



Observatório Europeu da  
Droga e da Toxicodependência

ISSN 1609-6185

# RELATÓRIO ANUAL 2012

A EVOLUÇÃO DO FENÓMENO DA DROGA NA EUROPA





Observatório Europeu da  
Droga e da Toxicodependência

# RELATÓRIO ANUAL 2012

A EVOLUÇÃO DO FENÓMENO DA DROGA NA EUROPA

## Aviso legal

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

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

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

Linha telefónica gratuita (\*):

**00 800 6 7 8 9 10 11**

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

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

Uma ficha bibliográfica figura no fim desta publicação

Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia, 2012

ISBN 978-92-9168-550-9

doi:10.2810/70087

© Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2012

Reprodução autorizada mediante indicação da fonte

*Printed in Luxembourg*

IMPRESSO EM PAPEL BRANQUEADO SEM CLORO



Observatório Europeu da  
Droga e da Toxicodependência

Cais do Sodré, 1249-289 Lisboa, Portugal  
Tel. +351 211210200 • Fax +351 218131711  
[info@emcdda.europa.eu](mailto:info@emcdda.europa.eu) • [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)

## Índice

Prefácio	5
Agradecimentos	7
Nota introdutória	9
Comentário: Consolidar os resultados obtidos, manter a dinâmica e responder à mudança — O desafio para a política de luta contra a droga na Europa dos nossos dias	13
Capítulo 1: Políticas e legislações	
Evolução política internacional e na União Europeia • Estratégias nacionais • Despesa pública • Legislação nacional • Investigação	21
Capítulo 2: Resposta aos problemas de droga na Europa — Panorâmica geral	
Prevenção • Tratamento • Reintegração social • Redução dos danos • Normas de qualidade • Aplicação da legislação em matéria de droga e infrações a essa legislação	31
Capítulo 3: <i>Cannabis</i>	
Oferta e disponibilidade • Prevalência e padrões de consumo • Efeitos adversos para a saúde • Tratamento	43
Capítulo 4: Anfetaminas, <i>ecstasy</i> , substâncias alucinogénias, GHB e cetamina	
Oferta e disponibilidade • Prevalência e padrões de consumo • Consequências para a saúde • Prevenção em contextos recreativos • Tratamento	55
Capítulo 5: Cocaína e cocaína- <i>crack</i>	
Oferta e disponibilidade • Prevalência e padrões de consumo • Consequências para a saúde • Consumo problemático • Tratamento e redução dos danos	67
Capítulo 6: Consumo de opiáceos e droga injetada	
Oferta e disponibilidade • Consumo problemático de opiáceos • Consumo de droga injetada • Tratamento	78
Capítulo 7: Doenças infecciosas e mortes relacionadas com o consumo de droga	
Doenças infecciosas • Prevenção e resposta às doenças infecciosas • Mortalidade relacionada com a droga • Redução das mortes	88
Capítulo 8: Novas drogas e tendências emergentes	
Medidas em relação às novas drogas • Produção e oferta • Prevalência • Respostas	100
Referências	107



## Prefácio

Este é o décimo sétimo relatório anual do OEDT sobre a evolução do fenómeno da droga na Europa e, ao fazer uma retrospectiva dos anos passados, é gratificante registar os enormes progressos obtidos no que respeita à evolução de uma compreensão aprofundada deste fenómeno. Não se trata de um êxito alcançado apenas pelo OEDT; há que referir aqui também o mérito dos Estados-Membros da União Europeia, que há muito reconhecem a importância de obter uma imagem abrangente do fenómeno da droga na Europa. E, embora o trabalho dos funcionários do OEDT na elaboração desta publicação seja para nós motivo de grande orgulho, temos de reconhecer igualmente que este é, em grande medida, um esforço coletivo. Este relatório só foi possível graças ao apoio e ao trabalho árduo dos nossos parceiros, em especial os da rede Reitox, que fornecem os dados nacionais que constituem a base desta análise. Agradecemos também aos muitos outros organismos e agências europeus e internacionais que apoiam o nosso trabalho.

O relatório deste ano surge num período importante e difícil para a Europa. Muitos países debatem-se com problemas financeiros e económicos, e este é o contexto que caracteriza a nossa análise. As medidas de austeridade que estão a ser adotadas trazem consigo múltiplos desafios e confrontam os decisores políticos com opções difíceis, numa altura em que o erário público tem de responder a prioridades concorrentes. Neste contexto, é mais importante do que nunca que os investimentos sejam realizados de forma prudente, baseada numa compreensão da natureza do problema e na identificação das medidas suscetíveis de produzir os maiores benefícios. A missão do OEDT é trabalhar com peritos de toda a Europa para conseguir esta análise. Encontrarão aqui, bem como nos elementos que acompanham este relatório na *web*, uma panorâmica atualizada, cientificamente sólida e abrangente do fenómeno europeu contemporâneo da droga, juntamente com exemplos de boas práticas e de práticas inovadoras.

Quando se reflete sobre questões relativas à droga, pode haver uma tendência para uma abordagem redutora, colocando a ênfase apenas em elementos individuais deste fenómeno complexo, como se esses elementos existissem isolados uns dos outros. Não

é essa a abordagem que aqui adotamos. A nosso ver, a solidez da análise do OEDT provém do facto de reunir informações díspares sobre tópicos que vão dos mercados da droga e dos esforços de combate ao tráfico até ao consumo de droga, às respostas no domínio da redução da procura e à evolução política e jurídica. Isto permite-nos apresentar uma análise holística, que é superior à soma das suas partes. Não se podem compreender inteiramente as questões relativas à oferta se não se compreenderem os vetores da procura da droga e vice-versa. Por exemplo, para compreendermos as alterações a que hoje assistimos na disponibilidade de heroína na Europa, é necessário ter em conta o impacto dos esforços de combate ao tráfico que foram eficazmente dirigidos contra importantes organizações criminosas. Mas, de forma crítica, é necessário considerar também que isso ocorreu num período em que um aumento do investimento no tratamento eliminou do mercado uma parte significativa da procura. Como mostra o nosso relatório deste ano, estes são elementos de igual importância, que é necessário reunir para se obter uma panorâmica sólida da evolução a que assistimos hoje no que se refere à heroína na Europa.

Para podermos responder à natureza complexa e dinâmica do fenómeno da droga na Europa dos nossos dias, necessitamos de uma visão abrangente. Confrontamo-nos com um vasto leque de desafios, tanto novos como antigos. Esses desafios podem estar ligados a avanços em matéria de tecnologias da informação e da comunicação, à disseminação de novas substâncias psicoativas e ao aumento da disponibilidade e do consumo de drogas sintéticas, ou podem decorrer de problemas há muito estabelecidos que continuam a pôr à prova as nossas respostas e que causam danos tanto a indivíduos como a comunidades. O OEDT está empenhado em fornecer uma base científica que assegure que o debate sobre a droga na Europa se continue a basear numa compreensão desta complexa questão que seja exaustiva, imparcial e, mais importante ainda, útil.

### **João Goulão**

Presidente do Conselho de Administração do OEDT

### **Wolfgang Götz**

Diretor do OEDT





## Agradecimentos

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

- os diretores e pessoal dos pontos focais nacionais da Reitox;
- os serviços e peritos que, nos diferentes Estados-Membros, recolheram os dados em bruto destinados ao relatório;
- os membros do Conselho de Administração e do Comité Científico do OEDT;
- o Parlamento Europeu, o Conselho da União Europeia (em especial o grupo de trabalho horizontal «Drogas») e a Comissão Europeia;
- o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC), a Agência Europeia de Medicamentos (EMA) e a Europol;
- o Grupo Pompidou do Conselho da Europa, o Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime, o Gabinete Regional para a Europa da Organização Mundial da Saúde, a Interpol, a Organização Mundial das Alfândegas, o projeto ESPAD e o Conselho Sueco de Informação sobre Álcool e outras Drogas (CAN); a Direção de Saúde para as Substâncias Controladas e o Tabaco do Canadá, a Administração dos Serviços de Abuso de Substâncias e Saúde Mental dos Estados Unidos;
- o Centro de Tradução dos Organismos da União Europeia e o Serviço das Publicações da União Europeia.

### Pontos focais nacionais da Reitox

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

Os contactos dos pontos focais nacionais encontram-se disponíveis no sítio do OEDT.



## Nota introdutória

O presente relatório anual baseia-se em informação fornecida ao Observatório Europeu da Droga e da Toxicodpendência (OEDT) pelos Estados-Membros da União Europeia, os países candidatos Croácia e Turquia, e a Noruega sob a forma de um relatório nacional. Os dados estatísticos aqui incluídos referem-se ao ano de 2010 (ou ao último ano disponível). As figuras e quadros incluídos neste relatório podem refletir a situação existente num subconjunto de Estados-Membros da União Europeia; a seleção pode ser efetuada com base nos países que dispõem de dados em relação ao período em causa ou para pôr em evidência determinadas tendências.

A análise das tendências baseia-se apenas nos países que fornecem dados suficientes para descrever as mudanças ao longo do período em causa. Os valores relativos a 2009 podem substituir os relativos a 2010 que estejam em falta na análise das tendências dos dados do mercado de droga; em relação à análise de outras tendências, os dados em falta podem ser interpolados.

São a seguir apresentadas informações de caráter geral e algumas advertências que é importante ter em conta durante a leitura do relatório anual.

### Oferta e disponibilidade de droga

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

As apreensões de droga são frequentemente consideradas como um indicador indireto da oferta, das rotas de tráfico e da disponibilidade das drogas. Constituem um indicador mais direto das atividades de aplicação da lei (por exemplo, prioridades, recursos e estratégias), ao mesmo tempo que refletem igualmente as práticas de notificação e a vulnerabilidade dos traficantes. Os dados sobre a pureza ou a potência e os preços de venda a retalho das drogas ilícitas também podem ser analisados para compreender os mercados

### Acesso ao relatório anual e às suas fontes de dados na Internet

O relatório anual está disponível para ser descarregado em 22 línguas, no sítio do OEDT. A versão eletrónica contém ligações a todas as fontes na Internet citadas no relatório anual.

Os seguintes recursos só estão disponíveis através da Internet.

O Boletim Estatístico de 2012 apresenta todo o conjunto de quadros-fonte em que se baseia a análise estatística apresentada no relatório anual. Contém igualmente informações mais pormenorizadas sobre a metodologia utilizada e cerca de 100 gráficos estatísticos suplementares.

Os relatórios nacionais dos pontos focais Reitox fornecem uma descrição e uma análise pormenorizadas do fenómeno da droga em cada país.

As panorâmicas por país apresentam um resumo claro, de alto nível, dos aspetos fundamentais da evolução do fenómeno da droga em cada país.

retalhistas de droga. Os preços de venda a retalho das drogas comunicados ao OEDT refletem o preço para o consumidor. As tendências em matéria de preços são indexadas à inflação a nível nacional. As informações relativas à pureza ou à potência, mencionadas pela maioria dos países, são baseadas numa amostra de todas as drogas apreendidas e, geralmente, não é possível relacionar os dados comunicados com um nível específico do mercado de drogas. No que respeita à pureza ou à potência e aos preços de venda a retalho, as análises são baseadas nos valores médios ou típicos comunicados ou, na sua ausência, em valores medianos. A disponibilidade de dados relativos ao preço e à pureza pode ser limitada em alguns países e podem surgir questões de fiabilidade e de comparabilidade.

O OEDT recolhe dados nacionais sobre as apreensões, a pureza e os preços de venda a retalho da droga na Europa. Outros dados sobre a oferta de droga provêm dos sistemas de informação e das análises do Gabinete das Nações Unidas para a Droga e a Criminalidade (UNODC), complementados por informações adicionais fornecidas pela Europol. As informações sobre os precursores de droga são obtidas junto da Comissão Europeia, que recolhe dados sobre as apreensões destas

substâncias na União Europeia, e do Órgão Internacional de Controlo dos Estupefacientes (INCB), que está envolvido em iniciativas internacionais para prevenir o desvio de substâncias químicas precursoras utilizadas no fabrico de drogas ilícitas.

Os dados e as estimativas apresentados neste relatório são os mais aproximados que se encontram disponíveis, mas devem ser interpretados com prudência, dado que muitas regiões do mundo ainda não dispõem de sistemas de informação sofisticados relacionados com a oferta de droga.

### Prevalência do consumo de droga medida pelos inquéritos à população em geral

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

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

A realização de inquéritos é dispendiosa e poucos países europeus recolhem informações todos os anos, embora muitos as recolham com intervalos de dois a quatro anos. Os dados apresentados neste relatório baseiam-se no inquérito mais recente disponível em cada país, que, na maioria dos casos, terá sido realizado entre 2006 e 2010. Salvo indicação em contrário, os dados sobre a prevalência disponíveis para o Reino Unido referem-se à Inglaterra e ao País de Gales, embora também estejam disponíveis dados em separado para a Escócia e a Irlanda do Norte.

Dos três períodos definidos para comunicar os dados do inquérito, a prevalência ao longo da vida (consumo de uma droga em dada altura da vida de uma pessoa) é o mais alargado. Esta medida não reflete a situação atual do consumo de droga entre a população adulta,

mas pode ser útil para compreender os padrões de consumo e a incidência. Para os adultos, as faixas etárias habitualmente utilizadas pelo OEDT são os 15-64 anos (todos os adultos) e os 15-34 anos (jovens adultos). Entre os países que utilizam limites de idade mais altos ou mais baixos incluem-se os seguintes: Alemanha (18), Dinamarca (16), Hungria (18), Malta (18), Reino Unido (16-59) e Suécia (16). Privilegia-se os períodos do último ano e do último mês (consumo nos últimos 12 meses ou nos últimos 30 dias anteriores ao inquérito) (para mais informações, ver o sítio do OEDT). No caso da população escolar, a prevalência ao longo da vida e no último ano são muitas vezes semelhantes, uma vez que o consumo de drogas ilícitas antes dos 15 anos raramente se verifica.

O Inquérito Escolar Europeu sobre o Consumo de Álcool e outras Drogas (ESPAD) utiliza métodos e instrumentos normalizados para avaliar o consumo de droga e de álcool entre amostras representativas de estudantes que completem 16 anos durante o ano civil em curso. Em 2011, foram recolhidos dados em 36 países, incluindo 24 Estados-Membros da União Europeia, a Croácia e a Noruega, e os resultados foram publicados em 2012. Para além disso, Espanha e o Reino Unido realizam inquéritos nacionais a estudantes, os quais fornecem dados relativos ao consumo de droga que são comparáveis aos resultados dos inquéritos ESPAD.

### Procura de tratamento

Os dados sobre os indivíduos que iniciam tratamento na Europa devido a problemas relacionados com o consumo de droga são comunicados sob anonimato com vista ao indicador de procura de tratamento do OEDT. Qualquer utente que inicia tratamento é interrogado sobre o seu consumo de droga, contacto para tratamento e características sociais. O período para o registo dos dados anuais relativos ao início de tratamento vai de 1 de janeiro a 31 de dezembro. Os utentes em tratamento contínuo no início do ano em causa não estão incluídos nos dados. Nos casos em que a percentagem dos pedidos de tratamento para o consumo de uma droga principal é indicada, o denominador é o número de casos em relação aos quais a droga principal é conhecida.

### Intervenções

As informações sobre a disponibilidade e a oferta de várias intervenções na Europa são, geralmente, baseadas no juízo fundamentado dos peritos nacionais, recolhido através de questionários estruturados. Todavia, relativamente a alguns indicadores, estão também disponíveis dados quantitativos de acompanhamento.





## Comentário

# Consolidar os resultados obtidos, manter a dinâmica e responder à mudança — O desafio para a política de luta contra a droga na Europa dos nossos dias

### Aumentar a coordenação e a cooperação

Uma das principais mensagens que emerge da mais recente análise da situação da droga na Europa efetuada pelo OEDT é que é imperioso manter sob permanente vigilância a forma como os problemas relacionados com as drogas já existentes evoluem, desenvolvendo simultaneamente respostas para novas ameaças e novos desafios. A heroína e a cocaína continuam a ser responsáveis por uma grande parcela dos danos, morbidade e mortalidade associados ao consumo de droga na Europa. Neste caso, será necessário manter a dinâmica na conceptualização e implementação de respostas baseadas em dados científicos. Sob muitos aspetos, fizeram-se progressos consideráveis, ainda que desiguais, os quais, porém, podem ser colocados facilmente em risco se as circunstâncias se alterarem ou se não se conseguir continuar a intensificar a luta contra a droga. A análise salienta igualmente a necessidade de reforçar a capacidade da Europa para identificar os desafios suscitados por um mercado de droga cada vez mais complexo e dinâmico e para responder a esses desafios.

Estas necessidades têm de ser vistas no contexto da difícil situação financeira existente em muitos países europeus, o que significa que escasseiam os recursos para fazer face a todos os tipos de problemas do setor da saúde e do setor social. Nestas circunstâncias, é essencial assegurar que os fundos disponíveis sejam investidos em atividades bem definidas e de eficácia comprovada. Este objetivo poderá ser atingido, entre outras formas, através da cooperação entre os Estados-Membros da União Europeia, procurando maximizar os benefícios das atividades por meio da partilha de experiências, do trabalho conjunto e de uma melhor coordenação das suas ações. O enquadramento político para este efeito é fornecido da estratégia de luta contra a droga da União Europeia e dos planos de ação que a acompanham. A atual estratégia da União Europeia (2005-2012) tem sido avaliada de forma positiva, atribuindo-se particular importância ao seu papel na promoção do intercâmbio de informações.

Está neste momento em estudo um novo enquadramento político que dê seguimento à estratégia de luta contra a droga 2005-2012. É provável que o novo enquadramento mantenha a sua ênfase na necessidade de uma abordagem equilibrada e baseada em dados científicos, que abarque um conjunto abrangente de medidas de redução da procura e da oferta. É igualmente provável que a monitorização, investigação e avaliação, bem como o respeito pelos direitos humanos fundamentais, continuem a ser elementos essenciais da abordagem da União Europeia. O novo enquadramento político assegurará também a sinergia entre as atividades no domínio da droga e as questões de âmbito mais alargado relacionadas com a segurança e a saúde, de que as drogas são apenas uma componente — como sejam a prevenção do VIH ou a luta contra a criminalidade organizada. O novo enquadramento contribuirá ainda para garantir que a Europa fale com voz forte e unida no debate internacional sobre a droga.

### Um quadro complexo: o mercado da *cannabis* na Europa

Este ano, o OEDT realizou uma nova e importante análise do mercado da *cannabis*, que revelou uma imagem cada vez mais complexa e diversificada no que respeita à droga ilícita mais consumida na Europa. Neste momento, estão disponíveis no mercado europeu diferentes «produtos» da *cannabis*, sendo a distinção mais importante estabelecida entre a *cannabis* herbácea e a resina de *cannabis*. O aumento da produção da *cannabis* na União Europeia resultou na crescente substituição da resina importada por produtos herbáceos produzidos na Europa. A produção doméstica de *cannabis* varia consideravelmente. Pode assumir a forma de grandes plantações, nas quais a planta é cultivada de modo intensivo, com a utilização de técnicas sofisticadas para maximizar o rendimento e a potência. No outro extremo do espetro, podem ser cultivados números reduzidos de plantas de *cannabis* por consumidores, para consumo pessoal.

Embora a maior parte dos delitos relativos à *cannabis* esteja ainda relacionada com o consumo ou a posse da droga, muitos países declaram que a sua política

consiste em dar prioridade a medidas especificamente direcionadas para a luta contra o tráfico e a oferta. Neste contexto, é agora dedicada maior atenção à luta direcionada contra os locais de produção intensiva. No entanto, apesar do aumento do número de plantas apreendidas e do desenvolvimento de alguns métodos de deteção novos e inovadores, a Europa continua a apreender muito mais resina de *cannabis* do que *cannabis* herbácea. Este facto sugere que a produção doméstica de *cannabis* herbácea pode constituir um desafio maior para os esforços de combate ao tráfico, em especial quando tal produção assume a forma de produção intensiva em espaços interiores. A preocupação acerca da evolução registada nesta área é crescente: não só devido aos danos colaterais que os locais de produção de droga podem causar às comunidades locais, mas também devido às provas existentes do envolvimento de grupos da criminalidade organizada.

A escala e a complexidade do mercado da *cannabis* não constituem surpresa, pois refletem a posição desta droga como a substância ilícita mais popular da Europa. Por esse facto, é também a substância relativamente à qual os sentimentos políticos e públicos estão mais divididos. É interessante notar que os níveis do consumo de *cannabis* parecem estar, na globalidade, relativamente estáveis, podendo haver até um decréscimo do consumo em alguns países. Embora difícil de medir, existe também hoje uma melhor compreensão dos problemas relacionados com a *cannabis* que se sabe estarem associados ao consumo intensivo e prolongado da droga. Relativamente a este aspeto, existem algumas preocupações. A passagem para a *cannabis* herbácea, por exemplo, poderá expor os consumidores a formas mais potentes da droga. Além disso, alguns estudos referem que, para muitos consumidores, a idade em que se inicia o consumo é actualmente bastante baixa. Segundo as estimativas, 1% da população adulta europeia consome a droga diariamente, e entre os jovens do sexo masculino, em particular, os padrões de consumo intensivos podem, em alguns países, ser relativamente comuns. Em termos gerais, é necessário que qualquer otimismo gerado por uma estabilização dos níveis de prevalência seja temperado pelo reconhecimento de que esta droga continua a ser uma importante questão de saúde pública, o que se reflete no número dos que procuram tratamento da toxicod dependência relacionado com o consumo da mesma.

### **Os estudantes europeus dos nossos dias: um grupo mais prudente**

Os resultados mais recentes do «Inquérito Escolar Europeu sobre o Consumo de Álcool e outras Drogas» (ESPAD)

disponibilizam uma importante visão das tendências registadas ao longo do tempo no domínio do consumo de substâncias entre os estudantes. Para todas as principais substâncias, os resultados referentes a 2011 sugerem uma redução ou uma situação estável, o que é promissor. Ao longo das cinco fases do inquérito, o consumo recente de cigarros diminuiu continuamente entre 1999 e 2007, tendo estabilizado em seguida. Na Europa, desde 2003, o consumo recente de álcool pelos estudantes tem diminuído gradualmente, na generalidade, e os dados mais recentes indicam simultaneamente que a tendência crescente do consumo excessivo pontual de bebidas alcoólicas, observada entre 1995 e 2007, poderá já estar a diminuir. Em termos gerais, a experiência do consumo de drogas ilícitas (predominantemente a *cannabis*) pelos estudantes aumentou até 2003, diminuiu ligeiramente em 2007 e tem-se mantido estável desde então. Estas conclusões poderão fornecer-nos uma indicação relativa às tendências futuras, na medida em que os padrões aqui encontrados podem refletir-se depois em coortes de idade superior.

Uma observação interessante é que os países que comunicam estimativas de elevada prevalência relativamente a uma substância tendem igualmente a comunicar estimativas relativamente elevadas para outras substâncias, tanto lícitas como ilícitas. Assim, os níveis elevados de consumo recente de bebidas alcoólicas e de consumo excessivo pontual de bebidas alcoólicas estão associados ao consumo de drogas e de inalantes ilícitos. Esta conclusão corrobora as abordagens de prevenção que reconhecem a necessidade de, no trabalho com jovens, direcionar a ação tanto para as drogas como para o álcool.

### **As drogas e a família: uma questão ignorada e um recurso subutilizado**

São os indivíduos consomem drogas, mas as respetivas famílias têm frequentemente de partilhar os problemas que esse consumo pode provocar. As famílias e a questão conexas dos consumidores de droga com responsabilidade parental são analisadas num novo estudo do OEDT. O relatório considera que, embora os indivíduos com problemas de consumo de drogas não sejam necessariamente maus pais, é provável que necessitem de apoio suplementar. Os serviços de tratamento, em particular, têm de ser sensíveis às necessidades de quem tem responsabilidade parental, dado que as preocupações com a guarda ou com a proteção das crianças podem funcionar como uma barreira à procura de ajuda. Trabalhar com pais que são consumidores de droga é também difícil para os serviços, visto exigir que



se estabeleça um equilíbrio entre os direitos do progenitor e os da criança: contudo, o relatório conclui que as boas práticas e intervenções bem direcionadas podem fazer uma diferença significativa. Esta conclusão encontra eco na análise de intervenções especificamente dirigidas a grávidas consumidoras de droga, onde há fortes provas de que a prestação de aconselhamento e de apoio adequados pode melhorar os resultados tanto para a mãe como para a criança.

Numerosos estudos têm explorado o stresse e as perturbações sociais que podem resultar da existência de um membro da família com problemas de droga. No entanto, os serviços de apoio à família estão, em geral, pouco desenvolvidos na maior parte dos países europeus. Esta situação pode significar que se está a ignorar um recurso que é importante para apoiar a recuperação. Concentrar a atenção no ambiente familiar está a tornar-se também cada vez mais importante para o trabalho de prevenção da toxicod dependência, sendo cada vez mais sólidos os dados que apontam para a eficácia de estratégias de

prevenção amplamente diversificadas direcionadas tanto para o ambiente como para o indivíduo. Neste sentido, a família é particularmente importante e as estratégias de prevenção ambiental que trabalham para criar famílias mais fortes podem diminuir o risco de uma série de comportamentos problemáticos, incluindo o consumo de droga. Apesar das conclusões positivas em prol de intervenções nesta área, o facto de, em grande medida, estas permanecerem pouco desenvolvidas põe em evidência o problema mais geral, a saber, que, frequentemente, as conclusões resultantes da investigação no domínio da prevenção não são traduzidas nem em políticas, nem na prática.

### Reclusos consumidores de drogas: uma população vulnerável

Apesar do interesse crescente em disponibilizar «alternativas à prisão», muitas pessoas com problemas de consumo de droga continuam a passar todos os anos pelas prisões da Europa. Este facto está refletido em dados de estudos que demonstram que os problemas

## Síntese: estimativas do consumo de droga na Europa

As estimativas aqui apresentadas referem-se à população adulta (15-64 anos) e baseiam-se nos mais recentes dados disponíveis (inquéritos realizados entre 2004 e 2010-2011, principalmente em 2008-2010). Ver conjunto completo de dados e informações sobre a metodologia utilizada no Boletim Estatístico em anexo.

### Cannabis

Prevalência ao longo da vida: cerca de 80,5 milhões de pessoas (23,7% dos adultos europeus).

Consumo no último ano: cerca de 23 milhões de adultos europeus (6,8%) ou um terço dos consumidores ao longo da vida.

Consumo no último mês: cerca de 12 milhões de pessoas (3,6%).

Variações do consumo no último ano, por país: variação global de 0,3% a 14,3%.

### Cocaína

Prevalência ao longo da vida: cerca de 15,5 milhões de pessoas (4,6% dos adultos europeus).

Consumo no último ano: cerca de 4 milhões de adultos europeus (1,2%) ou um quarto dos consumidores ao longo da vida.

Consumo no último mês: cerca de 1,5 milhões de pessoas (0,5%).

Variações do consumo no último ano por país: variação global de 0,1% a 2,7%.

### Ecstasy

Prevalência ao longo da vida: cerca de 11,5 milhões de pessoas (3,4% dos adultos europeus).

Consumo no último ano: cerca de 2 milhões de pessoas (0,6%) ou um sexto dos consumidores ao longo da vida.

Variações do consumo no último ano por país: variação global de 0,1% a 1,6%.

### Anfetaminas

Prevalência ao longo da vida: cerca de 13 milhões de pessoas (3,8% dos adultos europeus).

Consumo no último ano: cerca de 2 milhões de pessoas (0,6%) ou um sexto dos consumidores ao longo da vida.

Variações do consumo no último ano por país: variação global de 0,0% a 1,1%.

### Opiáceos

Consumidores problemáticos de opiáceos: estimados em cerca de 1,4 milhões de europeus.

Mortes induzidas pela droga representaram 4% de todas as mortes de europeus com idades compreendidas entre os 15 e os 39 anos, tendo sido detetados opiáceos em cerca de três quartos dos casos.

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

Cerca de 710 000 consumidores de opiáceos receberam tratamento de substituição em 2010.

de consumo de droga são muito mais comuns em reclusos do que na população em geral. Embora alguns deixem de consumir drogas quando se encontram encarcerados, a disponibilidade de drogas em algumas prisões implica também que outros reclusos poderão iniciar o consumo de drogas ou começar a desenvolver comportamentos mais prejudiciais. Por exemplo, os consumidores de drogas injetáveis poderão partilhar equipamento com mais frequência, aumentando o risco da transmissão de agentes patogénicos transmissíveis pelo sangue, como o VIH e o vírus da hepatite C.

A sobrepopulação, a falta de higiene e a falta de prestação de cuidados de saúde afetam muitas prisões e contribuem para as situações de problemas de saúde que se encontram em geral em populações prisionais. Os reclusos com problemas de consumo de drogas poderão estar duplamente desfavorecidos a este respeito e ser especialmente vulneráveis tanto a problemas de saúde física como mental enquanto estiverem encarcerados, suscitando particulares preocupações quanto ao elevado risco que correm em matéria de lesões autoinfligidas e suicídio. Existem, por isso, argumentos de peso que defendem que qualquer abordagem bem-sucedida no sentido de melhorar a saúde nas prisões tem de reconhecer a importância da inclusão e integração do tratamento da toxicodependência nas respostas mais genéricas no domínio dos cuidados de saúde física e mental.

Onde existem serviços adequados, os períodos de prisão poderão constituir uma oportunidade para alguns reclusos reduzirem o consumo de droga e interagirem com os serviços. Nesta área, as oportunidades têm aumentado, na medida em que muitos países reforçaram as intervenções nas prisões, em particular o tratamento de substituição para os dependentes de opiáceos. Habitualmente, a evolução da disponibilidade de tratamento nas prisões reflete a que se verifica na comunidade, embora com um atraso considerável. A disponibilização de serviços de saúde nas prisões também varia muito de país para país, continuando a existir uma necessidade geral de prosseguir o desenvolvimento e melhorar a qualidade dos serviços prestados. As prisões raramente oferecem um nível de cuidados equivalente e comparável ao dos prestados à comunidade em geral.

A saída da prisão também pode constituir um momento crucial para intervenções, pois o risco de *overdose* aumenta muito durante este período pós-saída da prisão, altura em que os ex-reclusos podem retomar o consumo de heroína ao mesmo tempo que a sua tolerância aos opiáceos sofre uma redução. O aconselhamento antes

da saída da prisão e a continuidade dos cuidados depois após a saída são, por isso, essenciais, pois, ao contribuírem para assegurar que os indivíduos vulneráveis se mantenham em contacto com serviços, podem apoiar a recuperação e, em última análise, constituir uma forma extremamente eficaz e relativamente pouco dispendiosa de salvar vidas.

### **Pós brancos e comprimidos: um mercado de estimulantes menos discriminatório**

A cocaína, as anfetaminas, o *ecstasy* e agora, por vezes, as catinonas sintéticas podem ser consideradas como produtos concorrentes e, em certa medida, intermutáveis aos olhos do consumidor. Neste contexto, é provável que a disponibilidade, bem como o preço e a qualidade das substâncias, influenciem as escolhas dos consumidores e expliquem a volatilidade observável no mercado contemporâneo dos estimulantes. Alguns estudos recentes sugerem mesmo que não é invulgar os consumidores afirmarem que tomaram drogas estimulantes sob a forma de comprimidos ou pós brancos desconhecidos.

Na Europa, as estimativas da prevalência global do consumo de anfetaminas e *ecstasy* são relativamente estáveis, embora fatores relacionados com a oferta tenham aparentemente afetado a disponibilidade de ambas as drogas. O mercado do *ecstasy* está neste momento a recuperar de uma escassez de MDMA, durante a qual muitos comprimidos continham outras substâncias. De modo semelhante, as metanfetaminas substituíram recentemente, em certa medida, as anfetaminas em partes da Europa. Trata-se de uma situação preocupante, já que, historicamente, o consumo desta droga estava em grande medida limitado à República Checa e à Eslováquia. A situação pode estar agora a mudar, e embora os dados disponíveis sejam limitados, a verdade é que suscitam preocupações. Os dados relativos às apreensões sugerem que a disponibilidade da droga está a aumentar e que a produção aumentou em alguns países. Há notícias de mortes por *overdose* na Alemanha, sendo a droga mais vulgarmente referida em notícias provenientes de outros países. Preocupante é o facto de o OEDT ter registado relatos esporádicos de casos de consumo de metanfetaminas fumadas e da disponibilidade de metanfetaminas em cristais, uma forma extremamente pura destas drogas. Historicamente, fumar metanfetaminas tem sido algo extremamente raro na Europa, mas os dados que chegam de outros países sugerem uma associação forte com consequências negativas.

Está a ser efetuada uma avaliação de riscos na União Europeia relativa à 4-metilanfetamina no contexto do sistema de alerta rápido da União Europeia sobre novas substâncias psicoativas. Este exercício foi suscitado por conjuntos de mortes associados a esta substância, que, ao que parece, era vendida como, ou misturada com, anfetamina. É provável que esta forma de anfetamina, que atualmente não está controlada na maior parte da Europa, tenha sido fabricada em laboratórios clandestinos por produtores que procuram novos métodos químicos para a produção de anfetaminas. Como tal, é um exemplo não só da crescente inovação a que se assiste na produção de drogas sintéticas, mas também do potencial de consequências negativas não intencionais para a saúde que essa crescente inovação pode trazer consigo.

### **Mais diversidade no consumo de drogas sintéticas**

Enquanto as atenções se concentraram sobretudo nas preocupações relativas a estimulantes já existentes e no aparecimento de novas substâncias psicoativas não controladas, diversas outras drogas sintéticas entraram e estabeleceram-se no mercado europeu da droga. Apesar de o número de europeus que consome drogas como o GHB, a GBL, a cetamina e, mais recentemente, a mefedrona ser baixo, encontram-se níveis elevados de consumo em algumas subpopulações e estas drogas parecem ter potencial para uma difusão mais generalizada. Neste momento há notícias relativas a problemas de saúde ligados a todas estas substâncias, incluindo a dependência entre consumidores crónicos e alguns problemas inesperados como a doença da bexiga que foi detetada em consumidores de cetamina. Esta evolução teve lugar, em grande medida, sem ser detetada e aponta para a necessidade não só de melhorar a sensibilidade dos sistemas de informação sobre drogas às tendências emergentes e aos novos problemas de saúde, mas também de compreender melhor quais são as intervenções de redução da procura adequadas nesta área.

### **Cocaína: indícios de queda do consumo e diminuição do estatuto**

O consumo generalizado de cocaína poderá estar limitado a alguns países meridionais e ocidentais, mas a droga continua a ser, em números globais, o estimulante ilícito mais consumido na Europa. Hoje, porém, depois de uma década de popularidade crescente, os dados mais recentes sugerem que a tendência poderá apontar no sentido descendente. As perceções relativas a esta droga também poderão estar a mudar, e há alguns estudos

que referem que a cocaína poderá estar a perder a sua imagem de droga de estatuto elevado.

Neste contexto há diversos fatores que podem ser importantes. A qualidade tem sido citada como um fator possível, com a sugestão de que o baixo nível de pureza da cocaína poderá levar a que alguns consumidores mudem para outros estimulantes. Também é possível que potenciais consumidores tenham agora um melhor conhecimento das consequências negativas que podem acompanhar o consumo da cocaína. Uma análise recente sobre as consequências para a saúde do consumo da cocaína, realizada pelo OEDT, concluiu que os problemas eram provavelmente subestimados nas fontes de dados disponíveis. Os dados disponíveis sobre quadros agudos em serviços de emergência de hospitais sugeriam que o número de entradas nos serviços de emergência relacionadas com o consumo de cocaína tinha triplicado desde finais da década de 1990, mas que tais casos tinham aparentemente atingido o nível máximo por volta de 2008. De igual modo, os dados disponíveis sobre mortes relacionadas com o consumo de cocaína também revelam que o nível mais elevado foi atingido em 2008. Esta tendência encontra-se ainda nos dados relativos a pedidos de tratamento, sendo que o número das pessoas que iniciaram tratamento pela primeira vez na vida devido a problemas relacionados com o consumo de cocaína aumentou até 2008, diminuindo em seguida. O quadro é semelhante no que se refere aos dados relativos à oferta. As apreensões de cocaína parecem estar agora em decréscimo na Europa: o volume de cocaína apreendida atingiu um valor máximo em 2006 e o número de apreensões em 2008.

### **Heroína: provas de um decréscimo**

Desde a década de 1970, o consumo de heroína, em especial injetada, tem sido a fonte de grande parte dos problemas relacionados com drogas na Europa. Tendo em conta os danos associados à heroína, entre os quais se incluem mortes por *overdose*, a disseminação do VIH e do vírus da hepatite C entre consumidores de droga injetada e a criminalidade que lhe está associada, não surpreende que a política de luta contra a droga na Europa se tenha concentrado principalmente nos problemas relativos à heroína. Embora os mesmos problemas continuem a existir diminuíram, em alguns casos de forma muito significativa, à medida que se verifica o impacto de políticas eficazes e o prolongado decréscimo do consumo desta droga, especialmente de forma injetada. Parece cada vez mais provável que estejamos a entrar agora numa nova era em que a heroína desempenhará um

papel menos central no problema do consumo de droga na Europa.

Uma análise deste tipo tem de ser feita com cuidado, pois é difícil prever as tendências futuras. Para além disso, o carácter prolongado e crónico dos problemas associados à heroína significa que muitos dos atuais consumidores continuarão a necessitar de ajuda ainda durante anos. Contudo, os indicadores apontam para um decréscimo do consumo global e, o que é mais importante, um declínio em termos de um novo recrutamento. Em toda a Europa, diminuiu o número de novos pedidos de tratamento e aumentou a média da idade dos que iniciam o tratamento devido a problemas associados à heroína.

Os indicadores do mercado sugerem que a disponibilidade da heroína diminuiu na Europa nos últimos anos e que em alguns países a droga foi substituída por outras substâncias, incluindo opiáceos sintéticos como o fentanil e a buprenorfina. O mercado da heroína entrou em colapso há quase uma década em alguns países do norte da Europa, e nunca recuperou completamente. Mais recentemente, foram também referidas turbulências de curto prazo dos mercados, provavelmente resultantes de esforços bem-sucedidos de combate ao tráfico. Os números europeus mais recentes relativos a pureza, apreensões, infrações à legislação em matéria de droga e preço de venda a retalho revelam todos um decréscimo. Será necessário seguir de perto a evolução nos mercados de drogas ilícitas para verificar se a escassez recente de heroína conduzirá ao desaparecimento persistente da droga em alguns países e que substâncias a substituirão. A este respeito, a juntar aos opiáceos sintéticos, as metanfetaminas, as catinonas e as benzodiazepinas foram todas identificadas como possíveis candidatas.

Na generalidade, fatores tanto do lado da procura como do lado da oferta parecem ser importantes nas alterações do consumo de heroína aqui identificadas. Os esforços bem-sucedidos de combate têm de ser vistos lado a lado com um acentuadíssimo aumento da disponibilidade de tratamento, em particular tratamento de substituição, que retirou do mercado uma percentagem considerável da procura. Uma questão em aberto é a relação existente entre a produção de ópio no Afeganistão e os padrões de consumo de heroína na Europa, relativamente à qual não é observável nos dados qualquer ligação simples. Embora exista a preocupação de que o acréscimo de produção possa resultar numa vaga de novo consumo de heroína nos Estados-Membros da União Europeia, os dados históricos não apontam acentuadamente nesse sentido. Pelo contrário, a União Europeia poderá agora representar, pelo menos em alguns aspetos, um mercado mais difícil para este produto.

### **O consumo de drogas injetadas também está a decrescer, mas continua a constituir um grave risco para a saúde pública**

Os indicadores das tendências de consumo injetável sugerem igualmente que este comportamento particularmente prejudicial está agora também a diminuir. Os níveis referidos do consumo de drogas injetadas entre novos utentes que iniciam tratamento para problemas de droga constituem aqui a melhor fonte de dados disponível. Entre os novos consumidores de heroína que iniciam tratamento é evidente uma tendência decrescente, que é sobretudo visível na Europa ocidental, mas também se nota em alguns países da Europa oriental. Na generalidade, pouco mais de um terço (36%) dos que iniciam tratamento de problemas causados por heroína afirmam agora injetar a droga como principal via de administração. Há outras drogas que podem também ser injetadas: cerca de um quarto dos que iniciam tratamento de problemas causados pelas anfetaminas afirmam injetar a droga, da mesma forma que os cerca de 3% dos que iniciam tratamento por problemas causados pela cocaína. O afastamento em relação ao consumo de drogas injetadas é claramente animador. Ainda assim, o consumo de drogas injetadas continua a ser uma das principais causas evitáveis de problemas de saúde e de morte entre jovens europeus. O consumo de drogas injetadas está particularmente associado à *overdose*, bem como a infeções graves. Surtos recentes de VIH na Grécia e na Roménia recordam-nos que, apesar do êxito alcançado pela Europa na luta contra a transmissão deste vírus entre consumidores de droga, ele mantém o potencial para se disseminar rapidamente em determinadas populações. Isto sublinha também a necessidade de assegurar uma cobertura adequada da prevenção do VIH e serviços de redução de danos para populações em risco. As infeções bacterianas são outra consequência potencialmente grave do consumo de drogas injetadas e podem pôr a vida em perigo. Em junho e julho de 2012, foram noticiados casos de antraz em cinco países da União Europeia, possivelmente relacionados com uma fonte comum de heroína contaminada. Este surto levou a uma avaliação rápida de riscos realizada conjuntamente pelo OEDT e o ECDC.

### **Encontrar uma nova perspetiva para novas drogas**

A Internet reduziu as restrições impostas pelo tempo e lugar, permitindo que novos padrões e tendências no consumo de droga transponham rapidamente os limites geográficos. Os dados que permitem chegar a esta conclusão são abundantes e foram apresentados no segundo fórum internacional sobre novas substâncias psicoativas, que este ano foi organizado pelo OEDT

e pelo National Institute on Drug Abuse (Instituto Nacional sobre Abuso das Drogas) dos Estados Unidos. Produtos semelhantes às «alternativas legais às drogas ilegais» estão agora a ser comercializados nos Estados Unidos, no Japão, em partes do Sudeste Asiático e em países europeus. A União Europeia tem, segundo as normas internacionais, um sofisticado mecanismo de alerta rápido e de avaliação dos riscos para responder ao surgimento de novas substâncias psicoativas. Este mecanismo está a ser atualmente revisto, prevendo-se que surja um novo quadro jurídico. É provável que as respostas nesta área sejam mais eficazes se forem coordenadas entre os diversos países e contarem com um claro valor acrescentado disponibilizado por um mecanismo ao nível da União Europeia. Em 2012, continuam a ser comunicadas ao sistema novas substâncias psicoativas à taxa de cerca de uma por semana. Predominam ainda os agonistas dos recetores canabinóides sintéticos e as catinonas, mas são cada vez mais comunicadas substâncias pertencentes a grupos químicos mais obscuros. Até agora, as novas substâncias tendem a imitar os efeitos da *cannabis* ou das drogas estimulantes, como o *ecstasy* ou a cocaína, e a respetiva embalagem sugere que o principal alvo a atingir seja o mercado das drogas consumidas em contextos recreativos. No entanto, alguns países têm comunicado que consumidores problemáticos de drogas passam a consumir catinonas na forma injetável, como a mefedrona e MDPV.

#### **«Sais de banho» e «alimentos para plantas»: o desafio colocado por produtos e misturas complexos e em mudança**

Uma função importante do sistema de alerta rápido da União Europeia é a partilha de informações forenses e toxicológicas. Identificar as substâncias químicas psicoativas nos produtos pode ser difícil, na medida em que podem ser compostos obscuros ou misturas de várias substâncias químicas. O número de produtos que contêm múltiplas substâncias químicas parece estar a aumentar, e verificou-se que algumas amostras compradas para teste incluíam tanto substâncias controladas como não controladas. A expressão geralmente utilizada, «alternativas legais às drogas ilegais», não é portanto, muitas vezes, verdadeiramente adequada, e é bem provável que os consumidores destes produtos não tenham conhecimento do que estão a consumir e ignorem as implicações para a saúde e as implicações legais dos mesmos. A confusão é evidente a nível internacional, onde a falta de uma terminologia clara e de informações forenses impede o debate. Nos Estados Unidos, por exemplo, o termo genérico «sais de banho» abrange uma gama de produtos que contêm novas substâncias

psicoativas e que são frequentemente vendidas como «alimentos para plantas» na União Europeia.

As novas substâncias psicoativas também colocam problemas para os inquéritos relativos ao consumo de droga, pois muitos consumidores poderão não saber o que realmente tomaram. Os poucos estudos disponíveis apresentam um quadro consideravelmente heterogéneo de país para país, com taxas de consumo relativamente baixas, mas não negligenciáveis. Sugerem igualmente que o consumo destas substâncias pode aumentar e diminuir rapidamente em populações específicas. Aqui, a disponibilidade parece ser um fator importante. Na Polónia, a abertura de um grande número de pontos de venda foi acompanhada por aumentos do consumo comunicado e pela procura de serviços de emergência dos hospitais atribuída a novas substâncias psicoativas, tendo ambos diminuído depois da tomada de medidas para limitar a disponibilidade. Na Alemanha, alguns dados sugerem que o consumo de «Spice» (que frequentemente se verificou que continha agonistas dos recetores canabinóides sintéticos) diminuiu, mas não desapareceu, depois da introdução de medidas de emergência para fins de proibição. De modo semelhante, apesar da introdução de medidas de controlo na União Europeia, a mefedrona continua, ao que parece, a estar disponível no mercado ilícito em alguns países.

Até agora, o debate político em torno de novas drogas incidiu predominantemente no desenvolvimento de medidas de controlo, tendo os países utilizado uma mistura de regulamentação do mercado, legislação já existente relativa ao controlo das drogas e novas leis especialmente redigidas. No entanto, existe um interesse crescente em tratar das questões mais alargadas que giram em torno das novas drogas, nomeadamente a necessidade de compreender o impacto potencial dessas drogas sobre a saúde e o seu impacto social, e em identificar estratégias adequadas de redução da procura. O OEDT recebeu relatórios de emergências médicas agudas e de mortes associadas ao consumo de novas substâncias psicoativas. Atualmente os dados são difíceis de interpretar, e a evolução da nossa capacidade de vigilância e análise nesta área constitui, claramente, uma prioridade. Os Estados-Membros da União Europeia começam também a comunicar a introdução de respostas específicas a novas substâncias psicoativas. Entre as novas abordagens em estudo figuram programas de prevenção inovadores através da Internet e a distribuição de mensagens que visam especificamente a prevenção nas escolas.

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar



# Capítulo 1

## Políticas e legislações

### Introdução

No presente capítulo analisa-se a evolução política recente na União Europeia e observa-se em que medida os Estados-Membros integraram as suas estratégias de luta contra as drogas lícitas e ilícitas e estabeleceram ligações entre estratégias de luta contra a droga e estratégias de segurança. É igualmente apresentado um conjunto de estratégias nacionais e transnacionais em países não pertencentes à União, vistas à luz das suas semelhanças ou diferenças face à abordagem europeia em matéria de droga.

Analisa-se igualmente até que ponto as estratégias nacionais de luta contra a droga estão ligadas aos orçamentos, juntamente com uma atualização dos dados em matéria de tendências provenientes de estudos sobre despesas públicas relacionadas com o problema da droga. Apresenta-se ainda uma nova análise da configuração que os Estados-Membros estão a dar às suas legislações nacionais com vista a responder ao desafio crescente colocado pelas novas drogas. O capítulo termina com uma atualização da evolução verificada na Europa em matéria de investigação relacionada com a droga.

### Evolução política internacional e na União Europeia

#### Para uma nova estratégia da União Europeia em matéria de luta contra a droga

A atual estratégia da União Europeia em matéria de luta contra a droga (2005-2012) foi a primeira a ser submetida a uma avaliação externa. Os avaliadores concluíram que a estratégia conferiu valor acrescentado aos esforços dos Estados-Membros no domínio da luta contra a droga e que a promoção de intervenções cientificamente fundamentadas efetuada pela estratégia da União foi louvada pelas partes interessadas (Rand Europe, 2012). O relatório destacou a área da informação, investigação e avaliação, no âmbito da qual a abordagem e as

infraestruturas da União Europeia apoiam ativamente a transferência de conhecimentos no seio da Europa. Para a próxima estratégia, que está a ser redigida em 2012, os avaliadores recomendaram a manutenção da abordagem equilibrada, a adoção de abordagens políticas integradas que abranjam substâncias lícitas e ilícitas, incluindo novas substâncias psicoativas, o reforço da fundamentação científica na redução da oferta de droga e a clarificação do papel desempenhado pelos organismos de coordenação da União Europeia

Dados o interesse político atual no assunto e a sua clara dimensão europeia, as respostas às novas substâncias psicoativas serão uma questão importante para a próxima estratégia. A estratégia terá por base diversas iniciativas lançadas em 2011, entre as quais se contam um pacto europeu contra as drogas sintéticas <sup>(1)</sup>, um plano de ação operacional sobre drogas sintéticas e novas substâncias psicoativas <sup>(2)</sup>, ambos adotados pelo Conselho da União Europeia, e uma comunicação intitulada «Para uma resposta europeia mais eficaz na luta contra a droga», adotada pela Comissão Europeia e que anuncia uma série de medidas relativas a drogas ilícitas <sup>(3)</sup>. Estas medidas incluem nova legislação europeia destinada a abordar mais rapidamente e de forma mais eficaz o aparecimento de novas substâncias psicoativas perigosas (as chamadas «alternativas lícitas às drogas ilícitas» (*legal highs*), ver capítulo 8, «Novas drogas e tendências emergentes»). Estão previstas outras evoluções legislativas nos domínios do tráfico de droga, do controlo de precursores, do branqueamento de capitais e da recuperação de ativos de origem criminosa. Para além disso, está em preparação uma proposta relativa ao estabelecimento de normas mínimas de qualidade em matéria de prevenção, tratamento e redução dos danos.

#### Políticas de luta contra a droga nos Balcãs Ocidentais

A avaliação da estratégia da União Europeia de luta contra a droga revelou a utilidade e influência da cooperação internacional como instrumento de política,

<sup>(1)</sup> Disponível em linha.

<sup>(2)</sup> Ver a caixa «COSI: o Comité Permanente para a Cooperação Operacional em matéria de Segurança Interna» (capítulo 2).

<sup>(3)</sup> COM(2011) 689/2.

### Quadro 1 – Documentos políticos recentes em matéria de droga adotados nos países candidatos e candidatos potenciais nos Balcãs Ocidentais

País	Nome do documento político	Período	Tema principal	Notas
<b>Albânia</b>	Estratégia nacional de luta contra a droga	2004-2010	Drogas ilícitas	País candidato potencial
<b>Bósnia e Herzegovina</b>	Estratégia nacional de supervisão, prevenção e erradicação do consumo de estupefacientes	2009-2013	Drogas ilícitas	País candidato potencial
<b>Antiga República jugoslava da Macedónia</b>	Estratégia nacional para a droga	2006-2012	Drogas ilícitas	País candidato
<b>Kosovo (¹)</b>	Estratégia nacional e plano de ação de luta contra a droga	2009-2012	Drogas ilícitas	País candidato potencial
<b>Montenegro</b>	Ação estratégica nacional de resposta ao problema da droga	2008-2012	Drogas ilícitas	País candidato
<b>Sérvia</b>	Estratégia nacional de combate à droga	2009-2013	Drogas ilícitas	País candidato

(¹) Esta designação não afeta as posições sobre o estatuto, e está em conformidade com a Resolução n.º 1 244 do Conselho de Segurança da ONU e o parecer do TJ sobre a declaração de independência do Kosovo.

nomeadamente no que se refere a países candidatos à adesão e em fase de pré-adesão. Antes dos recentes alargamentos da União Europeia em 2004 e 2007, os futuros Estados-Membros da União Europeia receberam ajuda para desenvolver políticas de luta contra a droga que estivessem em sintonia com as da abordagem equilibrada e cientificamente fundamentada da União Europeia.

Está atualmente em curso um processo semelhante nos Balcãs Ocidentais, onde três países candidatos à adesão e três potenciais países candidatos à adesão adotaram recentemente estratégias e planos de ação de luta contra a droga abrangentes e equilibrados (ver quadro 1). Os países desta região têm muitas questões em comum, incluindo a sua localização ao longo de uma das rotas históricas de tráfico de droga da Europa, com os problemas que daí decorrem relacionados com a heroína e outras drogas (4). Estes documentos de política nacional abrangem as questões da redução da procura e da oferta de droga e, em alguns casos, adotam metas, objetivos e estruturas estratégicos que refletem os dos documentos de política da União Europeia de luta contra a droga, incorporando sistemas de acompanhamento e avaliação, bem como mecanismos de coordenação. Os planos de ação são frequentemente pormenorizados, com um calendário, partes responsáveis, indicadores de execução e estimativas de custos identificados para cada ação.

### Estratégias nacionais de luta contra a droga

Uma das recomendações para a próxima estratégia da União Europeia de luta contra a droga é a aposta numa abordagem mais integrada tanto para as drogas lícitas como para as ilícitas, incluindo também, possivelmente, dependências comportamentais. Outro assunto

### Estratégias transnacionais de luta contra a droga

A próxima estratégia da União Europeia de luta contra a droga será a nona estratégia ou o nono plano de ação de luta contra a droga adotado pela União desde 1990. Durante este período, organizações transnacionais noutras partes do mundo têm elaborado também documentos desse tipo.

Em África, foi elaborado pela União Africana um «plano de ação sobre o controlo da droga e a prevenção da criminalidade» (2007-2012), tendo os 15 Estados-Membros da Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental (Cedeao) chegado simultaneamente a acordo sobre uma declaração política e um «plano de ação regional sobre o tráfico de drogas ilícitas, a criminalidade organizada e a toxicod dependência» (2008-2011). Na Ásia, a Associação das Nações do Sudeste Asiático (ASEAN), que compreende 10 países, adotou o «plano de trabalho da ASEAN sobre a luta contra a produção, o tráfico e o consumo de drogas ilícitas» (2009-2015). E em 2010, a Organização dos Estados Americanos (OEA) adotou uma «Estratégia hemisférica sobre drogas» que abrange 35 estados das Américas.

Enquanto a estratégia da OEA é a mais próxima da abordagem da União Europeia, os planos das outras organizações transnacionais incidem principalmente na redução da oferta de droga e na aplicação da lei. O plano de trabalho da ASEAN, por exemplo, visa erradicar a produção, transformação, tráfico e dependência de drogas ilícitas, com o objetivo de, até 2015, tornar a ASEAN uma área sem droga. O objetivo global do plano da União Africana é reforçar a aplicação da lei em prol do controlo da droga, sendo que seis das sete áreas prioritárias fundamentais incidem no controlo da droga e na prevenção da criminalidade. Apesar de incorporar uma abordagem mais equilibrada, a estratégia da Cedeao incide fortemente em questões de segurança ligadas ao tráfico de droga.

(4) Ver Panorâmicas por país (Country overviews) no sítio web do OEDT.



a considerar é uma maior articulação entre a política de luta contra a droga e políticas de segurança de âmbito mais alargado, como as que são dirigidas contra a criminalidade organizada. Mais adiante, faz-se uma análise da atual situação nos Estados-Membros da União Europeia, na Croácia, na Turquia e na Noruega no que respeita a ambas as questões.

### Integração das drogas lícitas e ilícitas

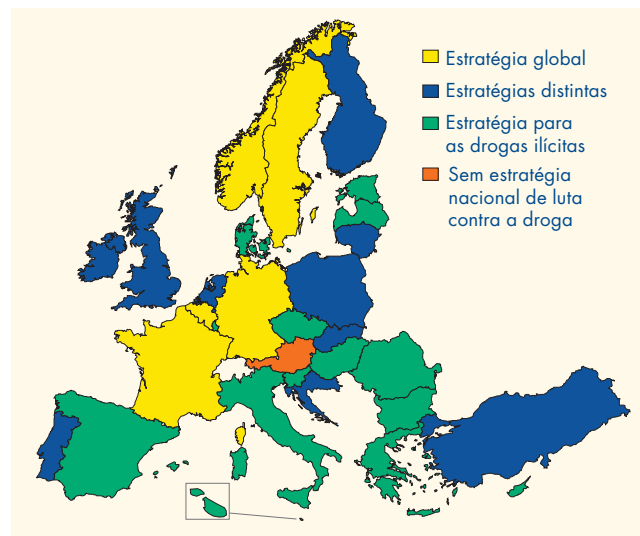
A adoção de estratégias e planos de ação nacionais de luta contra a droga é uma pedra angular da política da União Europeia de luta contra a droga e um instrumento com provas dadas, utilizado pelos países europeus para definir as metas e os objetivos das suas políticas nesta matéria. Há diferenças visíveis entre os países na forma como têm vindo a proceder à integração de ambas as drogas, lícitas e ilícitas, em documentos políticos (figura 1).

Cinco países adotaram estratégias ou planos de ação de âmbito «global», que cobrem as drogas lícitas e ilícitas e, em alguns casos, comportamentos que geram dependência. Os títulos dos documentos políticos refletem a amplitude da abordagem: «política abrangente e integrada em matéria de droga» na Bélgica; «plano governamental de luta contra a droga e a toxicod dependência» em França; «estratégia nacional para a política de luta contra a droga e a toxicod dependência» na Alemanha; «estratégia coerente para a política de luta contra o álcool, os estupefacientes, a dopagem e o tabaco (ANDT)» na Suécia; e «plano de ação para o domínio das drogas e do álcool» na Noruega. Com exceção da Noruega, que tem estratégias separadas para o tabaco e o jogo, não existem nestes países estratégias nacionais separadas para a luta contra outras drogas lícitas ou comportamentos que geram dependência.

Dez países têm estratégias ou planos de ação separados para drogas ilícitas e drogas lícitas. Esses países diferem entre si no que se refere às drogas lícitas que são objeto de documentos políticos específicos e no facto de esses documentos dizerem ou não respeito a substâncias individualmente consideradas. Os Países Baixos e a Eslováquia têm estratégias separadas para o álcool e o tabaco, ao passo que a Lituânia tem uma estratégia conjunta para o álcool e o tabaco. Nos outros sete países, as estratégias relativas a drogas lícitas dizem respeito apenas ao álcool ou ao tabaco; tanto a Irlanda como Portugal estão neste momento a considerar o processo de integração das estratégias de luta contra as drogas ilícitas e o álcool.

Catorze países possuem apenas uma estratégia ou um plano de ação de luta contra a droga, que incide sobre

**Figura 1** — Âmbito das estratégias nacionais de luta contra a droga



**NB:** As estratégias globais abrangem as drogas lícitas e ilícitas e, em certos casos, os comportamentos que geram dependência. Algumas estratégias de combate às drogas ilícitas incidem também nas drogas lícitas. Enquanto o Reino Unido dispõe de estratégias distintas para as drogas lícitas e ilícitas, Inglaterra e Escócia têm estratégias distintas para as drogas ilícitas, o álcool e o tabaco, e o País de Gales e a Irlanda do Norte estratégias globais de luta contra a droga que cobrem o álcool, bem como estratégias separadas de luta contra o tabaco.

**Fonte:** Pontos focais nacionais da Reitox.

as drogas ilícitas. No entanto, poderão ser incluídas nesses documentos políticos, em maior ou menor grau, medidas relativas a drogas lícitas. Em alguns desses países, em Espanha, por exemplo, regista-se uma forte tendência para incluir medidas específicas respeitantes ao consumo de álcool ou tabaco, consoante o caso. Outros países fazem ocasionalmente referências a drogas lícitas ou medicamentos (Bulgária e Malta) ou exigem melhor integração das questões relativas às drogas e ao álcool no futuro (Grécia e Luxemburgo). Apenas um país, a Estónia, tem uma estratégia que incide unicamente nas drogas ilícitas.

A tendência no sentido de uma abordagem integrada do consumo de substâncias parece existir principalmente entre os Estados-Membros da União Europeia anteriores ao alargamento de 2004. Foram esses países que adotaram uma estratégia global, ou que estão em processo de integração das suas estratégias de luta contra as drogas ilícitas e o álcool, ou que incluíram na sua estratégia de luta contra as drogas ilícitas muitos objetivos relativos às drogas lícitas. Na Europa Central e Oriental, existe sobretudo um quadro de estratégias separadas ou apenas de estratégias de luta contra drogas ilícitas, sendo limitada a referência a drogas lícitas.

Apesar desta tendência para a integração de substâncias lícitas e ilícitas em documentos políticos, as estruturas nacionais de apoio no domínio da coordenação e no domínio orçamental poderão não ter sido objeto de uma modificação complementar.

### **Estratégias de luta contra a droga e questões de segurança**

A redução da oferta é uma importante componente das políticas de luta contra a droga na Europa.

O planeamento e a coordenação de atividades nesta área estão associados não só à estratégia de luta contra a droga, mas também a evoluções políticas mais alargadas na área da segurança. A nível da União Europeia, por exemplo, a criminalidade organizada grave e o seu envolvimento no tráfico de droga é uma das ameaças que estão na mira da estratégia de segurança interna da União Europeia (Conselho Europeu, 2010).

A nível nacional, 15 países comunicaram possuir pelo menos um documento político, para além da sua estratégia de luta contra a droga, que define atividades no domínio da redução da oferta de droga. Desses países, dois mencionaram uma estratégia na área da segurança, 11 mencionaram uma estratégia de luta contra a criminalidade ou contra a criminalidade organizada e dois mencionaram ambos os tipos de estratégias. Em 14 outros países, a estratégia nacional de luta contra a droga foi referida como sendo o único documento que define atividades em matéria de redução da oferta de droga, não possuindo, no entanto, a Áustria qualquer documento de política nacional nesta matéria.

Na maioria dos países em que a redução da oferta está incorporada tanto na estratégia de luta contra a droga como noutra estratégia, os peritos no domínio da droga referem que a estratégia nacional de luta contra a droga é o documento mais importante nesta área. Dois países (Países Baixos e Reino Unido) referem que ambos os documentos são da mesma importância, enquanto o «Plano nacional de segurança» belga e o «Programa nacional para a prevenção e a supressão da criminalidade» da Eslovénia são considerados mais importantes do que a estratégia de luta contra a droga na definição de atividades de redução da oferta.

Nos últimos 20 anos, as drogas têm constituído uma prioridade política de elevada visibilidade, em grande medida devido aos níveis crescentes de consumo de droga e de problemas relacionados com a droga. Uma maior estabilidade no que respeita ao fenómeno da droga e a existência de novas prioridades políticas a nível nacional (défices públicos, desemprego) parecem

agora contribuir para uma crescente integração das políticas de luta contra a droga nas políticas de âmbito mais alargado. Na prática, isso poderá significar que a redução da procura de droga se aproxima mais de políticas de saúde e de dependência comportamental, enquanto a redução da oferta de droga se aproxima mais de estratégias de segurança especificamente dirigidas contra a criminalidade organizada. Coloca-se assim a questão de saber se as estratégias abrangentes e equilibradas de luta contra a droga dos nossos dias terão lugar no futuro.

### **Despesa pública**

As estratégias e os planos de ação nacionais em matéria de luta contra a droga contêm medidas para reduzir os problemas relacionados com a droga, medidas cuja execução é principalmente financiada pelo governo. A justificação desses fundos públicos pode constituir um importante instrumento no processo de avaliação política. Na presente secção analisa-se se existem orçamentos específicos associados a documentos políticos em matéria de luta contra a droga e se é disponibilizada informação sobre as despesas reais. No entanto, dado que os fundos são afetados a diversos níveis do governo e que as práticas contabilísticas no domínio orçamental variam nos diferentes países da Europa, apenas está disponível uma síntese preliminar das práticas nacionais.

A despesa pública relacionada com o problema da droga pode ser afetada por programas de austeridade, como os que são executados por alguns países na sequência da recente recessão económica global. A primeira revisão dos dados relativos às tendências nas despesas públicas relacionadas com o problema da droga explora esta questão.

#### **Estratégias e orçamentos da luta contra a droga**

Dos 29 países europeus com estratégias ou planos de ação nacionais de luta contra a droga, sete referem que o seu atual documento político na área da luta contra a droga tem um orçamento global ou sectorial. Em Chipre, é anexado à estratégia de luta contra a droga 2009-2012 um orçamento anual, sendo igualmente publicada a despesa anual. Na Estónia, as estratégias nacionais de luta contra a droga são orçamentadas e é calculada a despesa anual. Na República Checa, o plano de ação 2010-2012 foi acompanhado, pela primeira vez, por um orçamento indicativo. Na Grécia, o plano de ação 2011-2012 é acompanhado por um orçamento. É igualmente fornecido um orçamento para o plano nacional francês 2008-2011 (prorrogado para 2012), contudo, a sua

## Aconselhamento no domínio da política de luta contra a droga

Os governos solicitam aconselhamento no domínio da política de luta contra a droga por variadas razões, por exemplo, aquando do desenvolvimento de novas estratégias de luta contra a droga, da ponderação sobre modificações legislativas ou da avaliação de decisões políticas anteriores.

Vinte e oito países em 30 referem a existência de uma estrutura que desempenha um papel consultivo formal no domínio da política de luta contra a droga: em alguns casos, a estrutura é estabelecida por lei, noutros não é oficial. Metade dos países possuem órgãos consultivos específicos para o efeito; nos outros, as estruturas existentes (maioritariamente órgãos nacionais de coordenação em matéria de droga) têm um papel consultivo. A composição das estruturas consultivas varia entre oito e mais de trinta pessoas, principalmente decisores políticos, funcionários públicos, investigadores, assistentes sociais e representantes da sociedade civil. O presidente pode ser um político (Suécia), um académico (Bélgica) ou um alto funcionário público (Estónia). Das funções destes órgãos pode fazer parte apoiar a inclusão de substâncias em listas ao abrigo da legislação em matéria de droga, efetuar e financiar investigação e prestar aconselhamento a decisores políticos.

São exemplos de estruturas consultivas na Europa o Comité Consultivo Nacional sobre Drogas (*National Advisory Committee on Drugs*) na Irlanda, constituído por 16 membros e presidido por um académico. O Conselho Consultivo sobre o Abuso de Drogas (*Advisory Council on the Misuse of Drugs*) do Reino Unido, constituído por 24 membros, procede à inclusão de substâncias em listas e aconselha o Governo. O Conselho Alemão da Droga e da Toxicoddependência, com 27 membros, é presidido pelo Comissário Federal para a Droga e dá apoio à execução e desenvolvimento da estratégia nacional de luta contra a droga e à cooperação entre os níveis nacional e local. Na República Checa, o trabalho de inclusão em listas e as funções consultivas estão a cargo de cinco comités e vários grupos de trabalho ligados ao Conselho Governamental para a Coordenação da Política de Luta contra a Droga.

Muito embora os órgãos consultivos pareçam ser uma estrutura política padrão na Europa, têm formas, funções e constituições diferentes. Em geral, constituem um fórum que permite ao governo e a outros setores comunicar, coordenar e refletir sobre informações políticas relevantes.

execução não é objeto de avaliação pública. Nos termos da estratégia de luta contra a droga do Reino Unido, não existe um orçamento central, mas a Irlanda do Norte, a Escócia e o País de Gales possuem orçamentos associados às estratégias e publicam estimativas da despesa. Em Inglaterra, embora não exista um orçamento

específico, são regularmente publicadas as contas da despesa. Em alguns casos, existem orçamentos específicos que cobrem apenas uma parte da estratégia de luta contra a droga, como acontece na Roménia, onde é apresentado um orçamento para as medidas no domínio da saúde e do apoio social ao abrigo do plano de ação de luta contra a droga 2009-2012.

Três dos países referem que deixaram de possuir orçamentos associados à respetiva estratégia de luta contra a droga. A Irlanda, Portugal e a Eslováquia tinham apresentado orçamentos e estimativas da despesa anual para planos de ação anteriores, mas não o fizeram para o atual. Todavia, tanto Portugal como a Eslováquia têm comissões interministeriais a desenvolver esta questão.

Em oito países, é definido todos os anos, no âmbito do orçamento nacional, um orçamento que cobre total ou parcialmente a estratégia ou o plano de ação nacional de luta contra a droga. No Luxemburgo, o plano de ação plurianual é apoiado por um orçamento anual para a luta contra a droga, sendo também apresentadas estimativas globais da despesa. Na Croácia, o orçamento anual relativo à luta contra a droga está estreitamente ligado ao plano de ação. Na Bulgária, Dinamarca, Hungria, Suécia, Finlândia e Noruega, os governos aprovam orçamentos anuais para financiar iniciativas na área da luta contra a droga.

Onze dos países não associaram recentemente aos documentos políticos nacionais orçamentos relativos à luta contra a droga. Nestes casos, o financiamento necessário para a estratégia ou o plano de ação de luta contra a droga provem diretamente das agências encarregadas da sua implementação.

Existe uma grande diversidade de práticas na Europa e poucos foram os países que adotaram uma abordagem clara e transparente da afetação e revisão orçamental no domínio da droga. Embora essa situação possa ficar a dever-se a dificuldades técnicas, contribui, no entanto, para os problemas que existem, quer na realização de estimativas da despesa pública relacionada com a luta contra a droga na Europa, quer no desenvolvimento da avaliação económica da política de luta contra a droga.

### Tendências na despesa pública relacionada com a droga

Questão atual da máxima importância é o impacto da recente crise económica e das consequentes medidas de austeridade na política de luta contra a droga e nos orçamentos relacionados com o fenómeno da droga. Este assunto é analisado com referência a estimativas recentes da despesa pública relacionada com a droga em países europeus. É necessário, porém, usar de

alguma prudência, já que a quantidade e a qualidade das informações disponíveis variam muito consoante os países. Os estudos disponíveis abrangem anos diferentes, utilizam diversas metodologias e nem sempre a estimativa diz respeito à mesma proporção dos orçamentos.

Alguns dos fundos atribuídos pelos governos às despesas com tarefas relacionadas com a droga são especificamente identificados no orçamento («despesa direta»). Muitas vezes, porém, a maioria das despesas relacionadas com a droga não está identificada («despesa indireta»), sendo necessário calculá-las através de métodos de modelização. O orçamento total é a soma tanto da despesa direta como da indireta relacionada com a droga.

Nos últimos anos foram identificados decréscimos na despesa pública relacionada com a droga em seis países. No Reino Unido, uma redução de 5% na despesa pública direta em 2010-2011 em Inglaterra <sup>(5)</sup> em comparação com o ano anterior não foi compensada por pequenos acréscimos na despesa direta verificados na Irlanda do Norte, na Escócia e no País de Gales. Em 2010, a despesa direta na Estónia sofreu um decréscimo de 3% em comparação com 2009, mas diminuiu 54% em comparação com 2008; na Irlanda, a despesa direta diminuiu 3% em comparação com o ano anterior. Na Hungria, uma revisão do orçamento para 2010 realizada a meio do ano traduziu-se numa redução de 25% no financiamento para atividades abrangidas pela despesa direta. Na Croácia, os dados disponíveis apontam para um corte de 10% na despesa pública direta relacionada com a droga no orçamento de 2010, em comparação com o de 2009. Na República Checa, apesar de uma melhor cobertura dos dados sugerir um aumento da despesa em 2010, uma análise criteriosa demonstra que são menos os fundos disponíveis para fins de tratamento e redução dos danos.

Para quatro outros países, não há indícios de cortes orçamentais nas estimativas mais recentes da despesa relacionada com a droga. Na Bélgica, o total da despesa pública relacionada com a droga aumentou 18,5% entre 2004 e 2008 (antes da recessão). Na Suécia, o total da despesa pública relacionada com a droga em 2011 aumentou consideravelmente em comparação com 2007. No Luxemburgo, em 2010, registou-se um aumento anual de 5,6% no total da despesa relacionada com a droga. Na Finlândia, em 2009, o total da despesa pública relacionada com a droga aumentou 1,6%.

Estudos realizados até agora sugerem a existência de uma variação considerável entre países no que respeita

à natureza da intensidade do impacto da crise económica nos respetivos orçamentos e despesa relacionados com a droga.

## Legislações nacionais no que respeita a novas substâncias psicoativas

Nos últimos anos, a Europa testemunhou a ampla disponibilização, a um ritmo sem precedentes, de uma grande diversidade de novas substâncias psicoativas. A velocidade a que essas novas substâncias surgem, conjugada com a falta de informação sobre os riscos associados ao seu consumo, põe em causa o procedimento consagrado de ir acrescentando substâncias à lista das que são abarcadas pela legislação em matéria de droga. Muito embora a maioria dos países europeus continue a seguir este procedimento, vários são os que reagiram através da introdução de alterações inovadoras na sua legislação ou nas suas políticas de aplicação da mesma <sup>(6)</sup>.

As alterações mais fundamentais envolveram a aprovação de novas disposições legislativas em matéria penal que criminalizam a distribuição não autorizada de substâncias psicoativas, como aconteceu na Irlanda, na Áustria e na Roménia. Observam-se algumas semelhanças, mas também diferenças fundamentais, entre estes três exemplos. No que diz respeito às próprias substâncias, todos os três países definem como substância psicoativa as que estimulam ou deprimem o sistema nervoso central e estão associadas à dependência, a alucinações ou a perturbações da função motora ou do comportamento. Na Irlanda, é preciso que estas perturbações sejam «significativas»; na Áustria, as substâncias só podem figurar numa lista se forem suscetíveis de gerar toxicod dependência em determinados setores da sociedade constituindo uma possível ameaça para a saúde dos consumidores. Na legislação romena deixou de existir um requisito especificado associado à nocividade, ao contrário do que acontecia numa decisão governamental emitida anteriormente, no mesmo ano. Na Áustria, cumpre ao Ministro da Saúde mencionar o nome das substâncias ou dos grupos de substâncias num regulamento, ao passo que na Irlanda e na Roménia não é necessário mencionar o nome das substâncias — qualquer substância que possua as propriedades definidas na legislação é implicitamente abrangida. Na Áustria a oferta de droga constitui um crime se o fornecedor tiver o intuito de beneficiar com a mesma e pretender que o produto seja utilizado devido aos seus efeitos psicoativos; na Irlanda, apenas é necessário ter

<sup>(5)</sup> A Inglaterra corresponde a 84% da população do Reino Unido e o seu orçamento relacionado com a droga é habitualmente superior a 80% do total. A despesa direta corresponde a uma pequena parte do total da despesa do Reino Unido relacionada com a droga.

<sup>(6)</sup> Para um resumo das questões políticas nos diversos países europeus, ver OEDT (2011d).

conhecimento da probabilidade de consumo humano; na Roménia, nenhum destes requisitos se aplica. As penas máximas para a oferta de droga são dois anos de prisão na Áustria, cinco na Irlanda e oito na Roménia, com um agravamento significativo na Áustria e na Roménia essa oferta conduzir a lesões graves ou à morte.

Mantendo embora a sua legislação já existente em matéria de droga, diversos países introduziram aperfeiçoamentos a fim de reforçar ou acelerar os procedimentos utilizados para incluir novas substâncias na lista das drogas. Foram formalmente criados painéis científicos de avaliação do risco na Hungria (2010) e na Finlândia (2011) que fornecem a fundamentação científica para a tomada de decisões relativas ao controlo de novas substâncias. Em 2011, o Reino Unido adotou um novo procedimento («*temporary class drug orders*») que permitirá que determinadas substâncias identificadas sejam rapidamente sujeitas a controlo ao abrigo da legislação em matéria de droga no máximo durante um ano; durante este período de tempo poder-se-á investigar a necessidade de controlo permanente. Uma proposta semelhante relativa a uma lista de controlo temporário foi aprovada pelo parlamento eslovaco, mas foi suspensa antes das eleições de 2012. Outra medida de aperfeiçoamento aplicada por alguns países foi o alargamento do âmbito de aplicação da legislação existente em matéria de droga através da listagem de substâncias como grupos definidos, e não individualmente, à semelhança do que acontecia anteriormente. Em 2009 e 2011, os canabinóides sintéticos foram definidos como grupos de substâncias controladas, respetivamente, pelo Luxemburgo e por Itália; posteriormente, Itália acrescentou uma definição de grupo para as catinonas. Em 2011, Chipre acrescentou à sua legislação em matéria de droga definições de grupos de canabinóides sintéticos, catinonas e fenetilaminas, estando simultaneamente França e a Alemanha a estudar a exequibilidade desta abordagem.

As alterações legislativas podem ser um processo moroso, e alguns países utilizam outras leis já existentes para acelerar a sua resposta a novas substâncias. Foram utilizadas leis relativas aos medicamentos para controlar substâncias não terapêuticas em pelo menos oito países. Foram aplicados, em Itália, na Polónia, em Portugal e no Reino Unido, diferentes tipos de leis relativas à segurança dos consumidores visando produtos psicoativos em geral (do que resultou o encerramento de lojas) ou substâncias individualmente consideradas. Por exemplo, a mefedrona era vendida como «substância fertilizante» ou «sais de banho» apesar de não servir para esses fins. Estas medidas podem constituir intervenções rápidas antes da

aprovação de um controlo com base na legislação em matéria de droga, porém, também têm proporcionado aos países tempo para a conceção de respostas inovadoras.

Outra opção para controlar substâncias potencialmente nocivas é adaptar legislação já existente. Em 2010, a Polónia excluiu da definição de «droga substituta» (uma substância a utilizar em vez de uma droga para os mesmos fins que esta) os requisitos da nocividade e da aplicação das leis gerais relativas à segurança dos produtos. Paralelamente, foi atualizada a legislação relativa à proteção da saúde de modo a ter força executória em caso de suspeita de que uma droga substituta constitui uma ameaça para a saúde humana. Na Hungria, em 2012, foi aditada à Lei relativa aos Medicamentos uma lista temporária para inscrever drogas não terapêuticas que afetam o sistema nervoso central, têm capacidade para alterar o estado mental, o comportamento ou a perceção, e por isso podem constituir uma ameaça tão grave para a saúde pública como as substâncias incluídas nas listas de drogas. Nos termos da versão alterada da secção relativa às drogas do Código Penal, a oferta ou a distribuição de tais substâncias é punível com uma pena que pode chegar aos três anos de prisão. Na Suécia, em 2011, foram conferidos novos poderes aos organismos de aplicação da lei para atuarem no sentido de proteger a segurança pública e apreenderem e destruírem substâncias especificadas presumivelmente utilizadas para fins de intoxicação e suscetíveis de causar lesões ou morte. Nos termos das novas leis na Áustria e no Reino Unido, a polícia pode, em determinadas circunstâncias, confiscar qualquer quantidade de uma substância mesmo que não tenha sido cometido delito algum.

Observa-se um número crescente de respostas que têm como alvo a publicidade e a venda livre de novas substâncias psicoativas. Publicitar os efeitos psicoativos de uma substância que está à venda é punível com uma pena que, na Irlanda, pode chegar aos cinco anos de prisão e que na Roménia vai de um a três anos. Na República Checa, promover a dependência relativamente a uma substância psicoativa pode ser punido com uma pena que chega aos oito anos de prisão. Na Roménia, publicitar que a venda dos produtos é legal é punível com 3 a 10 anos de prisão. Na Polónia, a oferta de «drogas substitutas» pode ser punida com uma pesada multa, contudo, a sua publicidade pode ser punida com um ano de prisão. Na Roménia, será aplicada uma pesada multa se um sítio *web* transgressor não for eliminado no prazo de 12 horas após à solicitação ministerial nesse sentido.

O rápido aparecimento de drogas novas e desconhecidas conduziu a numerosas respostas diferentes, que se



mantêm em evolução: desde 2009, pelo menos sete países implementaram uma resposta inovadora, tendo, posteriormente, adotado outra. A dimensão das sanções penais e o grau de psicoatividade ou de perigo potencial que as desencadeia variam muito nos diversos países da Europa. São, todavia, visíveis duas tendências: o recurso à ameaça de prisão para dissuadir os fornecedores e a exclusão de sanções penais para quem esteja na posse de uma substância para consumo próprio.

## Investigação relacionada com a droga

A fim de complementar e apoiar as prioridades estabelecidas na estratégia de luta contra a droga na União Europeia, a Comissão Europeia financia uma vasta gama de investigações e estudos relacionados com a droga. Desde 2007, investiu mais de 18 milhões de euros no âmbito do Sétimo Programa-Quadro de investigação e inovação (7PQ).

Dois estudos europeus da maior importância incidiram sobre a dependência das drogas e do álcool no contexto das doenças cerebrais. O estudo recentemente concluído, «Fatores psicossociais relevantes para doenças cerebrais na Europa» (*Psychosocial factors relevant to brain disorders in Europe*) (Paradise) demonstrou que o abuso de substâncias está associado a um pesado encargo e um pesado impacto na vida quotidiana. Constatou-se que as dificuldades mais comuns se encontravam nas funções cognitivas, nas funções emocionais, nos cuidados pessoais, nas relações com os outros, no emprego e na vida económica. Em 2011, outro projeto europeu da maior importância deu a conhecer que as doenças cerebrais, medidas por anos de vida ajustados por incapacidade, são o que mais contribui para o peso global da doença suportado pela União Europeia, representando 26,6% do total (Wittchen e outros, 2011). Este estudo colocou a dependência das drogas e do álcool entre as doenças cerebrais mais comuns, apenas ultrapassadas pelas perturbações provocadas pela ansiedade, a insónia, a depressão grave e transtornos somatoformes.

O projeto intitulado «Acesso aos medicamentos opiáceos na Europa» (*Access to opioid medication in Europe*) (ATOME) investiga as razões pelas quais os opiáceos para dores moderadas a muito fortes e para o tratamento da dependência de opiáceos não estão frequentemente

disponíveis onde são necessários nem são utilizados de forma adequada. O projeto decorrerá até finais de 2014, e os seus primeiros resultados incluem a publicação de novas orientações para as políticas da OMS (2011), que estão disponíveis em 14 línguas, e uma análise de potenciais barreiras ao acesso e à disponibilidade de opiáceos. Do projeto resultarão relatórios por país com recomendações concretas para alterações legislativas.

O projeto «Dependências e estilos de vida na Europa contemporânea: reenquadrar as dependências» (*Addictions and lifestyles in contemporary Europe – reframing addictions Project*) (ALICE-RAP) decorrerá até 2016, recebendo o contributo de mais de 100 investigadores e 70 instituições ligadas à investigação em mais de 30 países. Através de sete importantes pacotes de trabalho, o projeto visa reforçar as provas científicas que podem informar o diálogo público e político sobre os desafios que as drogas e outras dependências lançam à sociedade europeia e estimular o debate sobre abordagens às dependências.

O projeto «Entender os elos da cadeia: compreender as consequências imprevistas das medidas internacionais de luta contra os estupefacientes para a União Europeia» (*Grasping the links in the chain: understanding the unintended consequences of international counter-narcotics measures for the EU*) (LINKSCH) teve início em fevereiro de 2012 e reúne sete parceiros de quatro países, tendo em vista contribuir para uma política mais abrangente de luta contra os estupefacientes que vise minimizar consequências imprevistas. Por último, a Rede do Espaço Europeu de Investigação (ERA-NET) sobre drogas ilícitas, financiada pelo 7PQ, estará em curso até 2013.

O «Programa de informação e prevenção em matéria de droga» (PIPD) da Comissão Europeia financiou também diversos projetos, incluindo um estudo sobre «Análise aprofundada do mercado de drogas ilícitas da União Europeia e respostas», que analisou as características e mecanismos de funcionamento dos mercados de *cannabis*, *cocaína*, *anfetaminas* e *ecstasy* da União Europeia; e o projeto «Novos instrumentos metodológicos para avaliação das políticas e dos programas» (DPE), que desenvolve indicadores para acompanhar a oferta e a procura de drogas ilícitas e avaliar políticas e intervenções (?).

(?) Estão disponíveis mais informações sobre a investigação do problema da droga na Europa na página web de investigação do OEDT.

### DRUID: conduzir sob a influência de drogas, álcool e medicamentos

O projeto DRUID, que terminou em 2011, visava proporcionar novas informações acerca do impacto do álcool, das drogas ilícitas e dos medicamentos sobre a segurança rodoviária e apresentar recomendações para a política de segurança rodoviária. Foram utilizados protocolos harmonizados de recolha de dados para recolher amostras de fluidos corporais de cerca de 50 000 condutores selecionados aleatoriamente em 13 países europeus e de 4 500 condutores que ficaram gravemente feridos ou morreram num acidente. O estudo concluiu que 3,5% dos condutores submetidos ao teste acusavam álcool no seu organismo. Acresce que 1,5% dos condutores apresentavam um valor superior à taxa máxima legal comum de alcoolémia, que é de 0,5 gramas por litro, o que aumentava consideravelmente o risco de morrerem num acidente de viação em comparação com condutores que não tinham consumido álcool.

Os vestígios de drogas ilícitas mais vulgarmente encontrados entre os condutores aleatoriamente submetidos ao teste foram o tetra-hidrocanabinol (THC) (1,3%) e a cocaína (0,4%). A presença do THC estava associada a um ligeiro acréscimo do risco de o condutor ficar ferido ou ser responsável por um acidente mortal, ao passo que a presença da cocaína e da anfetamina aumentava consideravelmente o risco para o condutor. Foram encontrados medicamentos psicoativos, sobretudo benzodiazepinas, em 1,4% dos condutores, o que podia aumentar consideravelmente o risco de morte num acidente de viação. Todos os riscos sofriam um acentuado aumento quando as substâncias eram combinadas com álcool ou outras drogas, o que frequentemente acontece na Europa.

Quanto às respostas, o projeto concluiu que a maior parte dos dispositivos e das técnicas de despistagem do consumo de drogas nas fiscalizações rodoviárias não são suficientemente rigorosos. As intervenções eficazes incluem a apreensão da carta de condução até um máximo de 12 meses e programas de reabilitação. No entanto, a eficácia destas medidas depende do estabelecimento de uma distinção entre diferentes tipos de infratores. Ainda assim, uma das principais conclusões do projeto DRUID foi que os esforços desenvolvidos para pôr fim à condução sob o efeito de drogas não devem desviar recursos dos envidados para pôr fim à condução sob o efeito do álcool.

### Desenvolvimentos no domínio da investigação relativa à dependência <sup>(1)</sup>

Os níveis da investigação relativa à dependência quase triplicaram nos Estados-Membros da União Europeia no ano passado, embora os cientistas dos Estados Unidos continuem a produzir um terço das novas publicações. O número de artigos sobre o álcool, a nicotina ou os medicamentos psicostimulantes aumentou em 2011, tendo-se registado também acentuados aumentos nos estudos de genética e imagiologia no domínio da dependência. No entanto, menos de 7% dos estudos incidem sobre ensaios clínicos relativos a novas estratégias terapêuticas no domínio da dependência, um domínio que carece de desenvolvimento.

Entre os ensaios clínicos mais relevantes publicados nesta área estão os que analisam a utilização de terapia de substituição ou medicamentos *anticraving* na dependência da metanfetamina, a utilização de buprenorfina/naloxona na dependência de opiáceos ou novas terapias para a abstinência de opiáceos, como a tetrodotoxina. Outros estudos incidiram na base comportamental, fisiológica e molecular da aprendizagem associativa ou condicionada no âmbito dos paradigmas de toxicodependência, explorando novos alvos potenciais para o desenvolvimento terapêutico.

Grande parte da investigação no domínio das neurociências ligadas à dependência de drogas incide no sistema de recompensa do cérebro e na dopamina, porém surgiram novos dados que indiciam outras possibilidades. Por exemplo, estudos de neuroimagiologia em animais e seres humanos revelaram que o córtex pré-frontal exerce uma importante influência no comportamento ligado ao consumo de droga. As interações entre as regiões dorsais e ventrais do córtex pré-frontal modificam-se no decorrer do processo de dependência, o que sugere as intervenções de neurotransmissores como a noradrenalina, a serotonina, o glutamato e os canabinóides.

<sup>(1)</sup> Elaborado por Fernando Rodríguez de Fonseca e Jean-Pol Tassin, membros do Comité Científico do OEDT.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar



## Capítulo 2

# Resposta aos problemas de droga na Europa — Panorâmica geral

### Introdução

Este capítulo apresenta uma panorâmica geral das respostas aos problemas de droga na Europa, destacando, sempre que possível, tendências e evoluções. Analisam-se em primeiro lugar as medidas de prevenção, seguindo-se as intervenções nos domínios do tratamento, da reintegração social e da redução dos danos. Todas estas medidas fazem parte de um sistema global de redução da procura de droga e são cada vez mais coordenadas e integradas. A secção final incide no estabelecimento de prioridades na aplicação da legislação em matéria de droga e em infrações a essa legislação.

### Prevenção

A prevenção do consumo de droga pode dividir-se em diversos níveis ou estratégias, que vão desde as ações direcionadas para a sociedade em geral (prevenção ambiental) até às ações centradas nas pessoas em risco (prevenção específica). Os principais desafios que se colocam às políticas de prevenção são os de adaptar as diversas estratégias ao grau de vulnerabilidade dos grupos-alvo (Derzon, 2007) e de assegurar que as intervenções são cientificamente fundamentadas e têm uma cobertura suficiente. A maior parte das estratégias de prevenção concentra-se no consumo de substâncias em geral e algumas também em problemas a ele associados, tais como a violência e o comportamento sexual de risco; são poucos os programas relativos a substâncias específicas, por exemplo o álcool, o tabaco ou a *cannabis*.

### Estratégias ambientais

As estratégias de prevenção ambiental são concebidas para alterar o meio cultural, social, físico e económico em que as pessoas fazem as suas escolhas sobre o consumo de droga. Tais estratégias incluem, normalmente, medidas como o aumento do preço das bebidas alcoólicas, a proibição da publicidade ao tabaco e de fumar, sempre que a sua eficácia esteja devidamente

comprovada. Outras estratégias ambientais incidem sobre o desenvolvimento de ambientes escolares protetores. Entre os exemplos relatados por países europeus, figuram os seguintes: promoção de um clima de aprendizagem positivo e favorável (Polónia, Finlândia); oferta de educação em matéria de normas e valores de cidadania (França); e o aumento da segurança nas escolas através da presença de polícia nas proximidades (Portugal).

É geralmente aceite que existe um conjunto de problemas sociais, incluindo o consumo de substâncias, a gravidez na adolescência e a violência, que são mais prevalentes em países com elevados níveis de desigualdade social e no domínio da saúde (Wilkinson e Pickett, 2010). Muitos países escandinavos, como a Finlândia, investem fortemente em políticas de âmbito mais alargado que geram um ambiente vocacionado para o aumento da inclusão social a nível da família, da escola, da comunidade e da sociedade e que contribuem para favorecer e manter níveis mais baixos de consumo de droga. Nesses países são menos utilizados programas de prevenção e intervenções que têm como alvo problemas específicos ou drogas específicas.

### Prevenção universal

A prevenção universal é dirigida à população em geral, nomeadamente ao nível da escola e da comunidade. O seu objetivo é reduzir o comportamento de risco relacionado com o consumo de substâncias, fornecendo aos jovens as competências necessárias para evitar ou atrasar a iniciação no consumo de substâncias. Uma avaliação recente do programa de prevenção *Unplugged* na República Checa concluiu que os estudantes que nele participaram comunicaram taxas consideravelmente reduzidas de tabagismo, bem como consumo menos frequente de tabaco, menos casos de embriaguez e menor consumo de *cannabis* ou de qualquer outra droga (Gabrhelik e outros, 2012). No entanto, há notícias recentes de reduções na prestação de prevenção universal na Grécia e em Espanha, e nos níveis de pessoal ligado à prevenção na Letónia, o que sustenta as sugestões anteriores de que a prevenção é uma área afetada por

### Prevenção: o contexto ambiental

Resultados recentes no domínio da neurociência social (Steinberg, 2008) corroboram o testemunho dos estudos sociais de que o contexto ambiental influencia fortemente o envolvimento dos adolescentes em comportamentos de risco.

Por volta do período da puberdade, a tendência para correr riscos aumenta em consequência de alterações operadas no sistema socioemocional do cérebro, o que conduz a um aumento da procura de recompensa e um menor controlo dos impulsos na presença de pares. Esse aumento da sensibilidade às opiniões dos outros e à forma como estes percebem as normas pode contribuir para explicar a razão pela qual grande parte do comportamento de risco dos adolescentes, como seja o consumo descontrolado de drogas e álcool e a condução imprudente, ocorre quase exclusivamente em contextos sociais. Em momentos decisivos, os jovens em grupos poderão não fazer opções bem fundamentadas nem uma avaliação racional dos riscos.

A investigação indica que as intervenções de prevenção destinadas aos jovens, em vez de se concentrarem na prestação de informação, devem ter como objetivo normas e percepções de normalidade. Sublinha, da perspetiva da prevenção, a importância de colocar ênfase em contextos ambientais como a escola, a família e locais recreativos. A investigação salienta também a importância do controlo parental e apoia medidas destinadas a limitar as oportunidades para a ocorrência de consequências nocivas nos ambientes onde os jovens interagem em grupos, em especial locais de lazer e de vida noturna. Acima de tudo, estes dados sustentam a abordagem da prevenção ambiental, que assenta mais na mudança dos contextos do que apenas na persuasão.

cortes orçamentais neste período de contração económica (OEDT, 2011a).

O manual de normas de prevenção da União Europeia (OEDT, 2011b) destina-se a ajudar os Estados-Membros a assegurar a qualidade dos seus programas de prevenção, tendo sido comunicadas melhorias por diversos países. A Irlanda procedeu recentemente a uma avaliação da implementação do seu programa nacional de prevenção em escolas pós-primárias. A República Checa introduziu melhorias no seu regime de atribuição de subvenções para fins de prevenção, introduzindo o primeiro sistema de certificação na Europa, nos termos do qual só está disponível financiamento para programas certificados. A certificação de profissionais destina-se a melhorar a qualidade da execução de programas de prevenção e a assegurar que os fundos públicos são gastos de forma eficiente.

### Prevenção seletiva

A prevenção seletiva é dirigida a grupos, famílias ou comunidades específicos que, devido aos seus escassos laços sociais e reduzidos recursos, podem ser mais propensos a desenvolver um consumo de droga ou a cair na toxicod dependência. A Alemanha, a Dinamarca, Espanha, Portugal e a Áustria implementaram intervenções no domínio da prevenção especificamente dirigidas a alunos de escolas profissionais, um grupo de jovens identificado como correndo um elevado risco de desenvolver problemas de consumo de droga. A Irlanda adotou uma abordagem mais alargada relativamente ao trabalho de prevenção com jovens em risco, trabalhando no sentido de melhorar o nível de literacia e numeracia entre estudantes desfavorecidos. Intervenções a nível comunitário dirigidas a grupos de jovens de alto risco, como as que foram comunicadas por Itália e por municípios do norte da Europa, combinam estratégias individuais e ambientais através de serviços de proximidade, trabalho juvenil e cooperação formal entre autoridades locais e organizações não governamentais. Essas abordagens visam chegar a jovens em situação de alto risco sem os recrutar para se integrarem em programas específicos.

Têm sido frequentemente noticiadas intervenções precoces na Europa, mas o objetivo e o conteúdo desses programas varia de país para país. A política de prevenção recente no Reino Unido fez regressar a «intervenção precoce» ao seu significado original: prestar apoio social, emocional e no domínio da aprendizagem a crianças que vivem em circunstâncias desfavorecidas, durante os primeiros anos de vida <sup>(8)</sup>. O objetivo é atrasar ou prevenir o início dos problemas (incluindo o consumo de substâncias), em vez de esperar e reagir quando os problemas aparecem (Allen, 2011). Os programas de formação parental também podem desempenhar um papel importante em abordagens de intervenção precoce; no entanto, o trabalho e a formação parentais proativos continuam a ser raros na área da prevenção seletiva.

### Prevenção específica

A prevenção específica visa identificar os indivíduos com problemas comportamentais ou psicológicos que podem prenunciar o desenvolvimento de problemas de consumo de substâncias numa fase posterior da vida e torná-los individualmente objeto de intervenções especiais. Na maior parte dos países europeus a prevenção específica continua a basear-se na prestação de aconselhamento a jovens consumidores de substâncias. Constitui exceção o *Preventure* <sup>(9)</sup>, um programa canadiano adaptado

<sup>(8)</sup> O que difere da utilização recente de «intervenção precoce» como sendo intervenção «no início» do consumo de substâncias.

<sup>(9)</sup> Disponível no sítio web do Sistema Europeu de Informação sobre a Redução da Procura de Droga.

à situação do Reino Unido, que visa, de forma seletiva, jovens consumidores de álcool em busca de sensações. É um dos programas atualmente disponíveis cuja avaliação é mais positiva, estando agora a ser também aplicado na República Checa e nos Países Baixos.

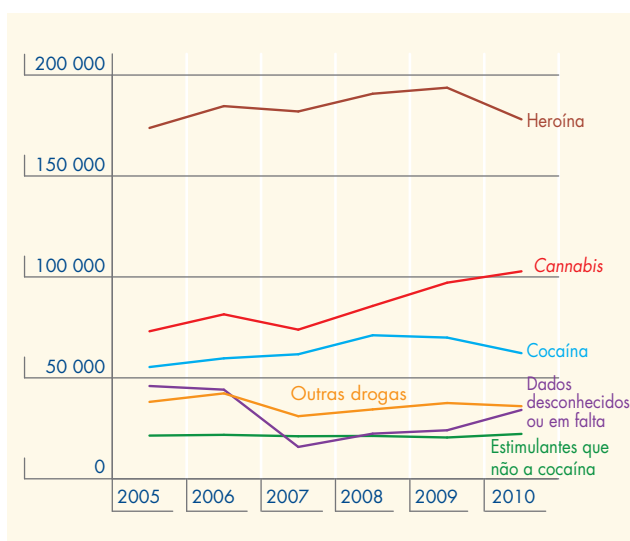
## Tratamento

As intervenções psicossociais, a substituição de opiáceos e a desintoxicação são as principais modalidades de tratamento dos problemas de droga utilizadas na Europa. A importância relativa das diferentes modalidades de tratamento em cada país é influenciada por diversos fatores, incluindo a organização do sistema nacional de saúde. Os serviços de tratamento da toxicod dependência podem ser prestados em vários contextos: unidades de tratamento especializadas, incluindo centros de tratamento em regime ambulatorio e em regime de internamento, clínicas e hospitais de saúde mental, unidades prisionais, estruturas de redução dos danos (ou de «baixo limiar de exigência») e médicos de clínica geral nos seus consultórios.

Não existe um conjunto de dados que permita descrever toda a população de consumidores de droga que estão atualmente a fazer tratamento da toxicod dependência na Europa. Contudo, o indicador da procura de tratamento do OEDT, que reúne os dados relativos às pessoas que deram entrada em serviços especializados de tratamento da toxicod dependência durante o ano civil, permite conhecer as características e os perfis de consumo de um subgrupo importante desta população<sup>(10)</sup>. Em 2010, este indicador registou cerca de 472 000 utentes em início de tratamento, 38% dos quais (178 000) pela primeira vez na vida. A heroína, a *cannabis* e a cocaína foram as drogas principais referidas pelos utentes em início de tratamento durante os últimos cinco anos, tendo-se observado o maior aumento na *cannabis* (ver figura 2).

Com base em diversas fontes, incluindo o indicador de procura de tratamento e registos nacionais de substituição de opiáceos, estima-se que pelo menos 1,1 milhões de pessoas tenham recebido tratamento por consumo de drogas ilícitas na União Europeia, Croácia, Turquia e Noruega em 2010<sup>(11)</sup>. Embora mais de metade desses utentes tenha recebido tratamento de substituição de opiáceos, um número substancial recebeu outras formas de tratamento para problemas

**Figura 2** — Tendências do número estimado de utentes que iniciaram tratamento por droga principal



NB: Para mais informações, ver figura TDI-1 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2012.

Fonte: Pontos focais nacionais da Reitox.

relacionados com opiáceos, estimulantes, *cannabis* e outras drogas ilícitas<sup>(12)</sup>. Esta estimativa do tratamento da toxicod dependência na Europa, ainda que necessite de ser melhorada, sugere, efetivamente, a existência de uma oferta considerável, pelo menos para os consumidores de opiáceos. Isto deve-se à grande expansão dos serviços especializados em regime ambulatorio nas duas últimas décadas, que contou com um envolvimento significativo dos cuidados de saúde primários, dos serviços de saúde mental em geral, e dos prestadores dos serviços de proximidade e estruturas de redução dos danos (ou de «baixo limiar de exigência»).

### Tratamento em regime ambulatorio

Existem informações disponíveis sobre cerca de 400 000 consumidores de droga que iniciaram um tratamento especializado em regime ambulatorio em 2010. Quase metade dos utentes que iniciaram o tratamento (48%) menciona os opiáceos, sobretudo a heroína, como droga principal enquanto 27% referem a *cannabis*, 17% a cocaína e 4% outros estimulantes que não a cocaína<sup>(13)</sup>. O mecanismo de encaminhamento mais comum é a iniciativa própria (35%), seguida pelo encaminhamento por parte dos serviços sociais e de saúde (29%) e pelo sistema judicial (20%). Os restantes

<sup>(10)</sup> O indicador da procura de tratamento recebeu dados de 29 países relativos aos centros de tratamento especializados. A maioria dos países forneceu dados de mais de 60% das respetivas unidades, sendo no entanto a percentagem de unidades desconhecida em alguns países (ver quadro TDI-7 no Boletim Estatístico de 2012).

<sup>(11)</sup> Ver caixa «Estimativa do número de consumidores de droga em tratamento na Europa», e o quadro HSR-10 no Boletim Estatístico de 2012.

<sup>(12)</sup> Estão disponíveis informações mais pormenorizadas sobre os tipos de tratamento específicos para as diversas substâncias nos capítulos respetivos.

<sup>(13)</sup> Ver quadro TDI-19 no Boletim Estatístico de 2012.

utentes são encaminhados através da família, de amigos ou de redes informais <sup>(14)</sup>.

Os consumidores de droga que iniciam o tratamento em regime ambulatorio têm, em média 31 anos de idade. Neste grupo, o número de homens é quase quatro vezes superior ao das mulheres, o que reflete, em parte, o predomínio dos homens entre os consumidores de droga mais problemáticos. Os rácios entre homens e mulheres são elevados em relação a todas as substâncias, embora variem em função da droga e do país <sup>(15)</sup>. Os rácios entre os géneros são geralmente mais elevados nos países do sul da Europa e entre os utentes consumidores de cocaína e *cannabis*; são mencionados rácios inferiores no norte da Europa e entre utentes consumidores de estimulantes e opiáceos <sup>(16)</sup>. Dos utentes que iniciaram o tratamento em regime ambulatorio, os que têm a *cannabis* como droga principal são quase 10 anos mais novos (25) do que os que consomem como droga principal cocaína (33) e opiáceos (34). Em geral, os utentes mais jovens (26-27) são mencionados pela Eslováquia, Hungria, Polónia e Roménia e os mais velhos por Itália, por Portugal e pela Noruega (34-35) <sup>(17)</sup>.

As duas modalidades de tratamento em regime ambulatorio mais importantes na Europa são as intervenções psicossociais e o tratamento de substituição de opiáceos. As intervenções psicossociais incluem aconselhamento, entrevistas de aumento da motivação, terapia cognitivo-comportamental, gestão de casos, terapia de grupo e familiar e prevenção de recaídas. As intervenções psicossociais prestam apoio aos consumidores que tentam controlar e superar os seus problemas de droga, sendo a principal forma de tratamento para os consumidores de droga estimulantes como a cocaína e as anfetaminas <sup>(18)</sup>. No caso dos consumidores de opiáceos, são frequentemente associadas ao tratamento de substituição.

Em quase todos os países, a responsabilidade pela prestação de tratamento psicossocial em regime ambulatorio é partilhada por instituições públicas e por organizações não governamentais. Embora as instituições públicas sejam o principal prestador desse tratamento em 20 países, as organizações não governamentais são o principal prestador em oito <sup>(19)</sup> e o segundo prestador mais importante em termos da percentagem de utentes noutros 11. Os prestadores de natureza comercial

desempenham em geral um papel menos significativo na oferta desta modalidade de tratamento, mas são o segundo prestador mais importante em oito países (Bélgica, Bulgária, Dinamarca, Chipre, Letónia, Lituânia, Eslováquia, Turquia), com uma percentagem de utentes que oscila entre os 5% e os 35%.

Num inquérito em 2010, peritos nacionais referiram que o tratamento psicossocial em regime ambulatorio na Europa estava disponível para quase todas as pessoas que o procuram em 14 países e para a maioria dos que o procuram em 11 países. No entanto, em três países (Bulgária, Estónia e Roménia), estima-se que o tratamento psicossocial em regime ambulatorio esteja disponível para menos de metade do número de pessoas que o procuram ativamente. Estas classificações podem ocultar uma variação considerável no seio de países e diferenças na disponibilidade de programas especializados de tratamento para grupos-alvo específicos, como sejam consumidores de droga mais idosos ou minorias étnicas. Alguns países referem dificuldades na prestação de serviços especializados num período de recessão económica e cortes orçamentais.

No que respeita ao acesso a tratamento psicossocial em regime ambulatorio, peritos de 12 dos 29 países que forneceram dados referiram que não havia tempos de espera, enquanto em 11 países os tempos de espera médios eram, segundo as estimativas, inferiores a um mês. Na Noruega, os tempos de espera médios são, segundo as estimativas, de cerca de oito semanas, não tendo os peritos de quatro países conseguido apresentar uma estimativa. A Dinamarca exige, por lei, que o tratamento se realize no prazo de 14 dias.

O tratamento de substituição é a principal opção de tratamento para os consumidores de opiáceos na Europa. Geralmente tem lugar em regime ambulatorio especializado, embora em alguns países também esteja disponível em regime de internamento, sendo crescentemente facultado nas prisões <sup>(20)</sup>. Também os consultórios de médicos de clínica geral, muitas vezes convencionados por centros especializados, desempenham um papel crescente. O tratamento de substituição de opiáceos está disponível em todos os Estados-Membros da União Europeia e na Croácia, Turquia e Noruega <sup>(21)</sup>. Globalmente, estima-se que, em 2010, tenham sido

<sup>(14)</sup> Ver quadro TDI-16 no Boletim Estatístico de 2012.

<sup>(15)</sup> Para informações sobre os utentes em tratamento por substância principal de consumo, ver os respetivos capítulos.

<sup>(16)</sup> Ver quadro TDI-21 no Boletim Estatístico de 2012.

<sup>(17)</sup> Ver quadros TDI-9 (parte iv) e TDI-103 no Boletim Estatístico de 2012.

<sup>(18)</sup> Para informações sobre o tratamento por substância principal de consumo, ver os respetivos capítulos.

<sup>(19)</sup> As instituições públicas e as organizações não governamentais participam em pé de igualdade, em termos da percentagem de utentes, na prestação de tratamento psicológico em regime ambulatorio (e em regime de internamento) na Bulgária.

<sup>(20)</sup> Ver o «Tema específico» sobre consumidores de droga nas prisões, de 2012.

<sup>(21)</sup> Ver quadros HSR-1 e HSR-2 no Boletim Estatístico de 2012.

administrados cerca de 710 000 tratamentos de substituição na Europa. Em comparação com 2009, o número de utentes em tratamento de substituição aumentou na maioria dos países, embora Espanha e a Eslováquia refiram pequenos decréscimos <sup>(22)</sup>.

### Tratamento em regime de internamento

Segundo os dados disponíveis, em 2010, cerca de 50 000 consumidores de droga iniciaram o tratamento em regime de internamento na Europa <sup>(23)</sup>. Os opiáceos foram a droga principal mencionada por metade desses utentes (48%), seguida pela *cannabis* (16%), as anfetaminas e outros estimulantes que não a cocaína (13%) e a cocaína (6%). Os utentes em regime de internamento são sobretudo jovens do sexo masculino, verificando-se um rácio entre os géneros de três homens para cada mulher e uma média de idades de 31 anos <sup>(24)</sup>.

O tratamento em regime de internamento ou residencial exige que os utentes pernoitem na instituição durante várias semanas ou vários meses. Em muitos casos, estes programas têm por objetivo levar os utentes a absterem-se de consumir droga e não permitem tratamentos de substituição. A desintoxicação de droga é uma intervenção a curto prazo, realizada sob vigilância médica, que visa resolver os sintomas de abstinência associados ao abandono do consumo crónico de droga, sendo por vezes um pré-requisito para o início do tratamento em regime de internamento a longo prazo, baseado na abstinência de droga. A desintoxicação é normalmente uma intervenção em regime de internamento realizada em hospitais, centros de tratamento especializados, ou centros residenciais com serviços médicos ou psiquiátricos.

Os utentes em regime de internamento recebem alojamento e tratamentos psicológicos estruturados de acordo com as suas necessidades individuais, e participam em atividades orientadas para a sua reabilitação e reintegração social. Muitas vezes recorre-se, neste contexto, a uma abordagem baseada em comunidades terapêuticas <sup>(25)</sup>. Os hospitais psiquiátricos também providenciam tratamento em regime de internamento, nomeadamente para utentes com patologias psiquiátricas comórbidas.

As instituições públicas são as principais prestadoras de serviços de desintoxicação em 22 países, sendo o setor privado o principal prestador em Chipre e no Luxemburgo e o segundo principal prestador em mais 12 países.

### Estimativa do número de consumidores de droga em tratamento na Europa

O OEDT recolhe anualmente, desde 2008, dados sobre o número total de utentes que receberam tratamento da toxicod dependência na Europa. Na recolha de dados mais recente, 14 países apresentaram estimativas mínimas fiáveis do número total de pessoas que estiveram em contacto com serviços de tratamento em 2010, do que resultou uma estimativa total de 900 000 utentes. Para os 16 países restantes, foi utilizado um subconjunto de dados, seja o número de procuras de tratamento, seja o de utentes em tratamento de substituição de opiáceos nesse ano — o total que fosse superior. Assim sendo, os dados relativos aos que receberam tratamento de substituição de opiáceos foram utilizados para sete países (171 000 utentes) e os dados provenientes do indicador da procura foram utilizados para nove países (48 000 utentes). No seu conjunto, estes dados indicam que pelo menos 1,1 milhões de indivíduos estiveram em contacto com serviços de tratamento na Europa, em 2010. O OEDT está a trabalhar com os Estados-Membros sobre a garantia de qualidade das estimativas nacionais do total da população em tratamento, o que irá melhorar ainda mais a estimativa a nível europeu.

As organizações não governamentais são os maiores prestadores destes serviços nos Países Baixos e o segundo maior noutros oito países. Segundo as estimativas de peritos nacionais, o serviço de desintoxicação está disponível para quase todos os que o procuram em 12 países e disponível para a maioria dos que a ele recorram em outros nove. Em sete países (Estónia, Irlanda, Grécia, Hungria, Letónia, Roménia e Noruega) estima-se que a desintoxicação esteja disponível para menos de metade dos indivíduos que procuram ativamente esse serviço. Em 15 países o tempo de espera médio estimado para serviços de desintoxicação é inferior a duas semanas. Em oito países a estimativa do tempo de espera médio é de duas semanas a um mês, enquanto na Áustria e na Eslovénia é de mais de um mês. Os peritos de três países não forneceram estimativas. No entanto, as estimativas nacionais dos tempos de espera para qualquer das modalidades podem ocultar importantes variações em diferentes países.

As instituições públicas são as principais prestadoras de tratamento em regime de internamento em 14 países, sendo as organizações não governamentais as principais prestadoras em 11 países. As instituições privadas são as principais prestadoras na Dinamarca e as segundas mais importantes em seis países. Segundo as estimativas

<sup>(22)</sup> Ver quadro HSR-3 no Boletim Estatístico de 2012. Para mais informações sobre disponibilidade, acessibilidade e tendências para o tratamento de substituição, ver o capítulo 6.

<sup>(23)</sup> Este valor deve ser interpretado com cautela, visto não incluir todos os consumidores que iniciaram regime de internamento.

<sup>(24)</sup> Ver quadros TDI-7, TDI-10, TDI-19, TDI-21 e TDI-24 no Boletim Estatístico de 2012.

<sup>(25)</sup> Ver caixa «Comunidades terapêuticas para a reabilitação de consumidores de droga na Europa».



de peritos nacionais, o tratamento psicossocial em regime de internamento está disponível para quase todos os que o procuram em 10 países e para a maioria dos que o procuram em mais 11 países. No entanto, em sete países (Bulgária, Dinamarca, Estónia, Chipre, Hungria, Roménia, Finlândia) esta modalidade de tratamento foi considerada disponível para menos de metade dos indivíduos que a procuram ativamente.

Segundo as estimativas de peritos da Grécia, da Polónia, de Portugal, da Eslováquia e da Croácia, não há tempos de espera para tratamento em regime de internamento. Em 13 países, as estimativas do tempo médio de espera são inferiores a um mês, sendo de mais de um mês em quatro países.

## Reintegração social

O nível de exclusão social entre consumidores de droga problemáticos é geralmente elevado, em especial entre consumidores de opiáceos. Os dados relativos às condições sociais dos que iniciaram o tratamento da toxicod dependência em 2010 mostram que mais de metade (56%) estava desempregada, sendo que, nos últimos cinco anos, esta percentagem aumentou em 15 dos 24 países que comunicam informações sobre tendências. As baixas habilitações escolares são comuns entre os utentes que iniciam tratamento, tendo 38% completado apenas o ensino básico e 2% nem sequer este nível de ensino. Para além disso, muitos são sem abrigo, já que 10% dos utentes do tratamento da toxicod dependência referem não ter alojamento estável.

Melhorar a capacidade do indivíduo de obter emprego e de o manter (empregabilidade) é um elemento fundamental da reintegração social dos consumidores de droga. As intervenções nesta área reconhecem que o consumo de droga e os problemas conexos podem pôr em perigo não apenas a entrada e a reentrada no mercado de trabalho, mas também a capacidade de conservar o emprego. A formação profissional na Europa compreende um vasto conjunto de programas que visam melhorar as competências e as qualidades necessárias para encontrar e manter o emprego, incluindo aptidões relacionadas com a apresentação e comparência a entrevistas, gestão do tempo, literacia informática, autoeficácia e empenho no trabalho. Além disso, os serviços de tratamento da toxicod dependência e os prestadores especializados, como sejam as autoridades nacionais responsáveis pela formação e os serviços de emprego, poderão oferecer ações de desenvolvimento de competências e qualificações profissionais específicas (OEDT, 2011a).

## Comunidades terapêuticas para a reabilitação de consumidores de droga na Europa

A comunidade terapêutica tem sido historicamente identificada como sendo um ambiente sem drogas onde as pessoas com problemas de droga (e outros) vivem juntas, de uma forma organizada e estruturada, com vista à promoção de alterações sociais e psicológicas. Os utentes são vistos como participantes ativos no seu próprio tratamento e no tratamento uns dos outros, sendo a responsabilidade pelo funcionamento diário da comunidade partilhada pelos utentes e pelo pessoal. Nos últimos anos, esta abordagem tem sofrido crescentes adaptações para responder às necessidades de utentes em regime de substituição de opiáceos, adolescentes, homens e mulheres sem abrigo, mães e filhos, pessoas infetadas com VIH ou pessoas com problemas de saúde mental.

Uma publicação de 2013 da série «Insights» do OEDT analisará o papel das comunidades terapêuticas no tratamento de consumidores de droga na Europa.

Uma abordagem promissora envolve a integração de apoios, como a orientação profissional, a formação de competências e colocação no emprego, no âmbito dos programas de tratamento da toxicod dependência. Entre os modelos que foram estudados, figura a oferta de aprendizagem de competências a consumidores de droga desempregados que recebem tratamento psicossocial em regime ambulatorio. Procedeu-se também à avaliação da eficácia da orientação profissional a nível individual, do apoio à procura de emprego, do emprego assistido, da gestão de casos e de outras intervenções para utentes de tratamento de substituição. Foram apresentados resultados encorajadores em diversos estudos no que respeita a indicadores que incluem a taxa de emprego, o rendimento e a utilização da assistência social (OEDT, 2012b). No entanto, não foram identificadas intervenções que produzam resultados positivos de forma consistente, e as diferenças de abordagem, de populações em estudo, de resultados avaliados, bem com a falta de replicação impedem que se tirem conclusões sólidas acerca da eficácia global destas aferições (Foley e outros, 2010). Além disso, as provas disponíveis incidem quase exclusivamente em intervenções de reintegração social para consumidores de opiáceos, continuando por abordar sistematicamente as necessidades dos utentes de tratamento que consomem outras drogas.

O trabalho e outras atividades que desenvolvam uma sensação de inclusão e proporcionem oportunidades de contacto social contribuem para impedir crises e recaídas entre consumidores de droga (McIntosh e outros, 2008). Em alguns países europeus, as organizações empresariais

de carácter social desenvolvem ações experimentais com as chamadas cooperativas «de trabalho de recuperação» como fase de transição entre o tratamento e os sistemas tradicionais de emprego (Bélgica, República Checa, Espanha, Letónia, Finlândia). Trata-se de pequenas empresas inseridas na comunidade que apoiam pessoas que ingressam nos sistemas tradicionais de emprego ou a eles regressam e, ao mesmo tempo, fazem incidir a sua ação na prestação de apoio, no serviço comunitário e na participação na vida comunitária. Existem outras intervenções especializadas que, quando integradas nos programas de tratamento da toxicoddependência ou de reabilitação, podem melhorar a probabilidade de obter resultados positivos. Uma delas é o apoio ao emprego para grupos com dificuldades de colocação, como os delinquentes consumidores de droga ou os consumidores de droga com problemas de saúde mental (OEDT, 2012b). Ainda assim, embora os programas possam conseguir ensinar competências geradoras de empregabilidade, os consumidores de droga continuam a ter de competir no mercado de trabalho com outros candidatos num período de elevado desemprego em muitos países.

## Redução dos danos

Desde o aparecimento do VIH entre os consumidores de droga, há mais de 25 anos, a Europa tem assistido a um crescimento e reforço das respostas ao consumo de droga no âmbito da redução dos danos e à crescente integração dessas respostas numa série de outros serviços de saúde, tratamento e assistência social. A redução dos danos ocupa-se agora das necessidades de âmbito mais alargado, no domínio da saúde e no domínio social, dos consumidores de droga problemáticos, em especial os que são socialmente excluídos. Entre as principais intervenções no domínio da redução dos danos figuram o tratamento de substituição de opiáceos e os programas de troca de agulhas e seringas, destinados a combater as mortes por *overdose* e a propagação de doenças infecciosas. Entre as outras abordagens incluem-se o trabalho de proximidade, a promoção da saúde e a educação, e a oferta de equipamento de consumo injetável que não agulhas e seringas. A redução dos danos abrange uma vasta gama de comportamentos e danos, incluindo os que estão relacionados com o consumo de álcool e o consumo recreativo de drogas (OEDT, 2010b).

Em 2003, o Conselho Europeu recomendou aos Estados-Membros da União Europeia diversas políticas e intervenções para combater os danos relativos à saúde

### A «Insight» informa sobre a melhoria da participação no mercado de trabalho dos consumidores de droga em tratamento

Uma nova publicação do OEDT analisa desenvolvimentos recentes relativos à reintegração social de consumidores de droga, bem como dados da eficácia de intervenções que visam aumentar a empregabilidade. Esta publicação destina-se a ajudar os decisores políticos e os profissionais no domínio da droga a desenvolver estratégias eficazes para promover a reintegração social dos consumidores de droga.

### «Tema específico» sobre consumidores de droga com filhos

Um «Tema específico» do OEDT publicado este ano incide sobre consumidores de droga com filhos. Dos assuntos analisados fazem parte os seguintes: opções de tratamento para consumidoras de droga grávidas, redução dos obstáculos ao acesso ao tratamento para consumidores de droga que têm filhos e programas de prevenção especificamente dirigidos a progenitores que são consumidores de droga.

Estas publicações estão disponíveis em papel e no sítio do OEDT apenas em inglês.

associados à toxicoddependência <sup>(26)</sup>. Num relatório de acompanhamento em 2007, a Comissão Europeia confirmou que a prevenção e redução dos danos relacionados com drogas constituem um objetivo de saúde pública em todos os países <sup>(27)</sup>. As políticas nacionais no domínio da droga têm vindo a abranger cada vez mais os objetivos em matéria de redução dos danos definidos na estratégia da União Europeia de luta contra as drogas, existindo agora um amplo acordo entre os países sobre a importância de reduzir a propagação de doenças infecciosas e a morbilidade e mortalidade relacionadas com a *overdose* e outros danos.

Durante as duas últimas décadas, as políticas de redução dos danos promoveram a adoção de abordagens cientificamente fundamentadas e contribuíram para remover barreiras ao acesso a serviços. Um dos resultados foi um aumento considerável do número de consumidores de droga que estão em contacto com serviços de saúde e a receber tratamento na Europa. Atualmente existem intervenções de redução dos danos para consumidores de droga em todos os Estados-Membros da União Europeia, e embora alguns estejam apenas a começar a desenvolver os serviços, a maioria refere elevados níveis de prestação e cobertura.

<sup>(26)</sup> Recomendação do Conselho de 18 de junho de 2003: 2003/88/CE.

<sup>(27)</sup> COM(2007) 199 final.

Embora as medidas de redução dos danos tenham contribuído para o controlo do VIH entre consumidores de droga injetada na Europa, com um declínio substancial dos relatos de novas infeções, o VIH continua a ser uma importante preocupação em matéria de saúde pública, tendo sido comunicados novos surtos <sup>(28)</sup>. Juntamente com o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC), o OEDT emitiu orientações para os decisores políticos nos domínios das drogas e das doenças infecciosas, apresentando uma síntese dos dados mais recentes relativos à prevenção e ao controlo de doenças infecciosas entre consumidores de droga injetada (ECDC e OEDT, 2011). Estas orientações conjuntas visam melhorar as oportunidades da Europa de impedir a maioria das infeções, se não mesmo todas as infeções, por VIH relacionadas com droga injetada.

## Normas de qualidade

O estudo EQUUS, da Comissão Europeia, visava criar um consenso europeu relativo a normas mínimas de qualidade no domínio da redução da procura de droga. O relatório final de 2012 sugeriu 33 normas mínimas para a prevenção da toxicodependência, 22 para o tratamento ou a reabilitação da toxicodependência e 16 para a redução dos danos na Europa <sup>(29)</sup>. Estas normas mínimas funcionam a três níveis diferentes (intervenção, serviço e sistema) adequados às diferentes necessidades dos profissionais, dos gestores de serviços e dos responsáveis pela planificação de políticas.

O estudo EQUUS incluía também uma análise, em que participaram peritos de 24 países europeus, de normas de qualidade existentes e já aplicadas a nível nacional. No que se refere aos processos de tratamento da toxicodependência, as normas mais frequentemente referidas como já aplicadas diziam respeito à questão da confidencialidade dos dados dos utentes e da avaliação da história do consumo de droga dos utentes, ao passo que as normas respeitantes à colaboração de rotina com outros serviços e as que incidiam sobre a formação contínua do pessoal eram aplicadas com menos frequência. No domínio dos resultados do tratamento, os dois tipos de normas mais frequentemente referidos como tendo sido aplicados eram os que tinham objetivos ligados à melhoria da saúde e à redução do consumo de substâncias. Entre as normas menos suscetíveis de serem aplicadas figuravam as que incidiam na avaliação externa e que monitorizavam a alta dos utentes, tendo sido referidos problemas relacionados com a aplicação destas normas.

O estudo identifica um amplo nível de consenso em torno de um conjunto de normas mínimas de qualidade no domínio da redução da procura de drogas na Europa e poderá fornecer uma referência útil para monitorizar futuras evoluções na Europa. Pode encontrar-se a lista completa das normas e dos resultados do estudo EQUUS no Portal das boas práticas.

## Aplicação da legislação em matéria de droga e infrações a essa legislação

A aplicação da legislação em matéria de droga é uma componente importante das políticas nacionais e da União Europeia neste domínio. Inclui uma vasta gama de intervenções principalmente a cargo da polícia e de instituições afins (por exemplo, os serviços aduaneiros). Uma questão importante para os serviços de aplicação da lei, a definição de prioridades estratégicas e operacionais, é aqui analisada de forma breve. Um resumo de infrações à legislação em matéria de droga conclui esta secção.

### Definição de prioridades estratégicas e operacionais

A maior parte das infrações em matéria de droga são crimes consensuais (com conviência das partes) e são sujeitas a uma avaliação individual ou institucional para determinar se se justifica proceder a uma investigação, qual a sua profundidade e qual será a sua duração. Não é possível uma unidade de polícia ocupar-se de todas as infrações detetáveis à legislação em matéria de droga, sendo necessário usar de um determinado grau de discricção (Dvorsek, 2006). O processo de definição de prioridades é condicionado tanto pelos dados relativos à aplicação da legislação, como pela «experiência em

### «Tema específico» sobre drogas e prisão

Os consumidores de droga representam uma parcela considerável da população prisional e são desproporcionadamente afetados por problemas de saúde e sociais relacionados com o consumo de droga. Na Europa, está disponível assistência aos consumidores de droga no interior da prisão, com diferentes tipos de intervenções, tratamento e serviços.

Um «tema específico» do OEDT sobre drogas e prisão, publicado este ano, apresenta uma panorâmica geral europeia atualizada do consumo de droga e dos problemas conexos entre os reclusos, das condições sociais e em matéria de saúde destes últimos e das intervenções especificamente direcionadas para o consumo de droga e suas consequências.

<sup>(28)</sup> Ver caixa «Surto de VIH na Grécia e na Roménia (capítulo 7).

<sup>(29)</sup> O relatório final está disponível em linha.



matéria de investigação», como ainda pelo conhecimento de que dispõe um agente responsável pela aplicação da legislação em matéria de droga. No entanto, muito embora as prioridades das unidades de aplicação da legislação em matéria de droga nem sempre sejam transparentes, elas não são arbitrárias, estando geralmente limitadas por uma série de obrigações legais e organizacionais. Por vezes, uma unidade pode ser incumbida de investigar um tipo específico de crime, como sejam casos de venda grossista de droga ou através de intermediários, ou ser oficialmente mandatada para concentrar a sua atuação numa só área, como seja a recuperação de ativos de origem criminosa. Noutras alturas, pode ser atribuída prioridade a uma droga em especial, por motivo de danos ou de perturbações que provoca, ou mesmo devido a uma intensa cobertura dos meios de comunicação social (Kirby e outros, 2010). A definição de prioridades também pode ser influenciada pela necessidade de indicadores de desempenho sólidos (Stock e Kreuzer, 1998). O elevado número de casos investigados podem servir para sublinhar a importância e a urgência de que se reveste o problema da droga em comparação com outras ameaças à segurança e, por sua vez, justificar a necessidade de atividades específicas de aplicação da lei neste domínio. Em todos os casos, a disponibilidade de recursos humanos e financeiros facilitará determinadas opções ao mesmo tempo que limita outras.

Muito embora se utilizem dados para a definição de prioridades estratégicas e operacionais, as próprias prioridades também influenciarão os dados que serão reunidos e divulgados (Stock e Kreuzer, 1998). As apreensões de droga, por exemplo, podem não só influenciar o processo de definição de prioridades, mas também ser um dos resultados desse processo. O processo judicial pode fazer uso da informação sobre os níveis das apreensões como sendo um indicador da gravidade da infração que está a ser objeto de atuação judicial. Além disso, níveis elevados de apreensões poderão indiciar a necessidade de mais investigações e recursos. É um facto geralmente aceite que os números relativos às apreensões são, primordialmente, um indicador da atividade em matéria de aplicação da legislação, e a interpretação dos mesmos exige uma compreensão do contexto em que são produzidos. As apreensões resultam da investigação proativa de suspeitos específicos ou, mais geralmente, do local onde é exercido o controlo da aplicação da lei, como portos e aeroportos. Em particular, a utilização de vigilância discreta e de operações encobertas que incidam nas entregas de drogas ilícitas podem conduzir a apreensões

de droga significativas. O que continua a ser menos claro é a percentagem das apreensões de droga que resultam diretamente da definição de prioridades operacionais, em comparação com a percentagem das que ocorrem por acaso.

Os dados relativos às infrações à legislação em matéria de droga (ver a secção seguinte) são também indicadores diretos da atividade de aplicação da lei, uma vez que se referem a crimes consensuais que geralmente não são notificados pelas potenciais vítimas. São frequentemente encarados como indicadores indiretos do consumo e do tráfico de droga, embora só incluam as atividades que chegaram ao conhecimento das instituições de aplicação da lei. Compreender os dados relativos à aplicação da lei, sejam infrações à legislação em matéria de droga, detenções ou apreensões, exige, por isso, que sejam levados em conta os processos subjacentes de definição de prioridades estratégicas e operacionais, bem como as suas consequências.

### Infrações à legislação em matéria de droga

A única fonte de dados normalmente disponível na Europa sobre a criminalidade relacionada com a droga são os relatórios iniciais sobre as infrações às legislações nacionais em matéria de droga, principalmente relatórios policiais <sup>(30)</sup>. Estes dados referem-se geralmente a infrações relativas ao consumo (consumo e posse para consumo próprio) ou à oferta de droga (produção, tráfico e venda), embora em alguns países possam registar-se outros tipos de infrações (por exemplo, relacionados com os precursores de drogas). Estes dados são também suscetíveis de refletir as diferenças nacionais em termos de legislação, prioridades e recursos. Além disso, os sistemas de informação nacionais diferem em toda a Europa, sobretudo no que respeita às práticas de registo e de notificação. Por estes motivos, é difícil fazer comparações sólidas entre países, sendo mais adequado comparar tendências do que números absolutos.

Em termos globais, a tendência ascendente do número de infrações à legislação em matéria de droga notificadas abrandou desde 2009. Um índice União Europeia, com base nos dados fornecidos por 22 Estados-Membros, que representam 93% da população da União Europeia com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos, revela que o número de infrações notificadas aumentou cerca de 15% entre 2005 e 2010, com uma tendência mais estável desde 2008. Considerando todos os países que forneceram dados, verificam-se tendências crescentes em 19 países, e uma diminuição global em sete outros durante este período <sup>(31)</sup>.

<sup>(30)</sup> Para uma análise das relações entre a droga e a criminalidade e uma definição de «criminalidade relacionada com a droga», ver OEDT (2007b).

<sup>(31)</sup> Ver figura DLO-1 e quadro DLO-1 no Boletim Estatístico de 2012.

### Infrações relacionadas com o consumo e com a oferta

Não se verificou qualquer alteração importante no equilíbrio entre as infrações relacionadas com o consumo e as relacionadas com a oferta relativamente aos anos anteriores. Na maior parte dos países europeus (22), as infrações relacionadas com o consumo de droga ou com a posse para consumo continuam a constituir a maioria das infrações à legislação em matéria de droga em 2010, tendo Espanha, França, a Hungria, a Áustria e a Turquia comunicado as percentagens mais elevadas (85%-93%) <sup>(32)</sup>.

Entre 2005 e 2010, registou-se um aumento de cerca de 19% no número de infrações relacionadas com o consumo de droga na Europa. Nesta análise é possível observar algumas diferenças entre países, uma vez que o número de infrações relacionadas com o consumo aumentou em 18 países e diminuiu em sete durante este período. No entanto, verificou-se, nos dados mais recentes, uma diminuição global das infrações notificadas relacionadas com o consumo (2009-2010) (figura 3). As infrações relacionadas com a oferta de droga revelam um aumento estimado em cerca de 17% na União Europeia no período de 2005-2010. Neste período, 20 países mencionam um aumento de infrações relacionadas com a oferta de droga, enquanto a Alemanha, a Estónia, os Países Baixos, a Áustria e a Polónia comunicam uma diminuição geral <sup>(33)</sup>.

### Tendências por droga

A *cannabis* continua a ser a droga ilícita mais frequentemente mencionada nas infrações à legislação em matéria de droga notificadas na Europa <sup>(34)</sup>. Na maioria dos países europeus, as infrações que envolvem a *cannabis* representaram entre 50% e 90% das infrações notificadas em 2010. As relacionadas com outras drogas só foram mais numerosas do que as relacionadas com a *cannabis* em quatro países: a República Checa e a Letónia, metanfetaminas (54% e 34%); e a Lituânia e Malta, heroína (34% e 30%).

No período de 2005-2010, o número de infrações que envolviam a *cannabis* aumentou em 15 dos países que forneceram dados, levando a um aumento estimado de 20% na União Europeia. A Alemanha, Itália, Malta, os Países Baixos e a Áustria comunicaram tendências decrescentes <sup>(35)</sup>.

As infrações relacionadas com a cocaína aumentaram ao longo do período de 2005-2010 em 12 países que

### O Comité Permanente para a Cooperação Operacional em matéria de Segurança Interna

A definição de prioridades a nível europeu na área da aplicação operacional da legislação em matéria de droga inscreve-se na esfera de competências do Comité Permanente para a Cooperação Operacional em matéria de Segurança Interna (COSI) do Conselho e assenta nas avaliações da ameaça da criminalidade organizada feitas pela Europol <sup>(1)</sup>. O COSI foi instituído em 2010 com base no Tratado de Lisboa e criado por uma decisão do Conselho (Conselho da União Europeia, 2009). O Comité, que integra funcionários de alto nível dos Ministérios do Interior dos Estados-Membros e representantes da Comissão, tem uma ampla esfera de competências: facilitar, promover e reforçar a coordenação de ações operacionais das autoridades competentes no domínio da segurança interna.

Das funções fundamentais do COSI fazem parte o desenvolvimento, a monitorização e a implementação da Estratégia de Segurança Interna e o apoio à implementação de um ciclo político plurianual que vise fazer frente às mais importantes ameaças criminais com que a União Europeia se confronta, através de uma cooperação acrescida entre as autoridades dos Estados-Membros responsáveis pela aplicação da lei, instituições e agências da União. Com o apoio do COSI, o Conselho adotou recentemente oito prioridades políticas para o período de 2011 a 2013, três das quais dizem respeito à aplicação da legislação em matéria de droga. Uma destas prioridades visa reduzir a produção e a distribuição de drogas sintéticas na União Europeia, incluindo novas substâncias psicoativas. No plano de ação operacional correspondente, a Europol e o OEDT têm a seu cargo estabelecer um acompanhamento de rotina do desmantelamento de instalações de produção de drogas sintéticas na Europa. O próximo ciclo de política, para 2013-2017, assentará na Avaliação da ameaça da criminalidade grave e organizada na União Europeia de 2013.

<sup>(1)</sup> A definição de prioridades a nível europeu na área da política de luta contra a droga cabe ao Grupo de Trabalho Horizontal «Droga».

comunicaram dados, enquanto a Alemanha, a Grécia, a Áustria e a Croácia comunicaram tendências decrescentes. Na União Europeia, em termos globais, as infrações relacionadas com a cocaína aumentaram cerca de 12% durante o mesmo período, mas diminuíram nos últimos dois anos <sup>(36)</sup>.

A diminuição do número de infrações relacionadas com a heroína observada em 2009 continuou em 2010. A média da União Europeia para essas infrações

<sup>(32)</sup> Ver quadro DLO-2 no Boletim Estatístico de 2012.

<sup>(33)</sup> Ver figura DLO-1 e quadro DLO-5 no Boletim Estatístico de 2012.

<sup>(34)</sup> Ver quadro DLO-3 no Boletim Estatístico de 2012.

<sup>(35)</sup> Ver figura DLO-3 e quadro DLO-6 no Boletim Estatístico de 2012.

<sup>(36)</sup> Ver figura DLO-3 e quadro DLO-8 no Boletim Estatístico de 2012.

mantve-se em geral relativamente estável, com um ligeiro aumento no período de 2005-2010. O número de infrações relacionadas com a heroína diminui em mais de metade dos países que forneceram dados (12), tendo outros nove comunicado um aumento geral durante o mesmo período <sup>(37)</sup>.

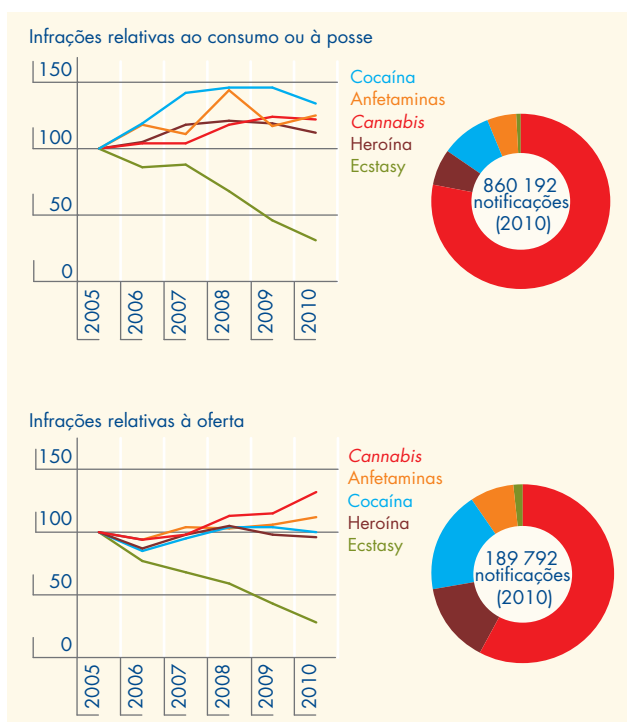
### Eurojust: cooperação judiciária na União Europeia

As redes de criminalidade organizada operam a nível transfronteiriço, o que exige uma cooperação dos países a fim de assegurar que os criminosos sejam detidos e levados à justiça onde quer que se encontrem. A Eurojust, organismo de cooperação judiciária da União Europeia, foi criada em 2002 com o objetivo de fazer face a esta situação. A criação deste organismo representa o último passo de um processo histórico que viu a cooperação judiciária na União Europeia evoluir de um conceito puramente intergovernamental para um domínio de interação mais direto entre as autoridades judiciárias.

O papel da Eurojust, no âmbito de processos penais transnacionais, consiste em facilitar e coordenar: intercâmbio de informações, equipas de investigação conjuntas, entregas controladas, execução de mandados de detenção europeus, transferência de provas ou processos penais, execução de pedidos de assistência jurídica mútua, prevenção e resolução de conflitos de jurisdição e recuperação de bens a nível internacional. Uma análise recente revela que o tráfico de droga é o tipo de crime mais comum entre os casos investigados pela Eurojust, representando cerca de um quinto dos casos registados (Eurojust, 2012). Em 2011, foram submetidos à Eurojust 242 casos de tráfico de droga, tendo oito equipas de investigação conjunta trabalhado neste domínio. Os dados revelam que os Estados-Membros mais frequentemente envolvidos na cooperação judiciária relacionada com o tráfico de droga são os Países Baixos e Espanha, seguidos a alguma distância por Itália, Alemanha e França.

O número de infrações relacionadas com as anfetaminas notificadas na União Europeia aumentou cerca de 24% no período de 2005-2010, embora pareça ter estabilizado nos últimos dois anos. Em contrapartida, o número de infrações relacionadas com o ecstasy diminuiu cerca de dois terços durante o mesmo período (uma diminuição de 71%).

**Figura 3** — Notificações de infrações relacionadas com o consumo de droga ou com a posse para consumo e com a oferta de droga nos Estados-Membros da União Europeia: tendências indexadas 2005-2010 e discriminação por droga das notificações referentes a 2010



**NB:** As tendências baseiam-se em informações disponíveis sobre o número de notificações relativas a infrações à legislação em matéria de droga (penais e não penais) comunicadas pelos Estados-Membros da União Europeia; todas as séries são indexadas a uma base de 100 em 2005 e ponderadas pela dimensão das populações dos países, a fim de formar uma tendência global da União Europeia; a discriminação por droga refere-se ao número total de notificações em 2010. Para mais informações, ver figuras DLO-4 e DLO-5 no Boletim Estatístico de 2012.

**Fonte:** Pontos focais nacionais da Reitox.

<sup>(37)</sup> Ver figura DLO-3 e quadro DLO-7 no Boletim Estatístico de 2012.

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

## Capítulo 3

### Cannabis

#### Introdução

A *cannabis* é a droga ilícita mais disponível na Europa, sendo não só importada como produzida a nível interno. Na maioria dos países, o consumo de *cannabis* aumentou na década de 1990 e no início da década de 2000. É possível que a Europa esteja a entrar numa nova fase, uma vez que os dados resultantes dos inquéritos à população em geral e de uma nova série de dados do inquérito escolar ESPAD apontam para tendências relativamente estáveis no consumo de *cannabis* em muitos países. No entanto, este consumo mantém-se em níveis historicamente elevados. Nos últimos anos, tem aumentado a compreensão das implicações para a saúde pública do consumo prolongado e disseminado desta droga, tendo igualmente aumentado a procura de tratamento devido a problemas relacionados com a *cannabis*.

#### Oferta e disponibilidade

##### Produção e tráfico

A *cannabis* pode ser cultivada em ambientes muito diversificados e cresce espontaneamente em muitas regiões do mundo. Estima-se que seja cultivada em 172 países e territórios (UNODC, 2009). As dificuldades em chegar a valores precisos para a produção mundial de *cannabis* são reconhecidas nas estimativas mais recentes do UNODC, que situam essa produção, em 2008, num valor entre 13 300 e 66 100 toneladas de *cannabis* herbácea e entre 2 200 e 9 900 toneladas de resina de *cannabis*.

O cultivo de *cannabis* na Europa está muito difundido e é possível que esteja a aumentar. Todos os 29 países europeus que forneceram informações ao OEDT

**Quadro 2 – Apreensões, preço e potência da *cannabis* herbácea e da resina de *cannabis***

	Resina de <i>cannabis</i>	<i>Cannabis</i> herbácea	Plantas de <i>cannabis</i> <sup>(1)</sup>
Quantidade apreendida a nível mundial	1 136 toneladas	6 251 toneladas	sd
Quantidade apreendida União Europeia e Noruega (incluindo Croácia e Turquia)	534 toneladas (563 toneladas)	62 toneladas (106 toneladas)	3,1 milhões de plantas e 35 toneladas (3,1 milhões de plantas e 35 toneladas) <sup>(2)</sup>
Número de apreensões União Europeia e Noruega (incluindo Croácia e Turquia)	341 000 (358 000)	332 000 (382 000)	25 000 (37 000)
Preço médio de venda a retalho (euros por grama) Variação (Intervalo interquartilico) <sup>(3)</sup>	3-17 (7,0-10,2)	3-25 (6,5-9,9)	sd
Potência média (teor % de THC) Variação (Intervalo interquartilico) <sup>(3)</sup>	1-12 (4,5-10,0)	1-17 (5,1-8,0)	sd

NB: Todos os dados são relativos a 2010; sd, não aplicável ou sem dados.

Fontes: UNODC (2012) para os valores a nível mundial, Pontos focais nacionais da Reitox para os dados europeus.

<sup>(1)</sup> Os países comunicam a quantidade apreendida tanto em número de plantas como em peso, apresentando-se aqui os totais relativos às duas modalidades.

<sup>(2)</sup> Metade das apreensões de plantas de *cannabis* em 2010 foram efetuadas pelos Países Baixos. Esta estatística é incompleta, mas pode ser considerada um indicador razoável.

<sup>(3)</sup> Intervalo da metade central dos dados notificados.

mencionaram o seu cultivo a nível interno, embora a escala e a natureza do fenómeno pareçam variar consideravelmente. É, no entanto, provável que uma percentagem significativa da *cannabis* consumida na Europa provenha do tráfico a nível intrarregional. Segundo uma análise recente realizada pelo OEDT, a Suíça e a Rússia são igualmente mencionadas como países de origem da *cannabis* herbácea disponível na Europa. Além disso, a Albânia e, em menor medida, o Kosovo <sup>(38)</sup>, a antiga República jugoslava da Macedónia, e a Sérvia são fontes significativas da *cannabis* herbácea apreendida na Europa Central e no Sudeste da Europa (OEDT, 2012a).

Alguns da *cannabis* herbácea disponível na Europa também é importada, sobretudo de África (especialmente da África do Sul) e com menor frequência das Américas (em especial das ilhas das Caraíbas) (OEDT, 2012a).

Um estudo recente sugere que o Afeganistão ultrapassou Marrocos na posição de principal produtor mundial de resina de *cannabis*. Estima-se que a produção de resina de *cannabis* no Afeganistão se situe entre 1 200 e 3 700 toneladas por ano (UNODC, 2011a). Embora alguma da resina de *cannabis* produzida no Afeganistão seja vendida na Europa, é provável que Marrocos continue a ser o principal fornecedor desta droga à Europa. A resina de *cannabis* de Marrocos é ilegalmente introduzida na Europa através da Península Ibérica, com os Países Baixos e a Bélgica a terem um papel secundário na distribuição e armazenamento. Relatórios recentes sugerem que a resina proveniente de Marrocos transita através da Estónia, da Lituânia e da Finlândia com destino à Rússia.

## Apreensões

Estima-se que em 2010 tenham sido apreendidas, a nível mundial, 6 251 toneladas de *cannabis* herbácea e 1 136 toneladas de resina de *cannabis* (quadro 2), o que representa uma estabilização global em relação ao ano anterior. A América do Norte continuou a ser responsável pela maior parte da *cannabis* herbácea apreendida (69%), ao passo que as maiores quantidades de resina apreendidas se concentraram de novo na Europa Ocidental e Central (47%) (UNODC, 2012).

O número de apreensões de *cannabis* herbácea efetuadas na Europa tem vindo a aumentar de forma

constante desde 2005 e, com as 382 000 apreensões estimadas em 2010, ultrapassou pela primeira vez o número de apreensões de resina de *cannabis* (quadro 2). Em 2010, estima-se que tenham sido intercetadas 106 toneladas de *cannabis* herbácea, das quais a Turquia foi responsável por aproximadamente metade (44 toneladas), uma quantidade recorde <sup>(39)</sup>. Observam-se tendências divergentes, sendo que as quantidades de *cannabis* herbácea intercetadas entre 2005 e 2010 permaneceram relativamente estáveis na União Europeia, tendo contudo quadruplicado na Turquia.

Em 2010, após o aumento contínuo verificado ao longo da última década, o número de apreensões de resina de *cannabis* diminuiu para 358 000. A quantidade de resina de *cannabis* apreendida tem vindo a diminuir globalmente nos últimos dez anos, tendo atingido um novo nível mínimo em 2010, estimado em 563 toneladas apreendidas. As quantidades de resina de *cannabis* apreendidas continuam a ultrapassar largamente as de *cannabis* herbácea <sup>(40)</sup>. Em 2010, tal como em anos anteriores, Espanha comunicou metade do número total de apreensões de resina de *cannabis* e cerca de dois terços da quantidade apreendida.

O número de apreensões de plantas de *cannabis* aumentou desde 2005, atingindo, estima-se, 37 000 casos em 2010. Os países comunicam a quantidade apreendida, quer como estimativa do número de plantas, quer por peso. As apreensões comunicadas por número de plantas permaneceram estáveis em cerca de 2,5 milhões em 2005-2007, na Europa <sup>(41)</sup>; as tendências em 2008 e 2009 não podem ser determinadas devido à falta de dados fiáveis dos Países Baixos, um país que tradicionalmente comunica quantidades elevadas. Em 2010, estimou-se que aquele país seja responsável por mais de metade dos 3,1 milhões de plantas notificados como apreendidos na Europa, seguido pelo Reino Unido. As apreensões comunicadas por peso das plantas triplicaram entre 2005 e 2008, tendo depois diminuído ligeiramente para 35 toneladas em 2010. A maioria destas apreensões continuou a ser da responsabilidade de Espanha (27 toneladas) e da Bulgária (4 toneladas).

## Potência e preço

A potência dos produtos de *cannabis* é determinada pelo seu teor de delta-9-tetrahydrocannabinol (THC), a principal

<sup>(38)</sup> Esta designação é utilizada sem prejuízo das posições relativas ao estatuto e está em consonância com a Resolução n.º 1244 do Conselho de Segurança das Nações Unidas e com o parecer do TIJ sobre a declaração de independência do Kosovo.

<sup>(39)</sup> Os dados sobre as apreensões de droga na Europa mencionados no presente capítulo figuram nos quadros SZR-1 a SZR-6 no Boletim Estatístico de 2012.

<sup>(40)</sup> Devido a diferenças na dimensão das remessas enviadas e nas distâncias percorridas, bem como à necessidade de atravessar fronteiras internacionais, a resina de *cannabis* pode correr maiores riscos de apreensão do que a *cannabis* herbácea produzida a nível interno.

<sup>(41)</sup> A análise não inclui as apreensões efetuadas na Turquia, visto que estas não têm sido comunicadas desde 2005. Os dados de anos anteriores revelam apreensões substanciais (20 milhões de plantas de *cannabis* em 2004).



substância ativa. Essa potência varia muito consoante os países e dentro de cada país, bem como entre os diferentes produtos de *cannabis* e entre as variedades genéticas. As informações relativas à potência da *cannabis* baseiam-se sobretudo na análise médico-legal de *cannabis* apreendida, selecionada por amostragem. Não se sabe ao certo em que medida as amostras analisadas refletem o mercado global, pelo que os dados relativos à potência devem ser interpretados com cautela.

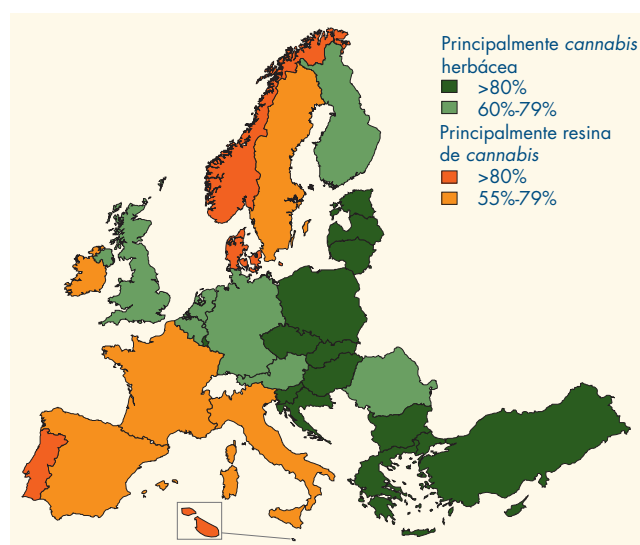
Em 2010, o teor médio de THC registado na resina de *cannabis* variou entre 1% e 12%. A potência média da *cannabis* herbácea (incluindo a *sinsemilla*, a forma de *cannabis* herbácea de potência mais elevada) variou entre 1% e 16,5%. A potência média de *sinsemilla* foi comunicada por apenas três países: 8% na Suécia, 11% na Alemanha e 16,5% nos Países Baixos. Ao longo do período de 2005-2010, a potência média registada da resina de *cannabis* divergiu nos 15 países que comunicaram dados suficientes. A potência da *cannabis* herbácea permaneceu relativamente estável ou diminuiu em dez países e aumentou na Bulgária, na Estónia, em França, em Itália, na Eslováquia e na Finlândia. Entre 2005 e 2010, a potência da *sinsemilla* permaneceu estável na Alemanha e diminuiu ligeiramente nos Países Baixos <sup>(42)</sup>.

Em 2010, o preço médio de venda a retalho da resina de *cannabis* variou entre 3 euros e 17 euros por grama nos 26 países que forneceram informações, tendo 14 deles comunicado valores que oscilam entre 7 euros e 10 euros. O preço médio de venda a retalho da *cannabis* herbácea oscilou entre 3 euros e 25 euros por grama nos 23 países que forneceram dados, tendo 13 deles comunicado preços entre 6 euros e 10 euros. No período de 2005-2010, o preço médio de venda a retalho da resina de *cannabis* e da *cannabis* herbácea permaneceu estável ou aumentou na maioria dos países que comunicaram dados.

#### Quotas de mercado estimadas dos produtos de *cannabis*

Diversas fontes de dados apontam para uma predominância da *cannabis* herbácea em toda a Europa em 2009. A *cannabis* herbácea parece ser o produto de *cannabis* mais utilizado em dois terços dos 30 países que comunicaram dados, enquanto a resina de *cannabis* é o produto de escolha nos restantes (ver figura 4). Essas quotas de mercado parecem ter-se mantido estáveis ao longo do tempo em alguns países, onde podem refletir padrões de consumo estabelecidos desde há muito; noutros países, são o produto de mudanças recentes (OEDT, 2012a).

**Figura 4** — Quotas de mercado estimadas dos produtos de *cannabis* consumidos na Europa, 2008-2009



Fonte: OEDT, 2012a.

## Prevalência e padrões de consumo

### Consumo de *cannabis* entre a população em geral

De acordo com estimativas conservadoras, a *cannabis* foi consumida pelo menos uma vez (prevalência ao longo da vida) por cerca de 80,5 milhões de europeus, ou seja, por quase uma em quatro pessoas dos 15 aos 64 anos (ver no quadro 3 um resumo dos dados). Existem diferenças consideráveis entre os países, variando os valores nacionais relativos à prevalência entre 1,6% e 32,5%. A maioria dos países apresenta estimativas da prevalência na ordem de 10% a 30% de todos os adultos.

Estima-se que cerca de 23 milhões de europeus tenham consumido *cannabis* no último ano, o que corresponde, em média, a 6,8% das pessoas dos 15 aos 64 anos. As estimativas da prevalência no último mês incluem as pessoas que consomem a droga mais regularmente, embora não necessariamente de forma intensiva ou diária. Estima-se que cerca de 12 milhões de europeus a tenham consumido no último mês, em média cerca de 3,6% das pessoas entre os 15 e os 64 anos.

### Consumo de *cannabis* entre os jovens adultos

O consumo de *cannabis* está largamente concentrado na população jovem (15-34 anos), registando-se geralmente a maior prevalência do consumo no último ano entre os jovens dos 15 aos 24 anos <sup>(43)</sup>.

<sup>(42)</sup> Ver quadro PPP-1 e PPP-5 no Boletim Estatístico de 2012 para os dados sobre a potência e o preço. Para a definição de «produtos de *cannabis*», ver o glossário em linha.

<sup>(43)</sup> Ver figura GPS-1 no Boletim Estatístico de 2012.

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

Faixa etária	Período de consumo		
	Ao longo da vida	Último ano	Último mês
<b>15-64 anos</b>			
Número estimado de consumidores na Europa	80,5 milhões	23 milhões	12 milhões
Média europeia	23,7%	6,8%	3,6%
Variação	1,6%-32,5%	0,3%-14,3%	0,1%-7,6%
Países com a prevalência mais baixa	Roménia (1,6%) Bulgária (7,3%) Hungria (8,5%) Grécia (8,9%)	Roménia (0,3%) Grécia (1,7%) Hungria (2,3%) Bulgária, Polónia (2,7%)	Roménia (0,1%) Grécia, Polónia (0,9%) Suécia (1,0%) Hungria, Lituânia (1,2%)
Países com a prevalência mais elevada	Dinamarca (32,5%) Espanha, França (32,1%) Itália (32,0%) Reino Unido (30,7%)	Itália (14,3%) Espanha (10,6%) República Checa (10,4%) França (8,4%)	Espanha (7,6%) Itália (6,9%) França (4,6%) Países Baixos, República Checa (4,2%)
<b>15-34 anos</b>			
Número estimado de consumidores na Europa	42,5 milhões	16 milhões	8,5 milhões
Média europeia	32,5%	12,4%	6,6%
Variação	3,0%-49,3%	0,6%-20,7%	0,2%-14,1%
Países com a prevalência mais baixa	Roménia (3,0%) Grécia (10,8%) Bulgária (14,3%) Polónia (16,1%)	Roménia (0,6%) Grécia (3,2%) Polónia (5,3%) Hungria (5,7%)	Roménia (0,2%) Grécia (1,5%) Polónia (1,9%) Suécia, Noruega (2,1%)
Países com a prevalência mais elevada	República Checa (49,3%) França (45,1%) Dinamarca (44,5%) Espanha (42,4%)	República Checa (20,7%) Itália (20,3%) Espanha (19,4%) França (17,5%)	Espanha (14,1%) Itália (9,9%) França (9,8%) República Checa (8,0%)
<b>15-24 anos</b>			
Número estimado de consumidores na Europa	18 milhões	9,5 milhões	5 milhões
Média europeia	29,7%	15,4%	7,8%
Variação	3,0%-52,2%	0,9%-23,9%	0,5%-17,2%
Países com a prevalência mais baixa	Roménia (3,0%) Grécia (9,0%) Chipre (14,4%) Portugal (15,1%)	Roménia (0,9%) Grécia (3,6%) Portugal (6,6%) Eslovénia, Suécia (7,3%)	Roménia (0,5%) Grécia (1,2%) Suécia (2,2%) Noruega (2,3%)
Países com a prevalência mais elevada	República Checa (52,2%) Espanha (39,1%) França (38,1%) Dinamarca (38,0%)	Espanha (23,9%) República Checa (23,7%) Itália (22,3%) França (20,8%)	Espanha (17,2%) França (11,8%) Itália (11,0%) Reino Unido (9,0%)
NB: As estimativas europeias são calculadas a partir das estimativas das taxas de prevalência nacionais ponderadas de acordo com a população do grupo etário pertinente em cada país. Para obter estimativas do número global de consumidores existente na Europa, a média da União Europeia é aplicada aos países que não possuem dados da prevalência (os quais não representam mais de 3% da população-alvo). Populações utilizadas como base: 15-64, 338 milhões; 15-34, 130 milhões; 15-24, 61 milhões. Uma vez que as estimativas europeias se baseiam nos inquéritos realizados entre 2004 e 2010-2011 (principalmente no período de 2008 a 2010), não se referem a um ano único. Os dados aqui resumidos estão disponíveis em «Inquéritos à população em geral» no Boletim Estatístico de 2012.			

Os dados dos inquéritos à população sugerem que, em média, 32,5% dos jovens adultos europeus (15-34 anos) já consumiram *cannabis*, sendo que 12,4% o fizeram no último ano e 6,6% no último mês. Estima-se que percentagens ainda maiores de europeus na faixa etária dos 15 aos 24 anos tenham consumido *cannabis* no último ano (15,4%) ou no último mês (7,8%). As estimativas nacionais da prevalência do consumo de *cannabis* variam

amplamente consoante os países, em todas as medições da prevalência (quadro 3).

O consumo de *cannabis* é de um modo geral mais elevado entre os indivíduos do sexo masculino. Por exemplo, o rácio entre os homens e as mulheres, jovens adultos, que declararam ter consumido *cannabis* no último ano variava entre um pouco mais de seis homens para cada mulher em Portugal, e menos de um na Noruega <sup>(44)</sup>.

<sup>(44)</sup> Ver quadro GPS-5 (parte iii) e (parte iv) no Boletim Estatístico de 2012.



### Comparações a nível internacional

Os valores registados pela Austrália, o Canadá e os Estados Unidos em relação ao consumo de *cannabis* ao longo da vida e no último ano entre os jovens adultos são todos superiores às médias europeias, que são de 32,5% e 12,4%, respetivamente. Por exemplo, no Canadá (2010) a prevalência ao longo da vida do consumo de *cannabis* entre os jovens adultos foi de 50,4% e a prevalência no último ano de 21,1%. Nos Estados Unidos, o inquérito nacional sobre o consumo de droga e a saúde (Samhsa, 2010) estimou uma prevalência do consumo de *cannabis* ao longo da vida de 52,1% (entre os indivíduos dos 16 aos 34 anos, recalculado pelo OEDT) e uma prevalência no último ano de 24,5%, enquanto na Austrália (2010) as percentagens correspondentes são de 43,3% e de 19,3% entre os jovens adultos.

### Tendências do consumo de *cannabis*

No final da década de 1990 e no início da década de 2000, muitos países europeus registaram um aumento do consumo de *cannabis*, tanto nos inquéritos à população geral como nos inquéritos à população escolar. Desde então, muitos países comunicaram tendências estáveis ou mesmo decrescentes do consumo de *cannabis* <sup>(45)</sup>.

Embora quase todos os países europeus tenham realizado inquéritos à população geral nos últimos anos, só 16 forneceram dados suficientes para analisar as tendências do consumo de *cannabis* durante um período mais longo. Entre eles, cinco países (Bulgária, Grécia, Hungria, Suécia e Noruega) sempre comunicaram uma baixa prevalência do consumo de *cannabis* no último ano entre os jovens dos 15 aos 34 anos, com níveis não superiores a 10%.

Outros seis países (Dinamarca, Alemanha, Estónia, Irlanda, Eslováquia e Finlândia) comunicaram níveis de prevalência mais elevados, mas que não excederam 15% no último inquérito realizado. A Dinamarca, a Alemanha e a Irlanda comunicaram aumentos importantes do consumo de *cannabis* na década de 1990 e no início da década de 2000, que foram seguidos por uma tendência cada vez mais estável ou descendente. Os aumentos observados na Estónia e na Finlândia durante a última década ou mais não apresentam sinais de estabilização.

Em dado momento da última década, Espanha, França, Itália, o Reino Unido e a República Checa comunicaram, todos eles, um nível de consumo no último ano entre os jovens adultos igual ou superior a 20%. Os padrões entre estes países apresentaram divergências a partir de meados da década de 2000, tendo Espanha e França observado tendências geralmente estáveis, enquanto

Itália comunicou um aumento em 2008 e o Reino Unido registou reduções substanciais, situando-se neste momento o nível de prevalência do consumo de *cannabis* no último ano entre os jovens adultos dentro da média da União Europeia.

Em 2010-2011, sete países comunicaram novos dados de inquéritos, o que permitiu alguma ponderação quanto às tendências recentes do consumo de *cannabis*. Em comparação com o inquérito anterior, que teve lugar entre um e cinco anos antes, seis desses países comunicaram níveis relativamente baixos de prevalência do consumo no último ano entre jovens adultos, tendo um deles (a Finlândia) revelado um aumento.

### Padrões de consumo de *cannabis*

Os dados disponíveis apontam para uma diversidade de padrões de consumo de *cannabis*, que variam entre o consumo experimental e o consumo dependente. Muitas pessoas deixam de consumir esta substância depois de a experimentarem uma ou duas vezes, outras consomem-na ocasionalmente ou por um período de tempo limitado. As perceções dos riscos influenciam nos padrões de consumo, e cabe referir que, num inquérito sobre as atitudes realizado em toda a União Europeia, a maioria dos jovens europeus (91%) reconhece os riscos para a saúde associados ao consumo regular de *cannabis*, embora a perceção desses riscos suscitados pelo consumo ocasional tenha sido inferior (52%).

Da população entre os 15 e os 64 anos que já consumiu *cannabis*, 70% não a consumiu no último ano <sup>(46)</sup>. Entre as pessoas que consumiram a droga no último ano, em média, quase metade fizeram-no no último mês, o que possivelmente indica um consumo mais regular. No entanto, estas percentagens variam consideravelmente entre os países e entre os géneros. Os níveis de prevalência do consumo de *cannabis* que se situam muito acima da média europeia são encontrados entre alguns grupos de jovens, por exemplo os que frequentam certos locais de diversão noturna ou de música de dança. O consumo de *cannabis* está também, frequentemente, associado ao consumo de grandes quantidades de álcool: entre os jovens adultos (com idades compreendidas entre os 15 e os 34 anos), em que, de um modo geral, os que consumiam álcool com frequência ou em grandes quantidades tinham duas a seis vezes mais probabilidades de mencionar o consumo de *cannabis* do que a população em geral. (OEDT, 2009b).

Os tipos de produtos de *cannabis* e as formas como são consumidos estão associados a diferentes riscos. Os

<sup>(45)</sup> Ver figura GPS-4 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2012.

<sup>(46)</sup> Ver figura GPS-2 no Boletim Estatístico de 2012.

padrões de consumo de *cannabis* que envolvem doses elevadas podem colocar os consumidores em maior risco de desenvolver dependência ou outros problemas (OEDT, 2008). São exemplos destas práticas o consumo de *cannabis* com um teor muito elevado de THC ou em grandes quantidades, e a sua inalação por meio de um cachimbo de água. Os inquéritos raramente fazem distinções entre o consumo de diversos tipos de *cannabis*. Contudo, o British Crime Survey de 2009-2010 estimou que cerca de 12,3% dos adultos (com idades compreendidas entre os 15 e os 59 anos) já tinham consumido o que pensavam ser «skunk» (nome dado na rua a uma forma geralmente muito potente da droga). Embora percentagens semelhantes de consumidores de *cannabis* mencionem ter consumido *cannabis* herbácea (50%) e resina de *cannabis* (49%) ao longo da vida, os que consumiram a droga no último ano são mais suscetíveis de ter consumido *cannabis* herbácea (71%) do que resina de *cannabis* (38%) (Hoare e Moon, 2010). Os dados resultantes dos inquéritos à população geral realizados em 17 países (47), que correspondem a quase 80% da população adulta da União Europeia e da Noruega, sugerem que um pouco mais de 40% dos consumidores de *cannabis* que afirmaram ter consumido a droga no último mês a tinham consumido no espaço de um a três dias. Estima-se que cerca de 1% dos adultos (com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos) na União Europeia e na Noruega, cerca de 3 milhões (48), consomem *cannabis* diariamente ou quase diariamente (níveis de prevalência por país que variam entre 0,1% e 2,6%). Aproximadamente três quartos destes consumidores serão jovens adultos com idades compreendidas entre os 15 e os 34 anos. Nesta faixa etária, as pessoas do sexo masculino têm uma probabilidade 3,5 vezes maior de serem consumidoras diárias de *cannabis* do que as do sexo feminino. Dos 11 países, que abrangem 70% da população da União Europeia, para os quais podem ser determinadas as tendências de consumo intensivo de *cannabis*, nove comunicam uma situação estável aproximadamente a partir de 2000 (49). Em dois outros países, foram observadas mudanças ao longo de um período de cinco a seis anos, tendo o Reino Unido aparentemente observado uma diminuição do consumo intensivo de *cannabis*, enquanto Portugal reportou um aumento em 2007.

A dependência é cada vez mais reconhecida como uma possível consequência do consumo regular de *cannabis*,

mesmo entre os consumidores mais jovens, e o número de pessoas que procuram ajuda devido ao seu consumo desta droga está a aumentar em alguns países europeus (ver *infra*). Alguns consumidores de *cannabis* (sobretudo os consumidores intensivos) podem ter problemas sem preencherem necessariamente os critérios clínicos da dependência.

### Consumo de *cannabis* entre a população escolar

O inquérito ESPAD 2011 (Hibell e outros, 2012) reúne informação sobre os padrões e tendências do consumo de *cannabis* junto da população escolar de 26 dos 30 países parceiros do OEDT. Os níveis mais elevados de consumo de *cannabis* entre jovens dos 15 aos 16 anos foram comunicados pela República Checa (42%) e por França (39%) (figura 5). Nenhum dos outros países incluídos no inquérito, ou Espanha, comunicaram um nível de consumo ao longo da vida superior a 27%. Apenas a França

### Relatório ESPAD 2011: inquérito escolar europeu sobre o consumo de álcool e outras drogas

O projeto europeu de inquéritos escolares sobre o consumo de álcool e outras drogas (ESPAD) apresenta regularmente estudos seletivos sobre os níveis de consumo de droga, tendências e atitudes da população escolar na faixa etária dos 15-16 anos em toda a Europa.

Este inquérito normalizado, que se realiza de quatro em quatro anos, fornece dados comparáveis sobre o consumo de drogas ilícitas, álcool, cigarros e outras substâncias pela população escolar. Fornece igualmente informações sobre a perceção da disponibilidade, a idade de início do consumo no que se refere a estas substâncias e a perceção dos riscos e danos.

O inquérito de 2011 (Hibell e outros, 2012) entrevistou estudantes nascidos em 1995 de 36 países europeus, incluindo 26 dos 30 países parceiros do OEDT. Pela primeira vez, foram utilizados métodos estatísticos para apurar se as diferenças são significativas (nível de 95%), entre os inquéritos de 2011 e 2007 e entre rapazes e raparigas. Nos anteriores relatórios do ESPAD, só as diferenças de pelo menos quatro pontos percentuais foram consideradas relevantes.

As conclusões do ESPAD sobre a *cannabis* são examinadas neste capítulo. Quando pertinente, são também apresentados os resultados dos inquéritos comparáveis realizados em Espanha e no Reino Unido. As conclusões relativas ao consumo de *ecstasy*, anfetaminas e cocaína são referidas nos capítulos seguintes.

(47) Inquéritos concluídos entre 2003 e 2011 utilizando um leque de metodologias e contextos. Ver quadros GPS-10 e GPS-121 no Boletim Estatístico de 2012.

(48) Esta é uma estimativa mínima, devido à subdeclaração de dados, pelo que certas populações de consumidores não foram incluídas na amostragem, tendo os indivíduos com episódios de consumo intensivo de *cannabis* no último ano mas baixos níveis de consumo no último mês, sido excluídos do âmbito do inquérito.

(49) Esta análise contempla apenas os dados recolhidos após 2000.

e a República Checa mencionam níveis de prevalência ao longo da vida do consumo de *cannabis* que excedem os comunicados para um grupo etário comparável nos Estados Unidos em 2011 (35%).

O consumo comunicado de *cannabis* durante o último mês varia entre 24% dos jovens de 15-16 anos em França e 2% na Roménia e na Noruega.

A medida das disparidades de género varia em toda a Europa, sendo que o rácio de rapazes e raparigas entre aqueles que já consumiram *cannabis* varia entre 1 em Espanha, em França e na Roménia e 2,5 jovens do sexo masculino para cada jovem do sexo feminino na Grécia e em Chipre.

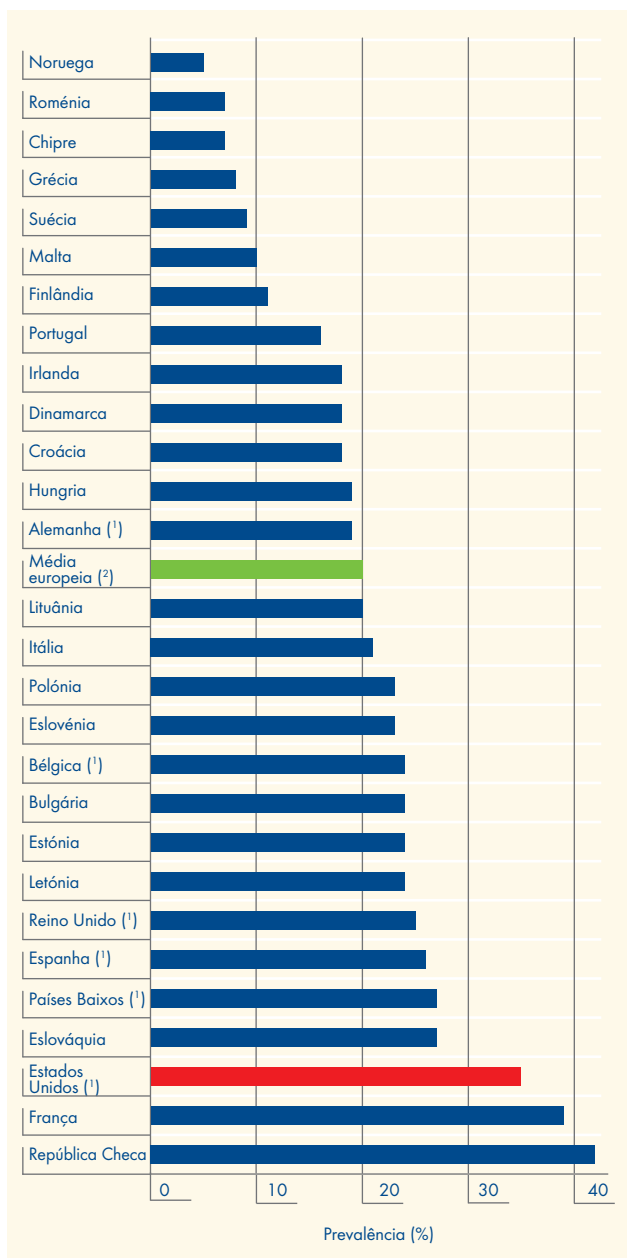
### Tendências entre a população escolar

Durante os 16 anos abrangidos pelo inquérito ESPAD, a prevalência do consumo de *cannabis* ao longo da vida entre os estudantes europeus aumentou globalmente. Durante esse período, a tendência crescente do consumo de *cannabis* ao longo da vida entre os jovens dos 15 aos 16 anos que havia sido observada até 2003 recuou em 2007, mantendo-se ao mesmo nível em 2011. Nos 23 países que participaram tanto na série de 2011 como nas séries de 1995 ou de 1999, a prevalência do consumo de *cannabis* é agora pelo menos quatro pontos percentuais mais elevada em 14 e mais baixa em dois desses países.

As tendências observadas durante este período podem ser agrupadas por níveis de prevalência e zonas geográficas. Oito países, maioritariamente localizados no norte e no sul da Europa, (figura 6, à esquerda) comunicaram uma baixa prevalência do consumo de *cannabis* ao longo da vida durante todo esse período. Em cinco desses países, a prevalência do consumo de *cannabis* em 2011 situa-se dentro de três pontos percentuais do nível registado nos primeiros inquéritos do ESPAD realizados em 1995 ou 1999. Porém, em três desses países a prevalência do consumo de *cannabis* é agora notoriamente mais elevada em comparação com o primeiro inquérito da década de 1990: Portugal (nove pontos percentuais), Finlândia (seis pontos percentuais) e Roménia (seis pontos percentuais). Entre 2007 e 2011, cinco desses países comunicaram um aumento estatisticamente significativo e outro comunicou uma diminuição significativa.

Um segundo grupo é composto por oito países da Europa Ocidental que registaram uma prevalência de *cannabis* relativamente elevada nos seus primeiros inquéritos ESPAD. (figura 6, ao centro). Em dois desses países verificou-se uma diminuição acentuada dos níveis de prevalência de

**Figura 5** — Prevalência do consumo de *cannabis* ao longo da vida na população escolar de 15-16 anos no inquérito escolar ESPAD e em estudos comparáveis realizados em 2010 e 2011



**Fontes:** ESPAD e Pontos focais nacionais da Reitox para os dados europeus; Johnston e outros (2012) para os dados dos Estados Unidos.

(¹) Comparabilidade limitada: os dados da Bélgica dizem respeito à Comunidade Flamenga; os dados da Alemanha respeitam a cinco estados federados; no Reino Unido, não obstante apenas uma pequena parte das escolas ter participado no inquérito ESPAD, um inquérito nacional já bem estabelecido apurou uma taxa de prevalência muito similar em 2010 (27%); os dados de Espanha, que não participa no projeto ESPAD, provêm de um inquérito nacional levado a cabo em 2010; os dados dos Estados Unidos, que também não participa no ESPAD, foram coligidos em 2011, com uma idade média estimada de 16,2 anos, que é superior à do ESPAD, de 15,8 anos.

(²) Média não ponderada dos países europeus supracitados.

*cannabis* entre a população escolar durante o período de 16 anos: a Irlanda, 19 pontos percentuais, e o Reino Unido, 16 pontos percentuais. Essas diminuições foram igualmente observadas pela Alemanha (nove pontos percentuais) e pela Bélgica (sete pontos percentuais) entre os primeiros inquéritos, realizados em 2003, e os mais recentes, realizados em 2011. Os dois países deste grupo com os níveis mais baixos de consumo de *cannabis* em 1995, a Dinamarca e Itália, comunicaram níveis semelhantes em 2011. Entre este grupo de países, apenas França observou um aumento de pelo menos quatro pontos percentuais entre o primeiro (1999) e o mais recente inquérito ESPAD. Além disso, enquanto a tendência entre 2007 e 2011 foi descendente ou estável em sete dos oito países, a França comunicou um aumento (oito pontos percentuais).

Num terceiro grupo de 10 países, situados entre o mar Báltico e a península balcânica, a prevalência do consumo de *cannabis* aumentou entre os primeiros inquéritos de 1995 ou 1999 e o de 2011, tendo oito países comunicado aumentos de pelo menos 10 pontos percentuais (figura 6, à direita). A República Checa destaca-se por ter níveis de prevalência mais elevados do que os outros países. Na maioria dos outros países deste grupo, a prevalência do consumo de *cannabis* ao longo da vida entre a população escolar aumentou de um nível baixo para um nível próximo ou superior ao da média europeia. Grande parte da mudança em termos de prevalência do consumo de *cannabis* neste grupo de países verificou-se em 2003, e em 2007 houve indícios de uma estabilização. A partir

de 2007, a prevalência do consumo de *cannabis* entre a população escolar aumentou significativamente em três destes países (Letónia, Hungria e Polónia), tendo diminuído num deles (Eslováquia) e permanecido estável em seis.

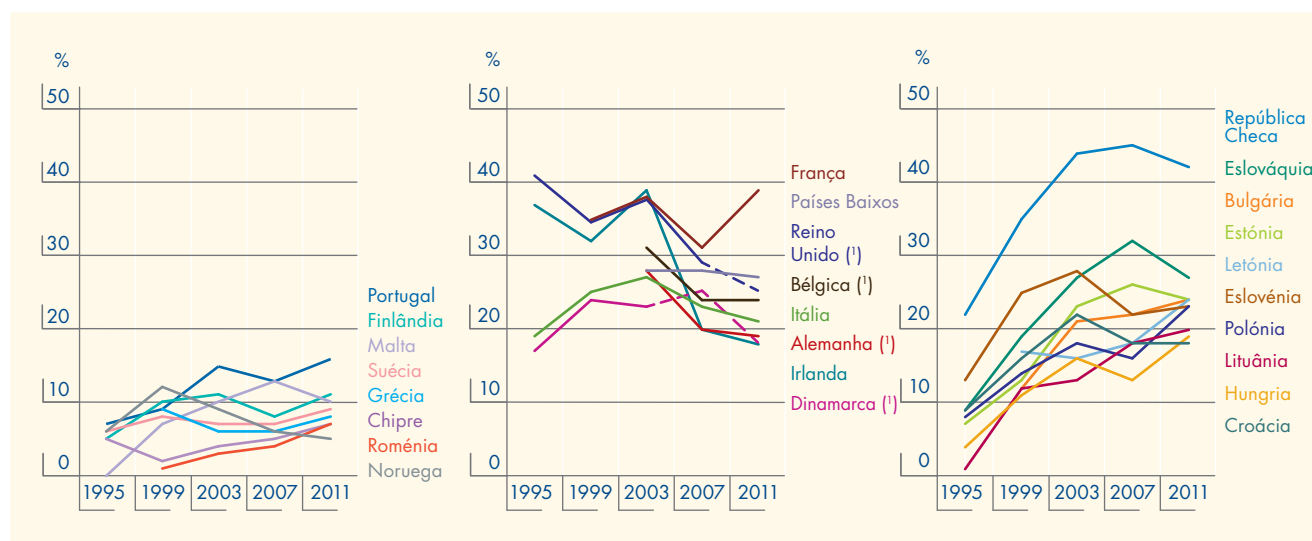
Comparando as duas últimas séries do inquérito ESPAD, em metade dos 26 países parceiros do OEDT participantes observa-se uma tendência estável do consumo de *cannabis* ao longo da vida entre a população escolar, enquanto em quatro países se observam diminuições significativas e em nove aumentos consideráveis. Os aumentos mais acentuados, entre seis e oito pontos percentuais, são comunicados por França, Letónia, Hungria e Polónia.

### Padrões de consumo entre a população escolar

O inquérito ESPAD 2011 mostra que, em termos globais, o consumo de *cannabis* é considerado mais arriscado pelos estudantes nos países com menor número de consumidores. Em termos de riscos e danos percebidos, os estudantes fazem uma distinção clara entre o consumo experimental e o consumo regular: entre 12% e 47% referem que experimentar *cannabis* uma ou duas vezes representa um grande risco para a saúde; e entre 56% e 80% consideram que o consumo regular representa um grande risco para a saúde<sup>(50)</sup>.

O início precoce do consumo de *cannabis* tem sido associado ao desenvolvimento futuro de formas de consumo de droga mais intensivas e problemáticas, tendo oito países (Bulgária, República Checa, Espanha,

**Figura 6** — As diferentes tendências da prevalência do consumo de *cannabis* ao longo da vida entre a população escolar de 15-16 anos ao longo das cinco séries do inquérito ESPAD



Fontes: ESPAD e Pontos focais nacionais da Reitox.  
 (!) Comparabilidade limitada: os dados da Bélgica dizem respeito à Comunidade Flamenga; os dados da Alemanha respeitam a cinco estados federados; os dados de 2011 do Reino Unido e os dados de 2007 da Dinamarca têm por base um número muito reduzido de escolas.

(50) Ver figura EYE-1 (parte iv) no Boletim Estatístico de 2012.

Estónia, França, Países Baixos, Eslováquia e Reino Unido) comunicado taxas de 5% ou mais para os indivíduos que iniciaram o consumo de *cannabis* com 13 anos de idade ou menos <sup>(51)</sup>; no Reino Unido, essa taxa atingiu os 15%. Os jovens do sexo masculino têm mais propensão do que as jovens para comunicar tanto o início precoce como o consumo frequente de *cannabis*, tendo entre 5% e 11% da população escolar do sexo masculino na faixa etária dos 15-16 anos em nove países europeus comunicado que tinham consumido *cannabis* em 40 ou mais ocasiões durante a sua vida. Na maioria dos países, esta percentagem foi pelo menos o dobro da registada entre a população escolar do sexo feminino.

## Efeitos adversos para a saúde do consumo de *cannabis*

É geralmente aceite que os riscos para a saúde associados ao consumo de *cannabis* são inferiores aos riscos associados ao consumo de heroína ou de cocaína. No entanto, devido à elevada prevalência do consumo de *cannabis*, esta droga pode ter um impacto significativo na saúde pública.

Foram identificados vários problemas de saúde agudos e crónicos associados ao consumo de *cannabis*. Entre os efeitos adversos agudos figuram a náusea, a diminuição da coordenação e do desempenho, a ansiedade e os sintomas psicóticos, que podem ser mais comumente mencionados por pessoas que a consomem pela primeira vez. Estudos de observação epidemiológicos revelaram que o consumo de *cannabis* por parte dos condutores aumenta igualmente o risco de envolvimento na colisão de veículos rodoviários (Asbridge e outros, 2012).

Entre os efeitos crónicos do consumo de *cannabis* figuram a dependência e as doenças respiratórias. O consumo regular de *cannabis* na adolescência pode ter efeitos adversos na saúde mental dos jovens adultos, e existem dados que apontam para maiores riscos de sintomas psicóticos e de perturbações que aumentam com a frequência e a quantidade do consumo (Hall e Degenhardt, 2009).

## Tratamento

### Procura de tratamento

Em 2010, a *cannabis* era a droga principal de cerca de 108 000 utentes em início de tratamento registados em

29 países (25% do total), o que a torna a segunda droga mais referida a seguir à heroína. Além disso, a *cannabis* foi a droga secundária mais mencionada, tendo sido referida em cerca de 98 000 citações. Os consumidores de *cannabis* que a consomem como droga principal correspondem a mais de 30% dos utentes que iniciam o tratamento na Alemanha, Bélgica, Chipre, Dinamarca, França, Hungria, Países Baixos e Polónia, mas a menos de 10% na Bulgária, Eslovénia, Estónia, Luxemburgo, Malta e Roménia, e entre 10% e 30% nos restantes países) <sup>(52)</sup>. Quase 70% da totalidade dos consumidores de *cannabis* que iniciam o tratamento na Europa são notificados pela Alemanha, Espanha, França e Reino Unido.

As diferenças na prevalência do consumo de *cannabis* e os problemas conexos ajudam a explicar uma parte da variação constatada entre os diversos países no que respeita à percentagem de indivíduos que iniciam tratamento. Outros fatores, como as práticas de encaminhamento e o tipo de oferta de tratamento, são igualmente importantes. França, por exemplo, possui um sistema de centros de aconselhamento especificamente direcionados para utentes jovens, que são sobretudo consumidores de *cannabis* <sup>(53)</sup>, enquanto a Hungria oferece aos delinquentes consumidores de *cannabis* a possibilidade de fazerem tratamento em alternativa às sanções penais; ambos os sistemas contribuem para aumentar o número de pessoas que inicia tratamento.

Nos últimos cinco anos, nos 25 países relativamente aos quais existem dados disponíveis, registou-se um aumento global (de 73 000 utentes, em 2005, para 106 000, em 2010) do número de utentes consumidores de *cannabis* que iniciam tratamento, em especial daqueles que iniciaram tratamento pela primeira vez na vida.

### Perfil dos utentes em tratamento

A maioria dos utentes que consomem *cannabis* inicia tratamento em regime ambulatorio e constitui um dos grupos de utentes mais jovens em início de tratamento, com uma média de idades de 25 anos. Os jovens que mencionam a *cannabis* como droga principal representam 76% dos utentes que iniciam tratamento registados na faixa etária dos 15 aos 19 anos e 86% dos que têm menos de 15 anos. O rácio entre homens e mulheres é o mais elevado registado entre os utentes (cerca de cinco homens para cada mulher). Globalmente, cerca de metade dos utentes que têm a *cannabis* como droga principal consomem-na diariamente, cerca de 21% consomem-na 2 a 6 vezes por semana, 13%

<sup>(51)</sup> Ver quadro EYE-23 (parte i) no Boletim Estatístico de 2012.

<sup>(52)</sup> Ver figura TDI-2 (parte ii) e quadros TDI-5 (parte ii) e TDI-22 (parte i) no Boletim Estatístico de 2012.

<sup>(53)</sup> Além disso, muitos consumidores de opiáceos em França são tratados por médicos de clínica geral e não são registados no indicador de procura de tratamento, o que inflaciona as percentagens de consumidores de outras drogas.



consomem-na semanalmente ou com menos frequência e 17% são consumidores ocasionais, alguns dos quais não consumiram a droga no mês anterior ao início do tratamento. Existem diferenças consideráveis entre os países. Na Hungria, por exemplo, onde a maioria dos consumidores de *cannabis* que iniciam tratamento são encaminhados pelo sistema de justiça penal, os utentes são na sua maioria consumidores ocasionais ou não consumiram a droga no mês anterior ao início do tratamento <sup>(54)</sup>.

### Oferta de tratamento

Na Europa, o tratamento dos consumidores de *cannabis* engloba uma grande variedade de medidas, incluindo o tratamento através da Internet, o aconselhamento, as intervenções psicossociais estruturadas e o tratamento em regime residencial. Também é frequente existir uma sobreposição, neste domínio, entre a prevenção seletiva e a prevenção específica e as intervenções de tratamento (ver capítulo 2).

Em 2011, mais de metade dos países europeus comunicaram que estavam disponíveis programas específicos para o tratamento da dependência de *cannabis* destinados aos consumidores que procuram ativamente tratamento, o que equivale ao aumento de um terço desde 2008. Na sua avaliação mais recente, peritos nacionais da Alemanha, Croácia, Eslovénia, Eslováquia, Grécia, Itália, Lituânia, Luxemburgo, Países Baixos e Reino Unido estimaram que estes programas estavam disponíveis para a maioria dos consumidores de *cannabis* necessitados de tratamento, enquanto peritos da Áustria, Bélgica, Dinamarca, Espanha, Portugal, República Checa, Roménia e Noruega estimaram que esses programas só estavam disponíveis para uma minoria desses consumidores. A Bulgária, Chipre, a Estónia, a Hungria e a Polónia comunicaram que estão previstos para os próximos três anos programas de tratamento específicos para os consumidores de *cannabis*.

O tratamento dos consumidores de *cannabis* é sobretudo realizado em regime ambulatorio. Neste âmbito, o sistema de justiça penal, os serviços de urgência e as unidades de saúde mental atuam como importantes agentes de encaminhamento. Na Hungria, aproximadamente dois terços dos utentes em início de tratamento registados em 2010 receberam aconselhamento, prestado por uma rede de organizações acreditadas. Na Alemanha, na Bélgica, em França e nos Países Baixos está a ser facultada terapia familiar multidimensional e terapia cognitivo-comportamental

aos jovens com problemas relacionados com o consumo de *cannabis* e aos seus progenitores, como parte de um ensaio clínico em curso, que está também a ser conduzido na Suíça (ver *infra*). Na Dinamarca está a ser introduzida uma abordagem terapêutica de grupo de breve duração para problemas relacionados com o consumo de *cannabis*, na sequência de uma fase-piloto bem-sucedida em Copenhaga. O tratamento inclui componentes de entrevistas de aumento da motivação, terapias cognitivo-comportamentais e terapias centradas nas soluções.

Um número crescente de países europeus oferece tratamento aos consumidores de *cannabis* através da Internet, com o objetivo de facilitar o acesso ao tratamento a pessoas que não possam ou não queiram procurar ajuda dentro do sistema de tratamento especializado da toxicod dependência. Na Hungria, um programa *online* que tem ligações com centros de tratamento ambulatorio, em Budapeste, oferece tratamento através da Internet a pessoas que querem reduzir ou cessar o consumo de *cannabis*. Este programa de autoajuda baseia-se na experiência do tratamento através da Internet para consumidores de *cannabis* de outros países europeus.

### Estudos recentes sobre o tratamento dos consumidores de cannabis

Tem-se assistido a um aumento gradual da disponibilidade de estudos de avaliação do tratamento de consumidores de *cannabis*, a maioria dos quais centrados em intervenções psicossociais como a terapia familiar e a terapia cognitivo-comportamental.

O OEDT encomendou recentemente uma meta-análise dos estudos sobre terapia familiar multidimensional realizados na Europa e nos Estados Unidos. Os estudos realizados nos Estados Unidos revelaram alguns resultados positivos desta abordagem na redução do consumo de substâncias e da delinquência, tanto em comparação com a terapia cognitivo-comportamental individual como com a terapia de grupo para adolescentes orientada por manuais e baseada em princípios de aprendizagem social e na terapia cognitivo-comportamental (Liddle e outros, 2009). No que respeita aos jovens em tratamento nas estruturas de justiça penal dos Estados Unidos, a terapia familiar multidimensional obteve reduções do consumo de *cannabis* entre os casos mais graves (Henderson e outros, 2010). A análise europeia também indica que esta é uma opção de tratamento viável para os adolescentes com problemas graves de consumo de droga e perturbações comportamentais. Foram estas

<sup>(54)</sup> Ver quadros TDI-10 (parte iii), (parte iv), TDI-21 (parte ii) e TDI-111 (part viii) no Boletim Estatístico de 2012.

as conclusões provisórias do estudo europeu plurilocal *International cannabis need of treatment* (INCANT), que está a decorrer desde 2003 na Bélgica, na Alemanha, em França, nos Países Baixos e na Suíça.

As intervenções breves podem ser definidas como recomendação, aconselhamento ou ambos, e são orientadas para a redução do consumo de drogas, tanto lícitas como ilícitas. Um estudo internacional recente associou o rastreio do consumo de álcool, tabaco e drogas a intervenções breves, tendo registado reduções do consumo de *cannabis* após o tratamento (Humeniuk e outros, 2011).

Está também a ser realizada investigação sobre produtos farmacológicos que podem apoiar as intervenções psicossociais no tratamento de problemas relacionados com o consumo de *cannabis*, reduzindo os sintomas de abstinência da *cannabis*, a ânsia por essa droga ou o consumo da mesma. No que se refere à dependência de *cannabis*, estão em curso estudos que visam analisar o potencial da utilização de THC sintético administrado por via oral como terapia de substituição, tendo o rimonabant (um antagonista seletivo dos canabinóides) revelado resultados positivos na redução de problemas psicossociais agudos associados à *cannabis* quando fumada (Weinstein e Gorelick, 2011).

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar



## Capítulo 4

# Anfetaminas, *ecstasy* e substâncias alucinogénias, GHB e cetamina

### Introdução

Em muitos países europeus, as anfetaminas (termo genérico que inclui tanto as anfetaminas como as metanfetaminas) ou o *ecstasy* figuram entre as drogas ilícitas mais consumidas a seguir ao *cannabis*. Além disso, em alguns países, o consumo de anfetaminas constitui uma parte importante do problema da droga, sendo responsável por uma percentagem substancial das pessoas que necessitam de tratamento.

As anfetaminas e as metanfetaminas são estimulantes do sistema nervoso central. Das duas drogas, as anfetaminas são as mais fáceis de obter na Europa, enquanto o consumo significativo de metanfetaminas está tradicionalmente restringido à República Checa e, mais recentemente, à Eslováquia. Nos últimos anos, as metanfetaminas também têm surgido no mercado de droga de outros países, sobretudo no norte da Europa (Letónia, Suécia, Noruega e, em menor grau, na Finlândia), onde parecem estar a substituir parcialmente as anfetaminas. Em 2010, novos indícios de consumo problemático de anfetaminas, embora provavelmente em níveis muito reduzidos, foram comunicados pela Alemanha, Chipre, Grécia, Hungria e Turquia, enquanto as apreensões desta droga aumentaram na Estónia e na Áustria.

O *ecstasy* refere-se a substâncias sintéticas quimicamente relacionadas com as anfetaminas, mas que diferem um pouco destas quanto aos efeitos. A substância mais conhecida do grupo do *ecstasy* é a 3,4-metilenedioxi-metanfetamina (MDMA), mas podem encontrar-se outras substâncias análogas nas pastilhas de *ecstasy* (MDA, MDEA). A sua popularidade tem estado historicamente associada a contextos de música e dança, embora nos últimos anos se tenha verificado alguma diminuição do consumo e da disponibilidade de *ecstasy* na Europa. Contudo, os dados mais recentes apontam para o ressurgimento da MDMA em alguns países europeus.

Os níveis globais de prevalência de drogas alucinogénias como o ácido lisérgico dietilamida (LSD) e os cogumelos alucinogénios são, de um modo geral, baixos e têm-se mantido em grande medida estáveis nos últimos anos.

Desde meados da década de 1990, o consumo recreativo da cetamina e do ácido gama-hidroxibutírico (GHB) (dois anestésicos) tem sido referido entre alguns subgrupos de consumidores de droga na Europa. Este é um problema que está a ser cada vez mais reconhecido, e os serviços competentes começam a visar os consumidores destas drogas. O mesmo acontece em relação aos problemas de saúde associados a estas substâncias, nomeadamente doenças da bexiga associadas ao consumo prolongado de cetamina.

### Oferta e disponibilidade

#### Precusores de drogas

As anfetaminas, as metanfetaminas e o *ecstasy* são drogas sintéticas cujo processo de produção exige precursores químicos. É possível recolher informações esparsas sobre a produção ilícita destas substâncias a partir dos relatórios das apreensões de substâncias químicas controladas (desviadas do comércio legal) que são necessárias para o seu fabrico.

Os esforços internacionais para prevenir o desvio de precursores químicos utilizados no fabrico de drogas sintéticas ilícitas são coordenados através do projeto PRISM. Este projeto utiliza um sistema de notificação prévia das exportações efetuadas no âmbito do comércio lícito e de comunicação dos carregamentos intercetados e das apreensões efetuadas em caso de operações suspeitas (INCB, 2012b).

O Órgão Internacional para o Controlo de Estupefacientes (INCB) informa que as apreensões mundiais de 1-fenil-2-propanona (P2P, BMK), substância que pode ser utilizada no fabrico ilícito de anfetaminas e metanfetaminas, quintuplicaram de 4 900 litros em 2009 para 26 300 litros em 2010. As apreensões efetuadas no México (14 200 litros em 2010), no Canadá (6 000 litros) e na Bélgica (5 000 litros) representaram 95% do total global notificado ao INCB (2012a). Na União Europeia, as apreensões de P2P também aumentaram drasticamente, de 863 litros em 2009 para 7 493 em 2010 (Comissão Europeia, 2011). As

**Quadro 4 – Apreensões, preço e pureza das anfetaminas, das metanfetaminas, do ecstasy e do LSD**

	Anfetaminas	Metanfetaminas	Ecstasy	LSD
<b>Quantidade apreendida a nível mundial (toneladas)</b>	19	45	3,8	sd
<b>Quantidade apreendida União Europeia e Noruega (incluindo Croácia e Turquia)</b>	5,1 toneladas (5,4 toneladas)	500 quilogramas (600 quilogramas)	Comprimidos 3,0 milhões (3,9 milhões)	Unidades 97 900 (98 000) (!)
<b>Número de apreensões União Europeia e Noruega (incluindo Croácia e Turquia)</b>	36 200 (36 600)	7 300 (7 300)	7 800 (9 300)	970 (990)
<b>Preço médio de venda a retalho (euros)</b>	Gramas 6-41	Gramas 10-70	Comprimidos 2-17	Dose 3-26
<b>Variação (intervalo interquartilico)</b>	(9,6-21,2)		(3,9-8,4)	(6,5-13,1)
<b>Pureza média ou teor de MDMA</b>				
<b>Variação (intervalo interquartilico)</b>	5-39% (7,8-27,2%)	5-79% (28,6-64,4%)	3-104 mg (33,0-90,4 mg)	sd
<b>NB:</b>	Todos os dados são relativos a 2010; sd, não aplicável ou sem dados.			
<b>Fontes:</b>	UNODC (2012) para os valores a nível mundial, Pontos focais nacionais da Reitox para os dados europeus.			
<b>(!)</b>	A quantidade total de LSD apreendida em 2010 está subestimada, devido à falta dos dados relativos a 2010 da Suécia, país que comunicou apreensões relativamente elevadas em 2009.			

apreensões mundiais de ácido fenilacético, um precursor de P2P, quadruplicaram em 2010 (INCB, 2012a). As quantidades desta substância química apreendidas na União Europeia em 2010 (1,5 quilogramas) foram inferiores às de 2009 (277 quilogramas) (Comissão Europeia, 2011). As apreensões mundiais de efedrina e pseudoefedrina, dois precursores essenciais das metanfetaminas, diminuíram em 2010 (INCB, 2012a). Contudo, na União Europeia, as apreensões destes precursores aumentaram em 2010: para 1,2 toneladas de efedrina (685 quilogramas em 2009) e 1,5 toneladas de pseudoefedrina (186 quilogramas em 2009) (Comissão Europeia, 2011).

São dois os precursores químicos principalmente associados ao fabrico de MDMA: o 3,4-metilenedioxifenil-2-propanona (3,4-MDP2P, PMK) e o safrolo. Em 2010, as apreensões mundiais de PMK corresponderam a 2 litros, quando em 2009 registavam 40 litros, enquanto as apreensões de safrolo diminuíram de 1 048 litros em 2009 para 168 litros em 2010. Na União Europeia, não se registaram apreensões de PMK em 2010, tendo sido realizadas apenas quatro apreensões de safrolo, correspondentes a 85 litros.

Em 2010, a gama-butirolactona, um precursor de GHB, continuou a ser apreendida na União Europeia, com um total de 139 apreensões, correspondentes a 253 litros.

## Anfetaminas

A produção mundial de anfetaminas continua a estar concentrada na Europa, onde se situavam quase todos

os laboratórios de anfetaminas notificados em 2010 (UNODC, 2012). Em 2010, o número de apreensões mundiais desceu 42% para cerca de 19 toneladas (ver quadro 4). Na Europa Ocidental e Central continuaram a ser apreendidas grandes quantidades de anfetaminas em 2010, embora o número de apreensões também tenha descido, de 8,9 toneladas em 2009 para 5,4 toneladas em 2010. A maior diminuição do número de apreensões de anfetaminas foi notificada na região do Próximo e Médio Oriente e do Sudoeste Asiático do UNODC. Uma grande parte das anfetaminas apreendidas nessa região assume a forma de comprimidos «Captagon» (UNODC, 2012), parte dos quais podem ser originários da União Europeia.

A maioria das anfetaminas apreendidas na Europa é produzida, por ordem de importância, nos Países Baixos, na Polónia, na Bulgária, na Turquia e na Estónia. Em 2010, na União Europeia, foram descobertos e notificados à Europol 28 locais envolvidos na produção, na embalagem ou na armazenagem de anfetaminas (<sup>55</sup>).

Em 2010, estima-se que tenham sido realizadas na Europa 36 600 apreensões, equivalentes a 5 toneladas de anfetaminas em pó e a 1,4 milhões de comprimidos de anfetaminas (<sup>56</sup>). No contexto de uma tendência geral decrescente, o número de apreensões de anfetaminas tem variado nos últimos cinco anos. O número de comprimidos de anfetaminas apreendidos na Europa diminuiu acentuadamente no período de 2005-2010 devido à redução das apreensões na Turquia. Após o recorde de apreensões de cerca de 8 toneladas entre

(<sup>55</sup>) Dez destes 28 locais estavam igualmente envolvidos na produção, na embalagem ou na armazenagem de outras drogas, na maioria dos casos, metanfetaminas.

(<sup>56</sup>) Três quartos dos comprimidos de anfetaminas intercetados estavam rotulados como «Captagon» e foram apreendidos na Turquia. Os comprimidos vendidos no mercado ilegal como «Captagon» contêm normalmente anfetaminas misturadas com cafeína.

2007 e 2009, as quantidades de anfetaminas em pó apreendidas diminuíram para cerca de 5 toneladas em 2010 <sup>(57)</sup>.

A pureza das amostras de anfetaminas apreendidas na Europa em 2010 continuou a variar muito, entre menos de 8% na Bulgária, Itália, Portugal, Áustria, Eslovénia, Croácia e Turquia e cerca de 20% ou mais nos países onde foi notificada a produção de anfetaminas (Bélgica, Letónia, Lituânia e Países Baixos), ou onde os níveis de consumo são relativamente elevados (Finlândia, Suécia e Noruega), bem como na Eslováquia e República Checa <sup>(58)</sup>. Nos últimos cinco anos, o grau de pureza das anfetaminas diminuiu ou permaneceu estável na maioria dos países que comunicaram dados em quantidade suficiente para viabilizar uma análise das tendências.

Em 2010, o preço médio de venda a retalho das anfetaminas variou entre 10 euros e 22 euros por grama em mais de metade dos 18 países que forneceram informações. O preço de venda a retalho de anfetaminas diminuiu ou permaneceu estável em 14 dos 20 países que comunicaram dados no período de 2005-2010 <sup>(59)</sup>.

### Metanfetaminas

Em 2010, foram apreendidas, a nível mundial, 45 toneladas de metanfetaminas, o que representa um grande aumento relativamente às 31 toneladas apreendidas em 2009. A maior parte da droga foi apreendida na América do Norte (34%), tendo o México (um importante país produtor) sido responsável por uma quantidade excepcionalmente elevada, de 13 toneladas, apreendida em 2010. Foram igualmente apreendidas grandes quantidades no Leste e no Sudeste Asiático, uma região que foi responsável por 32% do total mundial em 2010, com 20 toneladas; na região, Mianmar é identificado como um país produtor da maior relevância. (UNODC, 2012).

Na Europa, a produção ilícita de metanfetaminas está concentrada na República Checa, país onde, em 2010, foram detetados 307 locais de produção, na sua maioria pequenos laboratórios artesanais (uma diminuição face aos 342 detetados em 2009). A produção desta droga também se verifica na Eslováquia, assim como na Alemanha, na Lituânia, nos Países Baixos e na Polónia. A Alemanha comunicou um aumento substancial das quantidades de anfetaminas apreendidas em 2010 (26,8 quilogramas, face aos 7,2 quilogramas apreendidos

em 2009); a maior parte da droga foi apreendida na Saxónia e na Baviera, que têm fronteiras comuns com a República Checa, de onde parece ser proveniente.

Em 2010, foram notificadas na Europa quase 7 300 apreensões de metanfetaminas, correspondentes a cerca de 600 quilogramas desta droga. No período de 2005-2010 verificou-se um aumento do número de apreensões e quantidades de metanfetaminas apreendidas, com um forte incremento entre 2008 e 2009 e uma estabilização em 2010.

A pureza das metanfetaminas variou muito em 2010, nos 20 países que forneceram dados, com purezas médias variando de menos de 15% na Bélgica e na Dinamarca a mais de 60% na Eslováquia, Reino Unido, República Checa e Turquia. Em 2010, registou-se igualmente uma grande variação dos preços de venda a retalho das metanfetaminas nos sete países que os comunicaram, entre cerca de 10 e 15 euros por grama na Bulgária, na Hungria, na Letónia e na Lituânia e cerca de 70 euros por grama na Alemanha e na Eslováquia.

### *Ecstasy*

O número reportado de laboratórios de metanfetaminas desmantelados diminuiu para 44 em 2010 (52 em 2009). A maioria desses laboratórios estava situada na Austrália (17), no Canadá (13) e na Indonésia (12). A produção parece ter continuado a alastrar geograficamente, situando-se o fabrico em zonas mais próximas dos mercados de consumo no Leste e Sudeste Asiático, na América do Norte e do Sul e na Oceânia. Apesar disso, é provável que a Europa Ocidental continue a ser um local importante de produção de *ecstasy*.

A nível mundial, as apreensões de *ecstasy* elevaram-se a 3,8 toneladas em 2010 (UNODC, 2012), tendo a América do Norte comunicado 20% do total, seguida da Europa Ocidental e Central (13%).

Globalmente, o número de apreensões e das quantidades apreendidas diminuíram na Europa desde 2005. No período de 2005-2010, a quantidade de comprimidos de *ecstasy* apreendida na Europa foi quatro vezes menor, tendo sido comunicado um aumento em 2010, devido, sobretudo, às apreensões efetuadas em França e na Turquia. Em 2010, foram notificadas na Europa cerca de 9 300 apreensões de *ecstasy*, correspondentes a mais de 3,9 milhões de comprimidos desta substância, 1,6 milhões dos quais foram apreendidos em França e na Turquia.

<sup>(57)</sup> Os dados sobre as apreensões de droga na Europa mencionados no presente capítulo figuram nos quadros SZR-11 a SZR-18 no Boletim Estatístico de 2012.

<sup>(58)</sup> Os dados relativos à pureza da droga na Europa mencionados no presente capítulo figuram no quadro PPP-8 no Boletim Estatístico de 2012. Ver índices das tendências na União Europeia na figura PPP-2 no Boletim Estatístico de 2012.

<sup>(59)</sup> Os dados relativos aos preços da droga na Europa mencionados neste capítulo podem ser consultados no quadro PPP-4 no Boletim Estatístico de 2012.

O teor médio de MDMA dos comprimidos de *ecstasy* analisados em 2010 variava entre 3 e 104 miligramas nos 19 países que forneceram dados. Além disso, a existência de comprimidos de *ecstasy* com altas doses, superiores a 130 miligramas de MDMA, foi comunicada por vários países (Bélgica, Bulgária, Alemanha, Países Baixos e Croácia). Ao longo do período de 2005-2010, o teor médio de MDMA dos comprimidos de *ecstasy* diminuiu em 10 países e aumentou noutros nove.

Nos últimos anos, o conteúdo dos comprimidos de drogas ilícitas sofreu uma alteração, na Europa, de uma situação em que a maioria dos comprimidos analisados continha MDMA ou outra substância semelhante ao *ecstasy* (MDEA, MDA) como única substância psicoativa presente, para outra em que os conteúdos se diversificaram e as substâncias semelhantes ao MDMA estão menos presentes. Esta mudança foi mais pronunciada em 2009, ano em que apenas três países comunicaram que as substâncias semelhantes ao MDMA constituíam uma grande percentagem dos comprimidos analisados. Em 2010, o número de países que comunicaram uma predominância de comprimidos contendo substâncias semelhantes ao MDMA aumentou para oito.

As anfetaminas, por vezes associadas a substâncias semelhantes ao MDMA, são relativamente comuns nos comprimidos analisados na Polónia, Eslovénia e Turquia. A maioria dos outros países que forneceram dados menciona que nos comprimidos analisados foram encontradas piperazinas, nomeadamente mCPP, isoladamente ou associadas a outras substâncias; estas substâncias foram encontradas em mais de 20% dos comprimidos analisados na Alemanha, Áustria, Bélgica, Chipre, Dinamarca, Chipre, Finlândia, Hungria, Reino Unido e Croácia.

O *ecstasy* está agora consideravelmente mais barato do que na década de 1990, comunicando a maioria dos países preços médios de venda a retalho na ordem de 4 a 9 euros por comprimido. No período de 2005-2010, o preço de venda a retalho de *ecstasy* baixou ou permaneceu estável em 18 dos 23 países relativamente aos quais foi possível fazer essa análise.

### Alucinogénios e outras substâncias

O consumo e o tráfico de LSD na Europa são considerados marginais. O número de apreensões de LSD aumentou entre 2005 e 2010, enquanto as quantidades, após o nível máximo de 1,8 milhões de unidades atingido em 2005, oscilaram entre 50 000 e 150 000. Durante o mesmo período, o preço de venda a retalho de LSD diminuiu ou permaneceu estável na maioria dos países

que forneceram informações. Em 2010, o preço médio variou entre 6 euros e 14 euros por unidade na maioria dos 14 países que forneceram informações.

Em 2010, só foram notificadas apreensões de cogumelos alucinogénios, cetamina, GHB e GBL por três ou quatro países, dependendo da droga. Não se sabe se as apreensões notificadas refletem a disponibilidade limitada destas substâncias ou simplesmente o facto de não serem sistematicamente visadas pelos serviços responsáveis pela aplicação da lei.

## Prevalência e padrões de consumo

Em alguns países, o consumo de anfetaminas, muitas vezes injetadas, é responsável por uma percentagem substancial do número global de consumidores problemáticos que procuram ajuda devido a problemas de droga. Em contrapartida, as anfetaminas e o *ecstasy*, geralmente consumidas por via oral ou por inalação, estão associadas à frequência de clubes noturnos e eventos de dança. O consumo de *ecstasy* ou de anfetaminas associado ao álcool tem sido referido, e aqueles que consomem álcool com frequência ou em grandes quantidades comunicam níveis de consumo de *ecstasy* ou de anfetaminas que são muito superiores à média da população (OEDT, 2009b).

### Anfetaminas

As estimativas da prevalência sugerem que cerca de 13 milhões de europeus experimentaram anfetaminas e que aproximadamente 2 milhões consumiram essa droga no último ano (ver no quadro 5 uma síntese dos dados). Entre os jovens adultos (15-34 anos), a prevalência ao longo da vida do consumo de anfetaminas varia consideravelmente entre os diversos países, desde 0,1% até 12,9%, com uma média europeia ponderada de 5,5%. O consumo de anfetaminas no último ano, nesta faixa etária, varia entre zero e 2,5%, comunicando a maioria dos países níveis de prevalência entre 0,5% e 2,0%. Estima-se que cerca de 1,5 milhões (1,2%) dos jovens europeus tenham consumido anfetaminas no último ano. Os inquéritos realizados entre jovens associados a contextos de diversão noturna ou de música de dança indicam que os níveis de consumo de anfetaminas no último ano são mais elevados, variando os resultados dos estudos realizados em 2010 na República Checa, nos Países Baixos e no Reino Unido entre 8% e 27%.

Entre a população escolar de 15-16 anos, a prevalência do consumo de anfetaminas ao longo da vida varia entre 1% e 7% nos 24 Estados-Membros da União Europeia,

Croácia e Noruega, segundo os inquéritos ESPAD realizados em 2011, embora só tenham sido comunicados níveis superiores a 4% em relação à Bélgica, Bulgária e Hungria <sup>(60)</sup>. O inquérito escolar nacional espanhol regista 1%, enquanto os Estados Unidos registam 9%.

Entre 2005 e 2010, o consumo de anfetaminas no último ano entre a população geral permaneceu relativamente baixo e estável na maioria dos países europeus, com níveis de prevalência inferiores a 3% em todos os países que comunicaram dados. Durante este período, apenas um país comunicou um aumento, a Bulgária, que observou um aumento de um ponto percentual na prevalência do consumo de anfetaminas no último ano entre jovens adultos (figura 7). Os inquéritos escolares ESPAD realizados em 2011 registam, em geral, poucas alterações quanto aos níveis de experimentação de anfetaminas e *ecstasy* entre os estudantes de 15 a 16 anos.

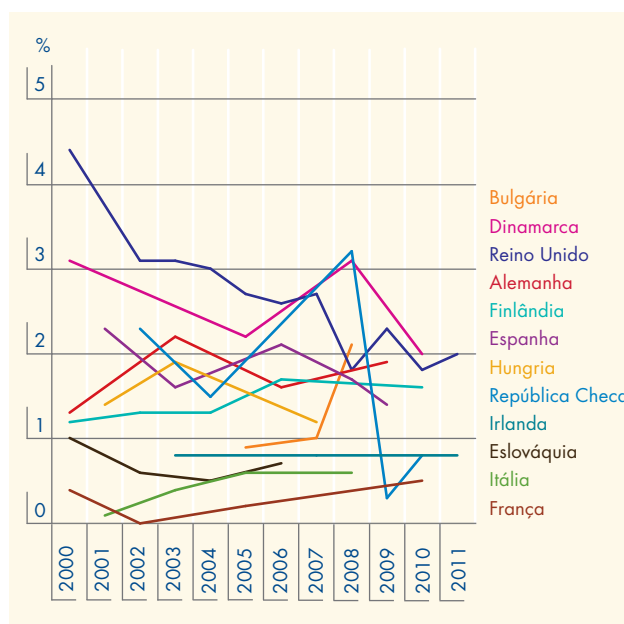
### Consumo problemático de anfetaminas

Existem estimativas recentes da prevalência do consumo problemático de anfetaminas relativamente a dois países <sup>(61)</sup>. Em 2010, estimou-se que na República Checa existiam aproximadamente 27 300 a 29 100 consumidores problemáticos de metanfetaminas (3,7 a 3,9 casos por 1 000 habitantes dos 15 aos 64 anos), um aumento em comparação com os anos anteriores, e mais do dobro do número estimado de consumidores problemáticos de opiáceos. Na Eslováquia, o número de consumidores problemáticos de metanfetaminas foi estimado, em 2007, entre 5 800-15 700 (1,5 a 4,0 casos por 1 000 habitantes entre os 15 e os 64 anos), aproximadamente 20% menos do que o número estimado de consumidores problemáticos de opiáceos.

Nos últimos anos, as metanfetaminas também têm surgido no mercado de droga de outros países, sobretudo no norte da Europa (Letónia, Suécia, Noruega e, em menor grau, na Finlândia), onde parecem estar a substituir parcialmente as anfetaminas. Em 2010, novos indícios de consumo problemático de anfetaminas, embora provavelmente em níveis muito reduzidos, foram comunicados pela Alemanha, Chipre, Grécia, Hungria e Turquia, enquanto as apreensões desta droga aumentaram na Estónia e na Áustria.

Uma pequena percentagem das pessoas que iniciam tratamento na Europa menciona as anfetaminas como droga principal: cerca de 6% dos utentes registados

**Figura 7** — Tendências da prevalência do consumo de anfetaminas no último ano entre os jovens adultos (15-34 anos)



NB: Apenas são apresentados dados de países que tenham realizado pelo menos três inquéritos. Ver figura GPS-8 no Boletim Estatístico de 2012 para mais informações.

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

em 2010 (23 000 utentes) <sup>(62)</sup>. São ainda mencionados outros estimulantes (que não a cocaína) como droga secundária por quase 20 000 utentes que iniciaram tratamento devido a problemas relacionados com outras drogas de consumo principal. Os consumidores que têm as anfetaminas como droga principal correspondem a uma percentagem apreciável dos utentes que iniciaram tratamento na Suécia (28%), Polónia (24%) Polónia, Letónia (19%) e Finlândia (17%), sendo as metanfetaminas citadas como droga principal por uma grande percentagem dos utentes que iniciaram tratamento na República Checa (63%) e na Eslováquia (35%). Os utentes consumidores de anfetaminas constituem entre 5% e 15% dos utentes que iniciaram tratamento noutros seis países (Alemanha, Bélgica, Dinamarca, Hungria, Países Baixos e Noruega); noutros países a percentagem é inferior a 5%. Entre 2005 e 2010, as tendências relativas aos consumidores que têm as anfetaminas como droga principal e iniciaram tratamento permaneceram estáveis na maioria dos países, com exceção da República Checa e da Eslováquia: durante esse período, ambos os países registaram um aumento do número e da percentagem

<sup>(60)</sup> Ver quadro EYE-11 no Boletim Estatístico de 2012.

<sup>(61)</sup> Entende-se por consumo problemático de anfetaminas o consumo injetável, prolongado e/ou regular dessas substâncias.

<sup>(62)</sup> Na Alemanha, na Lituânia e na Noruega não é possível fazer uma distinção entre consumidores de anfetaminas, de MDMA e de outros estimulantes nos dados comunicados ao OEDT, visto que estão registados como consumidores de outros estimulantes que não a cocaína. Globalmente, nos países que comunicam dados, os consumidores de anfetaminas representam cerca de 90% dos consumidores de drogas da categoria dos «estimulantes que não a cocaína».



<b>Quadro 5 – Prevalência do consumo de anfetaminas na população geral: resumo dos dados</b>		
Faixa etária	Período de consumo	
	Ao longo da vida	Último ano
<b>15-64 anos</b>		
Número estimado de consumidores na Europa	13 milhões	2 milhões
Média europeia	3,8%	0,6%
Varição	0,1%-11,6%	0,0%-1,1%
Países com a prevalência mais baixa	Grécia, Roménia (0,1%) Chipre (0,7%) Portugal (0,9%) Eslováquia (1,2%)	Grécia, Roménia (0,0%) França, Portugal (0,2%) Chipre, Eslováquia, República Checa (0,3%)
Países com a prevalência mais elevada	Reino Unido (11,6%) Dinamarca (6,2%) Suécia (5,0%) Irlanda (4,5%)	Estónia, Reino Unido (1,1%) Bulgária, Letónia (0,9%) Finlândia, Suécia (0,8%)
<b>15-34 anos</b>		
Número estimado de consumidores na Europa	7 milhões	1,5 milhões
Média europeia	5,5%	1,2%
Varição	0,1%-12,9%	0,0%-2,5%
Países com a prevalência mais baixa	Roménia (0,1%) Grécia (0,2%) Chipre (1,2%) Portugal (1,3%)	Roménia (0,0%) Grécia (0,1%) Portugal (0,4%) França (0,5%)
Países com a prevalência mais elevada	Reino Unido (12,9%) Dinamarca (10,3%) Irlanda (6,4%) Letónia (6,1%)	Estónia (2,5%) Bulgária (2,1%) Dinamarca, Reino Unido (2,0%) Alemanha, Letónia (1,9%)
NB:	As estimativas europeias são calculadas a partir das estimativas das taxas de prevalência nacionais ponderadas de acordo com a população do grupo etário pertinente em cada país. Para obter estimativas do número global de consumidores existente na Europa, a média europeia é aplicada aos países que não possuem dados da prevalência (os quais não representam mais de 6% da população-alvo de jovens adultos, segundo as estimativas de consumo do ano passado, e de 3% da população-alvo das restantes estimativas). Populações utilizadas como base: 15-64, 338 milhões; 15-34, 130 milhões. Uma vez que as estimativas europeias se baseiam nos inquéritos realizados entre 2004 e 2010/2011 (principalmente no período de 2008 a 2010), não se referem a um ano único. Os dados aqui resumidos estão disponíveis em «Inquéritos à população em geral» no Boletim Estatístico de 2012.	

global de novos utentes em início de tratamento devido ao consumo de metanfetaminas, e um incremento substancial entre 2009 e 2010 <sup>(63)</sup>.

Os consumidores de anfetaminas que iniciam tratamento têm, em média, 30 anos e apresentam um rácio entre homens e mulheres (dois homens para cada mulher) inferior ao de qualquer outra droga ilícita. Nos países onde os consumidores de anfetaminas constituem a maior percentagem das pessoas em início de tratamento, muitas delas referem que consomem essa droga injetada. Na Finlândia, Letónia, República Checa, Suécia e Noruega, entre 63% e 80% dos utentes que têm as anfetaminas como droga principal referiram tê-la injetado <sup>(64)</sup>. Um nível mais baixo de consumo de anfetaminas injetadas (34%) foi comunicado pela Eslováquia, onde tem vindo a diminuir desde 2005 <sup>(65)</sup>.

### Ecstasy

As estimativas da prevalência sugerem que cerca de 11,5 milhões de europeus experimentaram *ecstasy* e que aproximadamente 2 milhões consumiram essa droga no último ano (ver no quadro 6 uma síntese dos dados). O consumo desta droga no último ano está concentrado entre os jovens adultos, com níveis de consumo geralmente muito mais elevados entre os homens do que entre as mulheres em todos os países. Na faixa etária dos 15 aos 34 anos, a prevalência ao longo da vida do consumo de *ecstasy* varia entre menos de 0,6% e 12,4%, comunicando a maioria dos países estimativas na ordem de 2,1%-5,8% <sup>(66)</sup>.

Entre os estudantes de 15-16 anos, a prevalência do consumo de *ecstasy* ao longo da vida varia entre

<sup>(63)</sup> Ver quadros TDI-5 (parte ii) e TDI-22 no Boletim Estatístico de 2012.

<sup>(64)</sup> Ver quadros TDI-5 (parte iv) e TDI-37 no Boletim Estatístico de 2012.

<sup>(65)</sup> Ver quadros TDI-2 (parte i), TDI-3 (parte iii), TDI-5 (parte ii) e TDI-36 (parte iv) no Boletim Estatístico de 2012. Ver também quadro TDI-17 nos Boletins Estatísticos de 2007 e de 2012.

<sup>(66)</sup> Ver quadro GPS-1 (parte iii) no Boletim Estatístico de 2012.

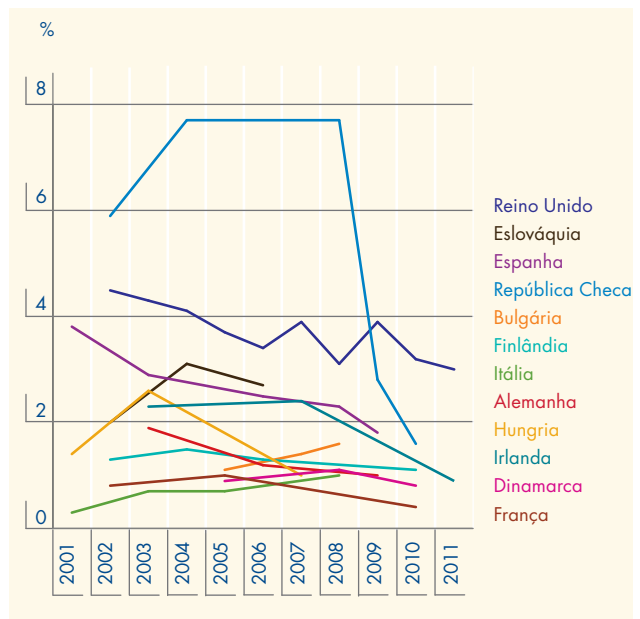
1% e 4% nos países europeus em que se realizaram inquéritos em 2011 <sup>(67)</sup>, tendo apenas o Reino Unido mencionado níveis de prevalência de 4%, tanto no inquérito ESPAD como no inquérito escolar nacional inglês. O inquérito escolar nacional espanhol menciona 2%. Para efeitos de comparação, a prevalência do consumo desta droga ao longo da vida entre a população escolar da mesma faixa etária nos Estados Unidos é estimada em 7%.

Estudos específicos permitem observar o consumo «recreativo» de drogas estimulantes pelos jovens adultos que frequentam uma variedade de contextos de diversão noturna em toda a Europa. Está disponível informação sobre a prevalência do consumo de *ecstasy* entre os frequentadores de locais de diversão noturna e com música de dança em 2010-2011 para dois países, a República Checa (33%) e os Países Baixos (54%). O consumo de *ecstasy* era mais comum do que o de anfetaminas em ambas as amostras. Um estudo na Internet, realizado em 2012 pelo Reino Unido, indicou que o consumo de *ecstasy* no último ano entre os frequentadores regulares de discotecas naquele país foi superior ao consumo de *cannabis* (Mixmag, 2012). Num inquérito realizado pela Dinamarca em clubes noturnos, 40% dos inquiridos (com uma média de idades de 32 anos) referiram que em dado momento da sua vida tinham experimentado uma droga ilícita que não a *cannabis* (normalmente cocaína, anfetaminas ou *ecstasy*). Os dados provenientes de amostras recolhidas em locais e de inquéritos realizados através da Internet devem, contudo, ser interpretados com cautela.

Em cinco dos seis países que referem níveis de consumo de *ecstasy* no último ano acima da média, e relativamente aos quais é possível traçar as tendências, o ponto mais alto desse consumo na faixa etária dos 15 aos 34 anos foi normalmente atingido no início da década de 2000, tendo depois diminuído (Eslováquia, Espanha, Estónia, Reino Unido e República Checa) (figura 8). No período de 2005-2010, estes países comunicaram tendências de consumo estáveis ou decrescentes entre os jovens adultos no último ano (15-34 anos).

Poucos consumidores de droga iniciam tratamento devido a problemas associados ao *ecstasy*. Em 2010, o *ecstasy* foi mencionado como droga principal de consumo por 1%, ou menos, dos utentes (quase 1 000, na totalidade) em início de tratamento em todos os países europeus <sup>(68)</sup>.

**Figura 8** — Tendências da prevalência do consumo de *ecstasy* no último ano entre os jovens adultos (15-34 anos)



NB: Apenas são apresentados dados de países que tenham realizado pelo menos três inquéritos. Ver figura GPS-21 no Boletim Estatístico de 2012 para mais informações.

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

### Alucinogénios, GHB e cetamina

Entre os jovens adultos (15-34 anos), a prevalência estimada do consumo de LSD ao longo da vida na Europa varia entre 0,1% e 5,4%. São mencionados níveis de prevalência muito mais baixos para o consumo no último ano <sup>(69)</sup>. A maioria dos poucos países que fornecem dados comparáveis refere níveis de consumo de cogumelos alucinogénios superiores aos do LSD, tanto entre a população em geral como entre a população escolar. As estimativas da prevalência ao longo da vida para o consumo de cogumelos alucinogénios entre os jovens adultos variam entre 0,3% e 8,1%, e as da prevalência no último ano entre 0,0% e 2,2%. Entre a população escolar de 15-16 anos, a maior parte dos países comunica estimativas da prevalência ao longo da vida do consumo de cogumelos alucinogénios de 1% a 4% <sup>(70)</sup>.

As estimativas da prevalência do consumo de GHB e cetamina entre as populações adulta e escolar são muito inferiores às do consumo de *ecstasy*. Nos Países Baixos, onde o GHB foi incluído pela primeira no inquérito à população geral realizado em 2009, 0,4% da população adulta (15-64 anos) comunicou ter consumido

<sup>(67)</sup> Ver quadro EYE-11 no Boletim Estatístico de 2012.

<sup>(68)</sup> Ver quadros TDI-5, TDI-8, e TDI 37 no Boletim Estatístico de 2012

<sup>(69)</sup> Ver quadro GPS-1 no Boletim Estatístico de 2012.

<sup>(70)</sup> Dados do ESPAD relativos a todos os países menos Espanha. Ver figura EYE-3 (parte v) no Boletim Estatístico de 2011



<b>Quadro 6 – Prevalência do consumo de <i>ecstasy</i> na população em geral: resumo dos dados</b>		
Faixa etária	Período de consumo	
	Ao longo da vida	Último ano
<b>15-64 anos</b>		
Número estimado de consumidores na Europa	11,5 milhões	2 milhões
Média europeia	3,4%	0,6%
Variação	0,4%-8,3%	0,1%-1,6%
Países com a prevalência mais baixa	Grécia (0,4%) Roménia (0,7%) Noruega (1,0%) Polónia (1,2%)	Suécia (0,1%) França, Grécia, Roménia (0,2%) Dinamarca, Polónia, Noruega (0,3%)
Países com a prevalência mais elevada	Reino Unido (8,3%) Irlanda (6,9%) Países Baixos (6,2%) Espanha (4,9%)	Eslováquia (1,6%) Letónia (1,5%) Países Baixos, Reino Unido (1,4%) Estónia (1,2%)
<b>15-34 anos</b>		
Número estimado de consumidores na Europa	7,5 milhões	1,5 milhões
Média europeia	5,7%	1,3%
Variação	0,6%-12,4%	0,2%-3,1%
Países com a prevalência mais baixa	Grécia (0,6%) Roménia (0,9%) Polónia, Noruega (2,1%) Portugal (2,6%)	Suécia (0,2%) França, Grécia, Roménia (0,4%) Noruega (0,6%) Polónia (0,7%)
Países com a prevalência mais elevada	Reino Unido (12,4%) Países Baixos (11,6%) Irlanda (10,9%) Letónia (8,5%)	Países Baixos (3,1%) Reino Unido (3,0%) Eslováquia, Letónia (2,7%) Estónia (2,3%)
<b>NB:</b>	As estimativas europeias são calculadas a partir das estimativas das taxas de prevalência nacionais ponderadas de acordo com a população do grupo etário pertinente em cada país. Para obter estimativas do número global de consumidores existente na Europa, a média da União Europeia é aplicada aos países que não possuem dados da prevalência (os quais não representam mais de 3% da população-alvo). Populações utilizadas como base: 15-64, 338 milhões; 15-34, 130 milhões. Uma vez que as estimativas europeias se baseiam nos inquéritos realizados entre 2004 e 2010-2011 (principalmente no período de 2008 a 2010), não se referem a um ano único. Os dados aqui resumidos estão disponíveis em «Inquéritos à população em geral» no Boletim Estatístico de 2012.	

essa droga no último ano, um valor semelhante ao da prevalência do consumo de anfetaminas no último ano. O British Crime Survey, um dos poucos inquéritos nacionais que seguem a evolução do consumo de cetamina, registou um aumento do consumo desta substância no último ano entre jovens de 16 a 24 anos: de 0,8 em 2006-2007 para 2,1% em 2010-2011.

Os inquéritos específicos efetuados em locais de diversão noturna fornecem uma indicação das drogas que estão disponíveis nesses locais, embora as taxas de prevalência sejam difíceis de interpretar. Estudos recentes da República Checa e dos Países Baixos, bem como um inquérito do Reino Unido realizado através da Internet, referem estimativas da prevalência ao longo da vida do consumo de GHB que variam entre 4% e 11% e estimativas em relação à cetamina que variam entre 8% e 48%, consoante o local ou o grupo inquirido. Na Dinamarca, o inquérito efetuado em clubes noturnos indicou que cerca de 10% dos inquiridos tinham consumido cetamina, GHB, cogumelos alucinogénios

ou LSD. Os resultados do estudo de 2011 efetuado em discotecas «gay friendly» no sul de Londres apontaram para níveis elevados de consumo destas substâncias entre alguns subgrupos da população, tendo 24% dos inquiridos classificado o GHB como a sua droga preferida e manifestado a intenção de a consumir durante a própria noite do inquérito, e mais de 10% dado uma resposta semelhante em relação à cetamina (Wood e outros, 2012b). Entre os indivíduos que responderam ao inquérito através da Internet realizado no Reino Unido, que foram identificados como frequentadores regulares de discotecas, 40% referiram o consumo de cetamina no último ano e 2% o consumo de GHB no último ano (Mixmag, 2012).

### Consequências do consumo de anfetaminas para a saúde

Têm sido realizados muitos estudos sobre as consequências do consumo de anfetaminas para a saúde em países

onde o consumo fumado de metanfetaminas em cristal, que é praticamente inexistente na Europa, constitui uma parte significativa do problema da droga. Embora muitos dos efeitos para a saúde documentados nestes estudos tenham sido também registados entre os consumidores de anfetaminas na Europa, não é certo que as suas conclusões possam ser diretamente aplicáveis à situação europeia.

O consumo ilícito de anfetaminas tem sido associado a um vasto conjunto de efeitos adversos agudos, entre os quais figuram a agitação, dores de cabeça, tremor, náuseas, cólicas abdominais, sudação, tonturas e diminuição do apetite (OEDT, 2010c). Os consumidores com problemas de saúde mental subjacentes enfrentam o maior risco de sofrer efeitos psicológicos e psiquiátricos adversos, que podem ir desde o mau humor, ansiedade, agressividade e depressão à psicose paranoica aguda. Quando os efeitos estimulantes da droga se dissipam, os consumidores podem sentir sonolência e problemas de discernimento e cognição.

Entre os efeitos adversos crónicos associados ao consumo de anfetaminas figuram as complicações cardiovasculares, devido ao risco cumulativo de doenças coronárias e cardíacas e à hipertensão pulmonar. Num contexto de consumo crónico ou de patologias cardiovasculares preexistentes, o consumo de anfetaminas pode desencadear episódios graves e potencialmente mortais (isquemia miocárdica e enfarte). Além disso, o consumo prolongado de anfetaminas tem sido associado a lesões cerebrais e do sistema nervoso, à psicose e a uma variedade de distúrbios de personalidade e de humor.

Existem provas cabais de que o consumo regular e intensivo de anfetaminas pode gerar uma síndrome de dependência de anfetaminas. Entre os sintomas de abstinência associados podem figurar a ânsia por essa droga e a depressão com um risco acrescido de suicídio (Jones e outros, 2011).

O consumo de anfetaminas injetadas aumenta o risco de doenças infecciosas (VIH e hepatite) para os consumidores, enquanto as taxas elevadas de comportamento sexual de risco os torna mais vulneráveis às infeções sexualmente transmitidas. Além disso, a falta de alimentação e de sono pode ter consequências nocivas para a saúde. O consumo de anfetaminas durante a gravidez está associado ao baixo peso à nascença, aos nascimentos prematuros e ao aumento da morbilidade fetal.

## Prevenção em contextos recreativos

Apesar dos elevados níveis de consumo de droga observados em alguns contextos recreativos,

só 11 países referem estratégias de prevenção ou de redução dos danos nesses contextos. Estas estratégias tendem a centrar-se, quer a nível individual, quer a nível ambiental. Os projetos centrados a nível individual incluem intervenções de educação pelos pares e equipas móveis (como é o caso dos implementados na Bélgica, na República Checa e no Reino Unido) que fornecem aconselhamento e informação sobre drogas, prestam tratamento médico e distribuem materiais com vista à redução dos danos. Outras das abordagens comunicadas centradas a nível individual incluem intervenções em festivais de música e em eventos recreativos de grande envergadura, que visam os jovens que estão potencialmente em risco de vir a ter problemas. São exemplos de intervenções neste âmbito ações de despistagem rápida para detetar problemas de droga, primeiros socorros e intervenções em caso de efeitos adversos do consumo (*bad trip*).

Existe um conjunto de abordagens regulamentares que visa os contextos de diversão noturna, incidindo frequentemente no licenciamento de estabelecimentos de venda de bebidas alcoólicas e na aplicação de estratégias de venda responsável das mesmas. Estas intervenções destinam-se a melhorar a segurança do pessoal e dos visitantes nos locais de diversão noturna mediante o estabelecimento de uma cooperação formal entre os principais intervenientes em contextos festivos (as autoridades locais, a polícia e os proprietários dos estabelecimentos).

As abordagens centradas no ambiente podem incluir iniciativas em matéria de gestão de multidões, acesso a água gratuita e transportes noturnos seguros. O projeto «After taxi», na Eslovénia, subsidia o transporte em táxi para jovens entre os 16 e os 30 anos de idade. Os dados disponíveis sugerem que este projeto poderia contribuir para reduzir os acidentes, não reduzindo contudo os danos associados ao consumo de álcool ou de drogas (Calafat e outros, 2009). Entre outros exemplos de abordagens em matéria de prevenção ambiental em contextos recreativos figuram os rótulos de qualidade «safe-partying» (festa segura) promovidos pelo projeto europeu «Party+» na Bélgica, Dinamarca, Espanha, Países Baixos, Eslovénia e Suécia. Os dados sugerem que o êxito das medidas regulamentares na prevenção de comportamentos de risco em locais de diversão noturna dependerá de fatores de implementação. É igualmente importante que as intervenções de prevenção em bares e clubes visem os membros do pessoal, em virtude do seu próprio consumo de drogas e álcool e da sua atitude face a estas substâncias.

A ação Healthy Nightlife Toolbox recentemente lançada, inclui três bases de dados (intervenções avaliadas, revisões bibliográficas e dados pormenorizados de peritos que trabalham nesta área) e um manual que fornece orientações para uma vida noturna saudável e segura. Esta ação salienta que as medidas preventivas em contextos recreativos devem abordar conjuntamente o consumo de álcool e o consumo de drogas ilícitas, uma vez que estas substâncias causam problemas semelhantes e são frequentemente consumidas em simultâneo. Põe igualmente em evidência o facto de as intervenções preventivas em contextos recreativos poderem ter impactos benéficos numa série de comportamentos e danos problemáticos, desde problemas de saúde agudos relacionados com o consumo de drogas e álcool, à violência, condução sob a influência destas substâncias e relações sexuais desprotegidas ou contactos sexuais não desejados.

## Tratamento

### Consumo problemático de anfetaminas

As opções de tratamento ao dispor dos consumidores de anfetaminas na Europa diferem consideravelmente de país para país. Nos países da Europa Setentrional e Central que têm um longo historial de tratamento de consumidores de anfetaminas, existem alguns programas adaptados às suas necessidades. Nos países da Europa Central e Oriental, onde o consumo problemático significativo de anfetaminas é mais recente, os sistemas de tratamento estão essencialmente direcionados para os consumidores problemáticos de opiáceos, embora estejam a orientar-se cada vez mais para responder às necessidades dos consumidores de anfetaminas. Nos países da Europa Ocidental e Meridional, com baixos níveis de consumo problemático de anfetaminas, existe uma falta de serviços específicos que pode dificultar o acesso dos consumidores de anfetaminas ao tratamento (OEDT, 2010c).

Em 2011, 12 países europeus comunicaram a disponibilidade de programas de tratamento especializados para os consumidores de anfetaminas que o procuram ativamente, um aumento face aos oito países que o fizeram em 2008. Segundo as estimativas de peritos nacionais da República Checa, Alemanha, Lituânia, Eslováquia e Reino Unido a maioria dos consumidores de anfetaminas necessitados de tratamento estava coberta pelos programas existentes no país, enquanto nos outros sete países só uma minoria dispunha dessa cobertura. A Bulgária e a Hungria comunicaram que se prevê a implementação de programas de

tratamento específicos para consumidores de anfetaminas nos próximos três anos.

As principais opções de tratamento dos consumidores de anfetaminas são as intervenções psicossociais prestadas nos serviços de tratamento da toxicodependência em regime ambulatorio. Estas intervenções incluem entrevistas de aumento da motivação, terapia cognitivo-comportamental, formação em autocontrolo e aconselhamento comportamental. As abordagens psicológicas utilizadas para a dependência de metanfetaminas e anfetaminas mais frequentemente estudadas são a terapia cognitivo-comportamental e a gestão de contingência, por vezes conjugadas (Lee e Rawson, 2008). Ambas as abordagens parecem estar associadas a resultados positivos. Os consumidores mais problemáticos, por exemplo aqueles em que a dependência dessa droga é complicada pela co-ocorrência de doenças psiquiátricas, podem ser tratados nos serviços de tratamento da toxicodependência em regime de internamento, bem como em clínicas ou hospitais psiquiátricos. Na Europa, são administrados medicamentos, nomeadamente antidepressivos, sedativos e antipsicóticos, para o tratamento dos sintomas de abstinência no início da desintoxicação, que tem normalmente lugar em serviços de psiquiatria especializados em regime de internamento.

Por vezes é prescrito um tratamento com antipsicóticos a longo prazo, caso existam psicopatologias duradouras devido ao consumo crónico de anfetaminas. Os profissionais de saúde europeus afirmam que os sintomas psicológicos, como as lesões autoinfligidas, a violência, a agitação e depressão, frequentemente apresentados pelos consumidores problemáticos de anfetaminas, podem exigir uma avaliação completa da saúde mental, tratamento e um acompanhamento cuidadoso. Esses casos são frequentemente tratados em estreita ligação com os serviços de saúde mental.

### Estudos sobre o tratamento da dependência de anfetaminas

Os níveis de remissão espontânea da dependência de anfetaminas, sem intervenção de tratamento, foram mais elevados para os consumidores de anfetaminas do que para os consumidores de outras substâncias que causam dependência, com casos de remissão registados em quase uma em cada duas pessoas durante um determinado ano (Calabria e outros, 2010).

Têm sido estudados vários medicamentos para o tratamento da dependência de anfetaminas

e metanfetaminas, mas até à data ainda não foram apresentadas provas sólidas para qualquer terapia farmacológica (Karila e outros, 2010). Embora tenha sido comunicado que a aplicação de terapias baseadas no modafinil, bupropiona ou naltrexona conduziram a alguma redução no consumo de anfetaminas ou metanfetaminas, impõe-se a realização de mais investigação no sentido de esclarecer as possibilidades que aquelas substâncias oferecem no tratamento de doentes dependentes das anfetaminas.

A dexanfetamina e o metilfenidato revelaram ter potencial como terapias de substituição para a dependência das anfetaminas ou metanfetaminas. Um estudo-piloto sugeriu que a dexanfetamina pode aumentar a participação dos doentes dependentes de anfetaminas no tratamento (Shearer e outros, 2001), e num ensaio recente a dexanfetamina de libertação constante aumentou a manutenção em tratamento e obteve um nível mais baixo de dependência das anfetaminas entre os doentes (Longo e outros, 2010). Um estudo aleatório revelou que o metilfenidato pode efetivamente reduzir o consumo intravenoso nos doentes com grave dependência de anfetaminas.

#### **A dependência do gama-hidroxibutirato e respetivo tratamento**

A dependência do gama-hidroxibutirato (GHB) é um problema clínico reconhecido, com uma síndrome de

abstinência potencialmente grave quando a droga é retirada de forma abrupta, após um consumo regular ou crónico. Existem indícios de que pode surgir dependência física em consumidores recreativos, e foram documentados casos de ocorrência de sintomas de abstinência após a cessação do consumo de GHB e seus precursores. Também foram registados casos de dependência de GHB entre antigos alcoólicos (Richter e outros, 2009).

Até à data, a investigação centrou-se exclusivamente na descrição da síndrome de abstinência de GHB e complicações a ela associadas, as quais podem ser difíceis de reconhecer em casos de emergência (van Noorden e outros, 2009). Entre estes sintomas podem figurar a ansiedade, o tremor, a insónia e a agitação. Os doentes podem ainda desenvolver psicose e delírio no decurso da desintoxicação. É possível gerir uma desintoxicação suave em regime ambulatorio, mas se não for esse o caso recomenda-se que a desintoxicação seja realizada sob vigilância em regime de internamento. Por enquanto, não foram elaborados quaisquer protocolos normalizados para o tratamento da síndrome de abstinência de GHB.

As benzodiazepinas e os barbitúricos são os medicamentos mais utilizados para tratar a síndrome de abstinência de GHB. Nos Países Baixos, está a ser investigada a desintoxicação controlada de GHB mediante a aplicação de uma dose ajustada da forma farmacêutica do GHB.

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

## Capítulo 5

### Cocaína e cocaína-crack

#### Introdução

A cocaína continua a ser a segunda droga ilícita mais consumida na Europa em geral, embora os níveis de prevalência e as tendências difiram consideravelmente entre os países. Só se observam níveis elevados de consumo de cocaína num pequeno número de países, na sua maioria da Europa Ocidental, enquanto no resto do mundo o consumo desta droga continua a ser limitado. Verifica-se também uma diversidade considerável entre os consumidores de cocaína, incluindo os consumidores ocasionais, os consumidores regulares integrados socialmente e os consumidores mais marginalizados e frequentemente dependentes, que consomem cocaína injetável ou cocaína-crack.

#### Oferta e disponibilidade

##### Produção e tráfico

As plantações de coca, matéria-prima da cocaína, continuam a concentrar-se em três países da região andina,

a Bolívia, a Colômbia e o Peru. O UNODC (2012) estima que a área ocupada por plantações de coca em 2010 foi de 149 000 hectares, o que significa um decréscimo de 6% em relação à área de 159 000 hectares estimada em 2009. Esta diminuição foi em grande medida atribuída à redução da superfície cultivada com coca na Colômbia, a qual foi compensada apenas parcialmente por aumentos na Bolívia e no Peru. O cultivo total de 149 000 hectares desta planta traduziu-se numa potencial produção de entre 788 e 1 060 toneladas de hidrocloreto de cocaína puro, em comparação com uma estimativa de 842 – 1 111 toneladas em 2009 (UNODC, 2012; ver também quadro 7).

O processo de transformação das folhas de coca em hidrocloreto de cocaína continua a estar localizado sobretudo na Bolívia, na Colômbia e no Peru, embora também possa ter lugar noutros países. A importância da Colômbia na produção de cocaína é confirmada pelas informações sobre os laboratórios desmantelados e as apreensões de permanganato de potássio, um reagente químico utilizado no fabrico de

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

	Cocaína em pó (hidrocloreto)	Crack (cocaína-base) <sup>(1)</sup>
<b>Estimativa da produção mundial (toneladas de cocaína pura)</b>	788-1 060	sd
<b>Quantidade apreendida a nível mundial (toneladas de cocaína, grau de pureza desconhecido)</b>	694	sd
<b>Quantidade apreendida (toneladas)</b>		
União Europeia e Noruega (incluindo Croácia e Turquia)	61 (61)	0,07 (0,07)
<b>Número de apreensões</b>		
União Europeia e Noruega (incluindo Croácia e Turquia)	86 000 (88 000)	7 000 (7 000)
<b>Preço médio de venda a retalho (euros por grama)</b>	45-144	49-58
<b>Variação (intervalo interquartilico) <sup>(2)</sup></b>	(49,9-73,4)	
<b>Pureza média (%)</b>	22-55	10-62
<b>Variação (intervalo interquartilico) <sup>(2)</sup></b>	(27,9-45,9)	

NB: Todos os dados são relativos a 2010; sd, sem dados.

Fontes: UNODC (2012) para os valores a nível mundial, Pontos focais nacionais da Reitox para os dados europeus.

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

<sup>(2)</sup> Intervalo da metade central dos dados notificados.

hidroclorato de cocaína. Em 2010, na Colômbia, foram desmantelados 2 623 laboratórios de produção de cocaína (UNODC, 2012) e foram apreendidas, no total, 26 toneladas de permanganato de potássio (81% das apreensões a nível mundial) (INCB, 2012a).

A cocaína com destino ao continente europeu parece transitar através da maior parte dos países da América do Sul e da América Central, mas sobretudo através da Argentina, do Brasil, do Equador, da Venezuela e do México. As ilhas das Caraíbas também são frequentemente utilizadas no transbordo da droga para a Europa. Nos últimos anos, foram identificadas rotas alternativas através da África Ocidental (OEDT e Europol, 2010) e da África do Sul (INCB, 2011b).

A Bélgica, Espanha, Países Baixos e Portugal parecem ser os pontos de entrada da cocaína na Europa. No interior da Europa, os relatórios mencionam frequentemente a Alemanha, França e o Reino Unido como importantes países de trânsito ou de destino. O Reino Unido calcula que entrem no seu território 25 a 30 toneladas de cocaína por ano. Relatórios recentes também indicam que o tráfico de cocaína está a expandir-se para leste (OEDT e Europol, 2010). A cocaína é, cada vez mais, introduzida ilegalmente através do leste e sudeste da Europa, sobretudo através da rota dos Balcãs (INCB, 2012b) e de portos localizados na Letónia e na Lituânia. Em particular, em 2010, foram apreendidas quantidades excecionalmente elevadas de cocaína na Estónia, na Letónia na Lituânia e na Turquia.

### Apreensões

A cocaína é a droga mais traficada a nível mundial, a seguir à *cannabis* herbácea e à resina de *cannabis*. Em 2010, as apreensões mundiais de cocaína permaneceram geralmente estáveis em cerca de 694 toneladas (quadro 7) (UNODC, 2012). A América do Sul continuou a registar a maior quantidade apreendida, sendo responsável por 52% do valor global, seguida pela América do Norte, com 25%, pela América Central, com 12%, e pela Europa, com 9% (UNODC, 2012).

Após o aumento registado durante 20 anos, o número de apreensões de cocaína na Europa atingiu o nível máximo em 2008 com 100 000 casos, tendo, em 2010, diminuído para um número estimado de 88 000 casos. A quantidade total de cocaína apreendida atingiu o nível máximo em 2006, tendo então diminuído para metade em 2009 (59 toneladas), devido, em grande medida, ao decréscimo das quantidades apreendidas em Espanha e Portugal<sup>(71)</sup>. As quantidades de cocaína apreendidas

na Europa, em 2010, aumentaram ligeiramente, segundo as estimativas, para de 61 toneladas, principalmente devido ao aumento das apreensões efetuadas na Bélgica e a uma paragem na tendência descendente registada em Espanha e em Portugal. Em 2010, Espanha continuou a ser o país que comunica tanto o número mais elevado de apreensões de cocaína como a quantidade mais elevada desta droga apreendida na Europa.

### Pureza e preço

Em 2010, a pureza média da cocaína analisada variou entre 27% e 46% em metade dos países que forneceram dados. Os valores mais baixos foram registados na Hungria (22%), na Dinamarca e no Reino Unido (Inglaterra e País de Gales) (em ambos, só a venda a retalho, 24%), tendo os mais elevados sido registados na Bélgica (55%), na Turquia (53%) e nos Países Baixos (52%)<sup>(72)</sup>. Dos 23 países que forneceram dados suficientes para analisar as tendências da pureza da cocaína no período de 2005-2010, 20 comunicaram uma diminuição, tendo três (a Alemanha,

### Tráfico de droga através da aviação geral

O tráfico de droga por via aérea tem vindo a tornar-se uma questão de relevo nos últimos anos, sendo que a maioria dos carregamentos de cocaína, heroína e estimulantes do tipo das anfetaminas provenientes de África são transportados por avião para a Europa, UNODC (2011b). O grupo «Aeroportos» inserido no grupo «Pompidou» do Conselho da Europa foi criado para desenvolver e harmonizar instrumentos e sistemas destinados a melhorar a deteção de drogas nos aeroportos europeus. Com o apoio dos gabinetes regionais de ligação e de informações para a Europa Ocidental e a Organização Mundial das Alfândegas, funcionários de 35 países, localizados principalmente na Europa, analisam anualmente dados sobre as apreensões relacionadas com o transporte aéreo e serviços postais. Em 2010, as agências alfandegárias dos países participantes intercetaram cerca de 15 toneladas de drogas ilícitas, sendo mais de metade cocaína, em aeroportos e serviços postais.

A aviação geral, a utilização não-comercial de aeronaves ligeiras e de médio porte, voando a partir de aeródromos de pequena dimensão, tem sido identificada como uma questão problemática, pois pode ser utilizada por organizações criminosas de tráfico de droga. Com o objetivo de harmonizar abordagens, o «Grupo Aeroportos» publicou, em 2003, um manual sobre a organização e realização de operações de controlo para a aviação geral. Em resposta às conclusões do Conselho da União Europeia de 2010, que incentiva os Estados-Membros a concentrarem-se neste risco, o grupo «Aeroportos» criou igualmente um grupo de trabalho que estabeleceu 20 indicadores-chave de risco relativos ao tráfico de droga através da aviação geral.

<sup>(71)</sup> Ver quadro SZR-9 e SZR-10 no Boletim Estatístico de 2012.

<sup>(72)</sup> Ver quadros PPP-3 e PPP-7 no Boletim Estatístico de 2012 para os dados relativos à pureza e ao preço.



### Análise de águas residuais: um estudo em 19 cidades

A epidemiologia das águas dos esgotos ou a análise de águas residuais é uma disciplina científica que se está desenvolver rapidamente e que poderá servir para monitorizar as tendências do consumo de drogas ilícitas a nível da população. Utilizando uma fonte de águas residuais para a recolha de uma amostra (por exemplo, esgotos afluentes de uma estação de tratamento de águas residuais), os cientistas podem estimar a quantidade total de drogas consumidas por uma comunidade através da medição dos níveis de metabolitos de drogas ilícitas expelidos na urina.

Em março de 2011, um estudo piloto europeu recolheu e analisou amostras de águas residuais de 19 cidades em 12 países europeus<sup>(1)</sup>, representando uma população conjunta de aproximadamente 15 milhões de europeus (Thomas e outros, no prelo).

O consumo de cocaína foi avaliado, medindo a concentração de benzoilecgonina, um metabolito da cocaína, nas águas residuais. Os resultados variaram bastante entre as cidades e países, registando-se os níveis mais elevados em cidades da Bélgica e Países Baixos, em que a estimativa do consumo de cocaína na comunidade se situou entre 500 e 2 000 miligramas por dia, num universo de 1 000 habitantes. As estimativas mais baixas registaram-se em cidades da Europa Setentrional e Oriental (2-146 miligramas por dia num universo de 1 000 habitantes). Na maioria das cidades, os níveis de consumo de cocaína aumentaram durante o fim de semana, refletindo um consumo com caráter recreativo.

Os resultados dos estudos de águas residuais devem ser cautelosamente interpretados. Em particular, as conclusões de um estudo seletivo não podem ser extrapoladas de modo a representar os níveis de consumo nacionais. Para além disso, os resultados de várias cidades nem sempre são comparáveis, devido às diferenças de amostragem e incertezas associados à fiabilidade das medições interlaboratoriais. No entanto, embora esses métodos não forneçam em pormenor os dados sobre a prevalência produzidos por inquéritos sobre o consumo de droga (por exemplo, consumo ao longo da vida, recente e atual), a sua capacidade de fornecer estimativas objetivas e oportunas de consumo de drogas ilícitas numa população-alvo faz deles um complemento útil para a monitorização das atuais ferramentas.

<sup>(1)</sup> Para mais informação, ver o sítio web do OEDT.

a Letónia e Portugal) observado uma tendência estável ou crescente. Globalmente, o nível de pureza da cocaína na União Europeia diminuiu, em média, cerca de 22% no período de 2005-2010<sup>(73)</sup>.

Em 2010, o preço médio de venda a retalho da cocaína oscilou entre 49 euros e 74 euros por grama na maioria dos países que forneceram informações.

Os Países Baixos e a Polónia comunicaram o preço médio mais baixo (45 euros), tendo o Luxemburgo comunicado o preço médio mais elevado (144 euros). Dos 23 países com dados suficientes para permitir uma comparação, 20 comunicaram uma estabilização ou uma diminuição dos preços de venda a retalho da cocaína entre 2005 e 2010. Estima-se que, no mesmo período, o preço de venda a retalho da cocaína na União Europeia tenha diminuído, em média, 18%<sup>(74)</sup>.

### Prevalência e padrões de consumo

Em alguns países europeus, um número significativo de pessoas só consome cocaína a título experimental, uma ou duas vezes na vida (Van der Poel e outros, 2009). Entre os consumidores de cocaína mais regulares é possível distinguir dois grandes grupos. O primeiro é constituído por consumidores mais integrados socialmente, que tendem a consumir a cocaína ao fim de semana, em festas ou noutras ocasiões especiais, por vezes em grandes quantidades. Muitos desses consumidores dizem controlar o seu consumo de cocaína estabelecendo regras, por exemplo, em relação à quantidade, à frequência ou ao contexto do consumo. O segundo grupo é composto por consumidores intensivos de cocaína e de *crack* pertencentes a grupos mais marginalizados ou desfavorecidos socialmente, incluindo antigos ou atuais consumidores de opiáceos, que consomem *crack* ou cocaína injetada.

### Consumo de cocaína entre a população em geral

Ao longo da última década, a cocaína impôs-se como a droga estimulante mais consumida na Europa, apesar de a maior parte dos consumidores se encontrar num pequeno número de países com prevalência elevada, alguns dos quais muito populosos. Estima-se que cerca de 15,5 milhões de europeus tenham consumido cocaína pelo menos uma vez na vida, uma média de 4,6% dos adultos entre os 15 e os 64 anos (ver síntese dos dados no quadro 8). Os valores nacionais variam entre 0,3% e 10,2%, sendo que metade dos 24 países, incluindo a maior parte dos da Europa Central e Oriental, mencionam baixos níveis de prevalência ao longo da vida (0,5%-2,5%).

Estima-se que cerca de 4 milhões de europeus tenham consumido a droga no último ano (1,2% em média). Os resultados de inquéritos nacionais recentes indicam estimativas da prevalência no último ano entre 0,1% e 2,7%. A estimativa da prevalência do consumo de cocaína no último mês na Europa corresponde

<sup>(73)</sup> Ver figura PPP-2 no Boletim Estatístico de 2012.

<sup>(74)</sup> Ver figura PPP-1 no Boletim Estatístico de 2012.

a cerca de 0,5% da população adulta, ou seja, aproximadamente 1,5 milhões de pessoas.

A Espanha, Irlanda, Itália e Reino Unido referem no último ano níveis de consumo de cocaína superiores à média europeia. Em todos estes países, os dados relativos à prevalência no último ano indicam que a cocaína é a droga estimulante ilícita mais consumida.

### Consumo de cocaína entre os jovens adultos

Na Europa, estima-se que cerca de 8 milhões de jovens adultos (15-34 anos), ou seja, uma média de 6,3%, tenham consumido cocaína pelo menos uma vez na vida. Os valores nacionais variam entre 0,7% e 13,6%. A média europeia para o consumo de cocaína no último ano nesta faixa etária é estimada em 2,1% (cerca de 3 milhões) e para o consumo no último mês em 0,8% (1 milhão).

O consumo é particularmente elevado entre os jovens do sexo masculino (15-34 anos), com uma prevalência do consumo de cocaína no último ano entre 4% e 6,5% na Dinamarca, Irlanda, Espanha, Itália e Reino Unido <sup>(75)</sup>. Em 16 dos países que comunicaram dados, o rácio entre homens e mulheres no que respeita à prevalência do consumo de cocaína no último ano entre os jovens adultos é, pelo menos, de 2 para 1 <sup>(76)</sup>.

Alguns inquéritos específicos assinalam elevados níveis de consumo de cocaína entre os que frequentam regularmente clubes e outros espaços recreativos. Por exemplo, na cidade de Amsterdão, um estudo dos frequentadores de bares, realizado em 2010, mencionou uma prevalência do consumo de cocaína no último ano de 24%. Na República Checa, em 2010, entre mais de 1 000 pessoas que responderam a um questionário

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

Faixa etária	Período de consumo		
	Ao longo da vida	Último ano	Último mês
<b>15-64 anos</b>			
Número estimado de consumidores na Europa	15,5 milhões	4 milhões	1,5 milhões
Média europeia	4,6%	1,2%	0,5%
Variação	0,3%-10,2%	0,1%-2,7%	0,0%-1,3%
Países com a prevalência mais baixa	Roménia (0,3%) Lituânia (0,5%) Grécia (0,7%) Polónia (0,8%)	Grécia, Roménia (0,1%) Finlândia, Hungria, Lituânia, Polónia (0,2%) República Checa (0,3%)	Finlândia, Grécia, Roménia (0,0%) Estónia, Lituânia, Polónia, República Checa, Suécia (0,1%)
Países com a prevalência mais elevada	Espanha (10,2%) Reino Unido (8,9%) Itália (7,0%) Irlanda (6,8%)	Espanha (2,7%) Reino Unido (2,2%) Itália (2,1%) Irlanda (1,5%)	Espanha (1,3%) Reino Unido (0,8%) Chipre, Itália (0,7%) Áustria (0,6%)
<b>15-34 anos</b>			
Número estimado de consumidores na Europa	8 milhões	3 milhões	1 milhão
Média europeia	6,3%	2,1%	0,8%
Variação	0,7%-13,6%	0,2%-4,4%	0,0%-2,0%
Países com a prevalência mais baixa	Lituânia, Roménia (0,7%) Grécia (1,0%) Polónia (1,3%) República Checa (1,6%)	Grécia, Roménia (0,2%) Lituânia, Polónia (0,3%) Hungria (0,4%) República Checa (0,5%)	Finlândia, Roménia (0,0%) Grécia, Lituânia, Polónia, Noruega (0,1%) Estónia, Hungria, República Checa (0,2%)
Países com a prevalência mais elevada	Espanha (13,6%) Reino Unido (12,8%) Irlanda (9,4%) Dinamarca (8,9%)	Espanha (4,4%) Reino Unido (4,2%) Itália (2,9%) Irlanda (2,8%)	Espanha (2,0%) Reino Unido (1,6%) Chipre (1,3%) Itália (1,1%)
NB:	As estimativas europeias são calculadas a partir das estimativas das taxas de prevalência nacionais ponderadas de acordo com a população do grupo etário pertinente em cada país. Para obter estimativas do número global de consumidores existente na Europa, a média da União Europeia é aplicada aos países que não possuem dados da prevalência (os quais não representam mais de 3% da população-alvo nas estimativas da prevalência ao longo da vida e do último ano, mas correspondem a 18 % na estimativa do último mês). Populações utilizadas como base: 15-64, 338 milhões; 15-34, 130 milhões. Uma vez que as estimativas europeias se baseiam nos inquéritos realizados entre 2004 e 2010-2011 (principalmente no período de 2008 a 2010), não se referem a um ano único. Os dados aqui resumidos estão disponíveis em «Inquéritos à população em geral» no Boletim Estatístico de 2012.		

<sup>(75)</sup> Ver figura GPS-13 no Boletim Estatístico de 2012.

<sup>(76)</sup> Ver quadro GPS-5 (parte iii) e (parte iv) no Boletim Estatístico de 2012.

em linha, promovido por meios de comunicação ligados à música de dança eletrónica, 29% referiram ter consumido cocaína nos últimos 12 meses. Um inquérito em linha realizado em 2011 revelou que entre mais de 7 000 inquiridos no Reino Unido, 42% consumiram cocaína no último ano (Mixmag, 2012).

Em contextos recreativos, o consumo de cocaína está fortemente ligado ao consumo de álcool e outras drogas ilícitas. Os dados de inquéritos à população geral realizados em nove países revelaram que os níveis de prevalência do consumo de cocaína são duas a nove vezes mais elevados entre os consumidores episódicos de grandes quantidades de álcool <sup>(77)</sup> do que entre a população geral (OEDT, 2009b). O British Crime Survey de 2010/2011 concluiu que os adultos que bebem álcool regularmente são mais propensos a considerar aceitável o consumo de cocaína do que os adultos que bebem menos frequentemente ou nunca bebem; além disso, foi identificada uma correlação entre o aumento da frequência de visitas a clubes noturnos ou bares e o aumento dos níveis de consumo de cocaína.

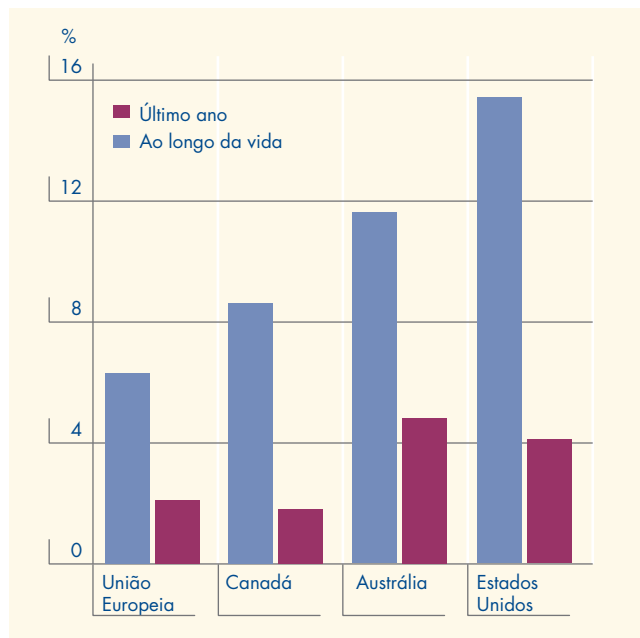
### Comparações a nível internacional

Comparativamente a algumas outras partes do mundo para as quais existem dados fiáveis, a prevalência estimada do consumo de cocaína no último ano entre os jovens adultos da Europa (2,1%) é inferior à prevalência registada no caso dos jovens adultos na Austrália (4,8%) e nos Estados Unidos (4,0% entre jovens adultos de 16-34 anos), mas aproximada da registada no Canadá (1,8%). Dois países europeus, Espanha (4,4%) e Reino Unido (4,2%), registam valores semelhantes aos da Austrália e dos Estados Unidos (figura 9).

### Consumo de cocaína entre a população escolar

No mais recente Inquérito Escolar Europeu sobre o Consumo de Álcool e outras Drogas (ESPAD), a prevalência do consumo de cocaína ao longo da vida entre os estudantes de 15-16 anos situa-se entre 1% e 2% em 13 dos 24 Estados-Membros da União Europeia participantes, Croácia e Noruega. Todos, à exceção de um dos restantes 12 países mencionam níveis de prevalência de 3% a 4%, enquanto, quer o ESPAD relativo ao Reino Unido, quer os inquéritos escolares nacionais realizados no Reino Unido referem 5% <sup>(78)</sup>. O inquérito escolar nacional em Espanha menciona 3%. Para efeitos de comparação, estima-se que, nos Estados Unidos, o consumo de droga ao longo da vida entre a população

**Figura 9** — Prevalência do consumo de cocaína no último ano e ao longo da vida entre os jovens adultos (15-34 anos) na União Europeia, na Austrália, no Canadá e nos Estados Unidos



**NB:** As estimativas europeias são calculadas a partir das estimativas das taxas de prevalência nacionais ponderadas de acordo com a população do grupo etário pertinente em cada país. As estimativas europeias baseiam-se nos inquéritos realizados entre 2004 e 2010-2011 (principalmente no período de 2008 a 2010) e não se referem a um ano único. Nos países não europeus, os inquéritos foram efetuados em 2010. A faixa etária do inquérito norte-americano é a dos 16 aos 34 anos (recalculada a partir dos dados originais).

**Fontes:** Pontos focais nacionais da Reitox, AIHW (2011), CADUMS (2010), SAMHSA (2010).

escolar de faixas etárias semelhantes é de 3%. Nos países em que estão disponíveis dados relativos aos estudantes mais velhos (17-18 anos), a prevalência do consumo de cocaína ao longo da vida é geralmente mais alta, elevando-se a 7% em Espanha <sup>(79)</sup>.

### Tendências do consumo de cocaína

Durante mais de uma década, os relatórios revelaram tendências crescentes no consumo de cocaína num pequeno número de países europeus nos quais se regista a maior prevalência do consumo de cocaína antes de atingirem o nível máximo em 2008-2009. Inquéritos recentes sobre o consumo de cocaína revelam alguns indícios positivos nestes países e sugerem a possibilidade de um declínio da popularidade. Estudos qualitativos levados a cabo em espaços recreativos também sugerem que poderá estar a ocorrer uma mudança na imagem da cocaína, que se distancia da de uma droga de elevado estatuto (Dinamarca e Países Baixos).

<sup>(77)</sup> O consumo episódico de grandes quantidades de álcool, também conhecido por «binge drinking», é aqui definido como a ingestão de seis copos ou mais de uma bebida alcoólica na mesma ocasião, pelo menos uma vez por semana, nos últimos 12 meses.

<sup>(78)</sup> Ver quadro EYE-11 no Boletim Estatístico de 2012.

<sup>(79)</sup> Ver quadros EYE-10 a EYE-30 no Boletim Estatístico de 2012.

Sete países mencionam uma prevalência de cocaína no ano passado entre os jovens adultos (15-34 anos) acima da média da União Europeia de 2,1% <sup>(80)</sup>. Com base nos inquéritos mais recentes realizados na Dinamarca, Irlanda, Espanha, Itália e Reino Unido, em todos estes países observou-se uma diminuição ou estabilização do consumo de cocaína no último ano, à semelhança da tendência observada no Canadá e nos Estados Unidos, ao contrário da Austrália, onde se registou um aumento (figura 10). Entre os dois outros países com níveis de prevalência mais elevados, Chipre registou um aumento no inquérito mais recente, passando de 0,7%, em 2006, para 2,2%, em 2009; no caso dos Países Baixos, embora tenham mencionado uma prevalência do consumo de cocaína entre jovens adultos de 2,4%, em 2009, não se afigura adequado realizar estudos comparativos com base nos primeiros inquéritos devido a alterações de metodologia.

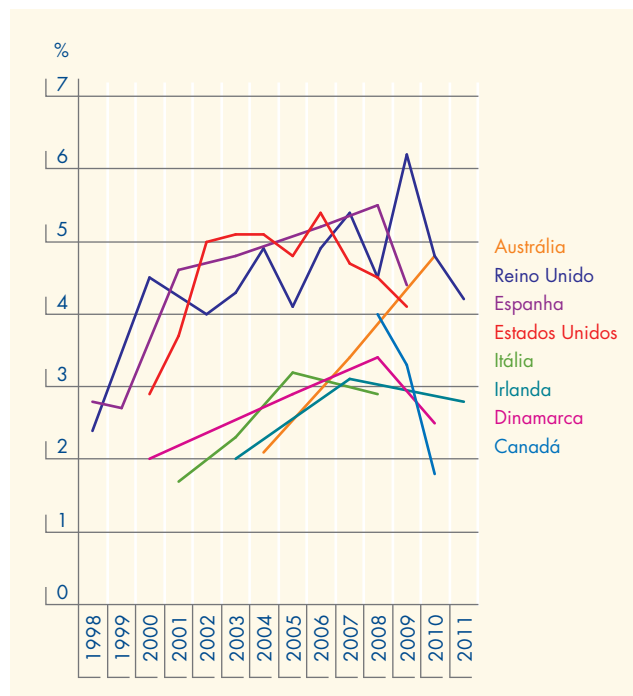
Noutros 12 países com três inquéritos repetidos, o consumo de cocaína é relativamente baixo e, na maioria dos casos, estável. Entre as eventuais exceções a esta regra incluem-se a Bulgária, França e Suécia, que reportaram sinais de crescimento, e a Noruega, onde a tendência parece ser decrescente. Todavia, importa lembrar que, a níveis de prevalência baixos, as pequenas alterações devem ser interpretadas com cautela. Na Bulgária, o consumo de cocaína no último ano entre os jovens adultos aumentou de 0,7% em 2005 para 1,5% em 2008, em França aumentou de 1,2% em 2005 para 1,9% em 2010 e, na Suécia, de zero em 2000 para 1,2% em 2008 <sup>(81)</sup>. A Noruega mencionou uma diminuição de 1,8% em 2004 para 0,8% em 2009.

Dos 23 países que participaram na série de inquéritos ESPAD 2011, bem como nas séries de 1995 ou 1999, dezoito observaram um aumento na prevalência do consumo de cocaína ao longo da vida, que se situa entre um e três pontos percentuais, sendo que nenhum observou um decréscimo. Embora, na generalidade, os níveis de prevalência continuem baixos, o aumento geral em todos os países requer uma vigilância constante.

## Consequências do consumo de cocaína para a saúde

É provável que as consequências do consumo de cocaína para a saúde estejam subestimadas. Isto pode dever-se à natureza muitas vezes não específica ou crónica das patologias normalmente causadas pelo consumo de cocaína a longo prazo (ver capítulo 7).

**Figura 10** — Tendências da prevalência do consumo de cocaína no último ano entre os jovens adultos (15-34 anos) nos seis Estados-Membros na União Europeia com índices mais elevados, na Austrália, no Canadá e nos Estados Unidos



**NB:** Ver figura GPS-14 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2012 para mais informações. Os inquéritos não europeus incidiram sobre as seguintes faixas etárias: Estados Unidos, 16-34 anos; Canadá, 15-34 anos; Austrália, 15-34 anos no de 2010, 14-39 nos de anos anteriores.

**Fontes:** Pontos focais nacionais da Reitox, AIHW (2011), CADUMS (2010), SAMHSA (2010).

O consumo regular de cocaína, incluindo por inalação, pode estar associado a problemas cardiovasculares, neurológicos e psiquiátricos, com risco de acidentes e de transmissão de doenças infecciosas por via de sexo não protegido (Brugal e outros, 2011) e possivelmente em consequência da partilha de palhinhas (Aaron e outros, 2008). Alguns estudos realizados em países com níveis de consumo elevados indicam que uma percentagem considerável de problemas cardíacos em jovens poderá estar relacionada com o consumo de cocaína.

O consumo de cocaína injetada e de *crack* está associado aos maiores riscos para a saúde entre os consumidores de cocaína, nomeadamente problemas cardiovasculares e de saúde mental (OEDT, 2007a). Face à população de consumidores de cocaína, as últimas estatísticas das emergências hospitalares provenientes de Espanha revelam uma sobre-representação de consumidores que injetam ou fumam a droga.

<sup>(80)</sup> Ver quadro GPS-2 no Boletim Estatístico de 2012.

<sup>(81)</sup> Ver figura GPS-14 (parte i) no Boletim Estatístico de 2012.

### Emergências relacionadas com a cocaína: potencial para intervenções precoces?

Um estudo europeu recente identificou que as emergências hospitalares relacionadas com a cocaína triplicaram nalguns países desde o final da década de 1990, atingindo o nível máximo por volta de 2008 em Espanha e no Reino Unido (Mena e outros, no prelo). Estes dados correspondem às tendências observadas na prevalência de consumo na população geral e ao registo de mortes relacionadas com a cocaína. Cinco dos seis países que comunicaram o número mais elevado de emergências hospitalares relacionadas com a cocaína em 2008-2010 (Dinamarca, Espanha, Irlanda, Países Baixos, Reino Unido) também referiram uma prevalência do consumo de cocaína acima da média europeia. O facto de a maioria das emergências relacionadas com a cocaína se registarem entre os jovens adultos, sendo dois terços do sexo masculino é igualmente coerente com os dados recolhidos sobre a prevalência.

Alguns países europeus monitorizam atualmente os danos relacionados com a cocaína recorrendo aos dados relativos às admissões nos serviços de emergência hospitalar e aos internamentos de pacientes. A informação relativa a esses casos também pode provir dos departamentos de toxicologia, dos serviços de primeiros socorros a consumidores de droga, dos telefonemas para os centros de informação antivenenos ou dos registos dos serviços de polícia. Espanha e Países Baixos, em particular, fornecem dados relativamente importantes. Outros países dependem muitas vezes de «sistemas de sentinela», com base numa seleção de hospitais.

Apesar de heterogêneas, as estatísticas europeias dos serviços de emergência hospitalar são um útil indicador das tendências, além de serem em evidência uma área com grande potencial por explorar: a da avaliação, intervenção precoce e encaminhamento de milhares de pacientes consumidores de cocaína todos os anos.

### Consumo problemático de cocaína

As formas mais prejudiciais do consumo de cocaína incluem o consumo regular ou a longo prazo ou o consumo da droga injetada. Como não existem estimativas nacionais indiretas recentes do consumo problemático de cocaína em nenhum país europeu, as principais fontes de informação disponíveis sobre a proporção do consumo de cocaína nas suas formas mais prejudiciais são os inquéritos à população geral, os dados sobre consumidores de droga que iniciam o tratamento e os estudos sobre o consumo de cocaína-crack.

A realização de inquéritos à população geral em vários países permitiu recolher informação sobre o consumo

intensivo de cocaína. Embora esses inquéritos tendam a não incluir os consumidores marginalizados, a verdade é que têm o potencial de chegar até aos consumidores de cocaína bem integrados socialmente. Em 2009, um inquérito à população geral, realizado em Espanha, recorrendo à medição da frequência do consumo, estimou a existência de mais de 140 500 consumidores intensivos de cocaína<sup>(82)</sup>, ou cerca de 4,5 pessoas por cada 1 000 habitantes entre os 15 e os 64 anos). Um estudo efetuado na cidade de Oslo, na Noruega, igualmente baseado na medição da frequência do consumo no âmbito de um conjunto de inquéritos (entre a população geral, reclusos e consumidores de droga injetável), identificou entre 1 600 a 2 000 consumidores problemáticos de cocaína<sup>(83)</sup>, ou quatro por cada 1 000 habitantes entre os 15 e os 64 anos. Na Alemanha, a prevalência do consumo problemático de cocaína foi estimada em cerca de 2 pessoas por cada 1 000 habitantes entre os 15 e os 64 anos, utilizando a escala de gravidade da dependência.

O consumo de *crack*, que é muito raro entre os consumidores de cocaína bem integrados socialmente, verifica-se principalmente entre grupos marginalizados e desfavorecidos, como os trabalhadores do sexo e os consumidores problemáticos de opiáceos. Na Europa, é em grande medida um fenómeno urbano (Connolly e outros, 2008; Prinzleve e outros, 2004), com sinais de uma prevalência global muito baixa. Em Londres, o consumo de *crack* é considerado uma componente importante do problema de droga da cidade. Só existem estimativas regionais sobre o consumo de cocaína-crack em relação a Inglaterra, onde se estimava existirem 184 000 consumidores problemáticos dessa substância em 2009/2010, um número que corresponde a 5,4 (5,2-5,7) casos por 1 000 habitantes com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos. Esses consumidores de *crack* também estavam registados, na sua maioria, como consumidores de opiáceos.

### Procura de tratamento

É possível obter mais informações sobre o consumo problemático de cocaína a partir dos dados referentes ao número e às características das pessoas que iniciam o tratamento devido ao consumo de cocaína. Quase todos os utentes consumidores de cocaína registados são tratados em centros de tratamento em regime ambulatorio, embora alguns possam ser tratados em clínicas privadas relativamente às quais não há dados disponíveis. Muitos consumidores problemáticos de cocaína,

<sup>(82)</sup> Definidos como os adultos e jovens adultos com idades superiores a 20 anos que consumiram cocaína por um período de, pelo menos, 30 dias no último ano, ou, pelo menos, de 10 dias no mês passado, ou ainda os jovens com idades inferiores a 20 anos que consumiram cocaína por um período de 10 ou mais dias no último ano e, pelo menos, um dia no último mês.

<sup>(83)</sup> Definidos como os que consumiram a substância mais do que uma vez por semana.



porém, não procuram tratamento (Reynaud-Maurupt e Hoareau, 2010).

A cocaína foi citada como principal razão para iniciar o tratamento por cerca de 15% de todos os casos notificados de utentes que iniciaram o tratamento em 2010. Entre os utentes que iniciam o tratamento pela primeira vez na vida, a percentagem de consumidores de cocaína como droga principal era mais elevada (21%).

Existem grandes diferenças entre países quanto à percentagem e ao número de utentes consumidores de cocaína que têm a cocaína como droga principal, verificando-se as percentagens mais elevadas em Espanha (44%), em Itália (29%) e nos Países Baixos (26%). Na Bélgica, em Chipre, na Irlanda, no Luxemburgo, em Malta, em Portugal e no Reino Unido os utentes consumidores de cocaína representam entre 10% e 15% da totalidade dos utentes. Nos restantes países europeus, a cocaína é responsável por menos de 10% dos utentes em início de tratamento, e sete países indicam que uma percentagem inferior a 1% de todos os utentes em início de tratamento a indicam como a sua droga principal. Globalmente, cinco países (Alemanha, Espanha, Itália, Países Baixos e Reino Unido) são responsáveis por cerca de 90% de todos os utentes consumidores de cocaína referidos por 29 países europeus <sup>(84)</sup>.

Com base em 25 países que forneceram dados no período 2005-2010, verificou-se uma tendência crescente no número de utentes que inicia o tratamento da toxicod dependência por consumo de cocaína como droga principal, até 2008 (de 55 000 para 71 000 utentes), uma estabilização, em 2009 (70 000), e uma redução ligeira, em 2010 (67 000) <sup>(85)</sup>. O número de utentes consumidores de cocaína diminuiu em 13 países entre 2007-2008 e 2010, tendo alguns países (Espanha, Países Baixos, Portugal, Reino Unido) mencionado uma redução superior a 40% no número de consumidores que iniciaram tratamento pela primeira vez. Nos Países Baixos, o número de novos utentes consumidores de cocaína registou um decréscimo entre 2009 e 2010, ao passo que o número de utentes consumidores de cocaína readmitidos em tratamento, em especial os que mencionam os opiáceos como a sua segunda droga, se revelou estável (Ouweland e outros, 2011).

### Perfil dos utentes em tratamento ambulatorio

Os utentes que iniciaram tratamento em regime ambulatorio por consumo de cocaína como droga principal apresentam um dos mais elevados rácios entre homens e mulheres (cinco

homens para cada mulher) e uma das médias de idades mais elevadas (cerca de 33 anos) observados nos utentes de tratamento da toxicod dependência. A idade média com que os consumidores de cocaína como droga principal dizem ter iniciado o consumo dessa droga é de 22 anos, comunicando 87% deles ter iniciado o consumo antes dos 30 anos <sup>(86)</sup>.

A maioria dos utentes consumidores de cocaína afirma inalar (65%) ou fumar (27%) a droga como principal via de administração, e apenas 6% indicam o consumo injetável como principal via de administração. Quase metade desses utentes consumiu a cocaína até seis vezes por semana no mês anterior ao início do tratamento, cerca de um quarto consumiu-a diariamente e o quarto restante não a consumiu ou consumiu apenas ocasionalmente durante esse período <sup>(87)</sup>.

A cocaína é frequentemente consumida em associação com outras drogas, sobretudo álcool, *cannabis*, outros estimulantes e heroína. Uma análise realizada nos Países Baixos, em 2011, indicou que a maioria dos utentes consumidores de cocaína a consome juntamente com outras substâncias (64%), mais frequentemente com o álcool (Ouweland e outros, 2011).

O subgrupo de consumidores de cocaína que inicia o tratamento em regime ambulatorio na Europa corresponde aos 7 500 utentes consumidores de cocaína-crack como droga principal <sup>(88)</sup>. Representam 13% de todos os utentes consumidores de cocaína e menos de 2% do total de consumidores de droga que iniciam tratamento em regime ambulatorio. A maioria dos utentes consumidores de crack (cerca de 5 000) iniciou tratamento no Reino Unido, onde representa 36% dos utentes consumidores de cocaína como droga principal e 4% de todos os utentes consumidores de droga em regime de tratamento ambulatorio. Os restantes 2 000 utentes consumidores de crack são notificados por França e pelos Países Baixos, onde representam respetivamente 23% e 30% dos utentes consumidores de cocaína, e por Espanha e Itália (3% e 1% dos utentes consumidores de cocaína). Os utentes consumidores de crack também consomem frequentemente esta droga em conjunto com outras substâncias, incluindo heroína injetada (OEDT, 2007a; Escot e Suderie, 2009).

### Tratamento e redução dos danos

Na Europa, o tratamento de problemas relacionados com o consumo de drogas tem estado tradicionalmente

<sup>(84)</sup> Ver quadros TDI-5 (parte i) e (parte ii) e TDI-24 no Boletim Estatístico de 2012; os dados relativos a Espanha referem-se a 2009.

<sup>(85)</sup> Ver figuras TDI-1 e TDI-3 no Boletim Estatístico de 2012.

<sup>(86)</sup> Ver quadros TDI-4 (parte ii), TDI-10 (parte iii), TDI-11 (parte iii) e TDI-18 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2012.

<sup>(87)</sup> Ver quadros TDI-17 e TDI-18 (parte ii) no Boletim Estatístico de 2012.

<sup>(88)</sup> Ver quadro TDI-115 no Boletim Estatístico de 2012.

centrado na dependência de opiáceos. Contudo, a crescente preocupação de saúde pública em relação ao consumo de cocaína e cocaína-crack levou a que, em muitos países, se desse mais atenção à resposta aos problemas relacionados com essas drogas. As principais opções de tratamento da dependência de cocaína são as intervenções psicossociais, incluindo as entrevistas de aumento da motivação, as terapias cognitivo-comportamentais, a formação em autocontrole comportamental, as intervenções de prevenção de recaídas e o aconselhamento.

Onze Estados-Membros, incluindo os que registam níveis elevados de consumo de cocaína e de utentes que iniciam tratamento, referem que, a par dos serviços de tratamento gerais, existem programas de tratamento específicos para consumidores de cocaína ou cocaína-crack. No entanto, embora os peritos nacionais da Alemanha, Itália, Lituânia e Reino Unido tenham estimado que estes programas específicos estão disponíveis para a maioria dos consumidores de cocaína que necessitam de tratamento, segundo os especialistas da Áustria, Bélgica, Dinamarca, Eslovénia, Espanha, Irlanda e Roménia estes estão apenas disponíveis para uma minoria de consumidores.

Alguns países indicam adaptar as suas respostas em matéria de tratamento para os consumidores de cocaína às necessidades de grupos específicos de utentes. No Reino Unido, por exemplo, as agências de tratamento especializado dão prioridade aos serviços de tratamento destinados a consumidores problemáticos de cocaína, incluindo os consumidores de cocaína-crack. Tanto a Dinamarca como a Áustria referem prestar serviços de tratamento a consumidores de cocaína no âmbito de um programa de policonsumo de droga. Na Dinamarca, desenvolveu-se um modelo de tratamento piloto para consumidores problemáticos de *cannabis*, cocaína e álcool. Serão desenvolvidas orientações clínicas, e o modelo será lançado em vários municípios durante os próximos quatro anos, dispondo de um orçamento de cerca de um milhão de euros. Além disso, a Bulgária, Malta e os Países Baixos indicam que estão previstos, para os próximos três anos, programas específicos de tratamento para consumidores de cocaína.

### Estudos sobre o tratamento da dependência da cocaína

O OEDT e o Grupo de Drogas e Álcool da Cochrane publicaram recentemente uma panorâmica de estudos do tratamento farmacológico da dependência da cocaína (Amato e outros, no prelo). Foi analisada a aceitabilidade, a eficácia e a segurança dos psicostimulantes, anticonvulsivos, antipsicóticos, antagonistas de dopamina

e dissulfiram para tratar a dependência de cocaína. A maioria destas substâncias tem o potencial de bloquear ou reduzir o efeito de recompensa estimulado pela cocaína no cérebro. Além disso, os antipsicóticos podem aliviar os sintomas semelhantes a psicoses induzidos pela cocaína. Esses estudos não são diretamente comparáveis, atendendo a que têm diferentes objetivos e indicadores, que variam entre a redução do consumo, a redução ou tratamento de sintomas de abstinência e identificação de tratamentos de substituição.

A análise dos estudos sobre psicostimulantes identificou alguns resultados positivos que poderão ajudar os consumidores de cocaína a atingir a abstinência. Concretamente, os resultados do tratamento com bupropiona e dexanfetamina para pacientes dependentes simultaneamente de cocaína e opiáceos foram promissores. No entanto, os psicostimulantes não foram considerados eficazes na terapia de substituição. As avaliações dos medicamentos antipsicóticos e anticonvulsivos para pacientes dependentes de cocaína foram inconclusivas. Os dados atuais não sustentam o recurso a antagonistas de dopamina para o tratamento da dependência de cocaína. Embora, no que respeita à manutenção em tratamento dos pacientes, o dissulfiram tenha apresentado resultados positivos, quaisquer benefícios parecem anulados pelos potenciais efeitos secundários da substância.

Entre as intervenções não farmacológicas para o tratamento da dependência de cocaína, a gestão de contingência continua a ser a intervenção psicossocial que regista níveis mais elevados de eficácia (Vocci e Montoya, 2009). Um estudo belga recente indicou que seis meses após a participação num programa de gestão de contingência juntamente com reforço comunitário, a taxa de abstinência entre consumidores de cocaína foi três vezes superior à verificada no caso de utentes do tratamento habitualmente concedido (Vanderplasschen e outros, 2011).

### Redução dos danos

As intervenções de redução dos danos que visam os consumidores de cocaína mais bem integrados socialmente, a maioria consumidores de cocaína em pó, podem ser implementadas através de programas específicos de proximidade em contextos de diversão noturna. Dois exemplos são as recentes campanhas de sensibilização «Conhece a fundo a Cocaína» (*Know the Score Cocaine Awareness Campaign*), lançada na Escócia, e «Como vai o teu amigo com a cocaína?» (*How is your friend on coke?*), lançada na Bélgica. Estas



### Vacinas contra as drogas ilícitas

A investigação em animais relativa a vacinas contra as drogas remonta a 1972 (Berkowitz e Spector), mas o interesse no desenvolvimento de uma resposta farmacológica à dependência de cocaína, trouxe o tema para o centro das atenções.

As vacinas contra as drogas funcionam induzindo a produção de anticorpos na corrente sanguínea e, quando bem-sucedida, é possível reduzir os efeitos psicoativos da droga e inibir a ânsia por essa substância (Fox e outros, 1996). Atualmente, as vacinas contra as drogas estão a ser estudadas para a cocaína, nicotina, metanfetaminas e heroína (Shen e outros, 2011). As vacinas mais avançadas visam a dependência de cocaína e nicotina e revelaram ser eficazes na manutenção da abstinência dos pacientes. A principal limitação observada é que a reação dos anticorpos, na maioria dos pacientes, é baixa (Hatsukami e outros, 2005; Martell e outros, 2005). Contudo, estão a ser desenvolvidos estudos para melhorar esta situação, pelo que, em breve, poderão estar disponíveis produtos comerciais, pelo menos, no caso da nicotina (Polosa e Benowitz, 2011). A investigação sobre vacinas contra a metanfetamina está ainda em fase pré-clínica, uma fase centrada na caracterização de anticorpos. Foram desenvolvidas vacinas contra os opiáceos que são eficazes em ratos e, neste momento, os estudos centram-se em estratégias para reduzir o número de inoculações necessárias para manter a concentração de anticorpos no sangue (Stowe e outros, 2012).

campanhas são orientadas para sensibilização e a informação (ver capítulo 4 para mais informações sobre intervenções em contextos recreativos).

As intervenções destinadas a reduzir os danos causados pelo consumo problemático de cocaína e de cocaína-crack constituem uma nova área de trabalho em muitos Estados-Membros. Na generalidade, os serviços e centros para consumidores de cocaína injetada têm

sido desenvolvidos para servir as necessidades dos consumidores de opiáceos. Contudo, o consumo de cocaína injetada está associado a riscos específicos. Em especial, implica uma frequência potencialmente maior do consumo injetável, um comportamento caótico nesta matéria e um aumento dos comportamentos sexuais de risco. É necessário adaptar as recomendações de consumo mais seguro às necessidades deste grupo. Devido à elevada frequência com que a droga injetada pode ser consumida, o fornecimento de equipamentos esterilizados a esses consumidores não deve sofrer restrições, devendo antes basear-se na avaliação local dos padrões de consumo de cocaína e na situação social dos consumidores de droga injetada (Des Jarlais e outros, 2009).

Na Europa, há poucos programas de redução dos danos especificamente destinados aos fumadores de cocaína-crack. Algumas salas de consumo de droga em três países (Alemanha, Espanha e Países Baixos) dispõem de equipamentos para inalação de drogas, incluindo cocaína-crack. É também referida a distribuição esporádica de equipamentos de inalação higiénica, incluindo cachimbos de crack limpos ou «kits de crack» (tubo de vidro com boquilha, filtro metálico, bálsamo labial e toalhetes para as mãos), aos consumidores de droga que fumam cocaína-crack, por alguns serviços de baixo limiar de exigência da Alemanha, Bélgica, Espanha, França, Luxemburgo e Países Baixos. Alguns desses serviços também fornecem folha de alumínio aos fumadores de heroína ou cocaína, em 13 Estados-Membros da União Europeia. No Reino Unido, o Conselho Consultivo sobre o Abuso de Drogas analisou recentemente a utilização da folha de alumínio no âmbito de uma intervenção de redução dos danos, concluindo comprovadamente que o seu fornecimento pode promover o consumo de droga fumada face ao consumo de droga injetada (ACMD, 2010).



## Capítulo 6

### Consumo de opiáceos e droga injetada

#### Introdução

O consumo de heroína, sobretudo injetada, tem estado estreitamente associado a problemas sociais e de saúde pública na Europa desde a década de 1970. Atualmente, esta droga ainda é responsável pela maior parte da morbilidade e da mortalidade relacionadas com o consumo de droga na União Europeia. No final da década de 1990 e durante os primeiros anos do século XXI, após duas décadas de problemas, de um modo geral crescentes, observou-se na Europa uma diminuição do consumo de heroína e dos problemas conexos. Na última década, porém, essa tendência tornou-se menos clara. Continuamos a ter um quadro misto, mas cada vez mais se tem observado que, em determinadas partes da Europa, o recrutamento para o consumo de heroína baixou, a disponibilidade da droga diminuiu, e, recentemente, alguns países registaram uma significativa escassez. A par desta situação, existe informação de que a heroína tem vindo a ser substituída por outras drogas, incluindo opiáceos sintéticos, como o fentanil, e também pelo consumo injetável de drogas estimulantes, como anfetaminas, metanfetaminas e catinonas sintéticas. Qualquer aumento da injeção de drogas estimulantes gera preocupações relativamente ao aumento de riscos para a saúde.

#### Oferta e disponibilidade

Historicamente, a heroína importada tem sido oferecida sob duas formas no mercado de drogas ilícitas da Europa: a mais comum destas é a heroína castanha (forma química de base), principalmente proveniente do Afeganistão. A menos comum, é heroína branca (forma de sal), que é habitualmente originária do Sudeste Asiático. Embora a heroína branca tenha passado a ser menos comum, alguns países notificaram recentemente produtos de heroína branca cristalina provavelmente originária do Sudeste Asiático. Também existe uma produção limitada de drogas opiáceas na Europa, principalmente produtos caseiros obtidos a partir da papoila (como a palha de papoila e o concentrado de papoila, obtido por trituração de caules e cabeças desta planta) registada na Estónia, Lituânia e Polónia.

#### Produção e tráfico

Para além de ser responsável pela maioria do fornecimento de heroína para a Europa, o Afeganistão continua a ser a principal fonte mundial desta droga. Os outros países produtores são Mianmar, que abastece sobretudo os mercados do Leste e do Sudeste Asiático, Paquistão e Laos, seguidos pelo México e pela Colômbia, considerados como os maiores fornecedores de heroína para os Estados Unidos (UNODC, 2011). Estima-se que a produção mundial possível de ópio tenha aumentado de 4 700 toneladas

**Quadro 9 – Produção, apreensões, preço e pureza da heroína**

Produção e apreensões	Heroína
Estimativa da produção mundial (toneladas)	467
Quantidade apreendida a nível mundial (toneladas)	81
Quantidade apreendida (toneladas) União Europeia e Noruega (incluindo Croácia e Turquia)	6 (19)
Número de apreensões União Europeia e Noruega (incluindo Croácia e Turquia)	50 000 (55 000)
Preço e pureza na Europa (1)	Heroína castanha (forma química de base)
Preço médio de venda a retalho (euros por grama)	23-160
Varição (intervalo interquartilico) (2)	(24,6-73,6)
Pureza média (%)	13-57
Varição (intervalo interquartilico) (2)	(17,7-28,0)

NB: Todos os dados são relativos a 2010, exceto a estimativa da produção mundial que é referente a 2011.

Fontes: UNODC (2011) para os valores a nível mundial, Pontos focais nacionais da Reitox para os dados europeus.

(1) Uma vez que poucos países mencionam o preço de venda a retalho e a pureza do hidrocloreto de heroína («branca»), esses dados não são apresentados no quadro, mas podem ser consultados nos quadros PPP-2 e PPP-6 no Boletim Estatístico de 2011.

(2) Intervalo da metade central dos dados notificados.

em 2010 para 7 000 toneladas em 2011, atingindo níveis comparáveis aos dos anos anteriores. Grande parte deste aumento fica a dever-se a uma recuperação na produção potencial de ópio no Afeganistão, que passou de 3 600 toneladas em 2010 para 5 800 toneladas em 2011 (UNODC, 2012). A estimativa mais recente da possível produção mundial de heroína é de 467 toneladas, (ver quadro 9) acima dos níveis estimados de 384 toneladas em 2010 (UNODC, 2012).

A heroína chega à Europa principalmente por duas rotas de tráfico, embora se verifique uma maior diversificação dos métodos e rotas utilizadas para traficar a droga. A rota dos Balcãs, historicamente importante, traz a heroína produzida no Afeganistão através do Paquistão, do Irão e da Turquia, atravessando depois outros países de trânsito ou de destino, principalmente na Europa Ocidental e Meridional. A heroína também é traficada através da «rota da seda», que atravessa a Ásia Central em direção à Rússia. Parte desta heroína é depois traficada através da Bielorrússia, da Polónia e da Ucrânia para outros destinos, como os países escandinavos. África, ao que parece, tem vindo a ganhar mais importância e atualmente é a principal área de trânsito para introduzir heroína na Europa por via aérea (INCB, 2012b). Na União Europeia, os Países Baixos e, em menor grau, a Bélgica, são polos de distribuição secundários.

### Apreensões

As apreensões de ópio registadas a nível mundial diminuíram de 653 toneladas em 2009 para 492 toneladas em 2010. O Irão foi responsável por quase 80% do total e o Afeganistão por cerca de 12% das apreensões. Em 2010, as apreensões de heroína notificadas a nível mundial (81 toneladas) e de morfina (19 toneladas) aumentaram 5 toneladas cada uma (UNODC, 2012).

Na Europa, um número estimado de 55 000 apreensões levou à interceção de cerca de 19 toneladas de heroína em 2010, dois terços das quais (12,7 toneladas) foram reportados pela Turquia. O Reino Unido (seguido por Espanha) continuou a notificar o número de apreensões mais elevado<sup>(89)</sup>. Os dados relativos aos anos de 2005-2010 de 28 países que forneceram informações indicam um aumento geral do número de apreensões, embora se tenha observado uma ligeira descida em 2010. Entre 2005 e 2010, as quantidades apreendidas na União Europeia têm oscilado, com a notificação de uma diminuição acentuada em 2010, principalmente devido à redução das quantidades intercetadas na Bulgária e no

Reino Unido. A Turquia também notificou uma descida substancial na quantidade apreendida em 2010, o que deve ser entendido no contexto de atividades anteriores de combate ao tráfico, que parecem ter perturbado o mercado de heroína em partes da Europa.

As apreensões mundiais de anidrido acético, utilizado no fabrico de heroína, aumentaram de 21 000 litros aproximadamente em 2009 para 59 700 litros em 2010. Os valores relativos à União Europeia variaram grandemente nos últimos anos: de um nível máximo de quase 151 000 litros em 2008 para 912 litros em 2009; uma única apreensão de cerca de 21 100 litros na Bulgária foi responsável pela quase totalidade dos 21 200 litros apreendidos em 2010 (INCB, 2012a).

Na última década, a Estónia comunicou que a heroína tem sido amplamente substituída pelo fentanil no mercado ilícito. Mais recentemente, a Eslováquia referiu um fenómeno semelhante, embora o número de apreensões e as quantidades apreendidas permanecessem reduzidas. Em 2010, a Eslováquia comunicou 17 apreensões de fentanil e, na Estónia, foi apreendido meio quilo deste opiáceo sintético.

### Pureza e preço

Em 2010, a pureza média da heroína castanha analisada na maioria dos países que forneceram dados variou entre 17% e 28%; registaram-se valores médios inferiores em França (13%) e na Áustria (apenas retalho, 13%) e valores mais elevados em Malta (30%), Espanha (32%) e Turquia (57%). Entre 2005 e 2010, a pureza da heroína castanha aumentou em quatro países, mantendo-se estável noutros quatro e diminuindo em dois. A pureza média da heroína branca era geralmente mais elevada (25%-45%) nos cinco países europeus que apresentaram dados<sup>(90)</sup>.

O preço de venda a retalho da heroína castanha continuou a ser consideravelmente mais elevado nos países nórdicos do que no resto da Europa, comunicando a Suécia um preço médio de 160 euros por grama (resultante de um acentuado aumento em 2010) e a Dinamarca de 83 euros em 2010. Em geral, variou entre 24 e 74 euros por grama em metade dos países que forneceram informações. No período 2005-2010, o preço de venda a retalho da heroína castanha diminuiu em 10 dos 14 países europeus que comunicaram tendências temporais. O preço médio da heroína branca foi na generalidade mais elevado (61-251 euros) nos três países europeus que forneceram informações.

<sup>(89)</sup> Ver quadros SZR-7 e SZR-8 no Boletim Estatístico de 2012.

<sup>(90)</sup> Ver quadros PPP-2 e PPP-6 no Boletim Estatístico de 2012 para os dados relativos à pureza e preço.

## Consumo problemático de droga

O consumo problemático de droga é definido pelo OEDT «como consumo de droga injetada (CDI) ou consumo prolongado ou regular de opiáceos, cocaína ou anfetaminas». O consumo de droga injetada e o consumo de opiáceos constituem o componente principal do problema na Europa, embora em alguns países os consumidores de anfetaminas ou de cocaína constituam componentes importantes. Importa também assinalar que estes consumidores problemáticos consomem, frequentemente, múltiplas drogas e que os valores relativos à prevalência são muito mais elevados nas zonas urbanas e entre os grupos socialmente marginalizados. Dada a prevalência relativamente baixa e a natureza oculta deste tipo de consumo de droga, é necessário fazer extrapolações estatísticas para obter estimativas da prevalência a partir das fontes de dados disponíveis (principalmente dados de tratamento da toxicod dependência e dados fornecidos pelas autoridades responsáveis pela aplicação da lei).

## Consumo problemático de opiáceos

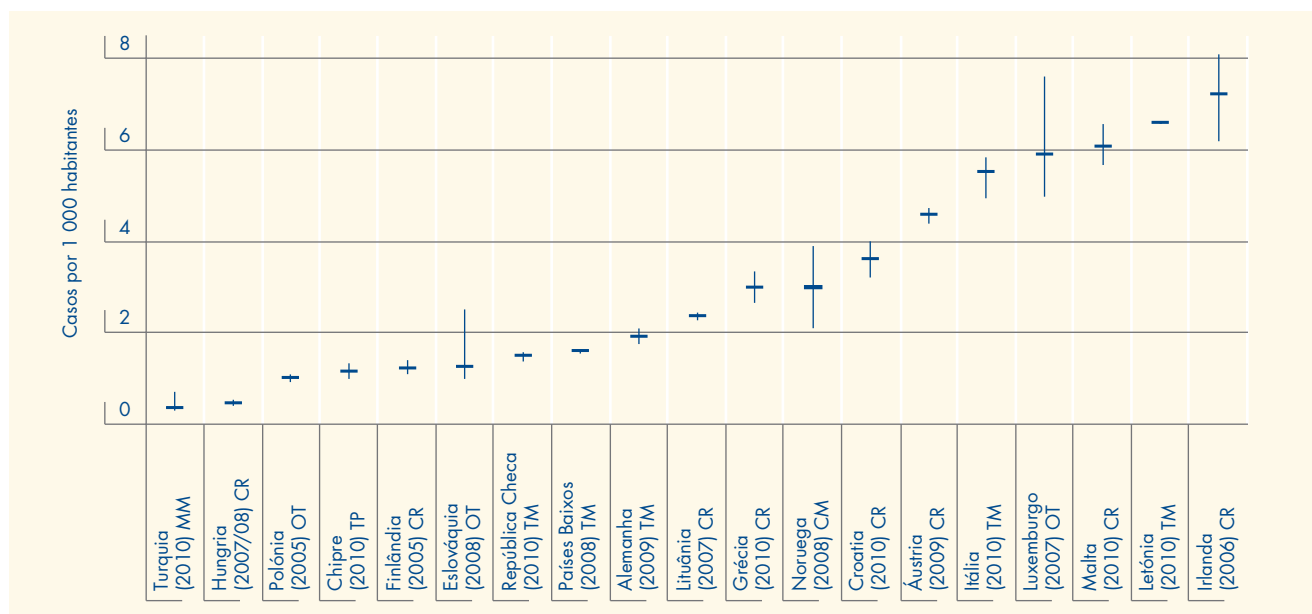
A maioria dos países europeus consegue presentemente fornecer estimativas da prevalência do «consumo

problemático de opiáceos». As estimativas nacionais recentes variam entre menos de um e sete casos por 1 000 habitantes entre os 15 e os 64 anos (figura 11). Os países que comunicam as estimativas mais elevadas do consumo problemático de opiáceos são a Irlanda, Letónia, Luxemburgo e Malta, sendo as estimativas mais baixas mencionadas por Chipre, Finlândia, Hungria e Polónia. Apenas a Turquia menciona valores inferiores a um caso por 1 000 habitantes entre os 15 e os 64 anos.

Estima-se que a prevalência média do consumo problemático de opiáceos na União Europeia e na Noruega, calculada com base em estudos nacionais, se situe nos 4,2 (entre 3,6 e 4,4) casos por 1 000 habitantes entre os 15 e os 64 anos, o que corresponde a cerca 1,4 milhões de consumidores problemáticos de opiáceos na União Europeia e na Noruega em 2010 <sup>(91)</sup>.

As estimativas referentes aos países vizinhos da União são comparativamente elevadas, tendo a Rússia 16,4 casos de consumidores problemáticos de opiáceos por cada 1 000 habitantes com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (UNODC, 2009) e a Ucrânia 10 a 13 casos por 1 000 habitantes na mesma

**Figura 11** — Estimativas da prevalência anual do consumo problemático de opiáceos (população com idades entre 15-64 anos)



**NB:** Uma marca horizontal indica uma estimativa pontual; um sinal vertical indica um intervalo de incerteza: um intervalo de confiança de 95%, ou um intervalo baseado numa análise de sensibilidade. Os grupos-alvo podem variar ligeiramente em virtude dos diferentes métodos de cálculo e fontes de dados, pelo que as comparações devem ser efetuadas com prudência. Foram usadas faixas etárias não habituais nos estudos da Finlândia (15-54) e da Polónia (todas as idades). Ambas as taxas foram ajustadas à população da faixa etária dos 15 aos 64 anos. Os métodos de cálculo estão abreviados: CR, captura-recaptura; MT, multiplicador de tratamento; MM, multiplicador de mortalidade; MC, métodos combinados; RTP, regressão truncada de Poisson; OM, outros métodos. Para informações mais pormenorizadas, ver figura PDU-1 (parte ii) e quadro PDU-102 no Boletim Estatístico de 2012.

**Fonte:** Pontos focais nacionais da Reitox.

<sup>(91)</sup> As estimativas fornecidas por 18 países indicam uma taxa média de 3,1 (3,0-3,2) casos por 1 000 habitantes com idades compreendidas entre os 15-64 anos. A integração de estimativas ponderadas do consumo problemático de droga de mais oito países aumenta a taxa média para 4,2 (3,9-4,4), que foi aplicada à população da União Europeia e Noruega em 2010.

faixa etária (UNODC, 2010). Tanto a Austrália como os Estados Unidos comunicam estimativas mais elevadas de consumo problemático de opiáceos, 6,3 e 5,8 casos por cada 1 000 habitantes com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos, enquanto a estimativa correspondente para o Canadá é de 3,0 casos. As comparações entre países devem ser feitas com cautela, uma vez que as definições da população-alvo podem variar. Por exemplo, se se adicionar o consumo sem ser por razões médicas de opiáceos sujeitos a prescrição médica, o valor da prevalência aumentará para 39-44 por cada 1 000 norte-americanos com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (UNODC, 2011b).

### Consumidores de opiáceos que iniciam o tratamento

Os opiáceos, principalmente a heroína, são citados como sendo a droga principal por mais de 200 000 utentes que, segundo as informações disponíveis, iniciaram tratamento especializado para a toxicod dependência em 29 países europeus em 2010, ou 48% de todos os que iniciaram tratamento. No entanto, existem diferenças consideráveis na Europa, representando os utentes consumidores de opiáceos mais de 70% das pessoas que iniciaram o tratamento em sete países, entre 40% e 70% em 12, e menos de 40% em 10 países (figura 12). Quase 80% de todos os consumidores de opiáceos que iniciaram tratamento na Europa são notificados por apenas cinco países: Alemanha, Espanha, França, Itália e Reino Unido <sup>(92)</sup>.

Numa série de países, uma elevada percentagem de utentes que iniciam tratamento declaram ter como droga principal outros opiáceos que não a heroína: fentanil na Estónia, buprenorfina na Finlândia, e outros opiáceos na Dinamarca, Letónia e Áustria <sup>(93)</sup>.

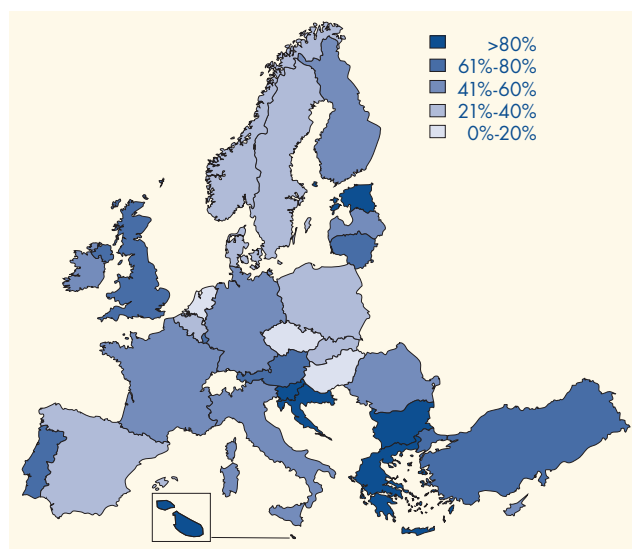
Os consumidores de opiáceos que iniciam tratamento especializado têm, em média, 33 anos de idade, sendo os utentes do sexo feminino mais jovens na maioria dos países <sup>(94)</sup>. Na Europa, os utentes consumidores de opiáceos do sexo masculino são três vezes mais do que os do sexo feminino. A grande maioria dos utentes consumidores de opiáceos refere ter começado a consumir a droga antes dos 30 anos, sendo que quase metade (46%) de todos os utentes consumidores de opiáceos o fizeram antes dos 20 anos de idade <sup>(95)</sup>. De um modo geral, os consumidores de opiáceos mencionam níveis mais altos de situações de sem abrigo e desemprego, bem como níveis inferiores de instrução, do que os que consomem outras drogas como droga principal, além de se concentrarem habitualmente em zonas urbanas.

### Tendências do consumo problemático de opiáceos

Os dados de nove países com estimativas repetidas da prevalência do consumo problemático de opiáceos durante o período de 2005-2010 sugerem uma situação relativamente estável. Contudo, as medidas relativas à prevalência podem não ser sensíveis às tendências do início do consumo de droga e devem ser consideradas com base noutras fontes de dados. No período 2005-2010, o número de utentes que iniciaram tratamento especializado por consumo de heroína como droga principal pela primeira vez na vida, em 24 países europeus, aumentou de 51 000 em 2005 para um valor máximo de 61 000 em 2007, diminuindo depois para 46 000 em 2010 <sup>(96)</sup>. Este decréscimo é mais visível nos países da Europa Ocidental.

O tempo entre o início do consumo de heroína e o início de tratamento pode ser longo. Tendo em conta este dado, o número de consumidores de heroína que iniciam tratamento pela primeira vez reflete tanto a tendência habitual relativa ao consumo de heroína pela primeira

**Figura 12** — Consumidores que têm os opiáceos como droga principal em percentagem dos utentes que iniciaram tratamento da toxicod dependência em 2010



**NB:** Dados expressos em percentagem dos utentes cuja droga principal de consumo é conhecida (92% dos utentes registados). Dados disponíveis em relação a 2010 ou a um ano mais recente. Os dados da Lituânia referem-se aos utentes que iniciaram o tratamento pela primeira vez na vida. Os consumidores que têm os opiáceos como droga principal podem estar subnotificados em alguns países, incluindo a Bélgica, a República Checa, a Alemanha e França, devido ao facto de muitos deles serem tratados por médicos de clínica geral e serviços de psiquiatria e poderem não estar incluídos no indicador de procura de tratamento.

**Fonte:** Pontos focais nacionais da Reitox.

<sup>(92)</sup> Ver quadros TDI-5 e TDI-22 no Boletim Estatístico de 2012.

<sup>(93)</sup> Ver quadro TDI-113 no Boletim Estatístico de 2012.

<sup>(94)</sup> Ver quadros TDI-10, TDI-21, TDI-32 e TDI-103 no Boletim Estatístico de 2012.

<sup>(95)</sup> Ver quadros TDI-33, TDI-106 (parte i) e TDI-107 (parte i) no Boletim Estatístico de 2012.

<sup>(96)</sup> Ver figuras TDI-1 e TDI-3 no Boletim Estatístico de 2012.



vez (incidência) como o quadro atual. A ressalva a esta interpretação é o facto de poder ser influenciada por alterações nas práticas indicadas, e os valores europeus refletirem desproporcionadamente as tendências dos países maiores. No entanto, apesar de uma variação considerável entre os países, os dados sugerem que, de um modo geral, o número de novos consumidores de heroína na Europa está a decrescer.

Esta análise também pode ser vista a par das tendências refletidas por outros indicadores, incluindo o consumo de droga injetada (ver *infra*), as mortes induzidas pela droga e as infrações relacionadas com a droga, embora manifestamente essas bases de dados sejam melhores indicadores da prevalência do que da incidência. É visível na Europa, nos últimos anos, uma diminuição no número de infrações relacionadas com o consumo de heroína. Os dados sobre as mortes induzidas por consumo de droga são mais incertos. Registou-se em alguns países um aumento, ou uma situação estável, até 2008; em 2009, era patente uma situação estável, de um modo geral, sendo que os dados provisórios relativos a 2010 sugerem uma queda mais recentemente <sup>(97)</sup>.

A este respeito, os indicadores do mercado de opiáceos também fornecem informações complementares. A considerável escassez de heroína notificada por diversos países no final de 2010 e início de 2011 (OEDT, 2011a) e um recente declínio nas apreensões de heroína apontam para mudanças na disponibilidade desta droga na Europa, facto que também pode estar associado a uma mudança nos padrões de consumo de droga. Esta situação é espelhada em referências a um aumento do consumo de catinona injetada (Hungria), a misturas que contêm cafeína e creatina (Roménia), a um aumento do consumo de benzodiazepinas e outros medicamentos (Irlanda, Eslovénia, Reino Unido), a um aumento do consumo de anfetaminas injetadas (Hungria, Letónia), bem como em preocupantes referências ao consumo de fentanil, um opiáceo sintético (por exemplo, Estónia, Eslováquia).

Em resumo, as informações sugerem que a Europa está a assistir a uma redução gradual do número de novos consumidores de heroína, o que sucedeu no contexto de uma crescente disponibilidade e cobertura em termos de tratamento. A população de consumidores de heroína no seu conjunto parece não só estar a envelhecer como também a perfilar-se, de um modo geral, por um nível relativamente elevado de contactos com os serviços. Embora este fenómeno seja mais evidente nos Estados-Membros da União Europeia anteriores ao alargamento

de 2004, existem dados recentes que sugerem que o mesmo também poderá estar a suceder em muitos dos mais recentes Estados-Membros.

### Consumo de droga injetada

Os consumidores de droga injetada correm elevados riscos de sofrer problemas de saúde devido ao consumo de droga, tais como infeções transmitidas por via sanguínea (por exemplo, VIH/sida, hepatite) ou *overdoses*. Na maioria dos países europeus, o consumo por via endovenosa está normalmente associado aos opiáceos, embora em alguns países esteja associado às anfetaminas.

Apenas 14 países conseguiram fornecer estimativas recentes da prevalência do consumo de droga injetada <sup>(98)</sup>. Os dados disponíveis sugerem grandes diferenças entre os países, variando as estimativas entre menos de um e cinco casos por 1 000 habitantes dos 15 aos 64 anos. Nos 13 países que indicaram uma estimativa atual dos consumidores de droga injetada, apurou-se uma média de 2,4 consumidores de droga injetada por 1 000 habitantes com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos. Para além dos consumidores de droga injetada ativos, existe um grande número de ex-consumidores de droga injetada na Europa (Sweeting e outros, 2008), mas o seu número não é conhecido.

Cerca de 37% dos clientes que têm os opiáceos como droga principal iniciaram tratamento especializado em 2010, principalmente consumidores de heroína, referem que consomem normalmente a droga na forma injetável. Os níveis de consumo injetável entre os consumidores de opiáceos variam consoante os países, entre 7% nos Países Baixos e 94% na Letónia. Registam-se elevadas percentagens de consumidores de droga injetada na Europa Oriental e Central, assim como em alguns países nórdicos (figura 13).

É difícil extrair conclusões quanto às tendências ao longo do tempo sobre a prevalência do consumo de droga injetada com base nas estimativas da prevalência repetidas devido à falta de dados e, em alguns casos, à grande incerteza estatística das estimativas. Entre os oito países que dispõem de dados suficientes para analisar as tendências, os níveis de consumo injetável parecem ter diminuído no Reino Unido e terem permanecido relativamente estáveis em Chipre, Eslováquia, Grécia, Hungria, Croácia e Noruega. A República Checa comunicou um aumento dos consumidores de droga injetada, sobretudo de metanfetaminas, entre 2005 e 2010 <sup>(99)</sup>.

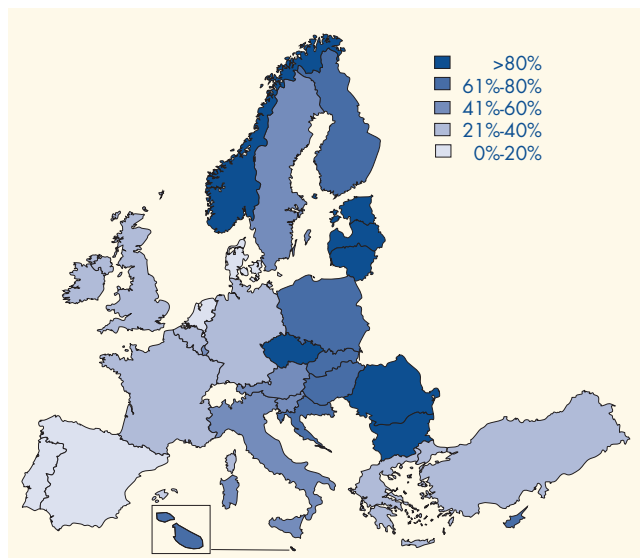
<sup>(97)</sup> Ver quadro DRD-2 (parte i) no Boletim Estatístico de 2012.

<sup>(98)</sup> Ver figura PDU-2 no Boletim Estatístico de 2012.

<sup>(99)</sup> Ver quadro PDU-6 (parte iii) no Boletim Estatístico de 2012.



**Figura 13** — Consumo injetável como via habitual de administração entre os consumidores que têm os opiáceos como droga principal e que iniciaram o tratamento em 2010



**NB:** Dados expressos em percentagem dos utentes cuja via de administração é conhecida. Dados disponíveis em relação a 2010 ou a um ano mais recente. Ver quadro TDI-5 (parte iii) e (parte iv) no Boletim Estatístico de 2012.

**Fonte:** Pontos focais nacionais da Reitox.

Considerando os dados disponíveis de uma série de outros indicadores, parece existir uma diminuição global do consumo de opiáceos injetados, sobretudo de heroína, na Europa. A maioria dos países europeus registou uma diminuição da percentagem de consumidores de droga injetada entre os utentes que têm a heroína como droga principal que iniciaram tratamento para a toxicod dependência pela primeira vez na sua vida entre 2005 e 2010, uma tendência confirmada por uma análise a longo prazo (2000-2009) dos consumidores de heroína que iniciam tratamento especializado pela primeira vez na Europa (OEDT, 2012c). A diminuição do consumo de heroína injetada é observada em todos os países, embora a redução seja mais acentuada nos países da Europa Ocidental. Em 2009, enquanto os países ocidentais comunicaram que fumar heroína tinha passado a ser a principal via de administração da droga para mais de metade dos utentes consumidores de heroína (53%), nos países da Europa Oriental, 70% dos utentes consumidores de heroína mencionaram a via endovenosa como principal via de administração (OEDT, 2012c). Além disso, estudos recentes realizados na Irlanda e Noruega identificam um intervalo de tempo cada vez maior entre o primeiro consumo de heroína e o primeiro consumo de heroína injetada (Bellerose e outros, 2011; Bretteville-Jensen e Skretting, 2010).

## Consumo injetável e outras vias de administração

A recolha de dados sobre os consumidores de droga que iniciam tratamento constitui a maior e mais alargada fonte de informação na Europa sobre o comportamento associado ao consumo de droga das pessoas com problemas relacionados com a droga (1).

De um modo geral, em 2010, os consumidores de droga que iniciaram tratamento por consumo problemático de opiáceos como droga principal referiram que a segunda via de administração mais comumente utilizada era a via endovenosa. Dos 140 000 utentes que têm os opiáceos como droga principal, que iniciaram tratamento em regime ambulatorio e cuja via de administração é conhecida, 36% comunicaram injetar a droga, enquanto 45% referiram fumar ou inalar a droga e 19% inalar ou ingerir por via oral. Em oposição, 3% dos 53 000 consumidores de cocaína que iniciaram tratamento no mesmo regime comunicaram injetar a substância, 68% inalar, e os restantes fumar ou inalar a substância. Entre os 9 000 consumidores de anfetaminas ou outros estimulantes que não a cocaína, 24% comunicaram o consumo injetável como a principal via de administração, enquanto 40% a ingestão por via oral, 32% a inalação pelo nariz e 4% outros meios de administração.

Os padrões de consumo de droga têm sofrido alterações ao longo do tempo. Uma análise dos dados relativos ao início de tratamento entre 2000 e 2009 revelou uma diminuição no consumo de droga injetada entre os utentes consumidores de heroína como droga principal em todos os países europeus (de 58% para 36%), em especial na parte ocidental da Europa (OEDT, 2012c). Além disso, entre os consumidores de opiáceos que iniciaram tratamento em regime ambulatorio desde 2009, os que fumam a substância são em maior número do que os consumidores que a injetam (2).

(1) Note-se que os dados relativos ao início de tratamento não podem ser extrapolados para toda a população de consumidores de droga em tratamento, podendo não ser representativos de toda a população de consumidores de droga, que inclui os que não estão a receber tratamento. Para mais informação sobre o número total de consumidores de droga que receberam tratamento, ver o sítio web do OEDT.

(2) Ver quadro TDI-17 nos boletins estatísticos de 2010, 2011, 2012.

## Tratamento do consumo problemático de opiáceos

### Oferta e cobertura

O tratamento sem drogas e o tratamento de substituição para consumidores de opiáceos estão disponíveis em todos os Estados-Membros da União Europeia, na Croácia, na Turquia e na Noruega. Na maioria dos países, o tratamento é realizado em regime ambulatorio, incluindo centros especializados, médicos de clínica geral e estruturas de redução dos danos. Em alguns

países, o tratamento residencial desempenha um papel importante no tratamento da dependência de opiáceos <sup>(100)</sup>. Um pequeno número de países oferece tratamento assistido com heroína a um grupo específico de consumidores crónicos de heroína.

O tratamento sem drogas dos consumidores de opiáceos é normalmente antecedido de um programa de desintoxicação que lhes presta assistência farmacêutica para suportarem os sintomas físicos da abstinência. Esta abordagem terapêutica exige normalmente aos utentes que se abstenham de todas as substâncias, incluindo medicamentos de substituição. Os pacientes participam em atividades diárias e recebem um apoio psicológico intensivo. Embora o tratamento sem drogas possa ter lugar tanto em regime ambulatorio como em regime de internamento, os tipos de tratamento mais mencionados pelos Estados-Membros são os programas residenciais e o tratamento sem droga com base em serviços hospitalares.

O tipo mais comum de tratamento para a dependência de opiáceos na Europa é o tratamento de substituição, normalmente integrado nos cuidados psicossociais e oferecido em centros especializados de tratamento em regime ambulatorio. Dezasseis países comunicam que também é prestado por médicos de clínica geral. Nalguns países, os médicos de clínica geral prestam este tratamento ao abrigo de um regime convencionado com os centros de tratamento especializados. O número total estimado de utentes consumidores de opiáceos a receber tratamento de substituição na União Europeia, Croácia, Turquia e Noruega é de 709 000 (698 000 nos Estados-Membros da União Europeia) em 2010, tendo registado um aumento em relação aos 650 000 em 2008, e aos cerca de 500 000 em 2003 <sup>(101)</sup>. A grande maioria dos tratamentos de substituição continua a ter lugar nos 15 Estados-Membros da União Europeia anteriores ao alargamento de 2004 (cerca de 95% do total), e as tendências a médio prazo (2003-2010) revelam um aumento constante (figura 14). Os maiores aumentos observados no que respeita à prestação destes tratamentos ocorreram na Áustria, Finlândia e Grécia, onde quase triplicaram.

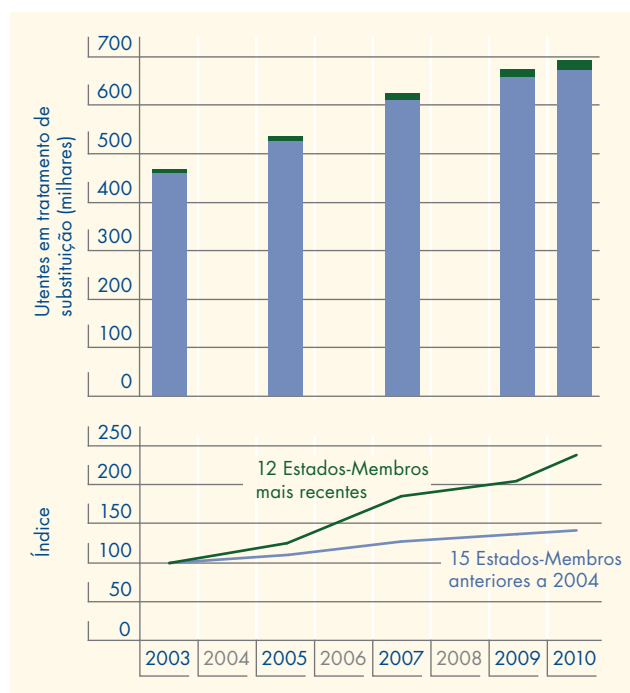
Registou-se um aumento ainda mais acentuado nos 12 países que aderiram à União Europeia desde 2004. Nesses países, o número de utentes em tratamento de substituição aumentou de 7 800 em 2003 para 20 400 em 2010, tendo grande parte desse aumento ocorrido depois de 2005. Proporcionalmente, o tratamento de substituição nesses países, no referido período de sete anos, registou a sua

maior expansão na Estónia (onde aumentou 16 vezes, de 60 para mais de 1 000 utentes, embora ainda só abranja 5% dos consumidores que injetam opiáceos) e na Bulgária (onde aumentou oito vezes). Os aumentos menos significativos foram comunicados pela Eslováquia, Hungria e Lituânia.

Uma comparação do número de utentes do tratamento de substituição com o número estimado de consumidores problemáticos de opiáceos sugere diferentes taxas de tratamento na Europa. Nove dos 18 países em relação aos quais existem estimativas fiáveis do número de consumidores problemáticos de opiáceos mencionam um número de utentes a receber tratamento de substituição correspondente a 50% ou mais da população-alvo <sup>(102)</sup>. Seis desses países são Estados-Membros da União Europeia anteriores ao alargamento de 2004, sendo Malta, a República Checa e a Noruega os restantes.

Enquanto, em média, cerca de metade dos consumidores problemáticos de opiáceos na União Europeia e na Noruega têm acesso a tratamento de substituição, verificam-se diferenças substanciais entre países,

**Figura 14** — Utentes em tratamento de substituição de opiáceos nos 15 Estados-Membros anteriores a 2004 e nos 12 Estados-Membros da União Europeia mais recentes: números estimados e tendências indexadas



**NB:** Os anos de que não foram colhidos dados estão impressos em tom cinza. Para mais informações, ver figura HSR-2 no Boletim Estatístico de 2012.

**Fonte:** Pontos focais nacionais da Reitox.

<sup>(100)</sup> Ver quadro TDI-24 no Boletim Estatístico de 2012.

<sup>(101)</sup> Ver quadro HSR-3 no Boletim Estatístico de 2012.

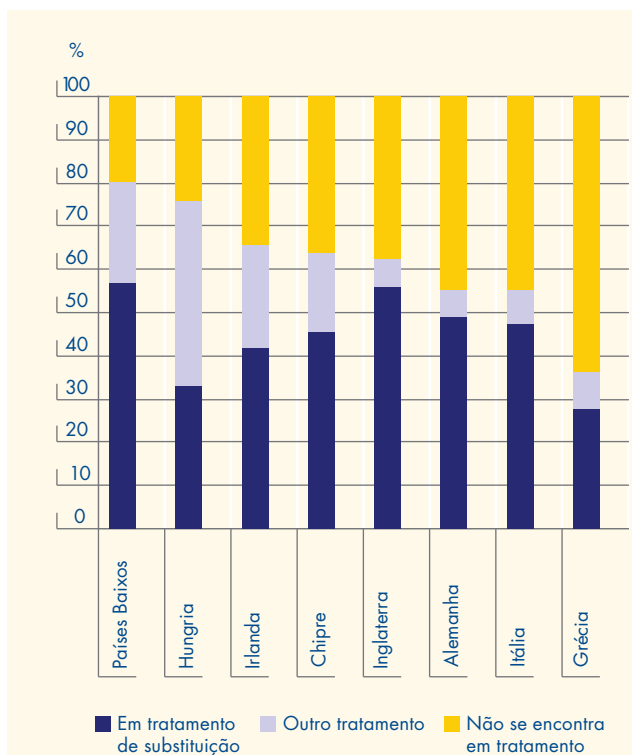
<sup>(102)</sup> Ver figura HSR-1 no Boletim Estatístico de 2012.

registando-se níveis de cobertura consideravelmente mais baixos na Grécia (28%), Lituânia (17%), Eslováquia (12%), Polónia (8%) e Letónia (2%).

Oito países dispõem de estimativas da percentagem de consumidores problemáticos de opiáceos no que respeita à totalidade dos tipos de tratamento (figura 15). Em Chipre, Hungria, Irlanda, Países Baixos e Reino Unido (Inglaterra), estima-se que mais de 60% dos consumidores problemáticos de opiáceos estejam em tratamento, ao passo que essa percentagem é calculada em menos de 40% no caso da Grécia. Os dados também sugerem diferenças no tratamento de eleição para a dependência de opiáceos. Os tratamentos que não preveem a substituição de opiáceos, na sua maioria, modalidades de tratamento sem drogas, representam menos de 10% de todos os tratamentos prestados aos consumidores problemáticos de opiáceos na Alemanha, Grécia, Itália e Reino Unido (Inglaterra). Na Irlanda, Chipre e Países Baixos, os tratamentos que não o tratamento de substituição de opiáceos representam entre 15% e 25% da totalidade dos tratamentos para consumidores problemáticos de opiáceos, enquanto na Hungria, esta percentagem é de 43%. Da mesma maneira, enquanto a Grécia e a Hungria comunicam estimativas de baixa cobertura para o tratamento de substituição de opiáceos (cerca de 30%), estima-se que a percentagem de consumidores problemáticos de opiáceos que não estão em contacto com qualquer serviço de tratamento difere consideravelmente: mais de 60% na Grécia comparativamente a cerca de 25% na Hungria. Esta realidade ilustra a necessidade de considerar tanto o nível do tratamento de substituição disponível como a existência de outras abordagens de tratamento.

O tempo de espera prolongado para aceder ao tratamento de substituição pode constituir um obstáculo significativo ao acesso a tratamento. De acordo com um inquérito realizado em 2011, a disponibilidade limitada de tratamento e a falta de recursos, bem como os atrasos devido a razões processuais, constituem as principais causas para os tempos de espera prolongados. Os peritos de 12 dos 29 países que forneceram informações estimaram que o tempo de espera médio era inferior a duas semanas, sendo que em outros seis países as estimativas apontaram para duas semanas a um mês. Considerando ainda outros cinco países (Finlândia, Hungria, Lituânia, Roménia, Noruega), o tempo de espera era de um a seis meses, enquanto o tempo de espera na Grécia excedeu os seis meses. Porém, os tempos de espera a nível nacional podem mascarar consideravelmente uma variação regional. Por exemplo, em Atenas e Salónica, a estimativa relativa aos tempos

**Figura 15** — Cobertura do tratamento de consumidores problemáticos de opiáceos num grupo selecionado de países europeus: percentagem estimada da população de consumidores problemáticos de opiáceos que se encontra em tratamento e que não se encontra em tratamento



**NB:** Inclui os países que dispõem de estimativas fiáveis da população de consumidores problemáticos de opiáceos, do número de indivíduos que estão a receber tratamento de substituição e do número total de consumidores problemáticos de opiáceos em tratamento. Para mais informações, ver a figura HSR-1 no Boletim Estatístico de 2012.

**Fonte:** Pontos focais nacionais da Reitox.

de espera apontou para cerca de três anos, devido à capacidade limitada existente, embora, em 2010, se tenha recebido a informação de tempos de espera menos prolongados noutras cidades gregas. Peritos de quatro países não estavam em posição de fornecer uma estimativa sobre os tempos de espera.

Na Europa, a metadona é o medicamento de substituição mais frequentemente prescrito, chegando a ser administrado a três quartos dos utentes do tratamento de substituição. Os medicamentos de substituição à base de buprenorfina são prescritos a um quarto, no máximo, dos utentes europeus em tratamento de substituição, sendo o principal medicamento de substituição em Chipre, na Finlândia, França, grécia, República Checa e Suécia<sup>(103)</sup>. A combinação buprenorfina-naloxona está disponível em 15 países. Os tratamentos com morfina de libertação lenta (Áustria, Bulgária, Eslovénia), codeína (Alemanha e Chipre) e diacetilmorfina (Alemanha,

<sup>(103)</sup> Ver quadro HSR-3 no Boletim Estatístico de 2012.

Bélgica, Dinamarca, Espanha, Países Baixos e Reino Unido) constituem uma pequena percentagem de todos os tratamentos.

### **Desintoxicação de opiáceos, eficácia e resultados**

Existem, cada vez mais, dados comprovativos de que a desintoxicação de opiáceos produz melhores resultados quando apoiada em psicoterapia e acompanhada de tratamento farmacológico para a prevenção de recaídas. Uma análise recente de estudos concluiu que esta combinação de abordagens pode ajudar os pacientes a completar o tratamento, reduzir o consumo de opiáceos e permanecer abstinente na fase pós-tratamento (Amato e outros, 2011). Além disso, verificou-se que o número de faltas durante o período de tratamento é menor nos pacientes que recebem apoio psicológico. Day e Strang (2011) concluíram que, tendo em vista uma desintoxicação completa, o regime de internamento é mais eficaz para os utentes consumidores de droga do que o regime ambulatorio (51% contra 36% no grupo em regime ambulatorio).

A prevenção da recaída após a desintoxicação de heroína pode ser apoiada por naltrexona, um antagonista opiáceo. No entanto, o cumprimento da medicação e os níveis de manutenção em tratamento com a naltrexona permanecem baixos no conjunto das populações objeto de estudo. Concluiu-se que a naltrexona era eficaz no caso de consumidores obrigados a cumprir o tratamento, a fim de evitar consequências mais nefastas, por exemplo, profissionais de saúde e indivíduos sob supervisão legal (Minozzi e outros, 2011). Embora de uma forma geral, a desintoxicação da dependência de opiáceos pareça ser menos eficaz do que o tratamento de substituição,

### **Qualidade de vida dos consumidores de droga em tratamento de substituição**

Os consumidores de droga dependentes de opiáceos, enquanto grupo, têm uma baixa qualidade de vida, comparativamente à da população geral e à de pessoas com outras doenças. Esta questão tem estado no centro de estudos recentes realizados na Alemanha, Letónia e Reino Unido, cujas conclusões corroboram a maior-valia do tratamento de substituição. Os elementos subjacentes à má qualidade de vida são também prenúncio de uma recaída, especialmente entre os consumidores de droga com mais idade (OEDT, 2010d). Uma análise sistemática realizada recentemente (De Maeyer e outros, 2010) revelou que a participação no tratamento melhorava a qualidade de vida dos indivíduos a partir dos primeiros meses de tratamento. Todas as opções de tratamento de substituição pareceram ser igualmente eficazes no que respeita à melhoria da qualidade de vida, embora, na generalidade, a prescrição de metadona no âmbito de um tratamento contribua mais rapidamente para uma melhoria (cerca de um mês depois) do que a prescrição de buprenorfina. Contudo, de acordo com informações subjetivas, a buprenorfina era mais bem vista do que a metadona, possivelmente por não obrigar a uma administração diária do medicamento. A obtenção de resultados no que respeita a uma boa qualidade de vida é um objetivo fundamental no tratamento da toxicod dependência, sendo esta uma questão que pode beneficiar de uma maior investigação sobre a eficácia relativa das opções de substituição disponíveis.

a Organização Mundial de Saúde (2009) recomenda, ainda assim, que a opção da desintoxicação seja disponibilizada aos utentes consumidores de opiáceos motivados para receber tratamento.



## Capítulo 7

# Doenças infecciosas e mortes relacionadas com o consumo de droga

### Introdução

O consumo de droga está associado, direta e indiretamente, a uma multiplicidade de consequências negativas a nível social e de saúde. Os problemas dos consumidores de longo prazo de opiáceos, de algumas formas de estimulantes e dos que injetam não são proporcionais. O consumo de opiáceos, em particular, está associado a mortes por *overdose* de droga, e a dimensão deste problema é ilustrada pelo facto de, na última década, a Europa ter registado cerca de uma morte por *overdose* por hora. No entanto, importa também lembrar que entre os consumidores de droga crónicos, o risco de morte por outras causas, como por exemplo, doenças orgânicas, suicídio, acidentes e traumatismos, é muito superior. Independentemente da substância consumida, o consumo de droga injetada continua a ser um importante vetor de transmissão de doenças infecciosas, incluindo o VIH e a hepatite C. Os novos surtos de VIH ocorridos recentemente nalguns países europeus salientam a importância de manter respostas eficazes em matéria de saúde pública nesta área.

### Doenças infecciosas infetocontagiosas relacionadas com o consumo de droga

O OEDT monitoriza sistematicamente a infeção por VIH e pelos vírus da hepatite B e C entre os consumidores de droga injetada <sup>(104)</sup>. A morbilidade e a mortalidade causadas por estas doenças infecciosas figuram entre as consequências mais graves do consumo de droga em matéria de saúde. Outras doenças infecciosas, incluindo as hepatites A e D, as doenças transmissíveis sexualmente, a tuberculose, o tétano, o botulismo, o antrax e o vírus linfotrópico de células T humanas podem também afetar os consumidores de droga de uma forma desproporcionada.

#### VIH e sida

Em finais de 2010, o índice notificado de novos casos de infeção pelo VIH diagnosticados entre os consumidores

de droga injetada tem-se mantido baixo na maioria dos países da União Europeia e a situação geral da União Europeia afigura-se positiva tanto em relação ao contexto mundial como ao contexto mais amplo de toda a Europa (figura 16).

O índice médio de novos casos diagnosticados nos 26 Estados-Membros da União Europeia que conseguiram fornecer dados relativos a 2010 atingiu um novo mínimo, de 2,54 por milhão de habitantes, ou seja, 1 192 casos <sup>(105)</sup>, comparando com os índices de 19,7 por milhão de habitantes nos Estados Unidos (CDC, 2009) e 104,3 por milhão na Rússia, ambos relativos a 2009, e 151,5 por milhão na Ucrânia, em 2010 (ECDC e OMS, 2011). Os dados disponíveis sobre a prevalência do VIH nas amostras de consumidores de droga injetada na União Europeia também são mais positivos do que os da prevalência registada nos países vizinhos do leste <sup>(106)</sup>, embora as comparações entre países devam ser realizadas com cautela, devido às diferenças existentes nos métodos de estudo e na cobertura.

Esta situação poderá decorrer, pelo menos em parte, da maior disponibilidade de medidas de prevenção, tratamento e redução dos danos, incluindo o tratamento de substituição e os programas de troca de agulhas e seringas. Outros fatores, como a diminuição do consumo de droga injetada que se tem registado em vários países, também poderão ter desempenhado um papel importante (OEDT, 2010e).

Apesar de todo este quadro positivo, os novos dados sugerem que a transmissão do VIH ligada ao consumo de droga injetada se manteve em 2010, registando-se especialmente em dois países (Grécia e Roménia) novos surtos de infeção por VIH entre consumidores de droga injetada em 2011 <sup>(107)</sup>. Em ambos os países, estes surtos foram precedidos de um aumento na prevalência da hepatite C entre consumidores de droga injetada, sugerindo que o aumento da prevalência de hepatite C pode servir de indicador precoce

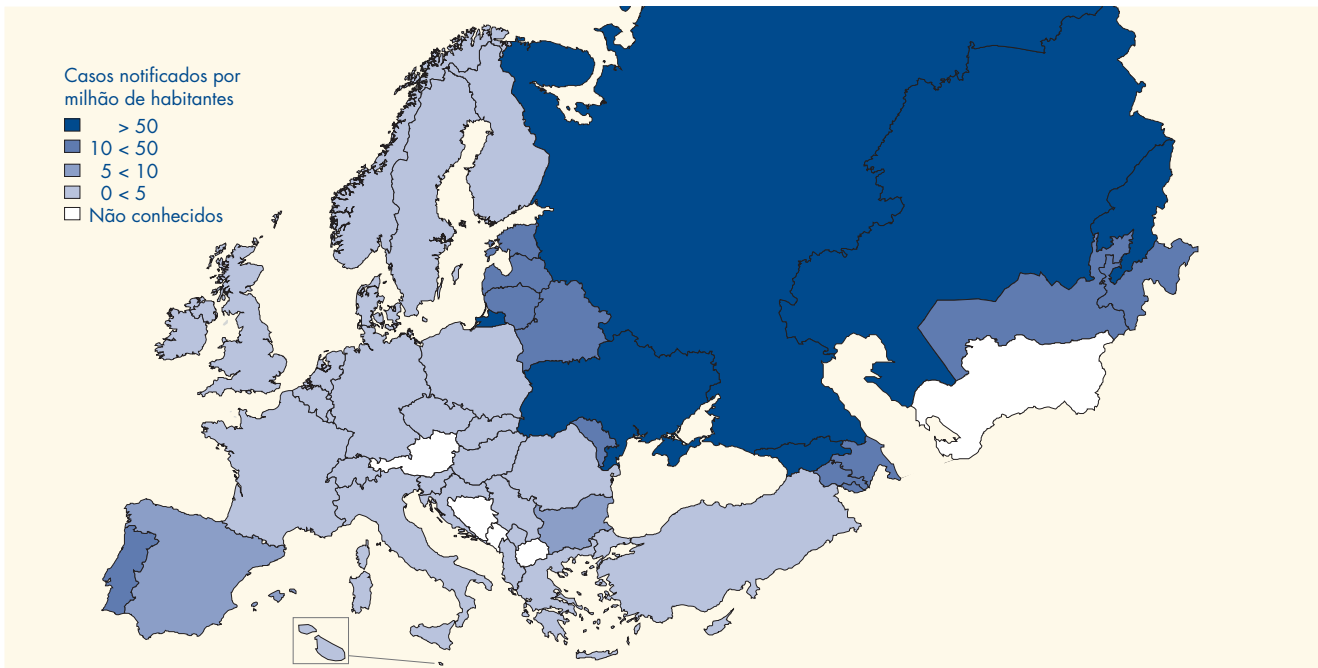
<sup>(104)</sup> Ver informações pormenorizadas sobre os métodos e as definições no Boletim Estatístico de 2012 .

<sup>(105)</sup> Faltam os dados relativos à Áustria e Turquia. Em 2010, a prevalência é de 2,52 por milhão de habitantes, com 1 204 novos casos, nos Estados-Membros da União Europeia, Croácia, Noruega e Turquia.

<sup>(106)</sup> Ver quadros INF-1 e INF-108 e figura e INF-3 (part i) no Boletim Estatístico de 2012.

<sup>(107)</sup> Ver caixa «Surtos de VIH em Grécia e Roménia» nesta página.

**Figura 16** — Novos casos de infeção por VIH diagnosticados em consumidores de droga injetada em 2010, na Europa e na Ásia Central



**NB:** A cor indica o índice por milhão de habitantes de novos casos de VIH diagnosticados em 2010, atribuídos ao grupo de risco dos consumidores de droga injetada. Os dados da Federação da Rússia, Turquia e Albânia são referentes a 2009.  
**Fontes:** ECDC e OMS, 2011.

de um maior risco associado ao consumo injetável verificado entre as populações de consumidores de droga, possivelmente antes do VIH começar a alastrar (Vickerman e outros, 2010).

### Tendências da infeção por VIH

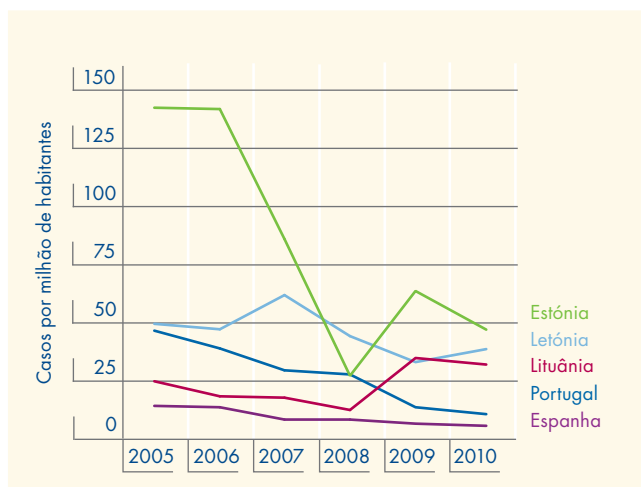
Os dados sobre casos recentemente diagnosticados relacionados com o consumo de droga injetada em 2010 sugerem que, de um modo geral, os índices de infeção continuam a diminuir na União Europeia, após o pico registado em 2001-2002. Dos cinco países que referem os maiores índices de casos de infeção recentemente diagnosticados entre consumidores de droga injetada entre 2005 e 2010, Espanha e Portugal mantiveram as suas tendências decrescentes, enquanto, entre os outros, só a Estónia comunicou um pequeno aumento (figura 17) <sup>(108)</sup>.

Estes dados são positivos, mas devem ter em conta que em alguns países continua a existir um potencial para novos surtos de VIH entre os consumidores de droga injetada. Numa perspetiva de dois anos, entre 2008 e 2010, foram observados aumentos na Estónia, de 26,8 casos por milhão para 46,3 por milhão, e na Lituânia, de 12,5 casos por milhão para 31,8 por milhão. A Bulgária, um país que regista tradicionalmente uma taxa muito baixa de casos de infeção, também

assistiu a um pico de 9,7 casos por milhão em 2009, antes de descer para 7,4 por milhão em 2010.

Estão disponíveis dados sobre a prevalência provenientes de amostras de consumidores de droga injetada em 25 países europeus no período 2005-2010 <sup>(109)</sup>,

**Figura 17** — Tendências nos cinco Estados-Membros da União Europeia com os mais elevados índices de infeção por VIH recentemente diagnosticados entre os consumidores de droga injetada



**NB:** Dados comunicados até ao fim de outubro de 2010, ver figura INF-2 no Boletim Estatístico de 2012.  
**Fontes:** ECDC e OMS, 2011.

<sup>(108)</sup> Os dados relativos a Espanha não têm cobertura nacional. O recente aumento registado na Estónia pode dever-se a alterações no sistema de vigilância desde 2009; mas desconhece-se até que ponto será o caso.

<sup>(109)</sup> Não há informação disponível sobre as tendências na Estónia, França, Irlanda, Países Baixos e Turquia. Ver quadro INF-108 no Boletim Estatístico de 2012.



e embora as diferenças nas amostras indiquem que esta informação precisa de ser cuidadosamente interpretada, a verdade é que representa uma fonte de dados suplementar. Em 17 desses países, as estimativas de prevalência do VIH mantêm-se inalteradas. Em sete (Alemanha, Espanha, Itália, Letónia, Polónia, Portugal e Noruega), os dados sobre a prevalência de VIH revelam um decréscimo. Apenas um país (Bulgária) notificou um aumento da prevalência do VIH na capital, Sófia, coerente com o aumento de casos de infeção recentemente diagnosticados. Os aumentos na taxa de transmissão do VIH na Grécia e Roménia comunicados em 2011 não foram observados nos dados sobre o número de casos e sobre a prevalência do VIH antes de 2011. Outros indícios possíveis da continuação da transmissão do VIH foram observados entre pequenas amostras de jovens consumidores de drogas injetáveis (com idade inferior a 25 anos) em seis países, apresentando níveis de prevalência acima dos 5% na Estónia, França, Letónia, Lituânia e Polónia e uma prevalência crescente na Bulgária, ao longo do período 2005-2010.

Outros possíveis indícios da continuação da transmissão de VIH foram observados em seis países, entre pequenas amostras de jovens consumidores de droga injetada (com menos de 25 anos); registaram-se níveis de prevalência superiores a 5% na Estónia, França, Letónia, Lituânia e Polónia, e uma prevalência crescente na Bulgária durante o período 2005-2010.

### Incidência da sida e acesso à HAART

As informações sobre a incidência da sida podem ser importantes para mostrar a ocorrência recente de doença sintomática, apesar de serem um fraco indicador da transmissão do VIH. As elevadas taxas de incidência de sida registadas podem indicar que muitos consumidores de droga injetada infetados com VIH não recebem a terapia antiretroviral altamente ativa (HAART) numa fase suficientemente precoce da sua infeção para obterem o máximo benefício do tratamento. Uma análise global recente sugere que pode ser este o caso em alguns países europeus (Mathers e outros, 2010).

A Letónia continua a ser o país que regista a maior incidência de sida relacionada com o consumo de droga injetada, estimando-se que tenha tido 27,1 casos novos por milhão de habitantes em 2010, o que constitui um aumento em relação aos 20,8 casos por milhão um ano antes. É também mencionada uma incidência relativamente elevada de sida entre jovens consumidores de droga injetada na Estónia (9,7 casos novos por milhão de habitantes), Portugal (8,3), Lituânia (6,0) e Espanha (5,7),

embora a tendência entre 2005 e 2010 tenha sido decrescente em todos estes países <sup>(110)</sup>.

### Hepatites B e C

A hepatite viral e, em especial, a infeção causada pelo vírus da hepatite C (VHC), tem uma elevada prevalência entre os consumidores de droga injetada de toda a Europa (figura 18). Os níveis de anticorpos do VHC entre as amostras nacionais destes consumidores em 2009-2010 variaram entre 14% e 70%, referindo sete dos 11 países com dados nacionais (Áustria, Chipre, Finlândia, Grécia, Itália, Portugal e Noruega) níveis de prevalência superiores a 40% <sup>(111)</sup>, um nível que poderá indicar que os riscos associados ao consumo injetável são suficientes para a transmissão do VIH (Vickerman e outros, 2010). Foram igualmente mencionados níveis de prevalência de anticorpos do VHC superiores a 40% nos mais recentes dados nacionais disponíveis relativamente à Dinamarca, Luxemburgo e Croácia e em outros nove países que fornecem dados subnacionais (2005-2010). A Eslovénia, Hungria, República Checa (todos

### Surtos de VIH na Grécia e Roménia

Em 2011, os sistemas de alerta rápido detetaram surtos de transmissão do VIH na Grécia e na Roménia permitindo responder de forma célere nos dois países. Em resposta a um apelo da Comissão Europeia, o ECDC e o OEDT produziram uma rápida avaliação dos riscos de novos surtos de VIH na Europa (OEDT e ECDC, 2012).

O número de consumidores de droga injetada recentemente diagnosticados e infetados com o VIH aumentou de 9-19 por ano até 2010 para 241 casos em 2011 na Grécia, e de 1-6 casos por ano até 2010 para 114 casos em 2011, na Roménia. Embora estes aumentos tenham ocorrido num contexto de um baixo nível de prestação de serviços de prevenção, ou da sua redução, na Grécia e Roménia, outros fatores, como um maior consumo de estimulantes, também podem ter contribuído.

Em resposta aos surtos, a Grécia aumentou substancialmente a cobertura de programas de troca de agulhas e seringas, bem como a capacidade de tratamento da toxicod dependência, lançando 22 novas unidades para o tratamento de substituição em dezembro de 2011.

O relatório da avaliação rápida de riscos sugeriu que existe a possibilidade de ocorrerem surtos semelhantes noutros países da União Europeia, tendo em conta os aumentos nos casos de hepatite C comunicados (um indicador de risco associado ao consumo injetável) e a baixa cobertura de serviços de prevenção do VIH.

<sup>(110)</sup> Ver quadro INF-104 (parte iii) e figura INF-1 (parte i) no Boletim Estatístico de 2012.

<sup>(111)</sup> Ver quadros INF-2 e INF-111 e figura INF-6 (parte i) no Boletim Estatístico de 2012.

nacionais, 2009-2010) e Turquia (subnacional, 2008) referem prevalências do vírus da hepatite C (VHC) inferiores a 25% (5%-24%), embora os índices de infeção a este nível ainda constituam um problema significativo de saúde pública.

Durante o período 2005 a 2010, a diminuição da prevalência do VHC entre os consumidores de droga injetada, tanto a nível nacional como subnacional, foi registada em seis países, tendo outros cinco observado um aumento (Áustria, Bulgária, Chipre, Grécia e Roménia). Itália registou uma diminuição a nível nacional entre 2005 e 2009 (não estão disponíveis dados mais recentes), mencionando um aumento em três das 21 regiões (Abruzzo, Umbria, Valle D'Aosta).

Os estudos sobre jovens consumidores de droga injetada (com menos de 25 anos) sugerem uma diminuição da prevalência do vírus da hepatite C (VHC) a nível subnacional na Eslováquia, o que poderá indicar um decréscimo das taxas de transmissão. Também são referidos aumentos entre jovens consumidores de droga injetada na Bulgária, Grécia, Chipre e Áustria, embora as dimensões das amostras na Grécia, Chipre e Áustria fossem pequenas. Registou-se um aumento da prevalência do VHC entre os novos consumidores de droga injetada (os que se injetam há menos de dois anos)

na Grécia (a nível nacional, bem como numa região) <sup>(112)</sup>. Estes estudos, ainda que difíceis de interpretar por razões metodológicas, ilustram o facto de numerosos consumidores de droga injetada continuarem a contrair o vírus pouco depois de começarem a injetar-se, sugerindo que, frequentemente, o lapso de tempo para iniciar as medidas de prevenção do VHC poderá ser curto.

As tendências nos casos notificados de hepatite B e C são difíceis de interpretar, porque a qualidade dos dados é fraca. No entanto, a percentagem de consumidores de droga injetada entre todos os casos notificados em que os fatores de risco são conhecidos pode lançar alguma luz sobre a epidemiologia destas infeções (Wiessing e outros, 2008). Em média nos 16 países relativamente aos quais há dados disponíveis para o período de 2009-2010, o consumo de droga injetada é responsável por 48% dos casos de VHC notificados e por 32% dos casos agudos, em que a categoria de risco é conhecida. Relativamente à hepatite B, os consumidores de droga injetada representam 6% dos casos notificados e 12% dos casos agudos. Estes dados confirmam que os consumidores de droga injetada continuam a constituir um importante grupo em risco de infeção de hepatite viral na Europa <sup>(113)</sup>.

**Figura 18** — Prevalência de anticorpos de VHC entre os consumidores de droga injetada



**NB:** Dados relativos a 2009 e 2010. Os quadrados pretos são amostras com cobertura nacional; os triângulos azuis, amostras com cobertura subnacional (incluindo local ou regional). As diferenças entre países devem ser interpretadas com prudência devido aos diferentes tipos de contextos e métodos de estudo; as estratégias de amostragem nacionais variam. Os países são apresentados por ordem de prevalência crescente, com base na média dos dados nacionais ou, caso não estejam disponíveis, dos dados subnacionais. Para mais informações, ver figura INF-6 no Boletim Estatístico de 2012.

**Fonte:** Pontos focais nacionais da Reitox.

<sup>(112)</sup> Ver quadros INF-112 e INF-113 e figura INF-6 (parte ii) e (parte iii) no Boletim Estatístico de 2012.

<sup>(113)</sup> Ver quadros INF-105 e INF-106 no Boletim Estatístico de 2012.

## Outras infeções

Para além das infeções virais, os consumidores de droga injetada são vulneráveis a doenças bacterianas. O surto de antrax entre os consumidores de droga injetada na Europa (ver OEDT, 2010a) pôs em evidência um problema que afeta permanentemente os consumidores de droga injetada, muito vulneráveis a doenças graves causadas por bactérias formadoras de esporos. Um estudo europeu sobre quatro infeções bacterianas (botulismo, tétano, *Clostridium novyi* e antrax) apurou, no período 2000-2009, entre países, uma grande variação das taxas relativas aos consumidores de droga injetada, com uma inexplicável concentração de casos registados no noroeste da Europa: Irlanda, Reino Unido e Noruega (Hope e outros, 2012).

Na Europa, a tuberculose, uma doença bacteriana que, normalmente, ataca os pulmões, está predominantemente concentrada em grupos de alto risco, como os migrantes, as pessoas sem abrigo, os consumidores de droga e os reclusos. O facto de se ter anticorpos de VIH cria um risco adicional de desenvolver tuberculose, que é 20 a 30 vezes maior, segundo as estimativas, do que entre as pessoas que não estão infetadas pelo VIH (OMS, 2010). Estão disponíveis dados sobre a prevalência ativa da tuberculose entre os consumidores de droga em tratamento em 5 países, variando de zero (Áustria, Eslováquia) a 3,1% (Lituânia), com níveis intermédios na Grécia (0%-0,5%) e Portugal (0,1%-1%). Na Noruega, o registo de casos corresponde a «muito raro». Além disso, contam-se quatro países que mencionam, para 2010, a percentagem de consumidores de droga entre os novos casos de tuberculose com informação de fator de risco conhecida: 0,9% na Hungria, 1,2% na Bélgica (consumidores de droga injetada), 3,3% no Reino Unido (consumidores problemáticos de droga, Inglaterra e País de Gales) e 5,9% na Letónia.

## Prevenção e resposta às doenças infecciosas

A prevenção de doenças infecciosas entre os consumidores de droga é um objetivo importante de saúde pública da União Europeia e um componente das políticas da maioria dos Estados-Membros em matéria de droga. Os países procuram prevenir e controlar a propagação das doenças infecciosas entre os consumidores de droga através de uma combinação de várias abordagens, nomeadamente: fornecimento de equipamento de injeção esterilizado; vacinação, análises e tratamento das infeções; e tratamento da toxicod dependência, em particular tratamento de substituição de opiáceos. Para

além disso, os serviços de proximidade ou estruturas de redução dos danos providenciam informação, educação e intervenções comportamentais. Estas medidas têm sido promovidas pelas agências da União Europeia como intervenções fulcrais na prevenção, tratamento e prestação de cuidados relativos ao VIH e à hepatite destinadas aos consumidores de droga injetada (ECDC e OEDT, 2011).

## Intervenções

A eficácia da terapia de substituição dos opiáceos na redução da transmissão do VIH, bem como dos comportamentos de risco em matéria de consumo injetável mencionados pelos próprios consumidores, foi confirmada por vários estudos e análises. Há indícios crescentes de que a combinação do tratamento de substituição dos opiáceos com os programas de troca de agulhas e seringas é mais eficaz na redução da incidência do VIH ou do VHC e dos referidos comportamentos de risco do que cada uma dessas abordagens tomada isoladamente (ECDC e OEDT, 2011).

Na Europa, a disponibilidade e cobertura dos programas de troca de agulhas e seringas tem vindo a aumentar: dos 30 países que responderam a um inquérito em 2011, 26 indicaram os programas de troca de agulhas e seringas como uma prioridade, comparativamente a 23 países em 2008. Na Suécia, onde os programas de troca de agulhas e seringas estão em curso desde 1986, embora limitados ao condado de Skåne, foi agendado para 2011 o arranque de um novo programa em Estocolmo. De um modo geral, embora os peritos considerem que o fornecimento atual de seringas satisfaz as necessidades da maioria dos consumidores de droga injetada em dois terços dos países europeus, os peritos nacionais de cinco países referem que o fornecimento gratuito de seringas esterilizadas e outro equipamento de injeção esterilizado será uma realidade apenas para uma minoria de consumidores de droga injetada. No entanto, durante o período 2008-2011, o número de países que refere uma cobertura total ou alargada dos programas de troca de agulhas e seringas aumentou um terço, de 15 para 20.

Vinte e dois países da União Europeia e a Noruega dispõem de informação sobre o número de seringas distribuídas ao abrigo de programas especializados no período de 2005 e 2010<sup>(114)</sup>. Neste subconjunto de países, observou-se um aumento acentuado do número de seringas distribuídas: de 34,5 milhões em 2005 para mais de 51 milhões em 2010 (37%). Este aumento generalizado pode ocultar tendências subregionais diferentes. Nos 10 países relativamente aos quais existem

<sup>(114)</sup> Ver quadro HSR-5 (parte i) e (parte ii) no Boletim Estatístico de 2012.

estimativas fiáveis de consumo de droga injetada, o número de seringas distribuídas, em 2010, ao abrigo de programas especializados equivale a 110 seringas por consumidor de droga injetada <sup>(115)</sup>.

Na Europa, são poucos os consumidores ativos de droga injetada que recebem o tratamento antivirico para a hepatite C. No entanto, os avanços no tratamento da doença <sup>(116)</sup> e o aumento, cientificamente fundamentado, da sua eficácia entre utilizadores de droga injetada, incluindo os estudos de modelização que sugerem a possibilidade de reduzir a transmissão do vírus (Martin e outros, 2011), revelam o potencial de estender as estratégias de tratamento da hepatite C entre os utilizadores de droga injetada.

Os peritos nacionais atribuem prioridade ao aconselhamento voluntário combinado com análises confidenciais na resposta à hepatite C entre consumidores de droga injetada em 19 países. Desde 2008, registou-se um aumento de mais de 50% no número de países cujos especialistas indicam uma cobertura de análises ao VHC suficiente, bem como um pequeno aumento no número de países que referem que, pelo menos, metade da população-alvo receberá aconselhamento sobre o risco de doenças infecciosas. Em 2010, entre os consumidores de droga injetada que participaram no inquérito *Unlinked Anonymous Monitoring* em Inglaterra, 83% comunicaram ter realizado voluntária e confidencialmente uma análise de VHC, comparativamente aos 49% em 2000. Além disso, 55% dos infetados com VHC conheciam o seu estado em 2010, em comparação com 40% em 2000 (HPA, 2011). Em Budapeste, em 2010, foi iniciado um programa único de redução dos danos, que contou com a participação dos serviços de proximidade (equipas de rua) na realização de análises de VIH e hepatites B e C a mulheres que consomem droga injetada ou que convivem com consumidores de droga injetada.

Ao contrário do VHC, existe uma vacina segura e eficaz para prevenir a propagação do vírus da hepatite B (VHB). Atualmente, 25 países europeus incluem a hepatite B nos seus programas nacionais de vacinação, e 16 mencionam dispor de programas específicos de vacinação para o VHB destinados aos consumidores de droga injetada <sup>(117)</sup>.

## Mortalidade e mortes relacionadas com o consumo de droga

O consumo de droga é uma das principais causas de problemas de saúde e de mortalidade entre os jovens na Europa. A mortalidade relacionada

### Tratamento da hepatite C entre consumidores de droga injetada: novos medicamentos

Os pacientes com infeção crónica pelo vírus da hepatite C (VHC), incluindo consumidores de droga injetada, podem ser tratados com terapia farmacológica.

Introduzidos pela primeira vez em 2001, os interferões peguilados (PEG-IFN) alfa-2a e alfa-2b, tornaram-se o tratamento padrão para a hepatite C crónica. Na Europa, estas duas formas de PEG-IFN são autorizadas para utilizar com doses diferentes de ribavirina por via oral (dependendo do genótipo do VHC) e com recomendações de doses ligeiramente diferentes. A combinação do Peg-IFN alfa com a ribavirina é considerada o melhor tratamento disponível. Foi provada a sua eficácia em, pelo menos, 50% dos que se submetem à terapêutica (Rosen, 2011), obtendo taxas de resposta comparáveis entre os consumidores de droga injetada infetados com VHC (Hellard e outros, 2009). Os pacientes tratados com sucesso mantêm cargas víricas baixas durante vários meses após o tratamento e conseguem ter uma qualidade de vida razoável, desde que mantenham um estilo de vida saudável. A terapia combinada pode, no entanto, ser tóxica, e, em parte, as razões por que os investigadores estudam outras estratégias terapêuticas prendem-se com a necessidade não só de superar os efeitos colaterais, como também de melhorar o atual tratamento do VHC. As intervenções em estudo incluem os inibidores da protease boceprevir e telaprevir, aprovados nos Estados Unidos em 2011, após resultados positivos em ensaios clínicos (Rosen, 2011).

com o consumo de droga inclui não só as mortes causadas diretamente, como também as causadas indiretamente pelo consumo de drogas. Inclui as mortes por *overdose* (mortes induzidas pela droga), o VIH/sida, os acidentes, a violência, o suicídio e os problemas associados a doenças crónicas devidas ao consumo recorrente <sup>(118)</sup>. As mortes relacionadas com o consumo de droga registam-se principalmente entre os consumidores problemáticos, embora possam ocorrer entre consumidores ocasionais (por exemplo, acidentes rodoviários).

As estimativas da mortalidade global relacionada com a droga podem ser obtidas de várias formas, por exemplo combinando as informações provenientes dos estudos de coorte sobre a mortalidade com as estimativas da prevalência do consumo de droga. Outra abordagem é utilizar as estatísticas existentes relativas à mortalidade em geral e estimar a percentagem relacionada com o consumo de droga. Os estudos de coorte sobre a mortalidade acompanham os mesmos grupos de

<sup>(115)</sup> Ver figura HSR-3 no Boletim Estatístico de 2012.

<sup>(116)</sup> Ver caixa «Tratamento da hepatite C entre consumidores de droga injetada: novos medicamentos».

<sup>(117)</sup> Ver quadro HSR-6 no Boletim Estatístico de 2012.

<sup>(118)</sup> Ver tema específico: «Mortalidade relacionada com o consumo de droga de 2011».

consumidores problemáticos de droga ao longo do tempo e, através da ligação aos registos da mortalidade, procuram identificar as causas de todas as mortes ocorridas no grupo. Este tipo de estudo pode determinar as taxas de mortalidade globais e por causas específicas em relação à coorte e estimar a mortalidade excessiva do grupo em comparação com a população geral <sup>(119)</sup>.

Dependendo dos contextos de recrutamento (por exemplo, estudos realizados em centros de tratamento da toxicod dependência) e dos critérios de inclusão (por exemplo, consumidores de droga injetada, consumidores de heroína), a maioria dos estudos de coorte mostra taxas de mortalidade na ordem de 1%-2% por ano entre os consumidores problemáticos de droga. Recorrendo a uma análise de dados de mais de 30 estudos de coorte, e acompanhando os pacientes até 2010, estimou-se que entre 10 000 e 20 000 consumidores de opiáceos morrem todos os anos na Europa (OEDT, 2011c). Normalmente, as taxas de mortalidade anuais situam-se entre os 10 a 20 por 1 000 pessoas, representando um excesso de mortalidade 10 a 20 vezes superior ao esperado. A maioria das mortes ocorre entre homens na faixa etária dos trinta e cinco anos. É possível identificar quatro grandes categorias de causa de morte: *overdoses*, doenças, suicídio e traumatismos. A importância relativa das várias causas de morte varia consoante as populações e os países, bem como ao longo do tempo. De uma maneira geral, porém, a principal causa de morte entre os consumidores problemáticos de droga na Europa é a *overdose* de droga.

### Mortes induzidas pela droga

As estimativas mais recentes sugerem que em 2010 se registaram cerca de 7 000 *overdoses* ou mortes induzidas pela droga nos Estados-Membros da União Europeia e na Noruega, indicando um decréscimo comparativamente aos mais de 7 600 casos notificados em 2009 <sup>(120)</sup>. É provável que os números sejam conservadores, uma vez que os dados nacionais podem ser afetados pela subnotificação ou a sub-verificação das mortes induzidas pela droga. No período de 1996-2009, os Estados-Membros da União Europeia e a Noruega notificaram entre 6 300 e 8 400 mortes induzidas pela droga por ano. Em 2009, o ano mais recente em que existem dados disponíveis para quase todos os países, mais de metade das mortes induzidas pela droga notificadas referia-se à Alemanha e ao Reino Unido.

Em relação a 2010, a mortalidade média causada por *overdoses* na União Europeia é estimada em 20 mortes por milhão de habitantes com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos, registando-se diferenças consideráveis entre países. Registam-se taxas superiores a 20 mortes por milhão de habitantes em 14 de 30 países europeus e superiores a 40 mortes por milhão de habitantes em sete países.

### Mortes relacionadas com o consumo de opiáceos

#### Heroína

Os opiáceos, sobretudo a heroína ou os seus metabolitos, estão presentes na maioria das mortes induzidas pela droga notificadas na Europa. Nos 23 países que forneceram dados relativos a 2009 ou 2010, os opiáceos foram responsáveis pela grande maioria dos casos, tendo 15 países comunicado percentagens de 80% ou mais e seis excedido os 90%. Para além da heroína, as substâncias mais frequentemente referidas são o álcool, as benzodiazepinas, outros opiáceos e, em alguns países, a cocaína. Este facto sugere que uma percentagem substancial das mortes induzidas pela droga ocorre num contexto de policonsumo de drogas.

Os homens são os mais atingidos pelas mortes por *overdose* registadas na Europa (80%) <sup>(121)</sup>. Os padrões diferem consoante os países, com percentagens mais elevadas de homens nos países do sul (Grécia, Itália, Portugal, Roménia, Croácia) e na Estónia, Letónia e Lituânia, assim como na Turquia. Nos Estados-Membros que aderiram desde 2004, a probabilidade de as mortes induzidas pela droga ocorrerem entre os homens e as pessoas mais jovens é maior.

A Dinamarca, Espanha, os Países Baixos e a Noruega referem percentagens superiores de casos com pessoas mais velhas. Na maioria dos países, as pessoas que morrem de *overdose* têm, em média, 35 anos de idade e, em muitos casos, esta média está a aumentar, o que indica uma possível estabilização ou diminuição do número de consumidores de heroína jovens, e uma coorte de consumidores problemáticos de opiáceos em envelhecimento. Globalmente, as mortes por *overdose* notificadas na Europa vitimam 11% das pessoas com menos de 25 anos e 57% das pessoas com 35 anos de idade ou mais <sup>(122)</sup>.

<sup>(119)</sup> Para informações relativas aos estudos de coorte sobre a mortalidade, ver os indicadores-chave no sítio web do OEDT.

<sup>(120)</sup> A estimativa europeia baseia-se em dados de 2010 relativos a 20 dos 27 Estados-Membros e em dados de 2009 relativos a outros sete países e à Noruega. A Bélgica foi excluída por não dispor de dados. Para mais informações, ver quadro DRD-2 (parte i) no Boletim Estatístico de 2012.

<sup>(121)</sup> Uma vez que as mortes induzidas pela droga comunicadas ao OEDT são, na sua maioria, *overdoses* de opiáceos (sobretudo heroína), as características gerais das mortes notificadas são aqui apresentadas para descrever e analisar as mortes relacionadas com o consumo de heroína. Ver figura DRD-1 no Boletim Estatístico de 2012.

<sup>(122)</sup> Ver figuras DRD-2 e DRD-3 e quadro DRD-1 (parte i) no Boletim Estatístico de 2012.



Há vários fatores associados às *overdoses* de droga fatais e não fatais, entre os quais: o consumo de droga injetada; consumo simultâneo de outras substâncias, sobretudo álcool e benzodiazepinas; a comorbilidade; a ocorrência de experiências anteriores de overdose; o facto de não estar em tratamento de toxic dependência; e a situação de sem abrigo. O período imediatamente a seguir à saída da prisão ou à alta do tratamento da toxic dependência foi identificado como tendo um risco particularmente elevado no que respeita às *overdoses*, como é referido em vários estudos longitudinais (OEDT, 2011c). Verifica-se também um risco acrescido de morte associado ao facto de a pessoa se encontrar sozinha na altura.

#### *Outros opiáceos*

Para além da heroína, são referidos vários outros opiáceos nos relatórios toxicológicos, incluindo a metadona (OEDT, 2011a) e, mais raramente, a buprenorfina <sup>(123)</sup>. Verifica-se uma crescente preocupação a nível internacional (principalmente na Austrália, Canadá e Estados Unidos) sobre mortes associadas ao abuso da prescrição de analgésicos, como a oxicodeona. Na Europa, embora os dados relativos a mortes resultantes do consumo de analgésicos opiáceos prescritos permaneçam limitados, têm surgido surtos de *overdoses* associados aos opiáceos sintéticos, como o 3-metilfentanil produzido ilegalmente na Estónia, nos últimos anos, o que aponta para a necessidade de acompanhar mais de perto as alterações nos padrões de consumo de droga que podem estar associados a elevados riscos de mortalidade.

#### **Mortes relacionadas com o consumo de outras drogas**

As mortes causadas por intoxicação aguda por cocaína afiguram-se relativamente invulgares e a cocaína muito raramente é identificada como sendo a única substância envolvida numa morte induzida pela droga. Porém, as mortes induzidas por *overdoses* de cocaína são mais difíceis de definir e de identificar que as relacionadas com os opiáceos, e poderão estar subnotificadas (ver capítulo 5).

Em 2010, foram notificadas, pelo menos, 640 mortes relacionadas com a cocaína em 16 Estados-Membros. Devido às limitações dos dados disponíveis em matéria de comparabilidade, é difícil traçar uma tendência europeia. Os dados mais recentes relativos a Espanha e ao Reino Unido, os dois países com níveis mais elevados de prevalência do consumo de cocaína, confirmam a tendência de diminuição das mortes relacionadas com a droga observada desde 2008.

A notificação de mortes de outros estimulantes que não a cocaína, tais como as anfetaminas e o *ecstasy* (MDMA), são raramente notificadas e, em muitos destes casos, a droga não foi identificada como causa direta da morte <sup>(124)</sup>. O advento da disponibilidade de substâncias psicoativas atualmente não controladas tem sido igualmente associado a esses eventos nos meios de comunicação social e em relatórios toxicológicos sobre mortes relacionadas com o consumo de drogas, embora a monitorização nesta área seja difícil. Têm sido notificadas mortes associadas a catinonas, incluindo a mefedrona e o MDPV, mas não em grande número. Houve também algumas mortes que foram associadas a outras substâncias novas, das quais é exemplo recente a 4-metilamfetamina, cujos dados de mortalidade levaram o OEDT e a Europol a proceder a uma avaliação a nível europeu <sup>(125)</sup>.

#### **Tendências das mortes induzidas pela droga**

As mortes induzidas pela droga aumentaram visivelmente na Europa durante a década de 1980 e no início da de 1990, em paralelo com a expansão do consumo de heroína e do consumo de droga injetada, tendo mantido depois níveis elevados <sup>(126)</sup>. Entre 2000 e 2003, a maioria dos Estados-Membros da União Europeia comunicou uma diminuição, seguida de um aumento subsequente das mortes entre 2003 e 2008-2009, altura em que se registou uma estabilização. Os dados preliminares disponíveis para 2010 sugerem um valor global inferior ao do ano anterior, com uma diminuição sustentada no número de mortes notificadas na Alemanha, Áustria, Espanha, Itália, Países Baixos, Reino Unido e Turquia.

A maioria dos países com taxas de mortalidade superiores à média europeia em 2010 situa-se no norte da Europa, enquanto muitos dos países com taxas inferiores à média se situam na Europa meridional. Na figura 19 são apresentados os dados relativos a uma seleção de países que ingressaram na União Europeia antes de 2004 e à Noruega. Por força das diferenças metodológicas, impõe-se usar de prudência nos exercícios de comparação entre países.

A análise das tendências nos mais recentes Estados-Membros e países candidatos à adesão reveste-se de maior dificuldade, uma vez que o número de mortes notificadas é reduzido e que os aperfeiçoamentos introduzidos em matéria de capacidade de notificação são suscetíveis de prejudicar a comparabilidade dos dados ao longo do tempo. Apesar dessas dificuldades,

<sup>(123)</sup> Ver quadro DRD-108 no Boletim Estatístico de 2012.

<sup>(124)</sup> Para dados sobre as mortes relacionadas com outras drogas que não a heroína, ver quadro DRD-108 no Boletim Estatístico de 2012.

<sup>(125)</sup> Para mais informações sobre as novas substâncias e o mecanismo europeu de alerta rápido, ver capítulo 8.

<sup>(126)</sup> Ver figuras DRD-8 e DRD-11 no Boletim Estatístico de 2012.

foi observado um crescimento na taxa de mortes induzidas pela droga na Estónia e, em menor medida, na Hungria, Lituânia, República Checa, Croácia e Turquia.

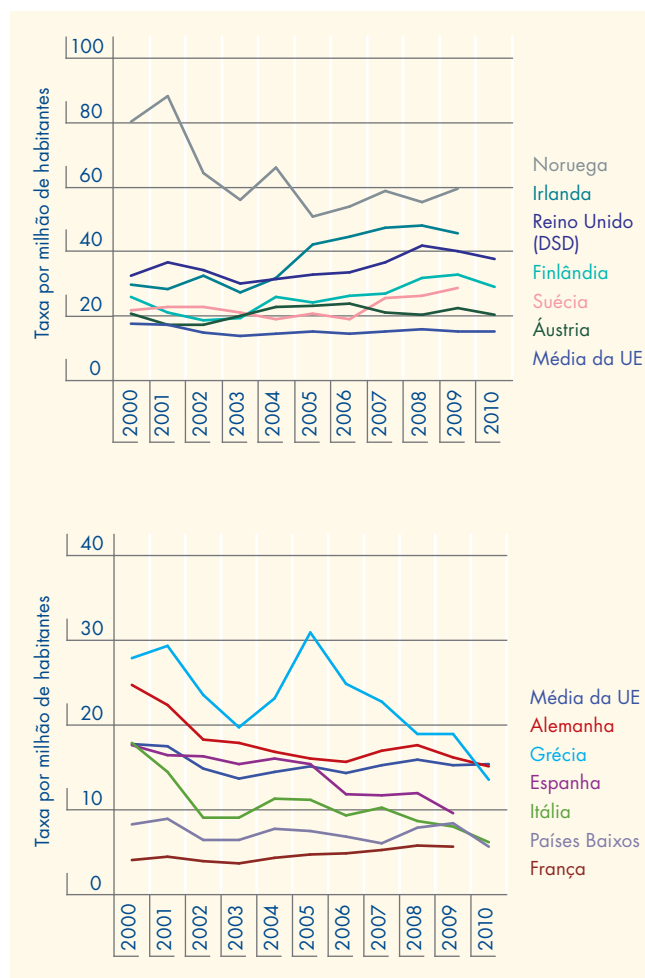
É difícil explicar por que razão o número de mortes induzidas pela droga notificadas se mantém constante, sobretudo atendendo aos indícios de diminuição do consumo de droga injetada e de aumento do número de consumidores de opiáceos em contacto com os serviços de tratamento e de redução dos danos. Entre as explicações possíveis contam-se, nomeadamente, maiores níveis de policonsumo de droga (OEDT, 2009b) ou de comportamentos de alto risco; aumento do número de consumidores de opiáceos que recaem à saída da prisão ou do tratamento; e faixas etárias mais elevadas de consumidores mais vulneráveis.

### Mortes indiretamente relacionadas com o consumo de droga

Através da combinação dos dados disponíveis do Eurostat e da vigilância do VIH/sida, o OEDT estimou que, em 2009, morreram cerca de 1 830 pessoas de VIH/sida atribuível ao consumo de droga, na União Europeia <sup>(127)</sup>, tendo quase 90% destas mortes ocorrido em Espanha, França, Itália e Portugal. Entre os países com taxas estimadas muito superiores às dos demais, as taxas de mortalidade por VIH/sida atribuível ao consumo de droga injetável diminuíram em Espanha, Itália e Portugal, mas aumentaram na Letónia e na Lituânia, comparativamente a 2008. Os surtos de casos de infeção por VIH entre os consumidores de droga injetada recentemente comunicados na Grécia e Roménia (OEDT e ECDC, 2012) carecem de monitorização estreita em matéria de assistência aos pacientes e de níveis de mortalidade relacionada com o VIH/sida.

Existem outras doenças responsáveis por uma percentagem das mortes ocorridas entre os consumidores de droga, nomeadamente doenças crónicas como as doenças hepáticas, devidas principalmente à infeção pelo vírus da hepatite C (VHC) e frequentemente agravadas pelo elevado consumo de álcool e por infeção concomitante pelo VIH. As consequências da infeção pelo VHC podem ser particularmente gravosas para os consumidores de droga, existindo indícios de que possa duplicar o respetivo risco de morte relacionada com a droga, e de que possa estar na origem do elevado risco de morte relacionada com a droga que se verifica entre os consumidores de droga de maior idade (Merrall e outros, 2012). As mortes causadas por outras doenças infecciosas são mais raras. Causas de morte entre os consumidores de droga como o suicídio e traumatismos,

**Figura 19** — Tendências das taxas de mortalidade na população geral (15-64 anos) devido a mortes induzidas pela droga numa amostra selecionada de Estados-Membros da União Europeia anteriores a 2004 e na Noruega: países com taxas superiores (em cima) e inferiores (em baixo) à média da União Europeia em 2010



**NB:** No cálculo da média da União Europeia são considerados os 27 Estados-Membros e a Noruega. O valor de 2010 é provisório, uma vez que só se encontravam disponíveis os dados de 20 países. São apresentados os dados da Noruega e dos Estados-Membros anteriores a 2004 com mais de 100 mortes induzidas pela droga comunicadas no ano mais recente.

assim como o homicídio, têm recebido muito menos atenção, apesar dos indícios de que o seu impacto é considerável.

Embora a tendência de evolução a longo prazo da mortalidade ligada ao VIH entre os consumidores de droga seja descendente, existem outras causas de mortalidade que têm dado poucos sinais de abrandamento nos últimos anos, apesar da expansão da cobertura do tratamento, mormente do tratamento de substituição de opiáceos, e de outros serviços. Uma série de fatores interrelacionados podem dar um contributo para a explicação deste difícil

<sup>(127)</sup> Ver quadro DRD-5 (parte iii) no Boletim Estatístico de 2012.



problema. Além dos já mencionados, especificamente a respeito dos fatores de risco de morte induzida pela droga, incluem-se nesta série: o consumo de álcool e de outras drogas; o elevado grau de depauperação da saúde dos consumidores, a comorbilidade; e a exclusão e marginalização sociais. É necessário um esforço maior a fim de se entenderem e atacarem melhor os fatores tanto diretos como indiretos associados à mortalidade entre consumidores problemáticos de droga, se pretendemos reduzir efetivamente este significativo custo de saúde associado ao consumo de droga na Europa.

## Redução das mortes relacionadas com o consumo de droga

A redução da perda de vidas devida ao consumo de droga é uma prioridade política-chave na maioria dos países europeus, 16 dos quais referem esta questão como um objetivo central dos respetivos documentos políticos nacionais ou regionais em matéria de droga ou como objeto de um plano de ação específico. Em outros países europeus, como a Áustria e a Noruega, os aumentos registados em anos anteriores no número de mortes relacionadas com o consumo de droga desencadearam uma consciencialização acrescida da necessidade de se aperfeiçoarem as respostas a este problema.

O tratamento da toxicoddependência reduz de forma significativa o risco de morte dos consumidores de droga e, devido à superior segurança farmacológica que a caracteriza, a buprenorfina é recomendada para o tratamento de manutenção dos dependentes de opiáceos em alguns países<sup>(128)</sup>. Uma combinação de buprenorfina e naloxona<sup>(129)</sup> obteve autorização de introdução no mercado em metade dos países da Europa<sup>(130)</sup>. Foram também identificados riscos consideráveis para os consumidores, relacionados com a tolerância à droga, quando o tratamento é iniciado ou abandonado. Alguns estudos mostram que o risco de morte induzida pela droga em caso de recaída após o tratamento ou nas semanas seguintes à saída da prisão é bastante elevado.

Paralelamente à melhoria do acesso ao tratamento da toxicoddependência, incluem-se entre os outros tipos de intervenção destinados a reduzir os riscos de *overdose* entre os consumidores de droga, a prestação de formação e a informação sobre o risco de *overdose*. A conjugação da formação sobre as *overdoses* com a administração domiciliar de naloxona é uma intervenção que pode prevenir mortes por *overdose* de opiáceos. Em 2011, dois terços dos países europeus comunicaram que as equipas

das suas viaturas de emergência médica dispunham de formação em administração de naloxona e, um pouco mais de metade dos mesmos, que a naloxona era um dos produtos de medicação de utilização corrente nas ambulâncias. Apenas Itália, Roménia e Reino Unido mencionam a existência de programas de redução dos danos baseados na comunidade que fornecem naloxona para administração domiciliária a consumidores de opiáceos, suas famílias e prestadores de cuidados. Noutros países, incluindo a Estónia, o país com a maior taxa de mortalidade relacionada com a droga entre a população adulta (15-64 anos) da União Europeia, continuam a existir barreiras legais à adoção desta prática. Contudo, no Reino Unido ficou demonstrado que, com um esforço de formação mínimo, é possível elevar os graus de conhecimento, competências e confiança dos profissionais de saúde, incluindo os ligados à área da toxicoddependência, no que respeita à resposta a *overdoses* de opiáceos e à administração de naloxona (Mayet e outros, 2011).

A maioria dos países refere a divulgação de informação sobre o risco de *overdose* (muitas vezes em diversas línguas, para chegarem aos consumidores de droga migrantes), através de serviços e sítios *web* especializados e, mais recentemente, também através de mensagens telefónicas e de correio eletrónico. De 2008 a 2011, três novos países comunicaram uma cobertura integral ou extensiva de materiais informativos sobre o risco de *overdose*.

Podem ainda ser necessários assistência e apoio suplementares para responder a necessidades de grupos vulneráveis de consumidores de droga, como os infetados pelo VHC e os consumidores mais velhos. A avaliação do risco de *overdose* por técnicos de saúde ou da área da toxicoddependência pode contribuir para a identificação dos consumidores de alto risco e funcionar potencialmente como elemento catalisador para efeitos de redução dos danos. Embora a oferta de atividades de avaliação de risco seja indicada pelos peritos nacionais como suficiente para as necessidades da maioria dos consumidores de opiáceos em menos de metade dos países europeus, essa situação traduz um aumento significativo (44%) verificado entre 2008 e 2011.

Intervenções de natureza muito seletiva, como a disponibilização de salas de consumo vigiado, permitem chegar a subgrupos específicos de consumidores de droga altamente marginalizados, contribuindo para reduzir a morbilidade e a mortalidade. Em 2011, na Dinamarca, uma organização privada<sup>(131)</sup> criou em Copenhaga uma sala de chuto móvel, que

<sup>(128)</sup> Ver orientações de tratamento no portal de boas práticas.

<sup>(129)</sup> A naloxona anula os efeitos dos opiáceos e é amplamente utilizada nos hospitais e na emergência médica.

<sup>(130)</sup> Ver quadro HSR-1 no Boletim Estatístico de 2012.

<sup>(131)</sup> Para mais informações, ver o sítio *web* Mobile Fixerum.

proporciona condições de consumo e de supervisão médica mais seguras. À semelhança das instalações de consumo supervisionado de droga da Alemanha,

Espanha, Luxemburgo, Países Baixos e Noruega, a nova unidade da Dinamarca está apetrechada para minorar o impacto das *overdoses* não fatais.



## Capítulo 8

# Novas drogas e tendências emergentes

### Introdução

Na Europa, como à escala planetária, as novas drogas e os novos padrões de consumo de droga suscitam uma atenção crescente entre políticos, meios de comunicação social e público em geral. Esse fenómeno tem sido, em parte, fomentado pelos desenvolvimentos no campo das tecnologias da comunicação, que têm tido impacto em todos os aspetos da vida moderna, incluindo atualmente a natureza do mercado de droga e da procura para consumo. Neste quadro de mutação acelerada, a divulgação oportuna de informações objetivas sobre novas drogas e tendências emergentes assume uma relevância ainda maior. A resposta europeia a este quadro assenta numa rede de alerta rápido, que recorre a informação proveniente de múltiplas fontes, incluindo a ciência forense, inquéritos, a monitorização da Internet e dados dos serviços de urgência hospitalares.

### Medidas em relação às novas drogas

O mecanismo de alerta rápido da União Europeia tem sido desenvolvido como um mecanismo de resposta rápida ao surgimento de novas substâncias psicoativas. Na sequência de uma revisão do sistema levada a cabo em 2011, a Comissão Europeia está a trabalhar num novo instrumento destinado a substituir a Decisão 2005/387/JAI do Conselho <sup>(132)</sup>.

### Novas substâncias psicoativas

Entre 2005 e 2011, 164 novas substâncias psicoativas foram formalmente notificadas através do mecanismo de alerta rápido. Em 2011 foi detetado, pelo terceiro ano consecutivo, um número recorde de novas substâncias na Europa (49), contra 41 em 2010 e 24 em 2009.

Este aumento acentuado do número de substâncias notificadas insere-se num contexto de evolução contínua do fenómeno das «alternativas lícitas às drogas ilícitas» (*legal highs*) e reflete quer o número de substâncias que foram lançadas no mercado europeu da droga, quer a melhoria da capacidade de notificação dos

mecanismos de alerta rápido nacionais. A presença no mercado de algumas dessas novas drogas tem sido detetada mediante aquisições para teste do mercado (*test-purchases*) dessas drogas pela Internet e em lojas especializadas. Na maioria dos casos, porém, foram detetadas através da análise forense de substâncias apreendidas. Em 2010 e 2011, não foi feita qualquer primeira identificação em amostras biológicas (sangue, urina), enquanto, em 2009, um quarto das substâncias notificadas foi detetado em amostras biológicas.

Tal como em 2010, cerca de dois terços das substâncias notificadas em 2011 são canabinóides sintéticos ou catinonas sintéticas; estes dois grupos representam também dois terços do total de novas substâncias notificadas ao mecanismo de alerta rápido desde 2005 (OEDT e Europol, 2011). Os canabinóides sintéticos são a maior das seis famílias de drogas sob vigilância (ver figura 20). São também objeto de vigilância um conjunto de medicamentos (por exemplo o phenazepam e o etizolam), metabolitos ou precursores de medicamentos (5-hidroxitriptofano), e substâncias baseadas em medicamentos (por exemplo, as canfetaminas — um derivado das fencanfaminas). Exemplo disso é a metoxetamina, derivado da cetamina notificado em 2010 e objeto de monitorização ativa pelo mecanismo de alerta rápido, substância com um potencial de toxicidade aguda (Wood e outros, 2012a) e crónica similar ao da cetamina.

### Produção e oferta de novas drogas

Segundo os dados disponíveis, a maioria das novas substâncias psicoativas que surgem no mercado europeu de drogas ilícitas são sintetizadas fora da Europa, sendo a China e, em menor grau, a Índia os seus principais países de origem. As autoridades europeias responsáveis pela aplicação da lei têm descoberto instalações associadas à importação, mistura e embalagem de substâncias desse tipo. Os relatórios apontam para o envolvimento do crime organizado tanto na embalagem como na comercialização das substâncias em causa, que

<sup>(132)</sup> Decisão 2005/387/JAI do Conselho, de 10 de maio de 2005, relativa ao intercâmbio de informações, avaliação de riscos e controlo de novas substâncias psicoativas. JO L 127 de 20.5.2005.

### O discurso sobre novas drogas: novas substâncias psicoativas ou «alternativas lícitas às drogas ilícitas» (*legal highs*)?

Existe um conjunto de termos que são usados para designar novas drogas, e apresentam-se em seguida algumas definições do OEDT de conceitos de utilização corrente.

No âmbito do mecanismo de alerta rápido da União Europeia, o conceito de nova substância psicoativa é definido como um novo estupefaciente ou um novo psicotrópico não enumerado, respetivamente, na Convenção Única das Nações Unidas de 1961 sobre os estupefacientes e na Convenção das Nações Unidas de 1971 sobre substâncias psicotrópicas, e que possa constituir uma ameaça para a saúde pública comparável à das substâncias nelas listadas (!).

A expressão «drogas de *design*» surgiu na década de 1980 com a irrupção dos compostos de *ecstasy* (MDMA e outros) no mercado das drogas ilícitas. Refere-se a substâncias psicoativas não regulamentadas com que se pretendem reproduzir os efeitos de drogas controladas alterando-lhes ligeiramente a estrutura química a fim de contornar os controlos vigentes. O próprio termo indica que se trata de substâncias que são normalmente fabricadas em laboratórios clandestinos a partir de precursores químicos.

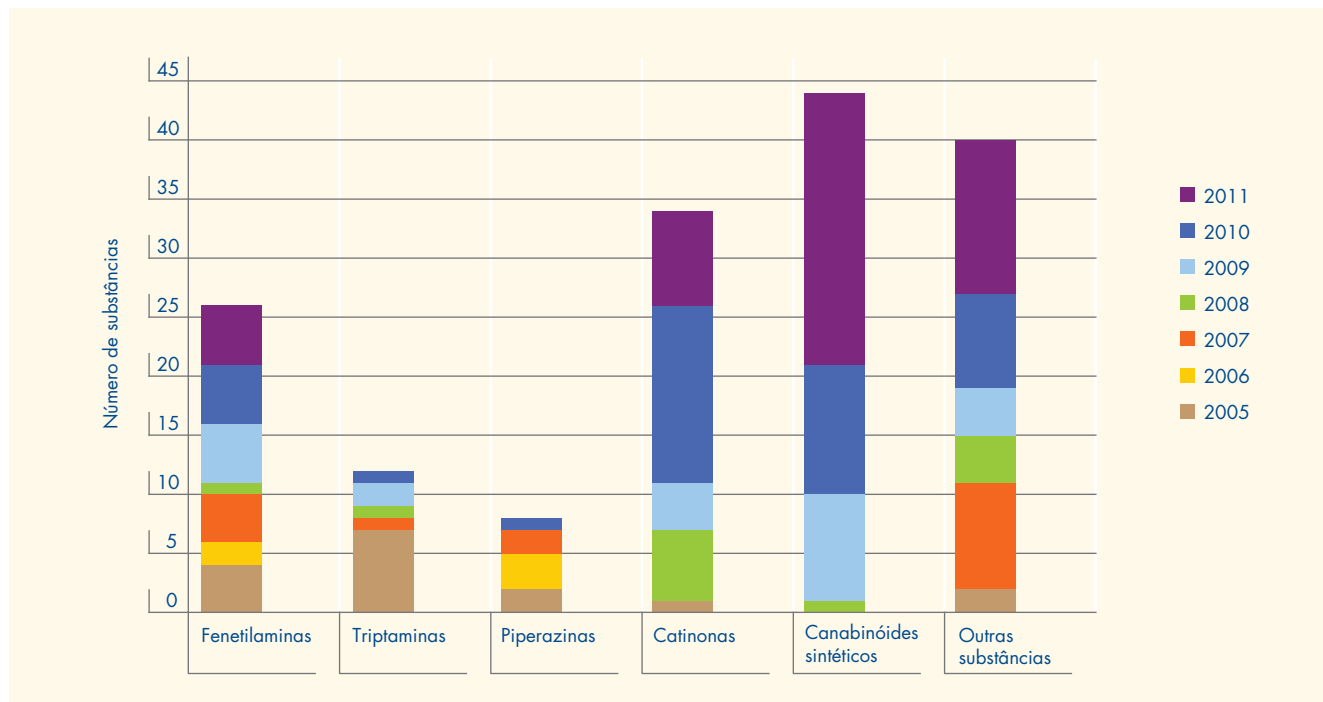
A expressão «alternativas lícitas às drogas ilícitas» (*legal highs*) é, segundo a definição do OEDT, uma expressão globalmente utilizada para designar substâncias psicoativas não regulamentadas ou produtos que alegadamente as contenham, que visam especificamente reproduzir os efeitos de drogas controladas. Abarca um amplo leque de substâncias sintéticas e derivados de plantas, que são geralmente vendidos via Internet ou em *smartshops* ou *headshops*. Descrever essas substâncias como «lícitas» pode ser incorreto ou induzir os clientes em erro: alguns produtos podem conter substâncias controladas ao abrigo de legislação de combate à droga e outros podem estar abrangidos pela legislação relativa aos medicamentos ou à segurança alimentar (OEDT, 2011a).

Igualmente usado é a expressão «herbal highs» que realça a alegada origem natural de um produto.

Para contornar a regulação de defesa do consumidor e as normas aplicáveis à comercialização de produtos, as novas substâncias psicoativas são também vendidas sob diferentes rótulos, tais como «substâncias químicas usadas na investigação», «sais de banho» e «alimentos para plantas».

(!) A Decisão 2005/387/JAI do Conselho estabelece uma definição juridicamente vinculativa das substâncias a que é aplicável.

Figura 20 — Principais grupos de novas substâncias psicoativas identificadas por meio do mecanismo de alerta rápido desde 2005



NB: Número de novas substâncias psicoativas notificadas ao mecanismo europeu de alerta rápido ao abrigo da Decisão 2005/387/JAI do Conselho. Para mais informações sobre as fenetilaminas, triptaminas, piperazinas, catinonas e os canabinóides sintéticos, ver os perfis disponibilizados pelo OEDT na Internet. A categoria «outras substâncias» inclui várias substâncias psicoativas sintéticas e derivadas de plantas que não pertencem exatamente a qualquer das famílias químicas anteriores, bem como um pequeno número de medicamentos e derivados.

Fonte: Mecanismo de alerta rápido.

são vendidas sobretudo como *legal highs* na Internet e em *smartshops* ou *headshops*. Em alguns casos, contudo, são vendidas como drogas ilícitas, como o *ecstasy*, utilizando logótipos geralmente conotados com esse tipo de droga.

O envolvimento das autoridades europeias responsáveis pela aplicação da lei em casos transnacionais relacionados com o tráfico, mistura e embalagem de novas substâncias psicoativas tem aumentado nos últimos anos, de acordo com a informação comunicada. No curso de investigações centradas na mefedrona apurou-se que esta droga é em larga medida fabricada na China, entrando muitas vezes nos países europeus em que está sujeita a controlo através de países terceiros onde esse controlo não existe (Europol). Foram comunicadas apreensões menores de *mCPP*, sobretudo de catinonas e canabinóides sintéticos, pela Alemanha, Dinamarca, Estónia e Hungria <sup>(133)</sup>. Apreensões de maior dimensão envolvendo principalmente novas substâncias psicoativas não especificadas foram comunicadas pela Letónia (cerca de 5 quilogramas) e Espanha (apreensão a uma *headshop* perfazendo 96 quilogramas no total), bem como uma apreensão na República Checa de mais de 20 quilogramas de mefedrona proveniente da Índia. Outras instalações ligadas à produção foram desmanteladas ou confiscadas na Irlanda, Bélgica, Polónia (5 quilogramas de mefedrona) e Países Baixos, onde foram apreendidos numa instalação 150 quilogramas de «pó branco» e cerca de 20 000 embalagens contendo vários canabinóides sintéticos.

Ocasionalmente, têm sido detetadas em substâncias apreendidas, vendidas como «alimentos para plantas» ou «substâncias químicas usadas na investigação», drogas controladas, em particular, catinonas e piperazinas. Exemplo disso é a deteção de PMMA em produtos ditos *legal highs*, o que configura claramente uma ameaça para os consumidores (OEDT e Europol, 2011; Sedefov e outros, 2011). Um relatório recente do Reino Unido dá conta de que, no âmbito de aquisições para teste do mercado na Internet, 19% das amostras de produtos anunciados para venda como *legal highs* continham uma substância controlada, enquanto 22% continham piperazinas, 20% catinonas e 18% canabinóides sintéticos (Serious Organised Crime Agency, 2011). No entanto, o grau de envolvimento da criminalidade organizada no comércio de novas substâncias não é ainda claro. Atualmente, o mercado parece ser dominado em boa medida por empreendedores oportunistas que se servem da Internet para colocar e vender os seus produtos no mercado.

## Disponibilidade na Internet

A disponibilidade de «alternativas lícitas às drogas ilícitas» (*legal highs*) na Internet é monitorizada regularmente pelo OEDT por meio de estudos na Internet (estudos seletivos) (ver OEDT 2011a). O mais recente teve lugar em janeiro de 2012, em 20 das 23 línguas oficiais da União Europeia, bem como em norueguês, russo e ucraniano <sup>(134)</sup>.

O número de lojas na Internet que oferecem substâncias ou produtos psicoativos a clientes em pelo menos um Estado-Membro da União Europeia continua a crescer. No estudo seletivo de janeiro de 2012 foram identificadas 693 lojas na Internet, contra 314 em janeiro de 2011 e 170 em janeiro de 2010.

Três produtos naturais (o kratom, a sálvia e os cogumelos alucinogénios) continuam a ser as «alternativas lícitas» mais frequentemente oferecidas em linha, seguidos por oito substâncias sintéticas cuja disponibilidade cresceu ao longo do ano 2011 (quadro 10). No estudo seletivo de 2012 foi detetado um aumento notável da disponibilidade de diversas catinonas sintéticas, o que pode ser um sinal de que os operadores da Internet estão à procura de um substituto para a mefedrona. Esta, por sua vez, não deixou de estar disponível na Internet e parece ter recuperado após a grande quebra de disponibilidade na Internet entre março e julho de 2011,

**Quadro 10 — As dez novas substâncias psicoativas ou *legal highs* mais oferecidas nas lojas Internet vigiadas em 2011 e 2012**

	Número de lojas na Internet que vendem o produto		
	Janeiro 2012	Julho 2011	Janeiro 2011
<b>Kratom (natural)</b>	179	128	92
<b>Salvia (natural)</b>	134	110	72
<b>Cogumelos alucinogénios (natural)</b>	95	72	44
<b>Metoxetamina (arilciclohexilamina)</b>	68	58	14
<b>MDAI (aminoindano)</b>	65	61	45
<b>6-APB (benzofurano)</b>	54	49	35
<b>MDPV (catinona)</b>	44	32	25
<b>4-MEC (catinona)</b>	43	32	11
<b>Metiopropamina (tiofeno)</b>	39	28	5
<b>5-IAI (aminoindano)</b>	38	27	25

Fonte: OEDT.

<sup>(133)</sup> 1-(3-clorofenil) piperazina.

<sup>(134)</sup> Utilizaram-se para pesquisa as expressões «alternativas lícitas às drogas ilícitas» (*legal highs*), *herbal highs* (*Spice*, kratom e salvia), GBL (gama-butirolactona), cogumelos alucinogénios, mefedrona e as substâncias aparentadas com o pipradrol: 2-DPMP (desoxipipradrol), desoxi-D2PM (2-(difetilmetil) pirrolidina) e D2PM (difetilprolinol).



com a sua sujeição a controlo por um número crescente de Estados-Membros (OEDT, 2011a). Produtos semelhantes ao *spice* foram identificados em 21 lojas na Internet em 2012, o que representa uma redução considerável face às 55 lojas que ofereciam esses produtos em 2009.

A Internet é um mercado global, e as lojas em linha que vendem novas substâncias parecem ser originárias de um grande número de países. Porém, o comportamento e as preferências do mercado não são necessariamente globais, já que muitas linhas de produtos aparentam ser especificamente dirigidas a mercados geograficamente delimitados. O produto «Kronic», por exemplo, é vendido quase exclusivamente por agentes que operam a partir da Austrália e Nova Zelândia.

Embora estes dados forneçam pistas sobre a oferta de *legal highs* na Internet, não há informação disponível sobre as vendas efetivas. Para aferir os níveis de consumo das novas substâncias psicoativas na Europa, adquiridas via Internet ou por outros meios, é necessário analisar os dados disponíveis referentes à prevalência do consumo.

## Prevalência

Os dados da prevalência de novas substâncias psicoativas são escassos e enfermam amiúde de limitações metodológicas, incluindo a falta de definições comuns e o recurso a amostras obtidas por autosseleção dos inquiridos ou não representativas. Em 2011, foram conduzidos pela primeira vez estudos nacionais representativos sobre a prevalência das *legal highs* e das novas substâncias psicoativas entre a população geral (Irlanda, Reino Unido) e os estudantes (Espanha). Os resultados indicam que os níveis de prevalência são em geral reduzidos, mas que poderá haver potencial para um aumento acelerado do consumo em determinadas subpopulações.

Também em 2011, num estudo europeu sobre as atitudes dos jovens, em que foram entrevistados mais de 12 000 jovens (da faixa etária 15-24 anos), estimou-se que a taxa dos jovens europeus que já haviam consumido *legal highs* era de 5% e que, em cerca de metade dos países, essa taxa se situava no intervalo 3%-5%. A estimativa mais elevada foi comunicada pela Irlanda (16%), seguida pela Letónia, Polónia e Reino Unido (todos a rondar os 10%) (Gallup, 2011).

Em Espanha, o estudo nacional de 2010 sobre o consumo de droga na população escolar da faixa etária 14-18 anos integrou um novo módulo especial sobre as drogas emergentes. O estudo incidiu sobre as seguintes nove substâncias: cetamina, «Spice»,

### Amostras coletivas e anónimas de urina: fonte de informação objetiva sobre o consumo de droga

As novas abordagens em desenvolvimento nos campos da identificação e medição do consumo de droga de uma população com base na análise das respetivas águas residuais têm potencial para superar algumas das limitações dos inquéritos à população. A fiabilidade dos dados relativos ao consumo de droga colhidos junto dos próprios consumidores pode ser afetada por variações no conteúdo das drogas consumidas. Isso é particularmente verdade nos casos das drogas sintéticas e das substâncias psicoativas, em que o consumidor pode desconhecer a substância que está a consumir. A análise de amostras de águas residuais de toda uma comunidade colhidas em estações de tratamentos de esgotos tem sido usada para determinar os seus níveis de consumo de drogas ilícitas como o MDMA e a cocaína. Contudo, a utilização dessa técnica é problemática no caso das novas substâncias psicoativas, dado que há poucos conhecimentos a respeito do seu metabolismo e estabilidade.

Um estudo piloto para aferir da exequibilidade da utilização de amostras coletivas de urina para efeitos de identificação das drogas consumidas nos locais de diversão noturna de Londres foi levado a cabo em 2011 (Archer e outros, 2012), tendo-se detetado a presença considerável de drogas ilícitas e de novas substâncias psicoativas, incluindo a mefedrona, o TFMPP (3- trifluorometilfenilpiperazina) e 2-AI (2-aminoindano). As drogas presentes em concentrações mais elevadas nas amostras eram a mefedrona, a cetamina e o MDMA. Além dos precursores químicos de diferentes drogas, foram igualmente detetados os metabolitos correspondentes.

Este estudo demonstra a exequibilidade da utilização de amostras coletivas de urina para identificação das drogas consumidas em locais de diversão noturna. Esta metodologia tem potencial para fornecer dados objetivos sobre o consumo de droga nesses locais, e particularmente para a deteção de novas substâncias psicoativas.

piperazinas, mefedrona, nexus (2C-B), metanfetaminas, cogumelos mágicos, «substâncias químicas usadas na investigação» e *legal highs*. No conjunto, 3,5% dos estudantes declararam já ter consumido uma ou mais dessas drogas na vida (2,5% último ano). Os níveis de consumo de produtos do tipo «Spice» comunicados foram reduzidos: 1,1% de prevalência ao longo da vida e 0,8% no último ano. O consumo de mefedrona neste grupo revelou-se igualmente muito baixo (0,4% de consumo ao longo da vida).

A mefedrona e as *legal highs* foram incluídas pela primeira vez num inquérito domiciliar conjunto realizado na Irlanda e na Irlanda do Norte (Reino Unido) em 2010-2011, depois de a mefedrona

ter passado a estar sujeita a controlo (NACD e PHIRB, 2011). O inquérito incidiu sobre uma amostra de mais de 7 500 inquiridos, com idades entre os 15 e os 64 anos. Na Irlanda do Norte, a prevalência ao longo da vida foi estimada em 2% e a prevalência no último ano em 1%, tanto da mefedrona como das «*legal highs*»<sup>(135)</sup>. Os níveis de prevalência ao longo da vida apurados são superiores na faixa dos 15-24 anos, atingindo 6% tanto no caso da mefedrona como no das *legal highs*. Na Irlanda, as novas substâncias psicoativas (consumo no último ano, 4%) foram as segundas drogas ilícitas mais citadas, a seguir à *cannabis* (6%). Os níveis mais elevados de consumo no último ano das novas substâncias psicoativas foram os reportados pelos jovens da faixa dos 15-24 anos (10%).

Os resultados do British Crime Survey de 2010/11 (Smith e Flatley, 2011) revelam que entre a população em geral (16-59 anos) em Inglaterra e no País de Gales, o consumo de mefedrona no último ano (1,4%) foi equiparável ao de *ecstasy*. No grupo etário dos 16-24 anos, a prevalência do consumo de mefedrona no último ano é igual à do de cocaína em pó (4,4%). A maioria dos indivíduos que declararam ter consumido mefedrona no último ano referiram ter consumido também outra droga ilícita (sobretudo *cannabis*, cocaína ou *ecstasy*). Para se entender corretamente o alcance destes resultados é importante ter presente que o processo de recolha de dados do inquérito se iniciou antes e terminou já depois da proibição da mefedrona.

Tem sido levado a cabo um pequeno número de estudos e inquéritos pela Internet, com amostras de conveniência definidas por autosseleção, de monitorização do consumo e da disponibilidade das novas substâncias psicoativas. Um inquérito em linha sobre *legal highs* a um universo de 860 indivíduos com experiência de consumo das mesmas, realizado na Alemanha, mostrou que as misturas de ervas eram os produtos *legal highs* com maior prevalência, seguidos pelas «substâncias químicas usadas na investigação» e pelos «sais de banho» e afins. Num estudo efetuado na República Checa em locais de vida noturna concluiu-se, igualmente, que as substâncias à base de ervas eram as *legal highs* mais citadas, tendo 23% dos 1 099 inquiridos declarado ter consumido *Salvia divinorum*. Também na República Checa, 4,5% dos membros de uma amostra de 1 091 utilizadores da Internet com idades entre os 15 e os 34 anos declararam ter consumido uma das novas substâncias psicoativas.

Outros estudos incidem com frequência no consumo de um tipo de substância, como o *Spice*, a BZP ou

a mefedrona. Em 2011, nos Estados Unidos pela primeira vez, o inquérito anual às escolas, US Monitoring the Future, incidiu sobre a prevalência do consumo de canabinóides sintéticos entre os jovens. Entre os alunos do 12.º ano, segundo os resultados apurados, a prevalência do consumo de produtos que contêm canabinóides sintéticos (*Spice* e K2) terá ultrapassado ligeiramente os 11% no ano transato.

A edição de 2011 do inquérito sobre o consumo de droga promovido pela revista de frequentadores de clubes do Reino Unido «Mixmag» e pelo jornal «Guardian» (Mixmag, 2012), tendo por base anteriores inquéritos da Mixmag (OEDT, 2009a, 2010a), obteve 15 500 respostas, maioritariamente do próprio Reino Unido, mas provenientes também de todo o mundo. Em 2010-2011, os níveis declarados de consumo de mefedrona no último ano e no último mês entre os frequentadores de clubes (30% e 13%) foram três vezes superiores aos dos grupos que não frequentam clubes (10% e 3%) (Mixmag, 2012). É evidente que dados de amostras definidas por autosseleção dos inquiridos, como estes, não podem ser de modo algum considerados representativos, porém, este género de estudo proporcionam uma visão interessante sobre o consumo de droga entre os inquiridos.

## Respostas às novas drogas

Por toda a Europa, começam a ser concebidas medidas tendentes a reduzir tanto a procura como a oferta de novas substâncias psicoativas. Os Estados-Membros, individualmente, têm tomado iniciativas destinadas a aperfeiçoar e acelerar as suas respostas jurídicas aos novos produtos e substâncias psicoativas e aos estabelecimentos que os vendem (ver capítulo 1).

Em 2011, o primeiro fórum internacional multidisciplinar sobre novas drogas salientou a necessidade de se reforçarem as medidas de resposta às novas substâncias psicoativas no plano da redução da procura, incluindo a prevenção, a redução dos danos e o tratamento. No entanto, a disponibilidade de um amplo leque de compostos de conteúdo e qualidade muito heterogéneos dificulta a definição de mensagens claras no que respeita à prevenção ou redução dos danos.

No Reino Unido, são facultados pelo serviço em linha «Talk to Frank» (Fale com o Frank) elementos sobre *legal highs*, apoio de emergência e informação sobre tratamento da toxicod dependência; na Irlanda, a informação sobre as novas drogas para fins de

<sup>(135)</sup> Na Irlanda do Norte, a categoria das «*legal highs*» inclui «pastilhas de festa», *herbal highs*, «pós de festa», kratom e *Salvia divinorum*, enquanto na Irlanda abrange ainda misturas de ervas para fumar e incenso, «sais de banho», «alimentos para plantas» e outros pós, *magic mint*, *divine mint* ou Sally D, e outras novas substâncias psicoativas mencionadas pelos inquiridos.

### Estimar a psicoatividade

Com o constante crescimento do número de novas substâncias notificadas ao mecanismo de alerta rápido da União Europeia, é importante determinar numa fase inicial do processo se as substâncias possuem propriedades psicoativas. A possibilidade de se utilizarem métodos de baixo custo para a predição das propriedades das novas drogas (de toxicidade, farmacologia, psicoatividade), sem necessidade de se realizarem ensaios experimentais em animais ou em seres humanos, está presentemente a ser explorada.

Está em estudo uma técnica que consiste na construção de modelos matemáticos para prever o comportamento das novas substâncias. Estes baseiam-se no «princípio da similaridade», que toma como pressuposto que moléculas com estruturas químicas muito próximas possuem propriedades e efeitos psicoquímicos análogos. Desse modo, o conhecimento acerca de uma substância conhecida é usado para predizer os efeitos de uma substância desconhecida.

A possibilidade de se prever a ação de novos compostos, dos quais pouco se sabe, afigura-se promissora. Num estudo recente, o potencial psicoativo do fármaco Ostarine foi avaliado por meio de métodos computacionais (Mohd-Fauzi e Bender, 2012). A análise comportava duas etapas: na primeira procurava saber-se quais as perspectivas de a substância poder atingir proteínas com conhecidos efeitos psicoativos; na segunda tratava-se de explorar o grau de probabilidade da substância permear o sistema nervoso central. Os resultados do estudo indicaram não ser provável que o Ostarine tenha efeitos psicoativos no ser humano.

prevenção e de redução dos danos está em circulação desde 2010.

Na Polónia, desde 2008 o Serviço Nacional de Prevenção da Toxicodependência preparou e lançou três campanhas de prevenção: uma campanha via Internet de informação sobre as possíveis consequências e perigos do consumo de *legal highs*, reuniões entre pais e representantes das escolas que disponibilizam informação sobre novas substâncias psicoativas,

mediadas por conselheiros escolares ou professores, e um programa de prevenção universal dirigido à população escolar da faixa etária dos 15-18 anos a cargo de professores e assessores das escolas.

O projeto Recreational Drugs European Network (ReDNet) (rede europeia de drogas recreativas) é um projeto de investigação descentralizado que visa melhorar o nível de informação ao dispor de jovens (16-24) e profissionais sobre os efeitos dessas novas drogas recreativas e os potenciais riscos de saúde associados ao seu consumo. Recorre a uma gama de tecnologias de comunicação inovadoras para difundir informação isenta de juízos de valores aos grupos-alvo.

Urge compreender melhor as possíveis implicações agudas e crónicas para a saúde do consumo das novas substâncias. É preciso assegurar o tratamento médico das vítimas da toxicidade aguda, mas é igualmente necessário, por outro lado, ministrar formação específica para acompanhamento dos indivíduos que contraem problemas de saúde em contextos recreativos e fornecer orientação a respeito do momento em que os serviços de emergência pré-hospitalar devem ser chamados. Não obstante, dadas as suas similaridades com as anfetaminas e o MDMA, é provável que abordagens afins das respostas terapêuticas utilizadas para estas drogas mais conhecidas possam revelar-se úteis para os consumidores de alguns tipos das novas substâncias psicoativas.

O tratamento dispensado a indivíduos que estiveram expostos às novas drogas psicoativas e pedem ajuda formalmente é, em primeiro lugar, de apoio, sendo que a informação disponível acerca do que constitui um tratamento psicossocial apropriado para consumidores de *legal highs* é escassa. No Reino Unido, foi criada a título experimental uma clínica multidisciplinar especializada para consumidores de drogas recreativas, incluindo *legal highs*, que oferece um amplo leque de respostas, incluindo intervenções de curta duração, terapias farmacológicas e assistência devidamente programada, que tem demonstrado boa capacidade de manutenção dos doentes em tratamento e resultados positivos.



## Referências <sup>(136)</sup>

- Aaron, S., McMahon, J. M., Milano, D., Torres, L., Clatts, M. e outros (2008), «Intranasal transmission of hepatitis C virus: virological and clinical evidence», *Clinical Infectious Diseases* 47, p. 931-934.
- ACMD (Advisory Council on the Misuse of Drugs) (2010), *Consideration of the use of foil, as an intervention, to reduce the harms of injecting heroin*, Advisory Council on the Misuse of Drugs, Londres (disponível na Internet).
- AIHW (Australian Institute of Health and Welfare) (2011), *2010 National Drug Strategy Household Survey report*. Drug statistics series n.º 25, AIHW, Canberra.
- Allen, G. (2011), *Early intervention: the next steps*, Independent Report, Her Majesty's Government, Londres (disponível na Internet).
- Amato, L., Ferri, M., Minozzi, S., Schifano, P. e Davoli, M. (no prelo), «Acceptability, efficacy and safety of pharmacological treatment of cocaine dependence», *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M. e Vecchi, S. (2011), «Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence», *Cochrane Database of Systematic Reviews* (10), p. CD004147.
- Archer, J., Dargan, P., Rintoul-Hoad, S., Hudson, S. e Wood, D. (2012), «Nightclub urinals: a novel and reliable way of knowing what drugs are being used in nightclubs», *British Journal of Clinical Pharmacology* 73, p. 985.
- Asbridge, M., Hayden, J. A. e Cartwright, J. L. (2012), «Acute cannabis consumption and motor vehicle collision risk: systematic review of observational studies and meta-analysis», *BMJ* 344, p. 536.
- Bellerose, D., Carew, A. M. e Lyons, S. (2011), *Trends in treated problem drug use in Ireland 2005 to 2010*, HRB Trends Series 12 (disponível na Internet).
- Berkowitz, B. e Spector, S. (1972), «Evidence for active immunity to morphine in mice», *Science* 178, p. 1290-1292.
- Bretteville-Jensen, A. L. e Skretting, A. (2010), «Heroin smoking and heroin using trends in Norway: a study among recreational and heavy drug users», *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift* 27, p. 5-16.
- Brugal, M. T., Pulido, J., Toro, C., de la Fuente, L., Bravo, M. J. e outros (2009), «Injecting, sexual risk behaviors and HIV infection in young cocaine and heroin users in Spain», *European Addiction Research* 15, p. 171-178.
- Cadums (2010), *Canadian alcohol and drug use monitoring survey 2009*, Health Canadá, Controlled Substances and Tobacco Directorate (disponível na Internet).
- Calabria, B., Degenhardt, L., Briegleb, C., Vos, T., Hall, W. e outros (2010), «Systematic review of prospective studies investigating «remission» from amphetamine, cannabis, cocaine or opioid dependence», *Addictive Behaviors* 35, p. 741-749.
- Calafat, A., Blay, N., Juan, M., Adrover, D., Bellis, M. A. e outros (2009), «Traffic risk behaviours at nightlife: drinking, taking drugs, driving and use of public transport by young people», *Traffic Injury Prevention* 10, 162-9.
- CDC (2009), «Diagnoses of HIV infection and AIDS in the United States and dependent areas, 2009», *HIV Surveillance Report* 21, Table 1a, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta (disponível na Internet).
- Comissão Europeia, Direção-Geral da Fiscalidade e da União Aduaneira, Direção-Geral das Empresas e da Indústria (2011), *EU summary report on drug precursors 2011: statistics from 2010* (disponível na Internet).
- Connolly, J., Foran, S., Donovan, A.M. e outros (2008), *Crack cocaine in the Dublin region: an evidence base for a Dublin crack cocaine strategy*, HRB Research Series 6, Health Research Board, Dublin (disponível na Internet).
- Conselho Europeu (2010), *Internal security strategy for the European Union: towards a European security model*, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.
- Conselho da União Europeia (2009), Decisão 16515/09 do Conselho, que cria o Comité Permanente para a Cooperação Operacional em matéria de Segurança Interna.
- Day, E. e Strang, J. (2011), «Outpatient versus inpatient opioid detoxification: a randomized controlled trial», *Journal of Substance Abuse Treatment* 40, p. 56-66.
- De Maeyer J., Vanderplasschen, W. e Broekaert, E. (2010), «Quality of life among opiate-dependent individuals: a review of the literature», *International Journal of Drug Policy* 21, p. 364-380.

<sup>(136)</sup> Podem ser encontradas hiperligações para as fontes na Internet na versão PDF do relatório anual, disponível no sítio web do OEDT (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2012>).

- Derzon, J. H. (2007), «Using correlational evidence to select youth for prevention programming», *Journal of Primary Prevention* 28, p. 421-447.
- Des Jarlais, D., McKnight, C., Goldblatt, C. e Purchase, D. (2009), «Doing harm reduction better: syringe exchange in the United States», *Addiction* 104, p. 1441-1446.
- Dvorsek, A. (2006), «Relations between criminal investigation strategy and police management», *Revija Varstvoslovje-Journal of Criminal Justice and Security* 8 (3/4), p. 235-242.
- ECDC e OEDT (2011), *Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs*, ECDC and EMCDDA Joint guidance, Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças, Estocolmo (disponível na Internet).
- ECDC e Gabinete Regional para a Europa da OMS (2011), *HIV/AIDS surveillance in Europe 2010*, Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças, Estocolmo (disponível na Internet).
- Escot, S. e Suderie, G. (2009), *Usages problematiques de cocaine, quelles interventions pour quelles demandes?* Tendances 68, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Paris.
- Eurojust (2012), *Strategic project on enhancing the work of Eurojust in drug trafficking cases — final results*, Eurojust, Haia (disponível na Internet).
- Foley, K., Pallas, D., Forcehimes, A. A., Houck, J. M., Bogenschutz, M. P. e outros (2010), «Effect of job skills training on employment and job seeking behaviors in an American Indian substance abuse treatment sample», *Journal of Vocational Rehabilitation* 33, p. 181-192.
- Fox, B. S., Kantak, K. M., Edwards, M. A., Black, K. M., Bollinger, B. K. e outros (1996), «Efficacy of a therapeutic cocaine vaccine in rodent models», *Nature Medicine* 2, p. 1129-1132.
- Gabrhelik, R., Duncan, A., Miovsky, M., Furr-Holden, C. D., Stastna, L. e Jurystova, L. (2012), «Unplugged: a school-based randomized control trial to prevent and reduce adolescent substance use in the Czech Republic», *Drug and Alcohol Dependence* (disponível na Internet).
- Gallup Organisation (2011), *Youth attitudes on drugs*, Flash Eurobarometer 330 (disponível na Internet).
- Hall, W. e Degenhardt, L. (2009), «Adverse health effects of non-medical cannabis use», *Lancet* 374, p. 1383-1391.
- Hatsukami, D. K., Rennard, S., Jorenby, D., Fiore, M., Koopmeiners, J. e outros (2005), «Safety and immunogenicity of a nicotine conjugate vaccine in current smokers», *Clinical Pharmacology & Therapeutics* 78, p. 456-457.
- Hellard, M., Sacks-Davis, R. e Gold, J. (2009), «Hepatitis C treatment for injection drug users: a review of the disponível na evidence», *Clinical Infectious Diseases* 49, p. 561-573.
- Henderson, C. E., Dakof, G. A., Greenbaum, P. E. e Liddle, H. A. (2010), «Effectiveness of multidimensional family therapy with higher severity substance-abusing adolescents: report from two randomized controlled trials», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 78(6), p. 885-897.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. e Kraus, L. (2012), *The 2011 ESPAD report: Substance use among students in 36 European countries*, Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, Estocolmo, Suécia.
- Hoare, J. e Moon, D. (editores) (2010), «Drug misuse declared: findings from the 2009/10 British Crime Survey», *Home Office Statistical Bulletin* 13/10 (disponível na Internet).
- Hope, V. D., Palmateer, N., Wiessing, L., Marongiu, A. e White, J. (2012), «A decade of spore-forming bacterial infections among European injecting drug users: pronounced regional variation», *American Journal of Public Health* 102, p. 122-125.
- HPA (Health Protection Agency) (2011), *Hepatitis C in the UK 2011*, Health Protection Agency, Londres (disponível na Internet).
- Humeniuk, R., Ali, R., Babor, T., Souza-Formigoni, M. L., de Lacerda, R. B. e outros (2011), «A randomized controlled trial of a brief intervention for illicit drugs linked to the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in clients recruited from primary health-care settings in four countries», *Addiction* 107, p. 957-966.
- INCB (International Narcotics Control Board) (2012a), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, Nações Unidas, Nova Iorque (disponível na Internet).
- INCB (2012b), *Report of the International Narcotics Control Board for 2011*, Nações Unidas, Nova Iorque (disponível na Internet).
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G. e Schulenberg, J. E. (2012), *Monitoring the future: national survey results on drug use, 1975-2011, Volume I, Secondary school students*, Institute for Social Research, University of Michigan, Ann Arbor (disponível na Internet).
- Jones, L., Bates, G., Bellis, M., Beynon, C., Duffy, P. e outros (2011), *A summary of the health harms of drugs*, Department of Health (disponível na Internet).
- Karila, L., Weinstein, A., Aubin, H. J., Benyamina, A., Reynaud, M. e Batki, S. L. (2010), «Pharmacological approaches to methamphetamine dependence: a focused review», *British Journal of Clinical Pharmacology* 69, p. 578-592.
- Kirby, S., Quinn, A. e Keay, S. (2010), «Intelligence-led and traditional policing approaches to open drug markets: a comparison of offenders», *Drugs and Alcohol Today* 10, p. 13-19.
- Lee, N. K. e Rawson, R. A. (2008), «A systematic review of cognitive and behavioural therapies for methamphetamine dependence», *Drug and Alcohol Review* 27, p. 309-317.
- Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Henderson, C. E. e Greenbaum, P. E. (2009), «Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: twelve-month outcomes of a randomized controlled trial», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 77, p. 12-25.



- Longo, M., Wickes, W., Smout, M., Harrison, S., Cahill, S. e White, J. M. (2010), «Randomized controlled trial of dexamphetamine maintenance for the treatment of methamphetamine dependence», *Addiction* 105, p. 146-154.
- Martell, B. A., Mitchell, E., Poling, J., Gonsai, K. e Kosten, T. R. (2005), «Vaccine pharmacotherapy for the treatment of cocaine dependence», *Biological Psychiatry* 58, p. 158-164.
- Martin, N. K., Vickerman, P., Foster, G. R., Hutchinson, S. J., Goldberg, D. J. e Hickman, M. (2011), «Can antiviral therapy for hepatitis C reduce the prevalence of HCV among injecting drug user populations? A modeling analysis of its prevention utility», *Journal of Hepatology* 54, p. 1137-1144.
- Mathers, B., Degenhardt, L., Ali, H., Wiessing, L., Hickman, M. e outros (2010), «HIV prevention, treatment and care for people who inject drugs: a systematic review of global, regional and country level coverage», *Lancet* 375, p. 1014-1028.
- Mayet, S., Manning, V., Williams, A., Loaring, J. e Strang, J. (2011), «Impact of training for healthcare professionals on how to manage an opioid overdose with naloxone: effective, but dissemination is challenging», *International Journal of Drug Policy* 22, p. 9-15.
- McIntosh, J., Bloor, M. e Robertson, M. (2008), «Tratamento da toxicod dependência and the achievement of paid employment», *Addiction Research and Theory* 16, p. 37-45.
- Mena, G., Giraudon, I., Alvares, E., Vicente, J. e outros (2012), *Health consequences related to cocaine in Europa: looking beyond classical drug indicators. Exploring sources of information on cocaine-related health emergencies in Europe and their main findings* (disponível na Internet).
- Merrall, E. L., Bird, S. M. e Hutchinson, S. J. (2012), «Mortality of those who attended drug services in Escócia 1996-2006: record-linkage study», *International Journal of Drug Policy* 23, p. 24-32.
- Minozzi, S., Amato, L., Vecchi, S., Davoli, M., Kirchmayer, U. e Verster, A. (2011), «Oral naltrexone maintenance treatment for opioid dependence», *Cochrane Database of Systematic Reviews* (4), p. CD001333.
- Mixmag (2012), *Mixmag–Guardian drugs survey* (disponível na Internet).
- Mohd-Fauzi, F. e Bender, A. (2012), *Computational analysis of the possibility of ostarine eliciting psychoactive effects*, University of Cambridge (disponível na Internet).
- NACD e PHIRB (National Advisory Committee on Drugs and Public Health Information and Research Branch) (2011), *Drug use in Ireland and Northern Ireland: first results from the 2010/11 drug prevalence survey* (disponível na Internet).
- OEDT (Observatório Europeu da Droga e da Toxicod dependência) (2007a), *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*, Selected issue, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.
- OEDT (2007b), *Drugs and crime: a complex relationship, Drugs in focus*, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.
- OEDT (2008), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, monografia 8, volume 2, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.
- OEDT (2009a), *Relatório Anual OEDT 2009: a evolução do fenómeno da droga na Europa*, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.
- OEDT (2009b), *Polydrug use: patterns and responses*, selected issue, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.
- OEDT (2010a), *Relatório Anual OEDT 2010: a evolução do fenómeno da droga na Europa*, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.
- OEDT (2010b), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, monograph, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.
- OEDT (2010c), *Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe*, selected issue, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.
- OEDT (2010d), *Treatment and care for older drug users*, selected issue, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo (disponível na Internet).
- OEDT (2010e), *Trends in injecting drug use in Europe*, selected issue, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo (disponível na Internet).
- OEDT (2011a), *Relatório Anual OEDT 2011: a evolução do fenómeno da droga na Europa*, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.
- OEDT (2011b), *European drug prevention quality standards*, manual, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.
- OEDT (2011c), *Mortality related to drug use in Europe: public health implications*, selected issue, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo (disponível na Internet).
- OEDT (2011d), *Responding to new psychoactive substances*, *Drugs in focus* 22, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.
- OEDT (2012a), *Cannabis production and markets in Europe*, Insight, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.
- OEDT (2012b), *Social reintegration and reduction of social exclusion of drug users: improving labour market participation of drug users in treatment*, Insight, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.
- OEDT (2012c), *Technical report on assistance to EMCDDA to analyse recent European trends on heroin use by using existing indirect indicator data, notably treatment demand data and other indicators (CT.10.EPI.070.1.0)*, OEDT, Lisboa (disponível na Internet).

OEDT e ECDC (2012), *Joint EMCDDA and ECDC rapid risk assessment: HIV in injecting drug users in the EU/EEA, following a reported increase of cases in Greece and Romania*, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo (disponível na Internet).

OEDT e Europol (2010), *Cocaine: a European Union perspective in the global context*, EMCDDA — Europol joint publications, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.

OEDT e Europol (2011), *EMCDDA — Europol 2011 annual report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA* (disponível na Internet).

OMS (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, Organização Mundial de Saúde, Genebra.

OMS (2010), *Global tuberculosis control: a short update to the 2010 report*, Organização Mundial de Saúde, Genebra.

OMS (2011), *Ensuring balance in national policies on controlled substances: guidance for availability and accessibility of controlled medicines*, Organização Mundial de Saúde, Genebra.

Ouwehand, A., Wisselink, D. J., Kuijpers, W., van Delden, E. B. e Mol, A. (2011), *Key figures: addiction care 2010*, National Alcohol and Drugs Information System, Houten, Países Baixos.

Polosa, R. e Benowitz, N. L. (2011), «Treatment of nicotine addiction: present therapeutic options and pipeline developments», *Trends in Pharmacological Sciences* 32, p. 281-289.

Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H., Matali, J. L., Bruguera, E. e outros (2004), «Cocaine use in Europe: a multicentre study: patterns of use in different groups», *European Addiction Research* 10, p. 147-155.

Rand Europa (2012), *Assessment of the implementation of the EU drugs strategy 2005-2012 and its action plans*, Technical report, Rand Corporation, Cambridge, Reino Unido.

Reynaud-Maurupt, C. e Hoareau, E. (2010), *Les carrières de consommation de cocaïne chez les usagers «cachés»*, Trends, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Saint-Denis (disponível na Internet).

Richter, C., Romanowski, A. e Kienast, T. (2009), «Gamma-hydroxybutyrat (GHB)-abhängigkeit und entzug bei vorbestehender alkoholabhängigkeit», *Psychiatrische Praxis* 36, p. 345-347.

Rosen, H. R. (2011), «Clinical practice: chronic hepatitis C infection», *New England Journal of Medicine* 364, p. 2429-2438.

SAMHSA (2010), *Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health: Volume I. Summary of National Findings*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD (disponível na Internet).

Sedefov, R., Brandt, S. D., Evans-Brown, M., Sumnall, H. R., Cunningham, A. e Gallegos, A. (2011), «PMMA in «ecstasy» and «legal highs»», *BMJ* (disponível na Internet).

Serious Organised Crime Agency (2011), *Drugs: risks associated with new psychoactive substances*, Intelligence report.

Shearer, J., Wodak, A., Mattick, R. P., van Beek, I., Lewis, J. e outros (2001), «Pilot randomized controlled study of dexamphetamine substitution for amphetamine dependence», *Addiction* 96(9), p. 1289-1296.

Shen, X., Orson, F. M. e Kosten, T. R. (2011), «Antiaddiction vaccines», *F1000 Medicine Reports* 3, p. 20.

Smith, K. e Flatley, J. (2011), «Drug misuse declared: findings from the 2010/11 British Crime Survey England and Wales», *Statistical Bulletin*, UK Home Office.

Steinberg, L. (2008), «A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking», *Developmental Review* 28, p. 78-106.

Stock, J. e Kreuzer, A. (1998), «Die polizeiliche Arbeit aus kriminologischer Sicht», *Handbuch des Betäubungsmittelstrafrechts*, p. 1028-1100.

Stowe, G. N., Schlosburg, J. E., Vendruscolo, L. F., Edwards, S., Misra, K. K. e outros (2012), «Developing a vaccine against multiple psychoactive targets: a case study of heroin», *CNS and Neurological Disorder Drug Targets* 10, p. 865-875.

Sweeting, M. J., De Angelis, D., Ades, A. E. e Hickman, M. (2008), «Estimating the prevalence of ex-injecting drug use in the population», *Statistical Methods in Medical Research* 18, p. 381-395.

Thomas, K. V., Bijlsma, B., Castiglioni, S. Covaci, A. Emke, E. e outros (no prelo), «Comparing illicit drug use in 19 European cities through sewage analysis», *Science of the Total Environment*.

Tiihonen, J., Kuoppasalmi, K., Fohr, J., Tuomola, P., Kuikanmaki, O. e outros (2007), «A comparison of aripiprazole, methylphenidate, and placebo for amphetamine dependence», *American Journal of Psychiatry* 164, p. 160-162.

UNODC (2009), *World drug report 2009*, Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime, Viena.

UNODC (2010), *World drug report 2010*, Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime, Viena.

UNODC (2011a), *Afghanistan cannabis survey 2010*, Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime e Governo do Afeganistão (disponível na Internet).

UNODC (2011b), *World drug report 2011*, Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime, Viena.

UNODC (2012), *World drug report 2012*, Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime, Viena.

Vanderplasschen, W., Goossens, K., Vandeveld, D., Thienpont, J., Hauglustaine, V. e Littera, L. (2011), «De CRA+vouchers methodiek: is het belonen van abstinentie bij cocaïnegebruikers effectief?», *Orthopedagogische Reeks Gent* 36, p. 1-69.

- Van der Poel, A., Rodenburg, G., Dijkstra, M. e outros (2009), «Trends, motivations and settings or recreational cocaine use by adolescents and young adults in the Netherlands», *International Journal of Drug Policy* 20, p. 143-151.
- Van Noorden, M. S., van Dongen, L. C., Zitman, F. G. e Vergouwen, T. A. (2009), «Gamma-hydroxybutyrate withdrawal syndrome: dangerous but not well-known», *General Hospital Psychiatry* 31, p. 394-396.
- Vickerman, P., Hickman, M., May, M., Kretzschmar, M. e Wiessing, L. (2010), «Can hepatitis C virus prevalence be used as a measure of injection-related human immunodeficiency virus risk in populations of injecting drug users? An ecological analysis», *Addiction* 105, p. 311-318.
- Vocci, F. J. e Montoya, I. D. (2009), «Psychological treatments for stimulant misuse, comparing and contrasting those for amphetamine dependence and those for cocaine dependence», *Current Opinion in Psychiatry* 22, p. 263-268.
- Weinstein, A. M. e Gorelick, D. A. (2011), «Pharmacological treatment of cannabis dependence», *Current Pharmaceutical Design* 17, p. 1351-1358.
- Wiessing, L., Guarita, B., Giraudon, I., Brummer-Korvenkontio, H., Salminen, M. e Cowan, S. A. (2008), «European monitoring of notifications of hepatitis C virus infection in the general population and among injection drug users (IDUs): the need to improve quality and comparability», *Euro Surveillance* 13(21):pii=18884 (disponível na Internet).
- Wilkinson, R. e Pickett, K. (2010), *The spirit level: why equality is better for everyone*, Penguin, Londres.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M. e outros (2011), «The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010», *European Neuropsychopharmacology* 21, p. 655-679.
- Wood, D. M., Davies, S., Puchnarewicz, M., Johnston, A. e Dargan, P. I. (2012a), «Acute toxicity associated with the recreational use of the ketamine derivative methoxetamine», *European Journal of Clinical Pharmacology* 68, p. 853-856.
- Wood, D. M., Measham, F. e Dargan, P. I. (2012b), «Our favourite drug»: prevalence of use and preference for mephedrone in the London night-time economy 1 year after control», *Journal of Substance Use* 17, p. 91-97.

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência

**Relatório anual 2012: A evolução do fenómeno da droga na Europa**

Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia

2012 — 111 p. — 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-550-9

doi:10.2810/70087

## COMO OBTER PUBLICAÇÕES DA UNIÃO EUROPEIA

### **Publicações gratuitas:**

- via EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- nas representações ou delegações da União Europeia. Pode obter os respetivos contactos em: <http://ec.europa.eu>, ou enviando um fax para: +352 2929-42758.

### **Publicações pagas:**

- via EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).

### **Assinaturas pagas (por exemplo, as séries anuais do *Jornal Oficial da União Europeia*, as coletâneas da jurisprudência do Tribunal de Justiça):**

- através de um dos agentes de vendas do Serviço das Publicações da União Europeia ([http://publications.europa.eu/others/agents/index\\_pt.htm](http://publications.europa.eu/others/agents/index_pt.htm)).

## Acerca do OEDT

O Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) é uma das agências descentralizadas da União Europeia. Criado em 1993 e sediado em Lisboa, é a mais completa fonte de informação sobre a droga e a toxicodependência na Europa.

O OEDT recolhe, analisa e difunde informações factuais, objectivas, fiáveis e comparáveis sobre a droga e a toxicodependência. Deste modo, fornece aos seus públicos um panorama fundamentado do fenómeno da droga a nível europeu.

As publicações do Observatório são uma fonte de informação ímpar para uma grande variedade de públicos, incluindo os responsáveis políticos e seus consultores; profissionais e investigadores que trabalham no domínio da droga e, de um modo mais geral, os meios de comunicação social e o grande público.

O relatório anual apresenta a panorâmica geral anualmente traçada pelo OEDT do fenómeno da droga na União Europeia, sendo uma obra de consulta essencial para quem procura os dados mais recentes sobre este fenómeno na Europa.

