, 2000.
- (8) Drug Abuse Trends, Issue n.º 10, New Series, Oct./Dec. 1999.
- (9) D. Hartman & A. Golub, The Social Construction of the Crack Epidemic, in the Print Media Journal of Psychoactive Drugs, vol. 31 (4), 1999.
- (10) Home Office Statistical Bulletin 2000.



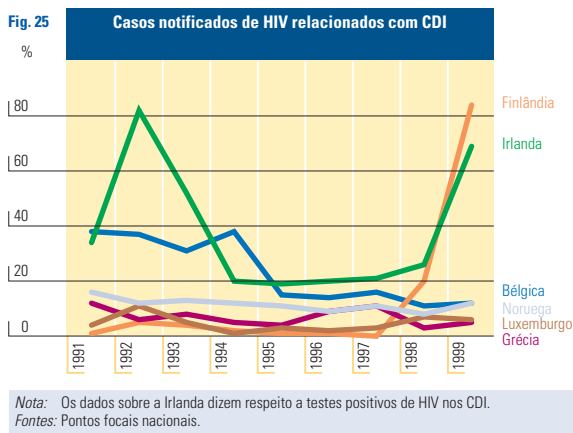
Doenças infectocontagiosas

Prevalência e tendências

HIV

A prevalência de infecção por HIV difere muito entre países, e, dentro de cada país, entre regiões e cidades. Apesar de a existência de fontes e métodos de recolha de dados divergentes tornar difícil proceder a comparações, os dados disponíveis indicam níveis médios de infecção entre diferentes subgrupos de consumidores de drogas injectáveis (CDI) que *grosso modo* variam entre cerca de 1% no Reino Unido e 32% em Espanha (ver figura 8, capítulo 1).

A prevalência de HIV parece ter estabilizado na maior parte dos países desde meados dos anos 90 após os acentuados declínios que se seguiram à primeira epidemia muito importante entre CDI nos anos 80 (ver figura 24). Em alguns países (Áustria, Finlândia, Irlanda, Luxemburgo Países Baixos e Portugal) a transmissão poderá estar ainda a aumentar em alguns subgrupos de CDI (ver caixa na p. 17, no capítulo 1).

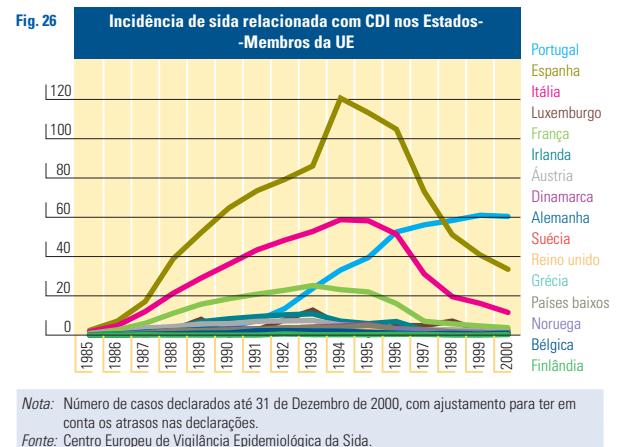


A transmissão recente pode ser mais clara se examinarmos especificamente a prevalência em CDI de idade inferior a 25 anos. As infecções por HIV neste grupo devem ter-se dado em média mais recentemente, já que a maior parte dos CDI começam a injectar-se com idades compreendidas entre os 16 e os 20 anos (1, 2). As tendências nesse grupo etário, tanto quanto dispomos de dados, são mais acentuadas do que a prevalência geral e apresentam-se mesmo, por vezes, no sentido oposto. Na Finlândia, por exemplo, deu-se um grande surto em 1998-1999, como se pode ver a partir dos dados relativos às notificações de casos de HIV (ver figura 25). A partir de 1999, a prevalência geral decresceu, como se verifica a partir dos dados relativos a trocas de seringas (ver figura 24), mas a prevalência entre jovens CDI aumentou de 0% em 1999 para cerca de 4% em 2000. Tal facto poderá indicar que, ao mesmo tempo que se começou a assistir a um declínio da ocorrência de novos casos de infecção entre consumidores mais antigos de drogas injectáveis, devido a saturação (a maioria dos indivíduos em risco foram infectados) e/ou à modificação de comportamentos por parte dos indivíduos em risco, deram-se novos casos de infecção principalmente em consumidores de drogas injectáveis mais jovens, os quais muitas vezes apresentam níveis mais elevados de comportamentos de risco.

Em vários países, a prevalência do HIV é significativamente maior em CDI do sexo feminino do que entre CDI do sexo masculino. Isso poderá dever-se a maiores taxas ou diferentes modos de partilha de seringas e/ou a maiores riscos sexuais das CDI do sexo feminino.

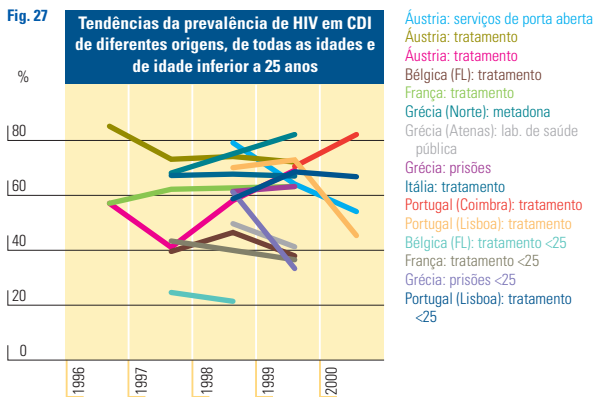
Sida

Os países onde os CDI mais foram afectados pela sida são principalmente os da parte Sudoeste da União Europeia, nomeadamente Espanha, França, Itália e Portugal (23). A incidência de sida varia muito de uns

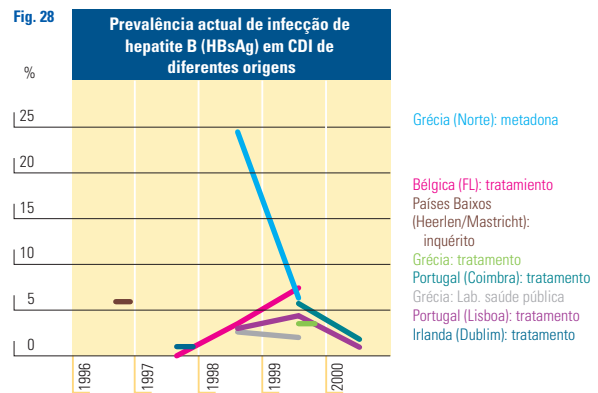


(23) Figura 16 OL: Casos de sida diagnosticados em 1999 em CDI por milhão de habitantes (versão em linha).

Questões específicas



Fonte: Pontos focais nacionais. No que se refere às fontes primárias, ver os quadros estatísticos complementares em <http://www.emcdda.org>



Fonte: Pontos focais nacionais. No que se refere às fontes primárias, ver os quadros estatísticos complementares em <http://www.emcdda.org>

países para outros, tal como acontece com o HIV, mas a tendência geral é descendente (ver figura 26). Esse declínio é provavelmente resultado de novos tratamentos dos CDI que retardam a eclosão da sida. Por esta razão, considera-se hoje que a sida é um indicador da transmissão do HIV menos fiável do que antes, por volta de 1996. A Espanha, que registara a maior incidência anual de sida entre consumidores de drogas, foi recentemente ultrapassada por Portugal, o único país que não regista uma diminuição. Tal poderá apontar para um acesso limitado ao tratamento de HIV (tal como indica um estudo realizado recentemente) e/ou um aumento da transmissão de HIV durante a década de 1990. Não obstante, o aumento em Portugal apresenta sinais de estabilização no decurso de 2000.

Hepatite C

A prevalência da hepatite C é superior e mais homogênea ao longo da UE do que a prevalência de HIV. Entre 40% e mais de 90% dos CDI estão contaminados pelo vírus da hepatite C (VHC), mesmo em países com taxas baixas de contaminação pelo HIV, como a Grécia (ver figura 9, capítulo 1). A infecção crónica pelo VHC gera problemas de saúde importantes e, a longo prazo (décadas), pode dar origem a consequências graves no plano da saúde, incluindo danos graves do fígado e morte prematura. A proporção de infecções crónicas que dão origem a problemas de saúde graves ainda não é muito clara, mas há indicações recentes segundo as quais nos CDI poderá ser inferior (talvez 5%-10%) ao que se pensava (20%-30%) (3, 4). Os níveis extremamente elevados de contaminação pelo VHC entre os CDI na Europa poderão, no entanto, vir ainda a representar um grande ónus a nível da saúde, devido às doenças hepáticas nos (ex-)CDI ao longo das próximas décadas.

As tendências da contaminação pela hepatite C, no caso dos poucos países que puderam apresentar dados,

mostram quer decréscimos importantes quer aumentos na Áustria, na Grécia e em Portugal, dependendo da fonte (localização geográfica) e do grupo etário (ver figura 27). Este facto poderá ser reflexo de diferentes populações de CDI com diferentes epidemiologias. No entanto, também é possível que as tendências reflectam políticas de rastreio ligadas à recente introdução de análises ao VHC. Por exemplo os indivíduos em maior risco podem ser os primeiros a participar quando é proposta uma análise voluntária, com o que a prevalência parece declinar nos anos seguintes. A única forma de confirmar as tendências aparentes é seguir as tendências ao longo de um período mais extenso. Este desvio potencial poderá ser menos importante no caso das análises ao HIV, que já existem há muitos anos.

Hepatite B

A prevalência de anticorpos contra o vírus da hepatite B (VHB) também é elevada, mas parece menos homogênea ao longo da UE do que a prevalência do VHC. No caso da hepatite B, a presença de anticorpos indica que se foi contaminado, enquanto no caso do VHC e do HIV um teste de anticorpos positivo indica na maior parte dos casos que há infecção. No entanto, os anticorpos contra o VHB podem também indicar que se está vacinado. Isto significa que as práticas de vacinação, que podem variar muito de uns países para outros, devem ser tidas em conta na interpretação da prevalência de anticorpos VHB. A proporção que não revela anticorpos indica CDI que ainda correm o risco de ser contaminados e que deveriam ser vacinados. A vacinação dos CDI é especialmente importante, uma vez que a infecção de hepatite B (e também as de hepatite A ou D) pode ser muito perigosa e até fatal, se já se estiver infectado por outro vírus de hepatite, tal como o VHC. Na UE, aproximadamente entre 20% e 60% dos CDI têm anticorpos contra a hepatite B. Dados incluídos em estudos em alguns países sugerem que apenas 10% a 30% dos CDI estejam inteira-

mente vacinados (5, 6, 7, 8). Isto sugere que a vacinação possa proporcionar um grande benefício em termos de saúde (24).

Mais fácil de interpretar do que os anticorpos VHB é a prevalência de HbsAg, o marcador serológico que indica que o vírus da hepatite B ainda está presente. Isso indica uma hepatite B presente, podendo ser tanto uma infecção recente como crónica. O nível de HbsAg indica, portanto, o potencial de complicações graves a longo prazo e de contaminação de outras pessoas através de comportamentos de risco em relação com as injeções ou por contaminação sexual. A prevalência de HbsAg só é conhecida num número limitado de países, mas parece divergir muito e em alguns casos é elevada (ver figura 28). No Norte da Grécia, os CDI em programas de metadona poderão ter sofrido um surto importante de hepatite B antes de 1998, já que os níveis eram extremamente elevados em 1998, mas decresceram acentuadamente entre 1998 e 1999. Na Bélgica, dados relativos aos CDI em tratamento indicam um crescimento constante nos casos de infecção de VHB (HbsAg) entre 1997 e 1999. Em Portugal, dados recentes indicam um decréscimo da infecção de VHB. Na Noruega, os dados relativos às notificações indicam um forte aumento das infecções de VHB (e VHA) entre CDI.

Outras DST, tuberculose, endocardite e surto de clostridium

Outras doenças infecciosas que podem ser importantes entre CDI são a tuberculose, que não é transmitida pelo consumo de drogas injectáveis, mas que é especialmente elevada entre consumidores de drogas em Espanha e em Portugal, devido à sua forte associação à infecção por HIV e à sida. A ocorrência de outras doenças sexualmente transmissíveis (DST) tais como a sífilis e a gonorreia também pode ser elevada, em especial entre as prostitutas de rua que são consumidoras de drogas, se estas não tiverem acesso a serviços médicos de fácil acesso. Pode resultar daqui uma contaminação importante de não-consumidores de drogas, enquanto as referidas DST também constituem um factor de risco importante para a infecção por HIV. Além disso, os consumidores de drogas injectáveis muitas vezes apresentam uma elevada prevalência de outras infecções que podem representar risco de vida, tais como abscessos nos pontos de injeção ou endocardites (infecção das válvulas cardíacas), que, em muitos casos, podem ser facilmente tratadas, se se dispuser de serviços para o efeito.

Entre Abril e Agosto de 2000, deu-se na Escócia, na Irlanda, em Inglaterra e no País de Gales um surto muito grande de *Clostridium novyi*, do qual resultaram 104

casos de doença grave e 43 mortes entre jovens. Esse surto esteve provavelmente ligado a heroína contaminada, em conjugação com modos específicos de injeção (intramuscular ou subcutânea, em vez de intravenosa). O referido surto mostrou a que ponto é grande o potencial de problemas de saúde graves entre CDI, problemas que podem ser muito maiores e perigosos do que os problemas de saúde devidos a outros padrões mais prevalentes de consumo de drogas.

Determinantes e consequências

Consumo de drogas injectáveis

Entre os consumidores de drogas, as infecções como o HIV e a hepatite B e C são transmitidas principalmente através do consumo de drogas injectáveis. Isso deve-se em grande medida à partilha de equipamento para injeção, tal como agulhas e seringas, e à partilha de acessórios como algodão, água e colheres. É provável que em situações de aumento do consumo de drogas injectáveis as populações de consumidores dessas drogas sejam especialmente vulneráveis a um rápido alastramento do HIV e da hepatite.

Os tempos e a magnitude da epidemia de sida em diferentes países podem ter sido determinados em grande parte pelo calendário e pela magnitude da epidemia de consumo de drogas injectáveis. Essa epidemia de consumo de drogas injectáveis provavelmente deu-se primeiro em países do Norte da Europa, tais como os Países Baixos (anos 70 e 80), mas manteve-se relativamente contida e só se deu mais tarde em países do Sul da Europa, tais como Espanha, Itália e Portugal (anos 80 e 90) e em maior escala. A ocorrência de epidemia de HIV pode, por conseguinte, ter dependido de um equilíbrio delicado entre o calendário e a magnitude da epidemia de consumo de drogas injectáveis, a consciência da sida (que não existia nos primeiros anos) e o calendário e a introdução em larga escala de medidas de prevenção.

A importância da injeção no universo dos consumidores de drogas (no caso da Europa, principalmente de heroína única ou juntamente com outras substâncias) pode ainda depender de preferências e hábitos culturais dos consumidores de drogas, ou do tipo de heroína disponível no mercado (hidrossolúvel e injectável ou não). O preço e a pureza também desempenham um papel, uma vez que injectar heroína é mais eficiente e, portanto, mais barato do que fumá-la. Pensa-se que o medo da sida tenha muito menos influência na decisão de injectar ou não.

(24) Figura 16 OL: Casos de sida diagnosticados em 1999 em CDI por milhão de habitantes (versão em linha).

Questões específicas

De momento, não se conhece o modo de evitar o consumo de drogas injectáveis. O consumo de droga injectável ou o consumo de heroína por qualquer via, pode depender de um conjunto de factores pessoais e sociais, tais como problemas de comportamento e/ou familiares e desemprego. O tratamento de substituição, porém, pode ser muito eficaz na redução da prática de injeção e comportamentos de risco ligados à prática da injeção, entre os consumidores de heroína (9).

O consumo de drogas injectáveis decresceu fortemente nos anos 90 na maior parte dos países, mas não em todos. Em consequência disso, as taxas de consumo de drogas injectáveis (medidas junto dos consumidores de opiáceos inscritos para tratamento) diferem acentuadamente, desde um mínimo de cerca de 10% nos Países Baixos até um máximo de cerca de 70% na Grécia. As tendências recentes em matéria de prática de injeções não são conhecidas, salvo no caso da Irlanda, onde apresentam um crescimento contínuo, que é coerente com um aumento recente do número de testes positivos de HIV relacionados com CDI.

Comportamento de risco com injeções

Entre os CDI, a disseminação de infecções é principalmente determinada pelo comportamento de risco com injeções, nomeadamente a «partilha de seringas» (dar uma agulha usada a outra pessoa ou recebê-la de outrem). A transmissão também é possível através da partilha de outros elementos associados à injeção, tais como água, algodão ou colheres, que provavelmente desempenham um papel ainda mais importante no caso das hepatites B e C. As injeções sem condições de higiene podem mesmo causar transmissão de hepatite sem que quaisquer materiais sejam partilhados, através, por exemplo, da presença de sangue contaminado nas mãos, mesas ou outras superfícies.

Outro comportamento de risco é o «frontloading» ou «backloading» (injeção de heroína de uma seringas para outras, para medir partes iguais). Dados preliminares sobre partilha de seringas indicam que esta continua, em geral, a ser muito elevada entre CDI, indo desde 10%-17% nos Países Baixos (utilização recente de seringas usadas) a 64% na Irlanda (partilha de seringas nas últimas quatro semanas) e 75% em Inglaterra e no País de Gales (partilha de seringas e equipamento para injeção) (25). A maior parte destes dados pode estar ainda a subestimar a quantidade de comportamentos de risco através da partilha indirecta («front» ou «backloading»), da partilha de outros materiais além de agulhas, etc. Por outro lado,

a partilha de agulhas, quando se efectua frequentemente entre parceiros estáveis que sabem, ambos, não estar contaminados, pode ser relativamente segura.

Comportamento sexual de risco

A transmissão sexual do HIV e do VHB é muito menos eficiente do que a transmissão por meio de partilha de seringas, e pensa-se que a transmissão do VHC por via sexual seja muito reduzida. No entanto, quando o nível de infecção (prevalência) é elevado nos CDI, a transmissão sexual e a transmissão mãe-filho de HIV e de VHB podem tornar-se importantes. Deste modo, os CDI podem constituir grupos cruciais ou bolsas de infecção para a transmissão ao resto da população. Uma forma eficiente de prevenir a transmissão sexual é a utilização de preservativos. A utilização do preservativo aumentou muito entre os consumidores de drogas desde a década de 80, em especial entre trabalhadores do sexo, entre os quais se registam habitualmente taxas elevadas de utilização de preservativos com os seus clientes. No entanto, a utilização de preservativos é habitualmente reduzida com parceiros privados, os quais, portanto, continuam a constituir um grupo de elevado risco para a infecção.

Consequências e custos

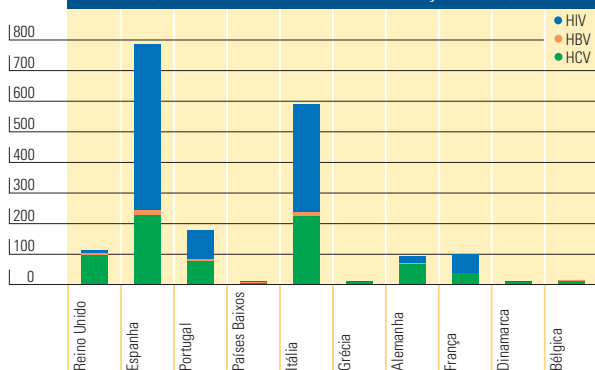
As consequências da infecção pelo HIV são graves. A infecção por HIV dá origem à sida em média após cerca de 10 anos, representando então grandes custos para o indivíduo e para a sociedade, devido a infecções crónicas, hospitalizações e morte prematura.

Na maior parte dos casos, a infecção de hepatite B tem cura espontânea, mas, numa proporção importante de casos (2%-8% nos adultos, 10%-15% nos adolescentes e uma proporção muito mais elevada nas crianças), resulta em infecção crónica, a qual, a longo prazo, pode dar origem a doenças hepáticas graves e a morte prematura. Uma vez que a hepatite B e o HIV podem ser transmitidos por via sexual ou de mãe para filho, estas infecções nos CDI constituem uma ameaça importante para a população em geral.

A hepatite C assume carácter crónico na maior parte dos casos (possivelmente 70%-80%), pelo que os CDI continuam a ser uma importante fonte potencial de contaminação. A hepatite C, tal como a hepatite B, pode dar origem a doença hepática grave e morte prematura a longo prazo (décadas). A combinação de diferentes hepatites (incluindo a hepatite A) ao mesmo tempo pode ser especialmente perigosa, levando, muitas vezes, a insuficiência hepática aguda e à morte.

(25) Quadro 6 OL: Partilha de agulhas entre os consumidores de droga injectada em alguns Estados-Membros da UE (versão em linha).

Fig. 29 Estimativa de custos futuros com cuidados de saúde relativos a um ano de infeções relacionadas com a droga nos casos do VHC, do VHB e do HIV, em milhões de euros para 10 países da UE (total: 1 890 mil milhões de euros — Preços de 1995)



Fonte: Postma M.J., Wiessing L.G. and Jager J.C. «Pharmaco-economics of Drug Addiction; Estimating the costs of HCV, HBV and HIV infection among injecting drug users in EU-countries». Bull Narc. (na imprensa).

Uma estimativa preliminar dos custos futuros dos cuidados de saúde de um ano de contaminações de HIV, VHB e VHC relacionadas com drogas na UE apurou um valor de cerca de 0,5% do orçamento total da UE para cuidados de saúde (ver figura 29).

Respostas no plano da redução de danos

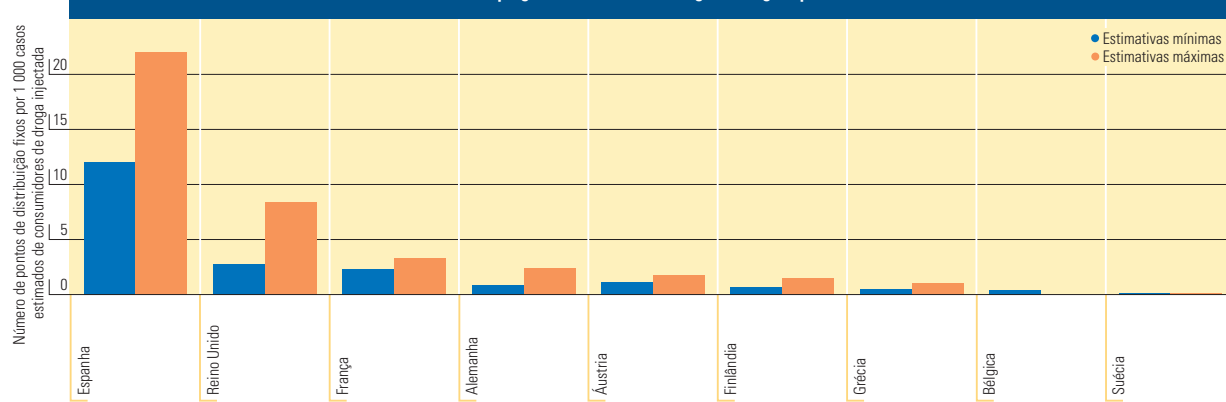
Na maior parte da UE, a introdução de medidas de redução de danos — tais como o melhoramento do acesso a agulhas e seringas esterilizadas, preservativos e aconselhamento e testes de HIV — contribuiu para controlar a transmissão do HIV entre consumidores de drogas injectáveis. O tratamento de substituição, que pode reduzir muito a frequência das injeções, também existe em todos os Estados-Membros, na maior parte dos casos na forma de metadona para administração oral, mas, na maior parte dos países, são ainda possíveis grandes melhoramentos em termos de cobertura (ver capítulo 2, secção «Redução da procura», subsecções «Tratamento», «Tratamento de substituição»).

Apesar de haver provas de que as medidas de redução de danos contribuíram para reduzir a prevalência de hepatite C nos consumidores de drogas injectáveis, essas medidas não controlaram a difusão da doença (10). A persistência da hepatite C em CDI jovens reclama abordagens inovadoras da redução de danos. A introdução de salas de injeção com supervisão médica e a distribuição controlada de heroína são duas dessas abordagens e estão a ser estudadas em alguns países da União Europeia. No entanto, ambas levantam dificuldades éticas e jurídicas e podem exigir alterações da legislação relativa a drogas. Nos países onde foram criadas salas de injeção (Alemanha, Países Baixos, Austrália, EUA e Suíça), ainda está por avaliar a respectiva eficácia.

Aspectos importantes para a determinação da existência de medidas de redução de danos são a oferta de serviços e a cobertura da população de CDI. Com base em estimativas sobre consumo problemático de drogas e taxas de CDI nos consumidores de opiáceos em tratamento, foram efectuadas estimativas preliminares sobre a dimensão da população de CDI em países da UE. Recorrendo a essas estimativas, obtém-se uma imagem aproximada da previsão de programas de troca de seringas (pontos de distribuição) por país (ver figura 30) e do número de seringas trocadas através de programas de troca de seringas por 1 000 CDI por ano (26). Apesar de as estimativas nacionais poderem não ser fiáveis, verifica-se em geral que os programas de troca de seringas na maior parte dos países sobre os quais se dispõe de dados ainda não estão a proporcionar um número suficiente de agulhas limpas aos CDI, possivelmente com excepção do Reino Unido (Inglaterra e País de Gales) e de Espanha.

Um estudo francês calculou que o número médio de injeções para um consumidor diário (no mês anterior) era de 3,6 por dia, implicando mais de 1 300 injeções

Fig. 30 Previsão de programas de troca de seringas em alguns países da UE



Fonte: Estimativa da cobertura de medidas de redução de danos para os consumidores de droga injectada na Europa. Lisboa, OEDT, 2001.

(26) Figura 18 OL: Seringas distribuídas/trocadas através de PTS por CDI estimado por ano (versão em linha).

por ano por consumidor diário (93% dos indivíduos que participaram nesta amostra de troca de agulhas eram consumidores diários de droga injectada) (11). No entanto, esta média pode depender muito das substâncias injectadas (os consumidores de opiáceos que também injectam cocaína podem injectar-se com muito maior frequência) ou do rendimento (os CDI com poucos recursos podem injectar-se muito menos). São necessárias estimativas melhores e para cada país da dimensão da população de CDI e do número de injeções, por forma a avaliar a cobertura dos programas de troca de seringas e, por conseguinte, o potencial desses programas para uma prevenção eficaz das infecções relacionadas com as drogas (27) (28).

Fontes

- (1) S. Darke, S. Kaye, J. Ross, «Transitions between the injection of heroin and amphetamines», *Addiction*, Vol. 94, 1999, p. 1795-1803.
- (2) M. C. Doherty, R. S. Garfein, E. Montoroso, «Gender differences in the initiation of injection drug use among young adults», *J Urban Health*, Vol. 77, 2000, p. 396-414.
- (3) D. L. Thomas, S. A. Strathdee, D. Vlahov, «Long-term prognosis of hepatitis C virus infection», *JAMA*, Vol. 284, 2000, p. 2592.
- (4) A. J. Freeman, G. J. Dore, M. G. Law, *et al.*, «Estimating progression to cirrhosis in chronic hepatitis C», *Hepatology*, 2001, (no prelo).
- (5) *European network on HIV/AIDS and hepatitis prevention in prisons, second annual report*, 1998.
- (6) T. L. Lamagni, K. L. Davison, V. D. Hope, *et al.*, «Poor hepatitis B vaccine coverage in IDUs, England 1995 and 1996», *Comm Dis Public Health*, Vol. 2, 1999, p. 174-177.
- (7) M. Fitzgerald, J. Barry, P. O'Sullivan, L. Thornton, «Blood-borne infections in Dublin's opiate users», *Ir J Med. Sc.i*, Vol. 170, 2001, p. 32-34.
- (8) Ponto focal nacional italiano (relatório nacional 2000 destinado ao OEDT).
- (9) E. Drucker, P. Lurie, A. Wodak, P. Alcabes, «Measuring harm reduction: the effects of needle and syringe exchange programs and methadone maintenance on the ecology of HIV», *AIDS*, Vol. 12 (Suppl. A), 1998, p. S217-S223.
- (10) A. Taylor, D. Goldberg, S. Hutchinson, *et al.*, «Prevalence of hepatitis C virus infection among injecting drug users in Glasgow 1990-1996: are current harm reduction strategies working?», *J Infect*, Vol. 40, 2000, p. 176-183.
- (11) M. Valenciano, J. Emmanuelli, F. Lert, «Unsafe injecting practices among attendees of syringe exchange programmes in France», *Addiction*, Vol. 4, p. 597-606.

Drogas sintéticas

A presente secção completa os dados e as análises apresentados noutras secções do relatório anual com um resumo das principais questões, preocupações e desafios relativos às drogas sintéticas.

Alastramento do consumo

Se o panorama geral em 2000 confirma que o alastramento do consumo de drogas sintéticas na UE de um modo geral estabilizou, continuam-se a observar-se tendências de crescimento em algumas regiões nas quais cidades ou estâncias turísticas são mais atraentes para o turismo juvenil europeu devido à sua localização e a uma oferta maior de eventos dirigidos a jovens. De um modo mais geral, as áreas urbanas em que se estabeleceram culturas de jovens podem continuar a proporcionar um ambiente favorável ao enraizamento e ao desenvolvimento de «drogas recreativas».

A análise cruzada de estudos quantitativos sugere que o consumo de drogas sintéticas alastrou para além dos meios «tecno» às discotecas, bares e contextos privados. São também referidos outros meios. Por exemplo, um estudo revelou que, na Grécia, 35% dos estudantes consumidores de *ecstasy* consumiram a droga em estádios de futebol.

Comportamentos e padrões de consumo

Um comportamento em expansão é o que consiste não tanto no consumo de uma droga em particular, mas numa tendência para utilizar diferentes drogas em função de necessidades e situações.

Em alguns Estados-Membros, a modificação de padrões de comportamento dos jovens foi destacada como merecendo estudo mais aprofundado.

- A maior parte dos países salientam o fenómeno da mudança rápida de padrões num público vasto, no sentido de experimentar e/ou combinar diferentes substâncias para ficar «alto» e/ou para equilibrar os respectivos efeitos.
- Nos Países Baixos, o fenómeno da «fadiga do *ecstasy*» está presentemente a ser avaliado. As razões de tal tendência podem dever-se a diversos factores, por exemplo o facto de não haver prova dos conteúdos

(27) Quadro 7 OL: Fornecimento, utilização e cobertura pelos programas de troca de seringas para consumidores de droga injectada (CDI) e cobertura pelas farmácias em alguns Estados-Membros, como comunicado pelos pontos focais nacionais, 2000 (versão em linha).

(28) Quadro 8 OL: Fornecimento de orientação e testes sobre o HIV, tratamento do HIV e vacinação do VHB para consumidores de droga injectada (CDI) em alguns países europeus, como comunicado pelos pontos focais nacionais, 2000 (versão em linha).

O que são drogas sintéticas?

A expressão «*droga sintética*» refere-se estritamente a substâncias psicoactivas fabricadas através de um processo químico no qual os principais constituintes psicoactivos não derivam de substâncias de ocorrência natural. A expressão «*droga sintética*» começou a ser utilizada como sinónimo de drogas para dança ou drogas recreativas, na sequência da emergência da droga sintética que é o *ecstasy* (MDMA) e outras anfetaminas de anel substituído nos meios do consumo recreativo associado à dança, apesar de também se consumirem drogas não sintéticas nesses ambientes, tais como a *cannabis*, a cocaína e os cogumelos mágicos. Entre as drogas sintéticas com uma longa história de consumo ilícito contam-se as anfetaminas e a dietilamida de ácido lisérgico (LSD), enquanto o *ecstasy* (MDMA) e outras drogas constantes da lista Pihkal de Alexander Shulgin ⁽¹⁾ têm histórias muito mais curtas de consumo ilícito. Há uma preocupação global cada vez maior com o fabrico potencial de outras drogas sintéticas novas, vendidas como alternativa ao MDMA ou adicionadas aos comprimidos de MDMA. A facilidade com que muitas «*drogas sintéticas*» podem ser fabricadas constitui um desafio para os esforços de controlo da oferta, uma vez que os laboratórios podem ser instalados e deslocados com relativa facilidade.

Algumas drogas sintéticas, não todas, têm efeitos alucinógenos e podem ser ou estimulantes ou depressoras do sistema nervoso central (SNC), sendo este último o caso

do GHB. Há também opiáceos de síntese, tais como a metadona, a petidina (MPPP, MPTP), o fentanil, o 3-metil-fentanil, etc.

As «*drogas de designer*» são similares químicos de drogas controladas. Os produtores ilícitos modificam ligeiramente a estrutura molecular de uma substância proibida por forma a obter efeitos farmacológicos análogos ou mais fortes, evitando desse modo a acção da justiça. A acção conjunta da UE em matéria de drogas sintéticas (ver caixa na p. 54) foi lançada em Junho de 1997 com o objectivo de evitar ou limitar a extensão de tais práticas.

As anfetaminas são drogas sintéticas. Podem ser injectadas, como acontece na Finlândia e na Suécia, ou tomadas sob a forma de comprimidos ou de pó. As anfetaminas são frequentemente misturadas em comprimidos semelhantes aos de *ecstasy* com MDMA ou similares do *ecstasy*.

As metanfetaminas são derivados metil das anfetaminas (principalmente, mas não exclusivamente, do tipo de anel substituído). Entre elas, contam-se a «*metedrina*», bem como o «*cristal*» e o «*gelo*», formas que podem ser fumadas.

(1) A. & A. Shulgin (1991), *Pihkal: A Chemical Love Story*, Transform Press.

exactos de uma maior consciência (incrementada pela comunicação social) dos efeitos residuais adversos sobre a disposição e os sentimentos. Também se coloca a questão de saber se a cocaína desempenha um papel alternativo enquanto estimulante básico de efeitos regulares e conhecidos. A combinação de cocaína e álcool é tida entre consumidores experimentados como sendo uma «*boa mistura*», enquanto a combinação de *ecstasy* e álcool é considerada mais difícil de gerir.

- No que diz respeito aos consumidores problemáticos de *ecstasy*, alguns estudos sobre toxicod dependência apontam para a possibilidade de o potencial de criação de dependência da substância propriamente dita desempenhar um papel menor do que os padrões de dependência não químicos e comportamentais que lhe estão associados.

Quando elaboram estratégias, todos os Estados-Membros atribuem importância à diferenciação entre grupos de consumidores de drogas sintéticas. É possível uma

primeira diferenciação, muito ampla, dos consumidores de *ecstasy*.

- Consumidores excessivos. Ainda que o MDMA tenha um potencial reduzido de criação de dependência, uma minoria de consumidores apresenta um padrão de consumo compulsivo — mais do que uma vez por semana, mais do que um comprimido de cada vez, policonsumo de outras substâncias, participação activa em festas ao longo de todo o fim-de-semana e falta de sono. Frequentemente, fazem parte de uma rede em que o consumo de droga é muito comum.
- Consumidores prudentes, com um padrão de consumo muito menos amplo.
- Consumidores ocasionais, com menos conhecimento e consciência dos riscos possíveis.

O consumo combinado de diversas substâncias, lícitas e ilícitas, é um padrão de comportamento comum nos

Questões específicas

jovens com um estilo de vida orientado para as saídas (bares, discotecas, festas «rave» e «tecno», festas particulares). O policonsumo — mistura ou alternância de um vasto leque de substâncias, sintéticas ou não — é a principal tendência e a «autogestão» do policonsumo num contexto em transformação é um padrão predominante.

Os padrões de passagem de umas substâncias para outras e de policonsumo estão ligados em certa medida à disponibilidade das diferentes substâncias, e o oportunismo desempenha aqui um papel. Recorre-se frequentemente a estratégias pessoais ou de grupo para obter uma substância específica, e aqui a dinâmica de grupo desempenha um papel importante.

Dever-se-ia distinguir entre substâncias que se crê serem mais adaptadas ao evento musical propriamente dito e outras drogas (tais como as drogas para depois de dançar ou drogas não associadas à dança) ou substâncias experimentadas no âmbito de um círculo de iniciação dirigido pelos consumidores experimentados que dispõem pelo menos de algum conhecimento empírico sobre dosagens e efeitos secundários. Para um número limitado de drogas sintéticas, a ausência desse tipo de ambiente poderá representar maiores riscos.

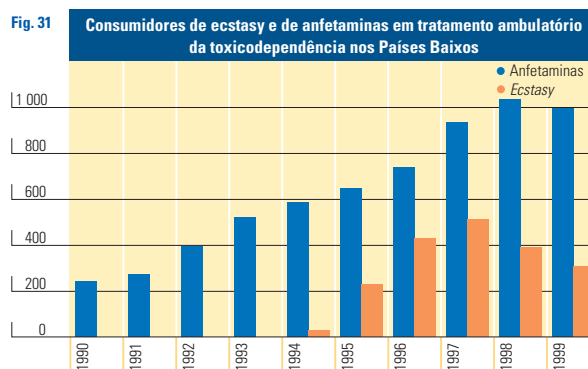
Disponibilidade das substâncias

O MDMA continua a ser o produto favorito do mercado do *ecstasy* e surge com muitos símbolos gráficos e muitos nomes diferentes. Por exemplo o Laboratório de Polícia Criminal alemão, de Wiesbaden, que procedeu à monitorização dos comprimidos marcados com um símbolo constituído por três losangos (logótipo da Mitsubishi), elaborou uma lista de mais de 200 produtos finais.

Foram detectados comprimidos com sobredosagem de MDMA através de apreensões e análises toxicológicas ou através da análise de comprimidos *in loco*, levada a cabo por equipas de prevenção em eventos musicais, permitindo uma disseminação rápida de informação sobre as características desses comprimidos a todos os países da UE, através do sistema de alerta precoce da UE.

Uma tendência que importa seguir de perto é a que se relaciona com o número cada vez maior de medicamentos psicotrópicos, tais como a cetamina, que são desviados de fontes legítimas.

Relativamente à anfetamina (ou «speed», sulfato de anfetamina) nota-se uma menor pureza e menor disponi-



bilidade. Os países escandinavos continuam a ser o maior mercado para a anfetamina injectada e o Reino Unido o maior mercado para a anfetamina não injectada.

O consumo médio de metanfetaminas continua a ser muito limitado na UE. No entanto, segundo a Europol⁽²⁹⁾, provou-se a existência de produção (laboratórios desmantelados) na Alemanha e nos Países Baixos. A Estónia e, principalmente, a República Checa também estiveram envolvidas na produção e no tráfico. A metanfetamina, produzida provavelmente na República Checa, substituiu progressivamente a anfetamina junto dos consumidores da Baviera e da Saxónia, dois estados federais alemães fronteiriços. Foi dado conhecimento à Europol, em 1999, de diversas apreensões desta substância por parte das autoridades na Alemanha, na Finlândia, nos Países Baixos e na Suécia.

Apesar de se manter presente no universo das drogas, o mercado do LSD e de outros alucinogénios estabilizou na maior parte dos países da UE.

Dados relativos ao tratamento

Os dados relativos ao tratamento, enquanto indicação do nível do consumo problemático de drogas, proporcionam muito pouca cobertura das drogas sintéticas, com excepção da anfetamina injectada. O *ecstasy* é muito raramente registado como droga primária na procura de tratamento, sendo os pacientes tipicamente policonsumidores. O elevado nível de procura de tratamento por consumo de anfetaminas como droga principal no que diz respeito à Finlândia e à Suécia pode ser explicado devido ao padrão histórico de consumo nesses países que consiste na injeção de sulfato de anfetamina.

Nos Países Baixos, a introdução de uma entrada específica por consumo de *ecstasy* em 1994 resultou num registo completo em 1995 no sistema de cuidados ambulatorios. Os números mostram uma tendência descendente nos

⁽²⁹⁾ Relatório Europol 2000, Haia, Países Baixos.

pedidos de tratamento por consumo de *ecstasy* desde 1997, tendo em conta o aumento inicial aparente nos dois anos anteriores, que pode ter sido devido, pelo menos em parte, ao melhoramento do registo. Ainda assim, o *ecstasy* não representa mais do que 1% de todos os clientes de tratamentos (3,1% no caso das anfetaminas). Em 1999, o número de clientes que referiram o *ecstasy* como droga secundária era o dobro do número de clientes cuja droga principal era o *ecstasy*, número que é coerente com o facto de que os consumidores de *ecstasy* tipicamente são policonsumidores.

Riscos para a saúde

Apesar de serem raros e pouco documentados, pode haver efeitos agudos de substâncias do tipo do *ecstasy*, especialmente quando consumidas com outras drogas lícitas ou ilícitas (tais como o GHB e o álcool), quando misturadas com outras drogas com menos efeitos adversos potenciais ou agudos, ou quando os comprimidos se apresentam com fortes sobredosagens e/ou são tomados repetidamente ao longo de um período de tempo reduzido.

Os médicos destacam o papel do comportamento de risco (tal como a procura compulsiva de estados de excitação («high») e a ignorância da composição e/ou dos efeitos), mais do que a toxicidade de uma determinada substância isolada do seu contexto e padrões de consumo. O historial de saúde individual também pode ser determinante.

Na maior parte dos casos, o diagnóstico é a poli-intoxicação, sendo impossível destacar uma substância relativamente às outras.

A fim de compreender a natureza e os possíveis riscos e aspectos neuropsíquicos a longo prazo, que se manifestam frequentemente em casos de intoxicação aguda, a prioridade dos médicos é agora o seguimento dos casos de intoxicações não fatais em jovens que consomem *ecstasy*, na maior parte dos não prereríveis casos misturado com outras drogas.

O consumo a longo prazo pode causar efeitos adversos. Os efeitos reversíveis e/ou não reversíveis sobre o cérebro ainda são objecto de discussão. Nos grandes consumidores de *ecstasy*, há cada vez mais dados que apontam para que haja danos dos neurónios serotoninérgicos. As implicações clínicas indicam défices cognitivos, mas alguns projectos de investigação neste domínio (em curso no Reino Unido e nos EUA) ainda são poucos e estão pouco avançados.

Óbitos relacionados

Desde que a presença activa no local («outreach») e outras medidas de prevenção passaram a ser levadas a cabo em eventos e festas «techno»/«house» observou-se um decréscimo de ocorrências fatais por comparação com o início da década de 90, pelo menos em países onde foram registadas e documentadas urgências.

A *overdose* aparente por derivados da anfetamina ou da fenilpropanolamina, nos casos em que esses derivados foram considerados como sendo a causa principal da morte, correspondeu a 50% dos casos fatais nos Países Baixos durante o período 1994-1997. Nos restantes casos, os derivados da anfetamina estavam presentes, mas a morte foi atribuída a outras drogas e/ou a álcool ou causas desconhecidas.

Uma droga sintética nova, a 4-metiltioanfetamina (4-MTA, conhecida na rua por «flatliner») esteve implicada em algumas mortes na UE (quatro mortes no Reino Unido, uma nos Países Baixos). Outra droga sintética «nova», o GHB (gama-hidroxibutirato), também esteve ligada a algumas mortes, em geral associada a álcool e/ou outras drogas. Estas duas substâncias têm sido submetidas a monitorização e avaliação de riscos no âmbito da acção comum da UE em matéria de novas drogas sintéticas (ver caixa na p. 54).

Respostas

As respostas às drogas sintéticas são organizadas a diferentes níveis de intervenção.

A prevenção primária concentra-se na oferta de informação sobre drogas sintéticas e é habitualmente levada a cabo através de campanhas junto do público e de intervenções nas escolas.

As actividades de redução de riscos/«outreach» em locais de recreio consistem em salas de «chill-out», análise de comprimidos, folhetos de informação e balcões *in loco*. Há também iniciativas de «auto-ajuda» no meio «tecno», com vista a incluir informação sobre drogas sintéticas e substâncias associadas em diversas actividades ligadas à música.

A informação entre consumidores sobre os riscos das misturas de substâncias (em especial o risco do álcool) e a detecção precoce de novos grupos de risco entre os jovens é actualmente considerada crucial.

O objectivo das respostas rápidas a nível da saúde é o de fornecer informação preventiva dirigida que permita aos profissionais em salas de urgência e unidades anti-venenamento, médicos generalistas, trabalhadores da

Questões específicas

saúde que actuam no terreno, etc. detectarem melhor casos de intoxicação aguda e darem melhor resposta aos mesmos. Em França, desde 1998, a organização «Médecins du Monde» tem assegurado assistência médica de piquete em «raves» e outras «festas livres». Entre as dificuldades encontradas contam-se a carência de literatura médica relacionada sobre casos de intoxicação aguda e a impossibilidade de referência ao historial clínico do indivíduo.

Ainda que os «novos» consumidores de drogas (consumidores novos ou experientes não conhecidos dos serviços de tratamento) apresentem um perfil de consumo menos problemático, pode-se-lhes fornecer melhor informação sobre o modo de identificar sinais de consumo problemático de drogas e da necessidade de assistência. A autopercepção do estado de saúde pelo próprio indivíduo, a consciência de que se está a perder o controlo do consumo «autogerido» e o conhecimento sobre o acesso a serviços de aconselhamento são indicadores possíveis, a combinar com acções preventivas de «outreach». No entanto, a falta de diversidade e/ou relevância da oferta existente de tratamento pode limitar o efeito de tais esforços.

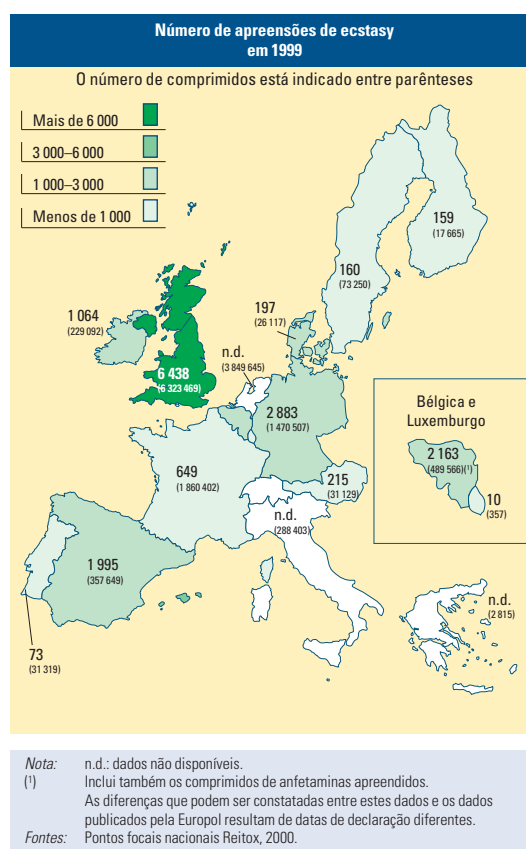
Redução da oferta

Segundo a Europol (Relatório Anual 2000), os Países Baixos continuam a ser o principal país produtor e exportador de *ecstasy*: em 1999 foram identificados 36 locais de produção. Durante o mesmo ano, foram desmantelados quatro laboratórios na Bélgica, dois em Espanha e um na Alemanha. Um dos maiores laboratórios de anfetaminas jamais encontrado foi desmantelado na Grécia em Fevereiro de 2000. A produção e a exportação também envolve vários Estados da Europa Oriental (Bulgária, Polónia e República Checa) e os Estados bálticos.

A título de exemplo, 10% a 20% das drogas sintéticas destinadas ao mercado britânico são fabricadas no Reino Unido, enquanto o resto, pensa-se, é fabricado na Europa continental (predominantemente na Bélgica e nos Países Baixos) e entra no Reino Unido pelos portos do canal da Mancha ou pelos aeroportos.

O preço médio por grosso (venda ao quilo) de comprimidos comercializados como *ecstasy* situa-se entre os quatro e os cinco euros por comprimido, com um preço mínimo de um euro em Portugal e um preço máximo de 13 euros na Dinamarca⁽³⁰⁾. O preço médio a retalho varia entre 4 e 28 euros por grama, com um preço mínimo de 4 euros nos Países Baixos e um máximo de 34 euros na Dinamarca.

Fig. 32



Novas iniciativas e novos desafios para a definição de políticas

As drogas sintéticas estão no centro das atenções políticas, apesar da escassez de dados científicos em termos de riscos para a saúde pública. O nível elevado de consumo dessas drogas em grupos socialmente integrados, o seu papel como modelo de referência na cultura juvenil e o facto de a produção e o tráfico estarem estabelecidos na Europa (tanto para o mercado interno como para o mercado externo) exercem uma forte pressão no sentido de uma actuação responsável por parte da UE.

As drogas sintéticas e a avaliação dos respectivos riscos estão a ser progressivamente incluídas numa visão mais ampla da modificação de padrões e comportamentos, subculturas e evoluções. Resultaram daí as seguintes acções:

- estabelecimento de canais de comunicação eficientes entre todos os intervenientes envolvidos em sistemas de resposta rápida;
- estabelecimento de melhor comunicação entre informação de base científica e respostas no plano da política de drogas;

⁽³⁰⁾ Últimos dados: Julho de 1999. Os preços variam entre os diferentes Estados-Membros de acordo com o grau de pureza, a quantidade adquirida e o local de aquisição (Fonte: Europol, Relatório Anual 2000).

- melhoria da capacidade de obter informação específica sobre drogas sintéticas e, de um modo mais geral, sobre tendências emergentes em matéria de consumo de drogas, através de estimativas de prevalência nacionais e locais, registos de pedidos de tratamento, tendo também em conta que os serviços de tratamento estão principalmente orientados para consumidores de opiáceos.

A acção comum da UE relativa às novas drogas sintéticas

No período 1998-2000, a acção comum da UE sobre um «sistema de alerta rápido» para a recolha e intercâmbios rápidos de informações sobre novas drogas sintéticas detectou diversas substâncias que surgiam no mercado ilegal na União Europeia. O OEDT e a Europol apresentaram relatórios de acompanhamento conjuntos ao Grupo Horizontal sobre Drogas do Conselho resumindo a informação recolhida nesta fase preliminar. Numa segunda fase, e na sequência de um pedido do Conselho, quatro dessas substâncias — MBDB, 4-MTA, GHB e cetamina — foram submetidas a avaliação de riscos pelo Comité Científico do OEDT.

Com base no relatório sobre avaliação de riscos e num parecer da Comissão Europeia, uma nova droga de síntese, a 4-MTA, está submetida a medidas de controlo em todos os Estados-Membros por decisão do Conselho de 13 de Setembro de 1999.

Outras novas drogas de síntese, tais como a PMMA, a 2-CT-5 e a 2-CT-7, foram recentemente detectada no âmbito do mecanismo do «sistema de alerta rápido» da acção comum e estão presentemente a ser objecto de monitorização conjunta do OEDT e da Europol, em estreita cooperação com a Comissão Europeia e a Agência Europeia de Avaliação dos Medicamentos.

Enquanto instrumento para determinar se uma dada substância deve ou não ser colocada sob controlo a nível da UE, a acção comum proporciona também regularmente aos Estados-Membros e às instituições europeias uma visão do contexto do consumo de drogas em ambientes recreativos e fornece indicações rápidas sobre tendências de tráfico de drogas sintéticas. Os exercícios de avaliação de riscos proporcionam dados sólidos aos responsáveis políticos para as reflexões destes sobre opções possíveis com vista a uma abordagem equilibrada entre aplicação da lei e medidas preventivas.

O problema da droga nos países da Europa Central e Oriental

No presente capítulo recorre-se à informação recente disponibilizada no âmbito do programa de drogas Phare. Actualmente, a parceria entre o OEDT e os países candidatos encontra-se num período de transição durante o qual a cooperação técnica directa será alargada no sentido de prosseguir o desenvolvimento da base institucional para sistemas nacionais de informação sobre drogas, de consolidar relações e de estabelecer ligações estruturais permanentes.

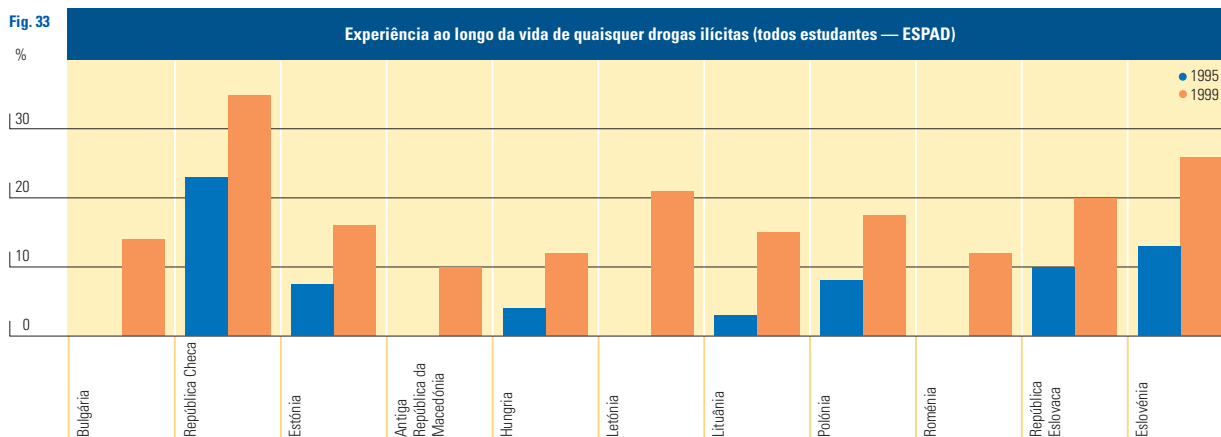
Situação e tendências

De um modo geral, confirmam-se as principais tendências identificadas em 2000:

- aumento da percentagem da população em geral, em especial crianças ou jovens em idade escolar, que experimentaram drogas ilícitas pelo menos uma vez na vida;
- aumento da procura de tratamento, na maior parte dos casos por dependência de opiáceos;
- alteração dos padrões de consumo de drogas, com a heroína importada a ocupar progressivamente o lugar dos opiáceos produzidos localmente;
- alastramento do consumo de drogas dos grandes centros urbanos a todas as regiões;
- aumento dos problemas e desafios associados ao tráfico e trânsito de drogas ilícitas.

Prevalência e padrões de consumo de drogas

Segundo os dados recolhidos no âmbito do projecto de inquérito escolar europeu sobre o álcool e outras drogas (ESPAD) em 1995 e 1999, a experiência ao longo da vida de consumo de drogas ilícitas entre a população escolar (15-16 anos) duplicou durante esse período em todos os países da Europa Central e Oriental (PECO), excepto na República Checa, onde essa prevalência já era muito elevada, pelo que cresceu 1,5 vezes (ver figura 33).



Quadro 4 Experiência ao longo da vida de consumo de ecstasy, anfetaminas e LSD entre os jovens que frequentam um estabelecimento de ensino — ESPAD 1995-1999

	Ecstasy		Anfetaminas		LSD	
	1995	1999	1995	1999	1995	1999
Bulgária	–	1	–	1	–	1
República Checa	0	4	2	5	2	7
Estónia	0	3	0	7	1	3
Antiga República jugoslava da Macedónia	–	1	–	0	–	1
Hungria	1	3	0	2	1	4
Letónia	0	6	0	4	0	4
Lituânia	0	4	0	2	0	2
Polónia	0	3	2	7	1	5
Roménia	–	0	–	0	–	0
República Eslovaca	–	2	0	1	0	4
Eslovénia	1	4	0	1	1	3

Este gráfico reflecte principalmente o crescimento do consumo de *cannabis*, que continua a ser a droga mais frequentemente utilizada pelos adolescentes.

Paralelamente, foi detectado um aumento significativo, embora menor, do consumo de drogas como o *ecstasy*, as anfetaminas ou o LSD (ver quadro 4).

No entanto, alguns dados recolhidos a nível de cidades ou junto de subgrupos mais circunscritos revelam que a prevalência de drogas sintéticas pode ser superior à sugerida pelos números nacionais, apesar de não estarem disponíveis dados precisos sobre o número de consumidores na população.

Na Lituânia, segundo o estudo ESPAD de 1999, a prevalência ao longo da vida de quaisquer drogas ilícitas entre a população escolar era de 22,7% em Vilna e de 23,9% em Klaipeda, quando a média nacional era de 15,5%.

Na República Checa, segundo um estudo levado a cabo nas festas «tecno» de Praga em 1998 e 1999, a prevalência ao longo da vida era de 44,5% para as anfetaminas, 35,7% para o *ecstasy* e 47,7% para os alucinogénios (em comparação com, respectivamente, 5%, 4% e 7% no estudo ESPAD a nível nacional).

Pedidos de tratamento

Os pedidos de tratamento — na maior parte dos casos devido a consumo de opiáceos — parecem continuar a aumentar (ver quadro 5).

Todavia, há que sublinhar que os padrões de consumo, bem como as próprias substâncias problemáticas, podem variar substancialmente de uns países para outros ou de umas regiões para outras.

Disponibilidade

As apreensões importantes efectuadas ao longo da rota dos Balcãs e na Europa Central em 1999 e 2000 confirmam o papel da região no trânsito e armazenagem de heroína. É de notar que a quantidade total de heroína apreendida pelas autoridades búlgaras em 2000 foi de 2 079 kg, que é mais do que a quantidade total apreendida no conjunto dos seis anos precedentes. A maior parte dessas apreensões tem lugar no principal posto da fronteira com a Turquia. Não se registam aumentos equivalentes em nenhum outro ponto da rota dos Balcãs. No entanto, à medida que o consumo de heroína cresce, parece que os PECO estão cada vez mais a tornar-se também alvos.

A Europa Central e Oriental continua a ser uma região de trânsito para a *cannabis* destinado aos Estados-Membros da UE. Em 2000, foram registadas apreensões na maior parte dos países. Estudos efectuados mostram que a *cannabis* é a droga mais amplamente consumida nos PECO e há indicações que apontam para que, tal como acontece na UE, tenha havido um aumento significativo não só do tráfico ilegal como também da cultura de *cannabis* na região.

O papel de local de trânsito dos PECO no tráfico de cocaína parece ter-se desenvolvido durante os anos de 1999 e 2000. As principais apreensões de cocaína envolveram a Hungria, a República Checa e a Roménia. Ainda assim, o consumo parece limitar-se a segmentos específicos da população, cuja dimensão é difícil de calcular com os sistemas de monitorização existentes.

Quadro 5 Número de pedidos de tratamento nos PECO desde 1993 (todos os pedidos)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Albânia	n.d.	n.d.	27	63	334	523	615
Bulgária	n.d.	n.d.	254	449	582	974	1071
República Checa ⁽¹⁾	n.d.	n.d.	2 470	3 252	3 132	3 858	3 889
Estónia	n.d.	246	366	755	n.d.	n.d.	n.d.
Antiga República jugoslava da Macedónia	82	116	242	301	431	n.d.	n.d.
Hungria ⁽²⁾	n.d.	2 806	3 263	4 233	7 945	8 957	12 765
Letónia	n.d.	781	804	904	992	1 080	1 512
Lituânia ⁽³⁾	n.d.	n.d.	n.d.	1 804	2 871	2 862	3 082
Polónia	3 783	4 107	4 223	4 772	n.d.	n.d.	n.d.
Roménia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	646	650	n.d.
Eslováquia	n.d.	1 189	1 239	1 594	2 074	2 199	2 236
Eslovénia ⁽¹⁾	141	187	125	309	n.d.	n.d.	n.d.

Nota: n.d. = dados não disponíveis.

⁽¹⁾ Primeiro pedido de tratamento.

⁽²⁾ Número de casos tratados (indicador não harmonizado).

⁽³⁾ Número de toxicómanos registados.

O problema da droga nos países da Europa Central e Oriental

A popularidade das drogas sintéticas está a aumentar junto dos jovens (ver quadro 4) e há sinais preocupantes de que um número cada vez maior de jovens está envolvido no tráfico e na venda de drogas. A produção de drogas sintéticas aumentou e o seu consumo influencia a vida de cada vez mais jovens. Há laboratórios ilegais que produzem anfetaminas na maior parte dos PECO e estão a ser traficados precursores para fins de produção a partir de outros PECO, da UE ou de países terceiros.

Têm sido desmantelados laboratórios ilegais em quase todos os países da região. Em especial a Polónia, a República Checa, a Hungria, a Bulgária e os Estados bálticos parecem ser grandes produtores. Por exemplo, apesar do desmantelamento de sete laboratórios na Polónia no início de 2000, calcula-se que pelo menos igual número de laboratórios possam estar ainda em funcionamento. A prevalência à escala mundial do consumo de *ecstasy* levou à exportação dessa droga da UE para mercados da Europa Central e Oriental. Os organismos encarregados da aplicação da lei dão conta de que uma proporção significativa do *ecstasy* consumido nos PECO tem origem nos Países Baixos.

Respostas políticas e institucionais ao fenómeno da droga

Desde meados da década de 90, os desenvolvimentos em matéria de política e estratégia antidroga nos PECO (à semelhança do que acontece nos Estados-Membros da UE) têm duas raízes principais: primeiro, a transformação do fenómeno da droga, que afecta cada vez mais segmentos mais vastos da sociedade; segundo, o carácter pluridimensional do problema, que exige uma resposta coordenada e pluridisciplinar a nível nacional. As acções das diferentes organizações internacionais, nomeadamente da Comissão Europeia, proporcionaram um catalisador para o desenvolvimento de respostas nacionais ao fenómeno da droga.

Neste contexto, os PECO deram passos significativos no sentido do desenvolvimento das medidas legislativas e das estruturas administrativas e de coordenação apropriadas. Além disso, e enquanto parte do processo de alargamento da UE, no âmbito da estratégia de pré-adesão, os dez PECO candidatos⁽³¹⁾ procederam a ajustamentos ou reorientações das suas acções de controlo da droga no sentido de adoptar e implementar o acervo comunitário. Processo semelhante está a ter lugar na antiga República

Legislação sobre droga, Eslovénia

A lei eslovena sobre a prevenção do consumo de drogas ilícitas e os consumidores de drogas ilícitas (1999), para além de estabelecer medidas relativas à prevenção do consumo de drogas ilícitas, estabelece também medidas sobre: acção informativa, médica, educativa e de consultoria; tratamento médico; serviços de segurança social e programas de resolução de problemas sociais relacionados com o consumo de drogas ilícitas; monitorização do consumo de drogas ilícitas. A lei vai ao encontro, nomeadamente, da necessidade de envolvimento de organizações não governamentais e da coordenação das respectivas actividades com o programa nacional. Prevê-se que os fundos destinados ao co-financiamento dos programas de prevenção e à monitorização do consumo provenham do orçamento do Estado.

jugoslava da Macedónia, apesar do facto de esse país não ser ainda candidato à adesão à UE.

Legislação

Todos os PECO candidatos assinaram e ratificaram as três convenções das Nações Unidas relativas ao controlo das drogas, sendo que esse passo é considerado inseparável da consecução dos objectivos da estratégia antidroga da UE. A Estónia, em 2000, foi o último país a ratificar a convenção de 1988 das Nações Unidas contra o tráfico ilícito de estupefacientes e substâncias psicotrópicas. Todos os PECO candidatos assinaram e ratificaram a convenção de 1990 do Conselho da Europa relativa ao branqueamento, detecção, apreensão e perda dos produtos do crime (Convenção de Estrasburgo).

O processo de adopção de legislação nacional varia de intensidade e de abordagem ao longo da região, desde a adopção de diversas leis dirigidas a questões específicas relacionadas com as drogas — como acontece na Hungria — até ao conceito de uma lei única e abrangente de tipo lei-quadro, como, por exemplo, a lei de 1997 relativa ao combate à toxicod dependência adoptada na Polónia. Esta última foi alterada em 2000 por forma a tornar mais restritivas as disposições relativas à posse de pequenas quantidades de droga e também a reforçar o papel da redução da procura. Uma lei de tipo semelhante foi recentemente adoptada na Bulgária (1999). Nos últimos dois anos, a Eslovénia adoptou três leis importantes sobre drogas; sobre a produção e tráfico de drogas ilícitas (1999); sobre precursores de drogas ilícitas (2000);

⁽³¹⁾ São candidatos à adesão à UE os seguintes PECO: Bulgária, Eslováquia, Eslovénia, Estónia, Hungria, República Checa, Letónia, Lituânia, Polónia e Roménia.

e uma lei que trata exclusivamente da prevenção do consumo de drogas, do tratamento e da reintegração de jovens toxicodependentes (1999). A lei romena de 2000 sobre o combate ao tráfico e consumo de drogas ilícitas é bastante sumária e será provavelmente seguida de um conjunto numeroso de medidas legislativas secundárias. Todos os países candidatos adoptaram legislação específica sobre o controlo dos precursores, legislação em grande medida compatível com a regulamentação da UE. Por exemplo, em 2000, foram adoptadas leis na Eslováquia e na Eslovénia e foi introduzida regulamentação sobre precursores na Bulgária, na Lituânia e na Polónia.

Coordenação nacional

Na linha da nova legislação, as estruturas nacionais de coordenação e decisão da maior parte dos PECO candidatos sofreram alterações significativas em 1999 e 2000. Em 1999, a Comissão Nacional da Droga checa aprovou o estatuto do seu órgão consultivo, o Conselho de Representantes dos Ministérios, e encarregou-o da preparação da nova estratégia nacional. A Comissão de Coordenação da Droga húngara sofreu uma reforma por forma a reforçar o seu mandato e a sua capacidade operacional. As novas leis adoptadas na Bulgária e na Eslovénia estabeleceram de modo firme organismos interministeriais de coordenação, reforçando o seu papel através da criação de estruturas de apoio permanentes — respectivamente o Serviço Governamental das Drogas e o Secretariado do Conselho Nacional da Droga — semelhantes às existentes na Eslováquia e na República Checa. O Comité Interministerial romeno de Combate à Droga foi criado em 1999 e ainda não está plenamente operacional, enquanto na Polónia o organismo equivalente não está a funcionar desde 1998. Na sua maior parte, este processo de reorganização tem permitido com êxito que os países estabeleçam uma estrutura com vista a ir ao encontro das necessidades específicas de uma sociedade em transformação e dos problemas com que esta se defronta.

A direcção do organismo interministerial de coordenação é habitualmente assegurada por um dos ministérios participantes. Na maior parte dos países, é o ministério que trata de assuntos sociais — o Ministério da Saúde, na Bulgária, na Eslovénia e na Lituânia, o Ministério dos Assuntos Sociais, na Estónia, e o Ministério da Juventude e Desportos, na Hungria. Noutros países, fica directamente sob a alçada do Governo, sendo presidido pelo primeiro-ministro na República Checa e pelo vice-primeiro-ministro na Eslováquia, ou do Ministério do Interior, como acontece na Letónia. Na Roménia, o organismo interministerial encontra-se por definição «sob

a direcção» do primeiro-ministro, mas o trabalho é organizado pelo Ministério do Interior.

Para efeitos de implementação e coordenação da política nacional a nível local, foram criadas as comissões locais antidroga na República Checa, em 1999, e deu-se início ao estabelecimento dos conselhos municipais pluridisciplinares antidroga na Bulgária, em 2000. Estes organismos são semelhantes às comissões regionais e distritais antidroga criadas na Eslováquia em 1997.

Estratégias e planos de acção nacionais

Em países onde o organismo interministerial antidrogas está bem posicionado, como acontece na Eslováquia e na República Checa, as estratégias nacionais são elaboradas e implementadas de modo mais consistente. A República Checa, por exemplo, adoptou a sua terceira estratégia nacional consecutiva. O processo de elaboração de documentos e planos de acção estratégicos intensificou-se em 1999 e 2000, tendo sido adoptadas estratégias nacionais antidroga na Eslováquia (1999), na Polónia (1999), na Hungria (2000) e na República Checa (2000).

O «Programa de Prevenção do Alcoolismo e da Toxicodependência» da Estónia (1997-2007), o «Plano Geral para o Controlo da Droga e a Prevenção da Toxicodependência» da Letónia (1999-2003) e o «Programa Nacional de Controlo da Droga e de Prevenção da Toxicodependência» da Lituânia (1999-2003) encontram-se em processo de revisão. Na Eslovénia, um «Programa Nacional de Prevenção da Toxicodependência», adoptado em 1992, tem estado a ser implementado nos últimos anos. Um novo programa deverá ser adoptado com base em legislação recente. Na Bulgária e na Roménia estão ainda por adoptar estratégias abrangentes de controlo da droga e de prevenção. Este último país adoptou um programa nacional de prevenção, tratamento e reabilitação da toxicodependência para o período 2001-2005.

As novas estratégias são reveladoras de empenhamento em que o problema da droga seja reconhecido ao mais alto nível político e executivo. Proporcionam ainda a base para programas pluridisciplinares. A maior parte dos documentos estratégicos recentemente adoptados constituem planos de acção concretos por si só, definindo objectivos, alvos, indicadores de resultados, etc. e, em muitos casos, assegurando ou reclamando recursos financeiros. A necessidade de melhor informação sobre drogas e de avaliação das intervenções é cada vez mais objecto de reconhecimento e incluída nas acções nacionais como parte integrante destas. A parceria entre sectores governamentais e não governamentais no desenvolvi-

O problema da droga nos países da Europa Central e Oriental

mento de políticas e na implementação de programas parece cada vez mais dar resposta às necessidades individuais e colectivas da população em geral, bem como da população consumidora de drogas. É de notar que todas as novas estratégias dos países candidatos visam assegurar consistência entre as políticas domésticas e as políticas e estratégias adoptadas a nível da UE.

República Checa

Em finais 2000, o Governo da República Checa adoptou uma *Estratégia Política Nacional em Matéria de Drogas 2001-2004*. Essa estratégia enumera 82 tarefas específicas e determina que todos os ministérios relevantes com mandato no domínio das drogas, bem como as autoridades regionais e distritais responsáveis pela política antidroga, se encarreguem da preparação de um plano de acção específico antidroga para 2001-2004, em linha com essa estratégia. A referida estratégia tem em conta a reorganização administrativa e a criação de unidades administrativas e territoriais mais amplas e prevê um reforço da coordenação regional.

Hungria

A *Estratégia Nacional para a Supressão do Fenómeno da Droga*, elaborada pelo Ministério da Juventude e Desportos, foi aprovada pelo Parlamento em finais de 2000. Trata-se do primeiro documento estratégico global adoptado oficialmente e dirigido ao fenómeno de droga na Hungria. Para justificar a abordagem pluridisciplinar empregue e que consiste em definir alvos, a estratégia assenta largamente na análise de dados disponíveis e em experiências nacionais e internacionais anteriores. A estratégia identifica objectivos e indicadores de resultados para acompanhar os progressos obtidos a longo prazo (2009), a médio prazo (2002) e a curto prazo. Estabelece ainda a estrutura organizativa e financeira necessária à implementação das acções. A referida estratégia compreende quatro objectivos principais: capacidades comunitárias e de cooperação eficientes; existência de medidas de prevenção; acesso a terapia através de trabalho social e à reabilitação; redução da oferta.

Polónia

Não obstante a ausência de um organismo interministerial de coordenação, o *Programa Nacional para o Combate à Toxicoddependência na Polónia 1999-2001* foi adoptado em finais de 1999. Na mesma linha do plano de acção da UE em matéria de luta contra a droga (2000-2004), o programa enumera oito objectivos com vista ao reforço das intervenções a nível da redução da procura,

ao incremento da eficácia das acções relativas à redução do tráfico ilícito de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, bem como medidas destinadas a reforçar as estruturas de coordenação nacional e a cooperação internacional. No domínio da redução da procura, o programa dedica especificamente atenção a objectivos que são em muito grande parte compatíveis com os da estratégia da UE, tais como as actividades preventivas visando jovens, o melhoramento das várias medidas de reabilitação e de reintegração social, a redução das consequências para a saúde do consumo de drogas, etc. A necessidade de avaliar as acções e de criar modalidades de monitorização também é tratada.

Eslováquia

O *Programa Nacional de Luta contra a Droga até 2003, com uma perspectiva até 2008*, é um documento político adoptado na sequência da implementação do primeiro programa nacional (1995-1999). O programa visa alcançar um equilíbrio entre as acções de redução da procura e as de redução da oferta através da prossecução de quatro objectivos principais: prevenção primária, tratamento e reintegração; redução da oferta de drogas e aplicação da lei no domínio do combate à droga; política de comunicação social; cooperação internacional, no âmbito da qual a preparação da adesão e a necessidade de uma cooperação permanente com a UE e respectivas instituições, incluindo o OEDT, são consideradas prioritárias. O programa vai ainda ao encontro da necessidade de implementar as decisões da 20.ª sessão especial da Assembleia Geral das Nações Unidas. As principais fontes de financiamento das actividades do programa são o fundo do Estado para a Saúde, no caso das actividades de prevenção, o Fundo Antidroga, principalmente para as actividades das ONG no domínio da reintegração e dos cuidados *a posteriori*, e o orçamento do Estado, principalmente para os ministérios ou para a implementação de projectos definidos no programa.

Branqueamento de capitais

A maior parte dos PECO candidatos implementaram medidas de combate ao branqueamento de capitais. Quase todos esses países criaram uma estrutura jurídica, institucional e judicial de combate ao branqueamento de capitais e colocaram em funcionamento ou reforçaram nos dois últimos anos unidades de informações financeiras. Além disso, a maior parte dessas unidades foram aceites como membros plenos do Grupo Egmont⁽³²⁾,

⁽³²⁾ O Grupo Egmont é uma organização informal criada em 1995 com o objectivo de fornecer um fórum para as unidades de informações financeiras (FIU) tendo em vista melhorar o apoio aos respectivos programas nacionais de luta contra o branqueamento de capitais. Actualmente fazem parte do grupo 53 FIU.

podendo, assim, ser consideradas inteiramente de acordo com as normas e práticas da UE e, em grande medida, capazes de desempenhar as suas obrigações futuras para com a UE.

Entrou em vigor na Roménia, em 1999, e foi aprovada pelo Parlamento na Eslováquia e na Polónia, em 2000, nova legislação de combate ao branqueamento de capitais. Em 1999, a Lei búlgara sobre os Bancos foi alterada, e na República Checa entrou em vigor em 2000 uma alteração à lei relativa ao branqueamento de capitais.

Sumário

Apesar do facto de, de um modo geral, a estrutura jurídica e institucional existir nos PECO, as capacidades gerais de implementar eficazmente as medidas adoptadas, bem como de executar os recursos atribuídos, continuam a ser, em geral, limitadas. O baixo nível operacional dos mecanismos nacionais de coordenação em alguns países entravam a eficácia da implementação das políticas, existindo um défice de cooperação regional. Na maior parte dos países, esta circunstância afecta a capacidade de as instituições envolvidas enfrentarem o problema, e restringe a sua capacidade para participar eficazmente em medidas de coordenação internacionais destinadas a fazer face às ameaças transfronteiras com

que se defrontam tanto os PECO como a UE. Por essa razão, é essencial que os países em causa continuem a reforçar as suas políticas, instituições e mecanismos de coordenação e a atribuir os recursos necessários à consecução de tal objectivo. A fim de impulsionar este processo em 2000, a Comissão Europeia atribuiu um montante suplementar de 1 milhão de euros a cada país candidato para efeitos de desenvolvimento de uma componente específica antidroga nos respectivos programas nacionais Phare. A maior parte desses projectos serão desenvolvidos mediante uma geminação com Estados-Membros da União Europeia.

Pontos focais Reitox

Áustria — Ms Sabine Haas
ÖBIG — Österreichisches
Bundesinstitut für
Gesundheitswesen
Stubenring 6
A-1010 Wien
Tel. (43-1) 515 61-160
Fax (43-1) 513 84 72
E-mail: HAAS@oebig.at

Bélgica — Ms Denise Walckiers
Scientific Institute of Public
Health
Rue Juliette Wytsman 14
B-1050 Bruxelles
Tel. (32-2) 642 50 35
Fax (32-2) 642 54 10
E-mail: BIRN@iph.fgov.be

Dinamarca — Mr Thomas
Clement
National Board of Health
Amaliegade 13 — Post Box 2020
DK-1012 Copenhagen
Tel. (45-33) 48 76 82
Fax (45-33) 48 75 33
E-mail: tcl@sst.dk
Kari Grasaasen —
Tel.(45-33) 48 76 54
Fax (45-33) 48 75 33
E-mail: kag@sst.dk

Finlândia — Mr Ari Virtanen
National Research and
Development Centre for Welfare
and Health
PO Box 220
FIN-00531 Helsinki
Tel. (358-9) 39 67 23 78
Fax (358-9) 39 67 23 24
E-mail: ari.virtanen@stakes.fi

França — M. Jean Michel Costes
French Observatory for Drugs and
Drug Addiction
105, rue Lafayette
F-75110 Paris
Tel. (33) 153 20 16 16
Fax (33) 153 20 16 00
E-mail: jecos@ofdt.fr

Alemanha — Mr Roland Simon
Institut für Therapieforschung
Parzivalstraße 25
D-80804 München
Tel. (49-89) 36 08 04-40
Fax (49-89) 36 08 04-49
E-mail: Simon@ift.de

Grécia — Ms Manina Terzidou
Official address
University of Mental Health
Research Institute (UMHRI)
Eginitou 12
GR-11528 Athina
Tel. (30-10) 653 69 02
Fax (30-10) 653 72 73
Postal address
Greek Reitox Focal Point
PO Box 66 517
GR-15601 Papagou
Tel. (30-10) 617 00 14/653 69 02
Fax (30-10) 653 72 73
E-mail: ektepn@hol.gr

Irlanda — Ms Mary O' Brien
Drug Misuse Research Division
Health Research Board
73 Lower Baggot Street
Dublin 2
Ireland
Tel. (353-1) 676 11 76 extn 163
Fax (353-1) 661 18 56
E-mail: Mary@HRB.ie

Itália — Mr Franco Scarpino
'Prevention and Rehabilitation
Activities Coordination Unit' of
the Department for Social Affairs of
the Presidency of the Council
of Ministers
Via Veneto, 56
I-00187 Rome
Tel. (39) 06 48 16 14 95/16 16 30
Fax (39) 06 482 49 34
E-mail:
puntofocale@minwelfare.it

Luxemburgo — Mr Alain Origer
Direction de la santé —
EMCDDA Focal Point
Luxembourg
Allée Marconi — Villa Louvigny
L-2120 Luxembourg
Tel. (352) 47 85 625
Fax (352) 46 79 65
E-mail: alain.origer@ms.etat.lu

Portugal — Ms Elza Pais
(Presidente)
Ms Maria Moreira
(Contacto operacional)
Instituto Português da Droga e da
Toxicodpendência (IPDT)
Av. João Crisóstomo, 14
P-1000-179 Lisboa
Tel. (351) 213 10 41 00
(M. Moreira/41 26)
Fax: (351) 213 10 41 90
E-mail: mmoreira@mail.ipdt.pt

Espanha —
Ms Elena Garzón
Government Delegation to the
National Plan on Drugs —
(DGPND)
C/Recoletos, 22
E-28001 Madrid
Tel. (34) 915 37 27 25
Fax (34) 915 37 26 95
Ana Andrés Ballesteros —
direct tel. (34-91) 537 26 86
E-mail: egarzon@pnd.mir.es

Suécia — Mr Bertil Pettersson
National Institute of Public Health
S-103 52 Stockholm
Contact person: Bertil Pettersson
Tel. (46-8) 56 61 35 13
Fax (46-8) 56 61 35 05
Mobile (46-70) 483 35 13
E-mail: Bertil.Pettersson@fhi.se

Países Baixos — Mr Franz Trautmann
Trimbos-instituut
Netherlands Institute of Mental Health
and Addiction
Da Costakade 45 — PO Box 725
3500 AS Utrecht
Netherlands
Tel. (31-30) 297 11 86
Fax (31-30) 297 11 87
E-mail: ftrautmann@trimbos.nl

Noruega — Mr Knut Brofoss
National Research Center (SIRUS) —
SIFA
Øvre Slottsgate 2B
N-0157 Oslo
Tel. (47-22) 34 04 00
Fax (47-22) 34 04 01
E-mail: postmaster@sirus.no

Reino Unido — Mr Nicholas Dorn
DrugScope
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@DrugScope.org.uk

Comissão Europeia — Mr Timo Jetsu
Comissão Europeia
DG Justiça e Assuntos Internos — Coordenação da Luta Antidroga
Rue de la Loi/Weststraat 200
(Lx — 46 3/186)
B-1049 Brussels
Tel. (32-2) 29-95784
Fax (32-2) 29-53205
E-mail: Timo.Jetsu@cec.eu.int

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência

Relatório Anual sobre a Evolução do Fenómeno da Droga na União Europeia — 2001

Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias

2001 — 61 p. — 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-118-0

Acerca do OEDT

O Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) é um dos 12 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 objectivo principal 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 profissionais na área da droga ou 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 informação; e
- cooperar com as organizações europeias e internacionais e com os países terceiros.

O Observatório trabalha exclusivamente no domínio da informação.

O OEDT em linha

Encontra-se uma versão em linha e interactiva do Relatório Anual 2001 no sítio *web* <http://www.emcdda.org>. Essa versão oferece ligações para fontes de dados, relatórios e documentos de base utilizados na elaboração do presente relatório.

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



SERVIÇO DAS PUBLICAÇÕES OFICIAIS
DAS COMUNIDADES EUROPEIAS

L-2985 Luxembourg

ISBN 92-9168-118-0



9 789291 681181 >