02

O RECURSO AO TRATAMENTO POR CONSUMO DE CANNABIS: UM OLHAR SOBRE A SITUAÇÃO EUROPEIA

LINDA MONTANARI
GONÇALO FELGUEIRAS E SOUSA
PAUL GRIFFITHS
JULIAN VICENTE

RESUMO: Tem-se verificado nos últimos anos, em muitos países europeus um aumento do número de pessoas que se dirigem a centros ambulatórios para tratamento da toxicodependência tendo por causa principal o consumo de cannabis. Entre 1996 e 2002 verificou-se um aumento de 20% da procura deste tipo de tratamento. Alguns factores artificiais terão contribuído para essa tendência (alterações no sistema de registo dos dados, organização dos serviços). De qualquer forma, parece ter-se verificado um real aumento das pessoas que, por causa do consumo intensivo de cannabis, recorreram a tratamento especializado. Trata-se na generalidade de homens, estudantes, que consomem cannabis de um modo variado; na realidade, é possível distinguir pelo menos dois grupos de pessoas: os consumidores ocasionais, muitas vezes enviados aos serviços pela polícia ou pela família, e os consumidores intensivos (que consomem cannabis várias vezes por semana, ou todos os dias), que chegam espontaneamente aos serviços e que muitas vezes desenvolvem outras problemas para além do consumo da cannabis. Em seguida, apresenta-se uma análise dos dados disponíveis a nível europeu, seja sobre as tendências, seja sobre o perfil dos doentes que procuram tratamento por consumo de cannabis.
Palavras-chave: Procura de Tratamento; Cannabis; Epidemiologia; Tendências.

RÉSUMÉ: Dans les dernières années on a vérifié une augmentation des patients qui demandent un traitement aux centres spécialisés pour les toxicomanies, à cause de la consommation de cannabis comme drogue primaire d'utilisation. Entre 1996 et 2002 il y a eu une augmentation du 20%. Quelques facteurs artificiels ont contribué à ces tendances (changements dans les systèmes de registration de donnés, dans l'organisation de services), mais il parait qu'il y a eu aussi une réelle augmentation des personnes qui ont manifesté le besoin de soigne a cause d'une consommation intensive du cannabis. Il s'agit surtout de jeunes, garçons, souvent étudiants qui utilisent cannabis avec différent models d'usage; il est en fait possible identifier deux groups principaux de patients: les consommateurs occasionnels, souvent envoyés aux services par la police ou sous la pression de la famille; les usagers intensives (qui utilisent le cannabis plusieurs fois par semaine ou même tous les jours), qui arrivent aux centres spontanément et souvent développent d'autres problèmes à part la consommation de cannabis. A suivre, une analyse de donnés disponibles à niveau européen est présentée, soit sur les tendances temporelles que sur le profil des usagers qui demandent un traitement pour l'usage de cannabis.
Mots-clé: Demande de traitement; Cannabis; Epidémiologie; Tendances.

ABSTRACT: In the last few years in many European countries there was an increase of people demanding treatment in specialised centres for their cannabis use. From 1996 to 2002 the demand for treatment increased by 20%. Some factors artefactual have contributed to the trend (changes in n systems, organisations in the treatment services), but a real increase of people in need for treatment because of their intensive cannabis use has been seen. They are mainly men, young, often students, who use cannabis according to several patterns of frequency and combination with other drugs; in fact, it is possible to distinguish mainly two groups of clients: the occasional users, often sent to services by the police or under the pressure of the family and the intensive users (who use more times a week or even every day), who went to services spontaneously and often develop other problems apart from the cannabis consumption. Below, an analysis of the European available data is presented taking into account temporal series and profile and patterns of use of clients demanding treatment for their cannabis use.
Key Words: Treatment Demand; Cannabis; Epidemiology; Trends.

1. INTRODUÇÃO

A cannabis é uma substância que tem uma longa história de uso, tendo sido muito utilizada em diversas sociedades como uma importante fibra para vestidos e tecidos, no quadro de actos religiosos, ou como substância intoxicante. Actualmente, a cannabis é a droga ilícita mais produzida e consumida do mundo (PNUCID, 2003a). No entanto, a sua longa história e a sua vasta difusão, os seus efeitos e o impacto sobre a saúde pública continuam em grande medida pouco divulgados. Recentemente, verificou-se uma potencial associação entre o uso da cannabis, em particular o seu uso intenso, e uma série de problemas sociais e sanitários. Entre outras coisas, cresceu a preocupação por um aparente aumento do número de consumidores de cannabis que se dirigem aos centros de tratamento de toxicodependentes. No entanto, a dimensão e a natureza dos problemas na população de consumidores a nível europeu permanece pouco clara, como também não é claro se as informações estatísticas sobre o aumento da procura de tratamento reflectem na realidade alterações no sistema de recolha e análise dos dados, ou nas modalidades de envio dos pacientes para os serviços, ou representam um aumento efectivo das pessoas que necessitam de tratamento. Para responder a estas perguntas, foi necessário analisar aprofundadamente os dados disponíveis a nível europeu sobre a procura de tratamento por consumo de haxixe e marijuana, e verificar que motivos podem justificar tal aumento.

Quais as razões para o aumento da procura de tratamento por consumo da cannabis?

Entre as informações recolhidas na Europa nos últimos anos relativas à procura de tratamento, destaca-se um aumento do número e da proporção de pacientes que se dirigem aos serviços especializados de tratamento de toxicodependentes por consumo de cannabis enquanto substância primária. Entre 1996 e 2002, nos países europeus em que havia dados disponíveis, verificou-se um aumento de 20% dos pacientes em tratamento por consumo de cannabis. Uma vez que a cannabis nunca tinha sido considerada uma das substâncias mais perigosas para a saúde das pessoas, isto criou alguma preocupação e levantou uma série de questões de ordem metodológicas e analíticas:

1) O aumento evidenciado corresponde a um aumento real ou é um efeito de outros factores? Tais como:

- **a)** a diminuição dos consumidores de heroína entre a população em tratamento e entre os consumidores problemáticos de droga e o proporcional aumento das outras substâncias;
- **b)** a melhoria dos métodos de recolha de dados;
- **c)** o aumento dos reencaminhamentos para os serviços por parte de outros agentes, como por exemplo por parte da polícia e das forças de segurança;
- **d)** as alterações na organização dos serviços que tiveram de se adaptar à diminuição dos heroinómanos.

2) Existe uma definição de consumo "problemático" de cannabis? Como é que é possível medir esse tipo de consumo com instrumentos específicos e adequados?

3) Por que motivo os consumidores de cannabis solicitam um tratamento e como chegam aos serviços?

4) Quais são as características desses consumidores e quais os respectivos padrões de consumo (identificação civil, idade do primeiro consumo, frequência de consumo, outras substâncias utilizadas, etc.)

5) Por fim, é oportuno perceber entre as diversas alterações verificadas nos factores individuais (características, modelos de consumo, consumo na população geral, etc.), quais são os factores que conduziram a essa tendência crescente.

2. METODOLOGIA, FONTES DE INFORMAÇÃO E LIMITAÇOES DAS ANÁLISES

A principal fonte de informação utilizada no presente artigo está representada no Protocolo de recolha de dados sobre a procura de tratamento, um dos cinco indicadores-chave epidemiológicos do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência[(1)]. O Protocolo (TDI – Treatment Demand Indicator – *Standard Protocol* Ver. 2.0[(2)]) consiste em 20 itens com informações de base sobre os utentes que iniciam um tratamento na Europa nos serviços especia-

lizados para toxicodependentes, entre os quais: dados de identificação civil (sexo, idade, educação, profissão), informações sobre modelos de consumo (droga principal e secundária, modalidades de uso, idade quando do primeiro consumo) e dados sobre o tratamento (formas de encaminhamento, tratamentos anteriores, tratamentos de substituição). Esses dados são recolhidos de forma padronizada dos Estados-membros da União Europeia e são analisados e estudados pelo OEDT de forma conjunta. Cada país tem a possibilidade de recolher dados mais específicos, relacionados com este assunto. Os dados referem-se a 5 tipos diferentes de centros especializados para toxicodependentes: não residenciais, residenciais, centros de saúde, centros de baixo limiar e unidades de tratamento em prisões. A recolha harmonizada dos dados a nível europeu foi feita em 2000 e a melhor cobertura refere-se aos dados recolhidos nos centros ambulatórios; os dados aqui apresentados referem-se por isso exclusivamente aos pacientes que iniciaram tratamento pela primeira vez na sua vida ou pela primeira vez no ano, em centros não residenciais. O ano de referência é 2002 e os pacientes considerados são os que têm a cannabis como principal substância de consumo.

As modalidades de recolha de dados a nível europeu limitam de alguma forma a análise; em primeiro lugar não estão disponíveis dados individuais sobre os pacientes, mas apenas dados agregados por cada um dos países, através de tabelas de entrada dupla; em segundo lugar só os países que forneceram dados, ou que dispunham de dados sobre um período de tempo significativo, foram incluídos na análise; para os dados de síntese europeus, as fortes variações entre os países devem ser tidas em consideração, seja em termos de dimensão territorial ou de população, seja em função das características culturais, sociais e organizativas dos próprios países. Finalmente, em muitos itens, a possibilidade de analisar as tendências é limitada aos últimos dois anos, não estando disponíveis dados para os anos precedentes.

3. PACIENTES EM TRATAMENTO POR CONSUMO DE CANNABIS EM 2002 E TENDÊNCIAS

A proporção dos pacientes que recorrem a tratamento especializado por consumo de cannabis enquanto substância principal em alguns países da União Europeia foi de 29,3% em 2002 (cerca de 13 000 pessoas) no total dos pacientes registados; trata-se do segundo motivo de pedido de tratamento a seguir aos opiáceos (30,5% principalmente heroína) e antes da cocaína (23,5%); as restantes substâncias, como os estimulantes (com excepção da cocaína), hipnóticos inalantes, etc. têm uma importância menor na procura de tratamento[3]. A cannabis ocupa uma posição de destaque mesmo como substância secundária, ou seja, como droga utilizada em combinação e/ou sequência com outra substância primária: 21,7% dos pacientes em tratamento consome cannabis como uma substância secundária.

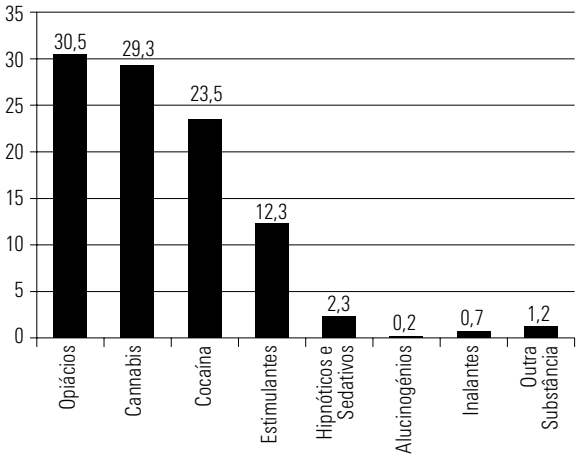

Gráfico 1 – Distribuição dos pacientes em tratamento por substâncias primárias em 2002

Fonte: 2003 Relatórios nacionais REITOX – Tabela Standard 03 – Ano: 2002. Novos doentes: n. 42 568 Países incluídos (novos doentes): CZ, DK, FIN, GE, GR, LT,NL, SK, SL, SP, SW% ponderada sobre o número de doentes por país

O importante papel da cannabis como substância de consumo é confirmado através das informações disponíveis: segundo os últimos dados disponíveis sobre o consumo na população geral, a prevalência do consumo no último mês varia entre cerca de 2% a 6% da população adulta (15-64 anos) e entre 6 a 12% da população jovem (15-34 anos).

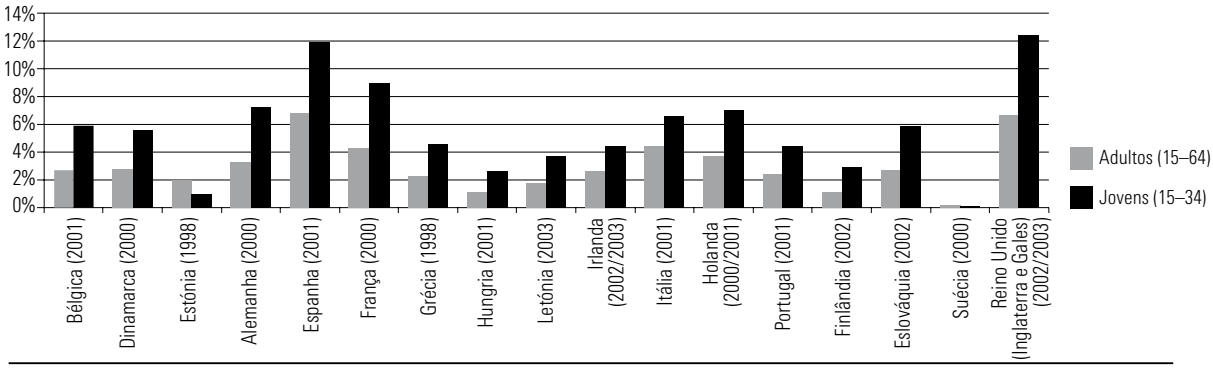

Gráfico 2 – Consumo na população geral. Uso actual: prevalência no último mês

Fonte: Relatórios nacionais 2003 ST. 01 – Inquérito à População Geral

São assinaláveis as variações entre os países, não só no consumo na população geral, como nos pacientes em tratamento. No *Gráfico 3* dá-se conta de dados por país dos doentes que iniciaram um tratamento por consumo de cannabis como substância primária. Em cada país foram divulgados dados sobre o número absoluto dos doentes que solicitaram tratamento e a proporção relativamente ao total dos doentes por país. A Alemanha tem o número mais elevado de consumidores de cannabis em tratamento, embora não tenha a proporção mais elevada; a Espanha, pelo contrário, apesar de ter um elevado número absoluto de doentes, tem uma proporção de consumidores de cannabis relativamente baixa; ao invés, a Finlândia tem um reduzido número de doentes, mas uma elevada percentagem de utentes em tratamento por consumo de cannabis. A situação é, por isso, muito variada em função de cada país: isso depende de diversos factores: a organização dos serviços, as características do consumo geral, as modalidades de encaminhamento pelos serviços, e também as formas de registo.

Nos últimos anos, como já se disse, verificou-se um aumento na proporção dos doentes em tratamento por consumo de cannabis enquanto substância principal. Em especial, entre 1996 e 2002, a percentagem de consumidores de cannabis que utilizam serviços para toxicodependentes[4] passou de 10% para 29% com um aumento de 19% no espaço de 6 anos; em termos absolutos isto significou um aumento de 8 780 pessoas, o que, no total dos doentes significa um aumento de quase 20%.

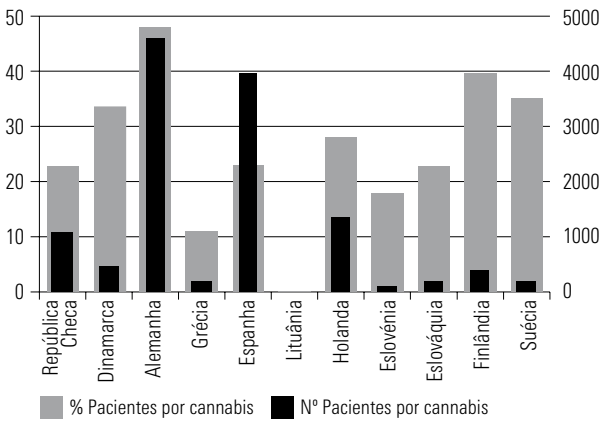

Gráfico 3 – Pacientes em tratamento por cannabis em alguns países europeus em 2002

Fonte: Relatórios nacionais REITOX 2003 – Tabela Standard 03 – Número total de casos: n. 42 297 (novos casos) – Ano: 2002

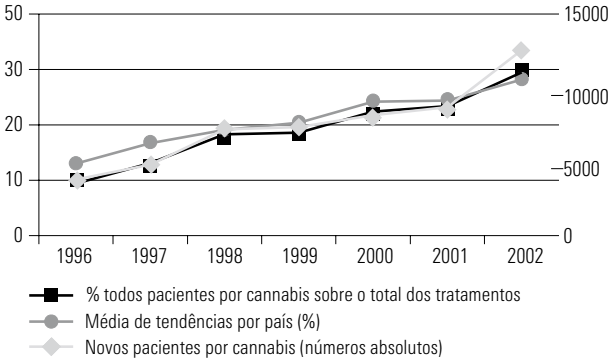

Gráfico 4 – Novos pacientes em tratamento por cannabis em alguns países europeus (1996-2002)

Fonte: Relatórios nacionais 2003 REITOX – ST 03 – Países incluídos: Cz, Dk, Ge, Gr, Sp, NI, Sk, SI, Fin, Sw

Parece assim confirmar-se um aumento real do número das pessoas que recorrem a serviços de tratamento decorrente do consumo de cannabis como substância primária em muitos países europeus. Esse aumento não teve, no entanto, o mesmo peso em todos os países: notou-se um forte aumento em países como a Alemanha e a Finlândia e aumentos menores na Holanda, na Dinamarca e na Suécia.

4. AS RAZÕES DA PROCURA E AS MODALIDADES DE ENCAMINHO PELOS SERVIÇOS

Antes de se tentar perceber as razões do aumento da procura de tratamento por consumo de cannabis, convém antes do mais verificar de que modo os consumidores chegaram aos centros especializados e o que mudou nos canais de encaminhamento (*Gráfico 5 – Modalidades de envio*). Quanto a estes, parece que a maior parte dos consumidores de cannabis, bem como os consumidores de outras substâncias de abuso, chegam aos serviços por iniciativa própria; em segundo lugar é a família e são as autoridades judiciárias que enviam os consumidores para os centros de tratamento especializados, enquanto que as escolas, outros centros de tratamento e médicos (de medicina geral) ocupam um papel pouco relevante ou activo neste campo.

Confrontando os dados dos doentes que consomem cannabis com os dos que consomem outras substâncias, a diferença principal entre os dois grupos reside sobretudo num papel mais preponderante que família, amigos e autoridades judiciárias têm no envio dos consumidores de cannabis para os centros de tratamento. Para além dos doentes que consomem cannabis e que chegam espontaneamente aos serviços, há uma parte dos consumidores que chega aos centros de tratamento sob a pressão das redes de assistência social mais presentes, ou mesmo encaminhados pela polícia ou por outras autoridades judiciárias; neste último grupo, encontram-se os consumidores detidos pela polícia durante operações de controlo do tráfico que, para evitar sanções administrativas, se submeteram a tratamento.

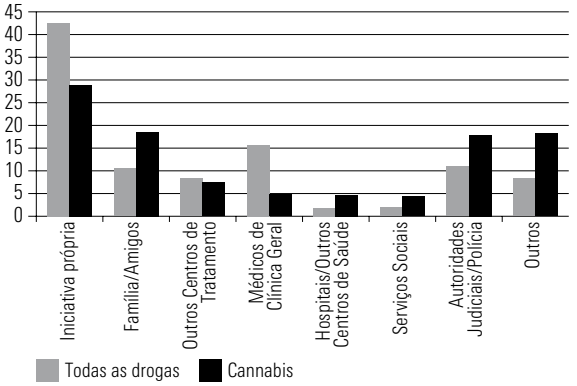

Gráfico 5 – Razões de procura em 2002: confronto entre consumidores de cannabis e consumidores de outras drogas

Fonte: Relatórios nacionais REITOX 2003 – TDI Centros de Tratamento ambulatórios
Países incluídos: Cz, Fi, Ge, Gr, Ir, Nl, Uk – N. doentes: 132 152 (todos) 12 039 (cannabis)

Entre 2001 e 2002, verificou-se um aumento dos consumidores de cannabis encaminhados pelos órgãos judiciários e pelos serviços de assistência social[(5)]; no entanto, não é claro se isso representa um aumento da acção da polícia junto dos consumidores de cannabis, um aumento da sensibilização dos serviços relativamente ao problema (decorrente do impacto das actividades de prevenção sobre os serviços sociais), um real aumento das necessidades de tratamento da parte dos consumidores intensivos de cannabis. Se múltiplos são provavelmente os factores que levaram ao aumento, uma análise do perfil dos doentes em tratamento por consumo de cannabis pode ajudar a contribuir para a definição de um quadro mais claro do problema.

5. OS CONSUMIDORES DE CANNABIS EM TRATAMENTO: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E MODELOS DE CONSUMO

Os consumidores de cannabis que procuraram tratamento especializado em 2002 são em geral homens (82/18 a relação homem/mulher para os consumidores de cannabis, contra 75/25 para os consumidores de todas as restantes drogas, cannabis incluída), jovens (média de idade = 23,9 contra 29,3 dos outros consumidores), em grande parte estudantes (45,6% contra 7,5% dos restantes doentes) e

prevalentemente ainda na família de origem (numa maior escala – 87,8% – restantes consumidores – 81,9%). Se se confrontarem os consumidores de cannabis com os consumidores de outras substâncias tornam-se mais evidentes as especiais características dos primeiros [6].

As diferenças detectadas no perfil sócio-demográfico nos doentes em tratamento por uso de drogas em cada país, vale também para os consumidores de cannabis: na Alemanha e na Finlândia os doentes são em geral mais jovens; na Holanda e na Suécia mais velhos; nos países do norte da Europa as mulheres são em maior número do que os homens, etc.[7]. Tais especificidades nacionais apresentam-se, no entanto, de um modo menos acentuado nos consumidores de cannabis em relação a todos os outros doentes; parece perfilar-se um grupo de consumidores com características muito semelhantes em cada país; e isso parece ser confirmado mesmo fora da Europa, como demonstram os dados dos Estados Unidos e do Canadá, aonde os doentes em tratamento por uso de marijuana são sobretudo homens, jovens, estudantes e bem integrados socialmente[8].

Relativamente aos modelos de consumo, a primeira informação de relevo para analisar diz respeito à idade em que teve lugar o primeiro consumo. Para a quase totalidade dos doentes em tratamento por consumo de cannabis, a idade do primeiro consumo é inferior a vinte anos (98,9%): dos quais 27,4% começam a usar cannabis antes dos 15 anos, e 61,5% entre os 15 e os 19 anos .

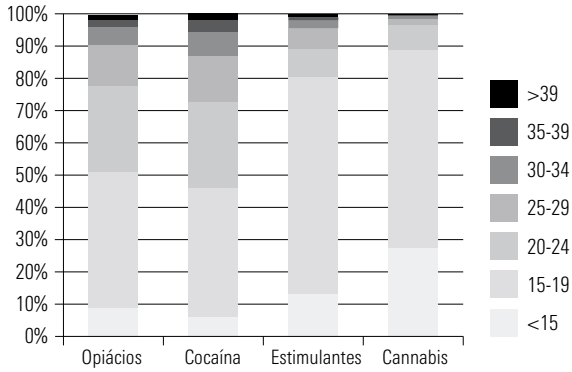

Gráfico 6 – Idade do primeiro consumo de droga principal

Fonte: Relatórios nacionais REITOX 2003 – TDI Centros de Tratamento ambulatórios
Ano: 2002 – Todos os doentes : n. 321 415 (casos válidos: n. 110 456)
Países incluídos: Cz, Dk, Fin, Ge, Gr, Hu, Lu, NL, Sp, Sw, Uk – Cz (todos os tipos de centros)

Diferentemente do que acontece com as outras substâncias, em particular a heroína e a cocaína, em que a maior parte dos consumidores inicia o consumo antes dos 25 anos, e só menos de metade antes dos 20, os utentes em tratamento por uso de cannabis iniciam o consumo muito tempo antes; apenas os consumidores de estimulantes têm uma idade de primeira utilização semelhante à dos consumidores de cannabis. Entre a idade do primeiro consumo (de menos de 15 a cerca de 19 anos) e a idade da procura de tratamento (entre os 20 e os 24 anos) decorrem cerca de 5 a 6 anos; esta informação pode ser útil em termos de intervenção (como e quando divulgar informação e fazer prevenção), sobretudo pensando no facto de que uma parte dos consumidores de cannabis poderiam passar do consumo de substâncias mais danosas (como a cocaína e a heroína); no entanto, isto não significa que existam dados científicos sobre um nexo de causalidade entre o uso de cannabis e uso subsequente de outras substâncias[9].

Um outro elemento importante para analisar diz respeito à frequência de utilização da cannabis por parte dos doentes em tratamento. Uma das hipóteses de interpretação do aumento da procura de tratamento por consumo de cannabis é o aumento do consumo problemático de cannabis na população, que se reflecte depois num aumento da procura de tratamento. Na população geral, a prevalência daqueles que utilizaram a cannabis no último mês aumentou ligeiramente nos últimos anos, mesmo se não de um modo significativo, compreendendo entre 1 e 7% da população adulta e entre 3 e 12% da população jovem. O mesmo se pode dizer relativamente à proporção de utilizadores diários[10] de cannabis que, entre a população adulta, é de cerca de 1%; entre os jovens dos 14 aos 18 anos sobe a 3,6%, com percentagens mais elevadas entre os homens do que entre as mulheres[11].

Entre os doentes em tratamento, é possível destacar dois grupos de consumidores distintos, em função da frequência do uso de cannabis: consumidores ocasionais (27,1%), que não consumiram cannabis no último mês ou que o fizeram de um modo meramente ocasional, e consumidores "intensivos", que consumiram em todos os dias do último mês (39,2%); menos numerosos são aqueles que consumiram entre uma a seis vezes por semana (grupo intermédio).

Confrontando os dados reportados em 2001 e 2002, relativamente à frequência de consumo, pode notar-se um ligeiro aumento dos consumidores diários de cannabis e uma correspondente diminuição daqueles que a consomem com menor frequência. No entanto, uma vez que tais dados se reportam apenas a um período de dois anos, é necessário estender a análise aos anos sucessivos, para verificar se tal tendência se confirma ou não.

De qualquer forma, o grupo específico de utilizadores intensivos (diários) que procuram uma terapia por consumo de cannabis deveria ser objecto de uma análise posterior; há uma vasta literatura sobre as consequências físicas e psicológicas do uso continuado da cannabis[12], muitos estudos basearam-se em investigações de laboratório, enquanto que poucos são os dados epidemiológicos disponíveis.

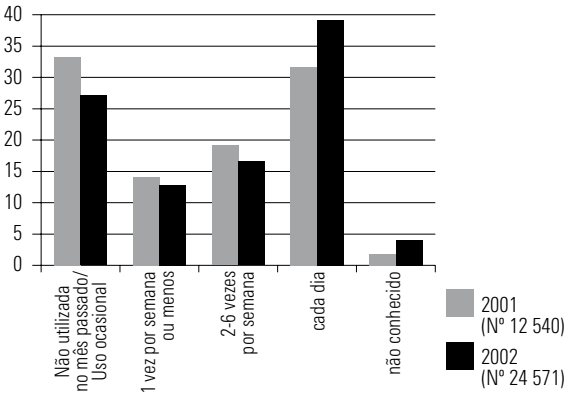

Gráfico 7 – Frequência de consumo entre pacientes por cannabis: confronto 2001-2002

Fonte: Relatórios nacionais REITOX 2003 – TDI Centros de Tratamento Ambulatorios: 2001 – 2002

Países incluídos: Cz, Dk, Ge, Fi, Gr, Hu, Lu, Sw, Uk - Cz (todos os tipos de centro de tratamento)

6. CONCLUSÕES

Os limites metodológicos da presente análise não consentem que se descreva um quadro geral totalmente claro e elucidativo quanto ao aumento do número dos pedidos de tratamento por consumo de cannabis enquanto substância primária nos serviços especializados para toxicodependentes na Europa. Ficou todavia claro que um tal aumento não se deve apenas a factores "artificiais", como por exemplo os progressos havidos no domínio da recolha e da cobertura dos dados, o efeito da diminuição do número e da percentagem dos doentes em tratamento por consumo de heroína e/ou cocaína nos centros de tratamento especializados, alterações no sistema de recolha e análise dos dados, ou nas modalidades de envio dos pacientes para os serviços. O aumento da procura de tratamento por uso de cannabis parece confirmar-se como um aumento real, chegando-se a esta conclusão não só através de uma análise dos dados absolutos mas também das percentagens relativas aos doentes registados em muitos países europeus.

O consumidor de cannabis que recorre à terapia é, em geral, um jovem entre os 19 e 24 anos, do sexo masculino, estudante que na maior parte dos casos vive com a sua própria família. Frequentemente, o pedido de ajuda é feito de forma espontânea e, em parte, sob a pressão da família ou das redes de assistência social de apoio; uma parte dos consumidores que chega aos serviços na sequência de uma detenção pela polícia (enquanto guiava ou em outras ocasiões), segue um programa de tratamento como alternativa a sanções administrativas ou penais. A maior parte dos doentes começa a consumir cannabis durante a adolescência, antes dos 15 anos, ou então entre os 15 e os 20 anos e deixa passar um ano até pedir ajuda especializada. Entre esses, podem identificar-se dois grupos de consumidores: os consumidores ocasionais e os consumidores intensivos.

Se muitos são os elementos à disposição, é no entanto difícil fornecer explicações claras sobre as ligações entre todos estes factores. Dois grupos de doentes podem ser identificados: um primeiro grupo de consumidores ocasionais, as mais das vezes enviados pela família ou pela polícia, mais jovens e mais integrados socialmente[13]; um segundo grupo de consumidores intensivos (que consomem diariamente ou quase), mais problemático, normalmente com uma idade mais elevada, que se dirige aos serviços de uma forma espontânea, fazendo uso simultâneo de outras substâncias; e que se trata em geral de pessoas menos integradas socialmente. Este último grupo constitui 56% de todos os consumidores de cannabis, nele se incluindo aqueles que consomem entre duas a sete vezes por semana.

O consumidor de cannabis que recorre aos centros de

tratamento não tem por isso um perfil único, mas diferentes características e modelos de consumo, como são bem complexos e múltiplos os factores que explicam o aumento da procura de tratamento.

Tal análise explorativa que fornece alguns elementos iniciais de interpretação deve todavia ter uma continuidade não apenas em termos temporais, mas também uma análise mais aprofundada para se perceber as razões dessa alteração e as causas de um pedido de tratamento por consumo de substâncias cannabinoides.

Contactos

Linda Montanari
Socióloga
Gonçalo Felgueiras e Sousa
Jurista
Julian Vicente
Médico
Paul Grifftihs
Coordenador Programa Análise da Situação do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência

EMCDDA
Rua Cruz de Santa Apolónia, 23-25
1149-045 Lisboa (Portugal)
Tel.: 00351 21 811 30 81 | Fax: 00351 21 358 44 41
Email: Linda.Montanarimcdda.eu.int

NOTAS

(1) Os restantes 4 indicadores são: 1 – consumo de droga na população geral; 2 – consumo problemático de droga; 3 – doenças infecciosas relacionadas com o consumo de droga; 4 – mortes relacionadas com o consumo de droga e mortalidade entre os toxicodependentes. Para mais informações queira consultar a página *Internet* do Observatório: http:// www.emcdda.eu.int/index.cfm

(2) É possível descarregar a versão completa do Protocolo TDI na seguinte página *Internet* do Observatório: http:// www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1420.

(3) Para informações mais detalhadas: OEDT (2003), *Relatório Anual 2003: Evolução do Fenómeno da Droga na União Europeia e na Noruega*; igualmente disponível na *Internet*: http://annualreport.emcdda.eu.int/it/home-it.html

(4) Os países tidos em consideração na análise das tendências são elencados na nota do gráfico; só os países para os quais havia dados disponíveis para todos os anos em questão foram incluídos nas análises.

(5) Para informações mais detalhadas: OEDT (2003), *Relatório Anual 2003: Evolução do Fenómeno da Droga na União Europeia e na Noruega*; igualmente disponível na *Internet*: http:// annualreport.emcdda.eu.int/it/home-it.html

(6) *Ibidem*

(7) *Ibidem*

(8) EMCDDA (2003a), *The international profile of cannabis clients, expert meeting on treatment demand* – meeting with International organisations. Lisbon, 24 June 2003. (http://www.emcdda.eu.int/situation/themes/demand_treatment.shtml).

(9) É possível encontrar bastantes referências bibliográficas sobre a "teoria de entrada/gateway theory"; em particular no relatório: Ministério de Saúde Pública da Bélgica (2002), *Conferência Científica Internacional sobre a Cannabis*, Bruxelas, 2002

(10) No entanto, é necessário ter presente que a referência "utilizadores diários" não inclui informações sobre a quantidade de cigarros consumidos diariamente, nem sobre a quantidade de princípio activo existente em cada cigarro. Para esse tipo de informação ver o Relatório do OEDT sobre a Potência da Cannabis.

(11) Ver Relatório Anual do OEDT 2004, Secção sobre o consumo de cannabis na população geral.

(12) Ver referências bibliográficas sobre as consequências do uso da cannabis para a saúde, em particular:
Hall, W., Degenhardt, L. and Lynskey, M (2001), The health and psychological effects of cannabis use, Monograph Series no 44, 2nd end, Commonwealth of Australia.

(13) Como decorre da informação apresentada por diversos países em 2003 (Ver Relatórios nacionais REITOX 2003).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

EMCDDA (2003a, June). "The international profile of cannabis clients, expert meeting on treatment demand" – meeting with International organisations, Lisbon, Portugal. (http://www.emcdda.eu.int/situation/themes/demand_treatment.shtml).

EMCDDA (2003b, October), Karow A., Schafer I.. "Regular and intensive use of cannabis and related problems", Advisory group meeting. Lisbon, Portugal. (http://www.emcdda.eu.int/situation/themes/demand_treatment.shtml).

EMCDDA (2004). *Annual Report 2004: the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Hall, W.; Degenhardt, L. and Lynskey, M (2001). *The health and psychological effects of cannabis use*. Monograph Series nº 44, 2nd ed, Commonwealth of Australia.

OFDT (2003). ESCAPAD.

National Reports (2003). Reitox National Reports.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Arseneault L., Cannon M., Witton J., Murray R.M. (2004). "Causal association between cannabis and psychosis: examination of the evidence", *British Journal of Psychiatry,* 184: 110-117.

Beck, F. (2003). *Dépistage de l'usage problématique de cannabis: équelle et référence*. draft report.

Canadian Senate Special Committee in Illegal Drugs (2002). Discussion Paper on Cannabis.

Commission on Narcotic Drugs (2004). *World drug situation with regard to drug trafficking: Report to the Secretariat.* United Nations: Economic and Social Council, Vienna.

Coggans, N.; Dalgarno, P.; Johnson, L. and Shewan, D. (2002). *Long-term heavy cannabis use*. Research report submitted to the Department of Health. University of Strathclyde.

Coulthard, M.; Farrell, M.; Singleton, N. and Meltzer, H. (2002). *Tobacco, alcohol and drug use and mental health.* The Stationery Office. London.

DASIS (2003). "Marijuana use secondary to other substances of abuse". http://www.samhsa.gov/oas/nhsda

Fergusson, D. M.; Horwood, L. J., & Beautrais, A. L. (2003). "Cannabis and educational achievement", *Addiction*, 98(12): 1681-1692.

Flay, B. (2000). "Approaques to substance use prevention utilizing school curriculum plus social environment change". *Addictive Behaviours,* 25 (6): 861-886 (gb).

International Narcotics Control Board (2004). *Report of the International Narcotics Control Board 2003*, United Nations: INCB, New York.

Kamali, M.; Kelly, L.; Gervin, M.; Browne, S.; Larkin, and C.; O'Callaghan, E. (2000). "The prevalence of comorbid substance misuse and its influence on suicidal ideation among in-patients with schizophrenia". *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 101: 452-456.

King L. A. (2004). *An overview of cannabis potency: issues, levels and trends in the European Union, Norway and the Acceding Countries*. Lisbon: EMCDDA.

Kraus, L.; Augustin, R.; Korf, D. *et al.* (2003). *Cannabis use in France, Germany, Greece and Spain: has age of first use experience shifted towards younger age?* (report).

Mc Ardle, P.; Wiegersma, A.; Gilvarry, E.; Kolte, B.; Mc Carthy, S., Fitzgerald, M. *et al*. (2002). "European adolescent substance use: the role of family structure, function and gender". *Addiction*, 97**,** (3): 329-336.

Mikuriya , T. H. and Aldrich, M. R. (1988). "Cannabis 1988. Old drug, new dangers: the potency question". *J. Psychoactive Drugs*, 20 (1): 47-55.

Ministry of Public Health of Belgium (2002). *International scientific conference on Cannabis*, Brussels, 2002.

Perkonigg, A.; Lieb, R.; Wittquen, H-U. (1998). "Prevalence of Use, Abuse and Dependence of illicit drugs among adolescents and young adults in a community sample". *European Addiction Research,* 4: 58-66.

Poikolainen K.; Tuulio-Henriksson A., Aalto-Setälä T.; Marttunen M., Anttila T. & Lönnqvist J. (2001). "Correlates of initiation to cannabis use: a 5-year follow-up of 15-19-year-old adolescents". *Drug and Alcohol Dependence*; 62: 175-180.

SAMHSA (2001). *Trends in initiation of Substance use*. National Household Survey on Drug Abuse (NHSDA).

Toxibase, Crips, «L'usage problématique de cannabis», numéro spécial. *Toxibase* n.º12 letter Crips n. 70.

United Nations Office on Drugs and Crime (2003a). *Global illicit drug trends 2003*. UNODC, Vienna.

United Nations Office on Drugs and Crime and Government of Morocco (2003b) *Morocco Cannabis survey 2003*, UNODC, Vienna.

Van Os, J.; Bak, M.; Hanssen, M.; Bijl, R. V.; De Graaf, R. & Verdoux, H. (2002). "Cannabis use and psychosis: a longitudinal population-based study". *American Journal of Epidemiology*, 156 (4): 319-327.

Zammit S.; Allebäck P.; Andréasson S.; Lundberg I.; Lewis G. (2002). "Self-Reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study". *British Medical Journal*, 325: 1199-1201.