



comunicado

da agência europeia de informação sobre droga, Lisboa

N.º 11/2002

SOB EMBARGO ATÉ ÀS 11h00 (BRUXELAS) de 3 de Outubro de 2002

Relatório Anual 2002 sobre a Evolução do Fenómeno da Droga na UE

ENFOQUE NO POLICONSUMO DE DROGAS, NO TRATAMENTO BEM SUCEDIDO E NO CONSUMO DE DROGA NOS ESTABELECIMENTOS PRISIONAIS

O relatório hoje publicado foca, em especial, o policonsumo de drogas, as estratégias terapêuticas bem sucedidas e a temática, sempre controversa, do consumo de droga em estabelecimentos prisionais

Relativamente ao policonsumo de drogas, o relatório reflecte as preocupações crescentes no seio da UE com este tema e insta a um estudo mais aprofundado dos “rituais e controlos sociais” envolvidos. No que diz respeito ao tratamento bem sucedido, conclui que as experiências e os conhecimentos disponíveis nesta área deverão ser alargados e aprofundados. Relativamente ao consumo de droga em estabelecimentos prisionais, o OEDT afirma que, nas últimas duas décadas, este facto alterou radicalmente a realidade no meio prisional.

Eis alguns excertos deste capítulo:

É NECESSÁRIO INVESTIGAR MELHOR O POLICONSUMO DE DROGAS

O policonsumo de drogas consiste no consumo de uma droga ilícita associado a outra droga lícita ou ilícita, tal como o álcool. As bebidas energéticas são por vezes incluídas nas definições e a França inclui o tabaco. Este comportamento maximiza os efeitos, contrabalança ou controla os efeitos negativos e substitui os efeitos desejados.

O policonsumo comporta riscos, por exemplo, muito embora seja difícil fazer uma overdose só com benzodiazepinas, a combinação de uma grande dose de benzodiazepinas com uma grande dose de álcool ou de um opiáceo como a heroína ou a metadona por ser fatal. E existe uma preocupação crescente quanto à mistura potencial de substâncias psicoactivas em pastilhas vendidas sob o nome de ecstasy. Tal pode conduzir a riscos imprevisíveis para a saúde.

A maior parte das mortes estão associadas à injeção de heroína combinada com outras drogas. Nas overdoses fatais, tinha sido utilizada pelo menos outra droga ou álcool em mais de 50% dos casos no Reino Unido e até 90% na Irlanda.

O policonsumo de drogas é também considerado como um risco particularmente elevado para uma condução perigosa, mas os dados da UE relacionados com droga e condução são muito limitados. Ultimamente, o comportamento violento ou agressivo tem sido associado a padrões de consumo excessivo de álcool combinado com drogas estimulantes.

./..

Em alguns países, o número de casos fatais que constituem as consequências mais graves do policonsumo continua a aumentar. O maior risco para a saúde ocorre entre consumidores problemáticos de droga, particularmente aqueles que injectam opiáceos e outras drogas. A maior parte dos policonsumidores em tratamento são homens, especialmente consumidores de heroína combinada com opiáceos e cocaína ou álcool. A prevalência do policonsumo é mais elevada entre os jovens que frequentam discotecas do que entre os jovens que frequentam outros locais. Os dois grupos mais expostos a riscos são os policonsumidores problemáticos mais velhos e os consumidores de droga jovens em contextos recreativos.

O relatório conclui que é necessário estudar os rituais e os controlos sociais utilizados pelos policonsumidores para obterem os efeitos desejados e reduzirem simultaneamente os riscos, bem como os aspectos clínicos envolvidos.

AUMENTAR O NÚMERO DE TOXICODEPENDENTES CUJO TRATAMENTO É BEM SUCEDIDO

Um dos objectivos do Plano de Acção da UE em matéria de luta contra a droga (2000–2004) consiste em “aumentar substancialmente o número de toxicodependentes cujo tratamento é bem sucedido”. Embora não existam dados agregados a nível da UE que permitam medir directamente o nível de realização deste objectivo, por toda a Europa foram efectuadas inúmeras avaliações para apurar a eficácia dos tratamentos e qual o tipo de tratamento que obtém melhores resultados.

O tratamento de **desabilitação física**, ou desintoxicação, é geralmente considerado o primeiro passo num processo de tratamento completo, embora este seja o tipo de intervenção terapêutica menos bem avaliado. A metadona é muito utilizada. O tratamento de desabilitação física sem recorrer a medicamentos, também conhecido por “ressaca” a frio (“cold turkey”), existe embora não se conheça de facto a sua amplitude. O recente conceito de desintoxicação rápida com naltrexona sob anestesia geral (por vezes referido como “tratamento de desabilitação física turbo”) não foi ainda suficientemente analisado e deveria ser investigado mais profundamente, afirma a agência.

Embora algumas intervenções terapêuticas de desabilitação física tenham sido sujeitas a uma avaliação mais profunda, faltam ainda conhecimentos sobre os prós e os contras das diferentes modalidades e sobre qual o tipo de tratamento a utilizar para cada tipo de paciente.

O tratamento sem drogas aplica técnicas físico-sociais com o objectivo de tornar primeiro o paciente abstinente, libertando-o depois a longo prazo da dependência das drogas. Em geral, 30% a 50% dos pacientes que iniciam este tipo de tratamento concluem-no com sucesso. O tratamento sem drogas tem sido avaliado por toda a Europa, aplicando diferentes metodologias, e muito se aprendeu. No entanto, existem ainda áreas em que é necessário prosseguir a investigação para poder responder a fenómenos que têm surgido recentemente.

O resultado de um **tratamento medicamente assistido** pode ser a abstinência, mas pode ser também a manutenção do paciente sob tratamento médico a longo prazo. O tratamento de manutenção à base de metadona é o tipo de tratamento medicamente assistido mais amplamente difundido. O tratamento medicamente assistido foi profusamente avaliado por toda a Europa e, de uma maneira geral, provou ser eficaz na realização de objectivos como a redução do consumo de drogas ilícitas, dos comportamentos de risco e da criminalidade. As intervenções com metadona foram particularmente eficazes, embora a buprenorfina se tenha revelado também eficaz. Apesar destes aparentes “sucessos”, alguns países consideram que nem a metadona nem a buprenorfina melhoram suficientemente o bem-estar geral dos toxicodependentes de rua particularmente carenciados e têm procurado outras alternativas, como por exemplo testes com heroína.

Em toda a área dos tratamentos bem sucedidos, o relatório hoje apresentado conclui que, nos últimos anos, tem sido colocada uma grande ênfase na expansão dos serviços de tratamento. E isso tem sido em larga medida conseguido. O desafio agora é aumentar o leque dos serviços de tratamento e aperfeiçoar as próprias intervenções, contribuindo assim para aumentar o seu sucesso.

J..

O CONSUMO DE DROGA ALTEROU A REALIDADE NAS PRISÕES

O relatório afirma que, nas duas últimas décadas, a presença e o consumo de drogas mudaram radicalmente a realidade das prisões. Todos os países da **UE** têm grandes problemas devidos à droga e às doenças infecto-contagiosas relacionadas com a droga em meio prisional. A população prisional constitui um grupo de alto risco em termos de consumo de droga. De facto, em comparação com a comunidade, os consumidores de droga estão sobrerrepresentados nas prisões. A percentagem de reclusos da **UE** que afirmam ter consumido alguma vez uma droga ilícita varia, de acordo com as prisões e os países, entre 29% e 86% (mais de 50% na maior parte dos estudos).

Tal como na comunidade, a *cannabis* é a substância mais frequentemente experimentada, mas vários estudos revelam também elevados níveis de experimentação de heroína (próximo de 50% dos reclusos ou mais, em alguns casos). Os reclusos que afirmam ter um consumo mais regular, consumir droga por via intravenosa ou ser dependentes representam até 69% da população prisional.

A maior parte dos consumidores tendem a parar ou a reduzir o consumo depois da reclusão por não poderem obter drogas ilícitas. No entanto, alguns continuam a consumir drogas, nalguns casos até em maior quantidade, e outros ainda começam a consumir depois da reclusão. São raras as informações de rotina sobre consumo de droga entre os reclusos, mas pequenos estudos locais apontam para níveis alarmantes. Estima-se que o consumo de droga nas prisões abranja até 54% dos reclusos, e o consumo regular até 36%. Até 26% dos consumidores de droga em meio prisional afirmam ter iniciado o consumo dentro do estabelecimento prisional, enquanto que até 21% dos consumidores de droga injectada (CDI) nas prisões se começaram a injectar também na prisão. Os comportamentos de risco nas prisões são mais frequentes, tais como partilha de drogas e de material para injeção, tatuagens e prostituição.

O número de mulheres em estabelecimentos prisionais é inferior ao número de homens. No entanto, existe uma proporção mais elevada de consumo de droga entre as mulheres reclusas.

O acesso às drogas ilícitas é muito mais difícil no meio prisional do que na comunidade, mas tudo se pode obter em troca de pagamento. Estima-se que os preços sejam duas a quatro vezes superiores aos praticados fora das prisões, o que faz com que as drogas sejam 10 a 20 vezes mais caras em termos de poder de compra. O tráfico de droga nos estabelecimentos prisionais é referido como sendo muito mais perturbador do que na comunidade, provocando situações de intimidação, prepotência e criminalidade.

O relatório mostra que a actual oferta de serviços de tratamento da toxicod dependência não responde às necessidades potenciais dos consumidores de droga estimados em mais de 50% da população prisional. A luta pela "equivalência de tratamento" entre a comunidade e a prisão tem ainda que ser travada pela maior parte dos sistemas prisionais na Europa.

Os materiais de informação escrita sobre droga e doenças infecto-contagiosas relacionadas com a droga parecem estar disponíveis na maior parte dos estabelecimentos prisionais da **UE** e da **Noruega**. No entanto, as oportunidades repetidas e sistemáticas para abordar as questões da prevenção através de contactos directos são raras e dependem frequentemente da iniciativa das agências externas ou de alguns elementos do pessoal prisional. A desintoxicação é, em geral, disponibilizada através dos serviços médicos da prisão ou em unidades de desintoxicação especializadas, mas faltam frequentemente orientações em termos de qualidade.

À excepção da **Grécia**, da **Suécia** e de dois *Länder* alemães (**Baviera** e **Bade-Vurtemberg**), o tratamento de substituição está agora disponível nas prisões de todos os países da **UE** e da **Noruega**. No entanto, mesmo nos países onde, na comunidade, uma grande percentagem dos consumidores problemáticos de droga são submetidos a um tratamento de substituição, as prisões continuam a seguir frequentemente uma política de desintoxicação.

A prevenção da transmissão de doenças infecto-contagiosas durante a reclusão tornou-se um alvo prioritário para diversos sistemas prisionais na **UE**. Contudo, diversas intervenções essenciais que se revelaram eficazes na comunidade não são implementadas, por estarem politicamente conotadas, por se depararem com resistências por parte do pessoal prisional, ou por serem entendidas como inadequadas em ambiente prisional.

Nota aos editores:

Este ano, o OEDT criou especialmente para si um *website*: **Relatório Anual 2002 em linha** disponível nos seguintes endereços: <http://annualreport.emcdda.eu.int> ou <http://emcdda.kpnqwest.pt> A partir deste *site* poderá descarregar ficheiros PDF do relatório e de outros comunicados disponíveis em 12 línguas (11 línguas da UE + norueguês).

Contacto: Joelle Vanderauwera, Observatório Europeu da Droga e da Toxicod dependência - OEDT
Rua da Cruz de Santa Apolónia 23-25, PT-1149-045 Lisboa, Portugal Tel.: ++ 351 21 811 3000 •
Relatório Anual 2002 em linha <http://annualreport.emcdda.eu.int> ou <http://emcdda.kpnqwest.pt>