



[emcdda.europa.eu](http://emcdda.europa.eu)

## Drug use in prison

EMCDDA 2002 selected issue

*In EMCDDA 2002 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*

## Questões específicas

Em Fevereiro de 2002, foram publicados os resultados de um teste aleatório controlado realizado nos Países Baixos, com prescrição simultânea de heroína a pacientes do tratamento com metadona. Os grupos-alvo da intervenção eram consumidores de heroína mais velhos e muito dependentes que não tinham beneficiado muito com o tratamento de manutenção com metadona. Para definir este grupo-alvo, foi estabelecido um conjunto pré-definido de critérios de inclusão e exclusão e os pacientes foram seleccionados a partir do sistema de registo local do tratamento de manutenção com metadona. Foram seleccionados 625 pacientes de seis unidades de tratamento de toda a Holanda, os quais foram divididos aleatoriamente num grupo experimental e num grupo de controlo. Em primeiro lugar, os pacientes eram divididos de acordo com o modo de administração, inalação ou injeção, e depois subdivididos de acordo com a intervenção — os que recebiam apenas metadona e os que recebiam uma combinação de metadona e heroína. A principal conclusão do estudo foi a de que, para os consumidores de heroína mais velhos e muito dependentes, a metadona associada à heroína era mais eficaz do que o tratamento apenas com metadona, independentemente do modo de administração. Além disso, o estudo mostrou que no final do teste, 30% dos pacientes do grupo experimental já não preenchiam os critérios de inclusão (já que a sua condição geral tinha melhorado consideravelmente), enquanto que no grupo de controlo isso acontecia com apenas 11% (van den Brink *et al.*, 2002).

Na Alemanha, foi desenvolvido e aperfeiçoado nos últimos dois anos um teste que envolve a prescrição médica de heroína a dependentes de opiáceos. O teste, que teve início na Primavera de 2002, irá durar três anos, envolvendo a participação de sete cidades alemãs. A principal questão a responder é se e em que condições a prescrição de heroína a um grupo extremamente carente de dependentes de opiáceos pode contribuir para melhorar a sua situação em termos de saúde e dos aspectos sociais e jurídicos. Os participantes submetidos ao teste serão divididos aleatoriamente num grupo experimental e num grupo de controlo. Estes grupos serão posteriormente divididos em dois grupos que serão submetidos a intervenções psicossociais de diferentes tipos — um grupo de «gestão de caso» e outro grupo de «psico-educação». O estudo deverá proporcionar um maior discernimento da intervenção psicossocial e respectiva eficácia no tratamento da dependência de opiáceos. (<http://www.heroinstudie.de/>).

Na Dinamarca, foi lançado um projecto alternativo relativo à heroína para 2000-2002, com o objectivo de desencadear projectos-piloto especiais para toxicode-

pendentes em tratamento com metadona, envolvendo actividades psico-sociais em grande escala. A avaliação qualitativa e quantitativa irá analisar em que medida podem ser alcançados resultados sob a forma de um melhor funcionamento social, mental e em termos de saúde, da redução do consumo de droga, da redução das doenças infecto-contagiosas e da criminalidade, assim como de um alargamento das relações de rede.

### Conclusões e perspectivas para o futuro

O sucesso depende do objectivo de uma dada intervenção terapêutica e conseqüentemente esse sucesso deve ser avaliado de acordo com os objectivos preestabelecidos. Existe já um considerável manancial de investigação que, ao comparar objectivos e resultados, permitiu adquirir uma percepção e conhecimentos sobre a eficácia/sucesso de vários tipos de tratamento.

É, por exemplo, um resultado importante que as taxas de permanência sejam decisivas para os resultados ou «sucesso» dos tratamentos, mas é preciso saber mais sobre a forma de manter os pacientes em tratamento ou, por outras palavras, saber quais os elementos do tratamento que são fundamentais para aumentar a taxa de continuidade. A identificação da «substância activa» em qualquer tipo de tratamento é uma tarefa difícil e é por isso essencial melhorar o desempenho dos serviços de tratamento, melhorando assim os resultados do tratamento.

No entanto, possuir o conhecimento teórico, e a percepção, é uma coisa e implementá-lo é outra. Um exemplo disso é a importância das intervenções de acompanhamento psico-social em tratamentos medicamente assistidos, que muitos estudos concluíram contribuir para o sucesso desses tratamentos, mas que no entanto ainda não são adequadamente implementadas na prática.

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.

### Consumo de droga nas prisões

Nas duas últimas décadas, a presença e o consumo de droga mudou radicalmente a realidade das prisões e, hoje em dia, todos os países da Europa têm grandes problemas devidos à droga e às doenças infecto-contagiosas relacionadas com a droga em meio prisional.

## 2002 Relatório Anual sobre a Evolução do Fenómeno da Droga na União Europeia e na Noruega

### Procura de droga nas prisões <sup>(61)</sup>

São raras as informações de rotina a nível nacional sobre consumo de droga, padrões de consumo e suas consequências entre os reclusos. A maior parte dos dados disponíveis na UE provêm de estudos ad-hoc levados a cabo a nível local numa amostra pequena de reclusos, o que torna as extrapolações muito difíceis.

### Prevalência de consumidores de droga nas prisões

A população prisional pode ser considerada como um grupo de alto risco em termos de consumo de droga. De facto, em comparação com a comunidade, os consumidores de droga estão sobre-representados 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) (figura 25). 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).

De acordo com diferentes estudos, os reclusos que afirmam ter um consumo mais regular e/ou mais pernicioso, como, por exemplo, o consumo por via intravenosa, representam 6% a 69% da população prisional.

### Níveis de consumo de droga em meio prisional

A reclusão não significa o fim do consumo de droga. A maior parte dos consumidores tendem a parar ou a reduzir o consumo depois da reclusão, devido à menor disponibilidade de drogas ilícitas. No entanto, alguns continuam a consumir drogas, em certos casos até em maior

quantidade, e outros ainda começam a consumir depois da reclusão.

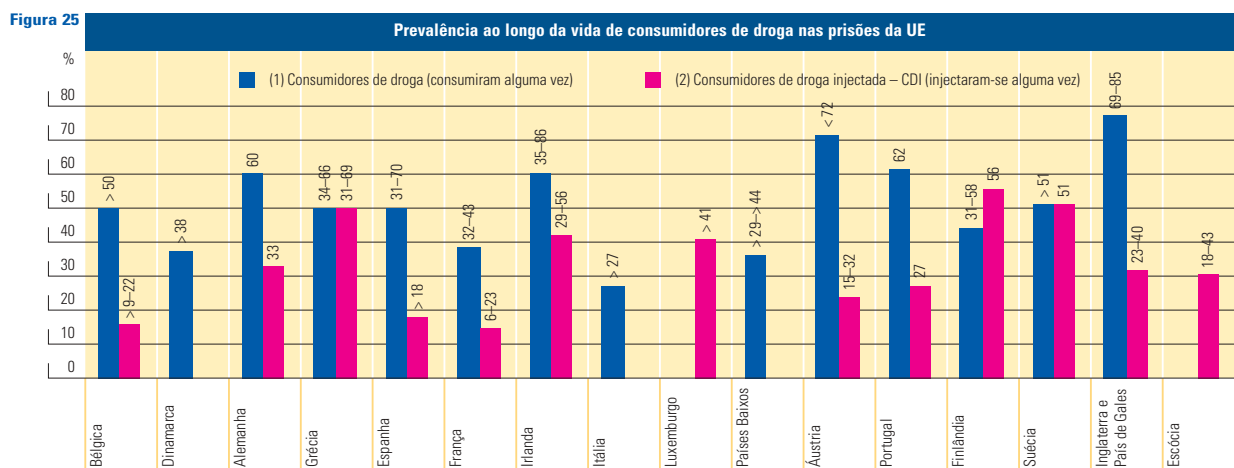
Estima-se que o consumo de droga nas prisões abranja entre 16% a 54% dos reclusos, e o consumo regular entre 5% a 36%. Entre 0,3% e 34% da população prisional já se injectou durante a reclusão.

A iniciação ao consumo de droga e à injeção também ocorre em meio prisional. Segundo diversos estudos efectuados na Alemanha, Áustria, Bélgica, Espanha, França, Irlanda, Itália, Portugal e Suécia entre 3% e 26% dos consumidores de droga em meio prisional afirmam ter iniciado o consumo dentro do estabelecimento prisional, enquanto 0,4% a 21% dos consumidores de droga injectada (CDI) nas prisões se começaram a injectar também na prisão (RN, 2001; WIAD-ORS, 1998).

## Consequências jurídicas e para a saúde

### Comportamentos de risco

Estudos efectuados na Bélgica, Alemanha, Grécia, França, Irlanda, Luxemburgo, Áustria e Reino Unido (RN, 2001) revelam que uma elevada percentagem de CDI nas prisões partilham material para injeção. No meio prisional, o consumo de droga por via intravenosa está frequentemente associado com a partilha de material para injeção e, em alguns casos, até 100% dos CDI referem comportamentos de partilha. Um estudo efectuado no Luxemburgo (RN, 2001) concluiu que, em 70% dos casos, as seringas são limpas apenas com água e em 22% dos casos não são limpas de todo. Os dados disponíveis revelam que a partilha de material para



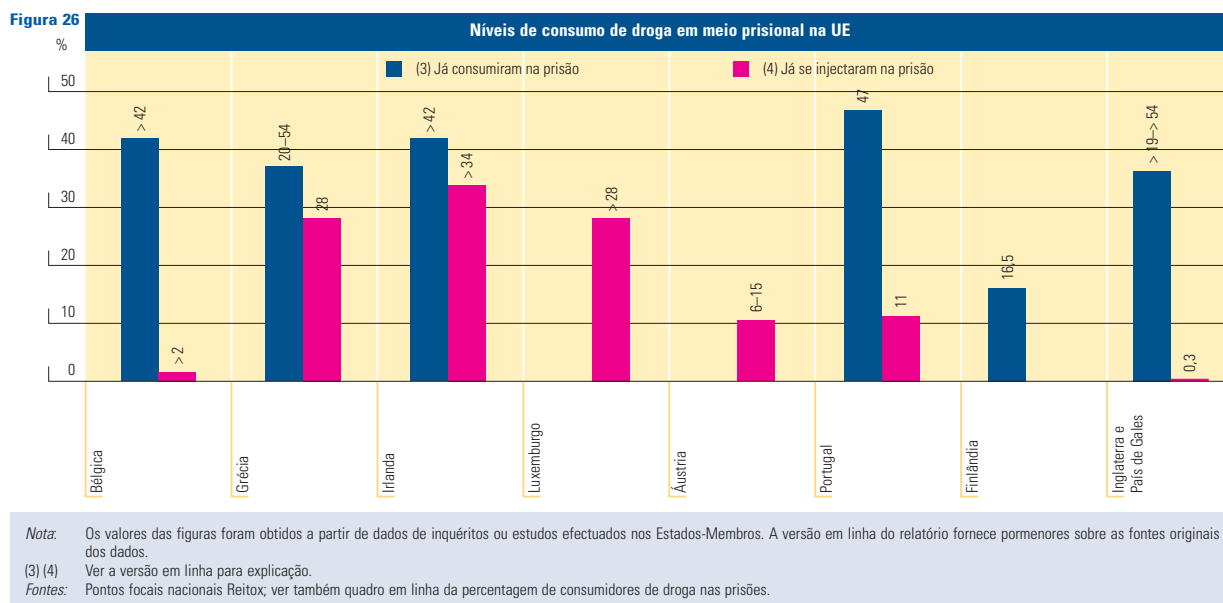
Nota: Os valores das figuras foram obtidos a partir de dados de inquéritos ou estudos efectuados nos Estados-Membros. A versão em linha do relatório fornece pormenores sobre as fontes originais dos dados.

(1) (2) Ver a versão em linha para explicação.

Fontes: Pontos focais nacionais Reitox; ver também quadro em linha da percentagem de consumidores de droga entre reclusos na UE.

(61) Ver também o quadro: Percentagem dos consumidores de droga entre os reclusos da UE (versão em linha).

## Questões específicas



### Consumidoras de droga reclusas

O número de mulheres em estabelecimentos prisionais é inferior ao número de homens. No entanto, o consumo de droga parece ser particularmente grave entre a população prisional feminina. Os dados disponíveis, quando existem, revelam uma proporção mais elevada de consumidores de droga entre as mulheres reclusas — considerando a prevalência do consumo nos últimos seis meses, na Dinamarca, a prevalência do consumo de heroína no último ano e ao longo da vida, na Irlanda, e a proporção de reclusos com problemas de consumo de droga e com graves problemas de toxicod dependência, na Suécia.

No que se refere aos comportamentos de risco nas prisões, estudos efectuados na Alemanha (RN, 2001) e em França (WIAD-ORS, 2001) revelam uma percentagem mais elevada de reclusas que partilham drogas, material para injeção e que se prostituem entre a população feminina do que entre a masculina. No entanto, outros estudos efectuados na Áustria (RN, 2001) e na Inglaterra e País de Gales (WIAD-ORS, 2001) referem uma maior partilha de material para injeção entre a população prisional masculina.

injeção é mais frequente em meio prisional do que na comunidade.

Um estudo multicentro efectuado em alguns estabelecimentos prisionais da Bélgica, Alemanha, Espanha, França, Itália, Portugal e Suécia em 1996-1997 (WIAD-ORS, 2001) refere a existência de mais tatuagens e *piercings* durante a reclusão entre os CDI do que entre os não CDI. Os primeiros apresentam também um nível mais

elevado de relações sexuais não protegidas na Alemanha, Bélgica, Portugal e Suécia, mas menos noutros países.

### Doenças infecto-contagiosas

Os dados sobre a situação em relação ao HIV e ao VHC entre os consumidores de droga injectada (CDI) em meio prisional foram disponibilizados pela Alemanha, Bélgica, Espanha (apenas VHC), França, Irlanda e Luxemburgo (RN, 2001). Foram obtidos a partir de estudos locais efectuados num número reduzido de estabelecimentos prisionais e não são por isso representativos a nível nacional. A prevalência do HIV entre os CDI varia entre 0% e 13% nos estabelecimentos prisionais investigados. Os níveis de positividade para o VHC são muito mais elevados, entre 14% e 100% entre os CDI, consoante o centro prisional e o país. Como na comunidade, a prevalência do HIV e do VHC é mais elevada entre os CDI do que entre os não CDI.

### Sanções para o consumo/posse de droga

Os reclusos que são apanhados na posse de drogas ilícitas são normalmente sancionados e castigados ao abrigo do regulamento das prisões. O incidente pode ser registado na ficha pessoal do recluso. As sanções mais vulgarmente aplicadas incluem a restrição de direitos (visitas de amigos e família, chamadas telefónicas), a privação de licenças domiciliárias, a expulsão das alas de tratamento especializado e/ou o castigo numa cela de isolamento.

A posse de droga pode ter consequências na execução da sentença. Por exemplo, na Dinamarca, corre-se o risco de não ser concedida a liberdade condicional depois de cumpridos dois terços da pena. No Reino

Unido, quando um teste à urina é positivo, a pena pode ser prolongada, pelo menos por mais alguns dias.

Os reclusos que são apanhados na posse de drogas podem também ser acusados e processados por isso fora do âmbito do estabelecimento prisional.

## Disponibilidade e oferta de droga nas prisões

### Disponibilidade de droga

O acesso às drogas ilícitas é muito mais difícil no meio prisional do que na comunidade. No entanto, sabe-se que as drogas estão facilmente disponíveis para aqueles que as querem consumir — sobretudo haxixe, heroína e medicamentos (benzodiazepinas), mas tudo se pode obter em troca de pagamento.

Os reclusos referem grandes variações em termos de qualidade, continuidade e preço das drogas ilícitas dentro dos estabelecimentos prisionais. 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. Utilizam-se frequentemente outras formas de pagamento para além do dinheiro: troca de serviços (prostituição, limpeza de celas) ou de bens (cartões telefónicos, tabaco), e/ou participação na distribuição de droga.

### Contrabando e tráfico

Há inúmeras formas de acesso às drogas na prisão. Todos os contactos com o mundo exterior são ocasiões para introduzir drogas clandestinamente: durante as visitas (nas roupas ou nas cavidades corporais dos visitantes, dentro dos alimentos), nas transferências ou transporte para o tribunal para julgamento, depois de uma licença domiciliária, através do correio (encomendas). As drogas podem ser lançadas dentro de bolas por cima dos muros da prisão. São também introduzidas pelo pessoal do estabelecimento prisional.

A distribuição de droga e o tráfico variam de prisão para prisão e entre os diferentes países. A Bélgica refere (RN, 2001) o tráfico a nível individual, assim como as redes piramidais em que (como acontece na comunidade) os traficantes de alto nível organizam o comércio de droga, mas não são eles próprios consumidores. A Alemanha menciona (RN, 2001) o tráfico em pequena escala em que muitos reclusos se envolvem através de diversos canais sem uma organização central. Um estudo recentemente efectuado na prisão de Mountjoy na Irlanda (RN, 2001) revela um sistema baseado em acordos pessoais: aqueles que têm acesso às drogas na comunidade introduzem-nas na prisão e distribuem-nas entre a sua rede pessoal. 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.

Para evitar o tráfico de droga, várias medidas são implementadas — rotineiramente ou com base em suspeitas. Estas medidas incluem a revista às celas, revistas pessoais após licença domiciliária, a proibição de encomendas, o controlo das visitas e a colocação de redes sobre os pátios de recreio. O Reino Unido instaurou recentemente medidas para reduzir a oferta, tais como o recurso a cães para dissuadir e descobrir traficantes e a interdição de visitantes apanhados a introduzir droga na prisão.

As apreensões de drogas ilícitas dentro ou à entrada dos estabelecimentos prisionais são referidas por muitos países, normalmente em pequenas quantidades. Material para injeção de drogas e outra parafernália são também encontrados durante as inspecções.

### Política de redução da procura nas prisões

As actuais medidas para redução da procura dentro das prisões consistem predominantemente na dissuasão do consumo através de um maior controlo, como as revistas às celas e testes aleatórios de drogas conjugados com sanções ou perda de privilégios. Por exemplo, na Suécia, os reclusos são mensalmente submetidos a uma média de dois ou três testes à urina.

Confrontados com um número crescente de consumidores, os sistemas prisionais criaram unidades especializadas de tratamento da toxicodependência (por exemplo, nos Países Baixos), dispõem de serviços centralizados de luta contra a droga em prisões específicas (Irlanda e Áustria), ou «importam» peritos em tratamentos da toxicodependência de agências externas de luta contra a droga.

A partir de 1995, notou-se uma expansão dos serviços de apoio aos consumidores de droga nos estabelecimentos prisionais (Ambrosini, 2001) e das medidas para evitar a transmissão de doenças infecto-contagiosas. No entanto, em comparação com a comunidade, existe um considerável desfasamento temporal. A actual oferta de serviços de tratamento da toxicodependência não responde às necessidades potenciais dos consumidores de droga estimados em mais de 50% da população prisional.

Dado que muitos consumidores de droga regressam à prisão por diversas vezes com os mesmos problemas, ou problemas agravados, de consumo e de doenças infecto-contagiosas, as administrações prisionais tiveram de reconhecer a necessidade de abordar a toxicodependência

## Questões específicas

cia, o consumo de droga, e os subsequentes riscos e consequências para a saúde de uma forma mais sistemática no âmbito dos estabelecimentos prisionais. Um desenvolvimento recente em muitos países europeus, que reflecte isso mesmo, é a adopção de verdadeiras estratégias de luta contra a droga nas prisões, o estabelecimento de directivas sobre cuidados e tratamento de reclusos toxicodependentes, ou a instituição de normas de qualidade para serviços específicos <sup>(62)</sup>. As estratégias prisionais de luta contra a droga abrangem normalmente um leque de medidas para tratamento dos reclusos, dissuasão do consumo e redução da oferta.

### Tratamento da toxicodependência

Os serviços de cuidados de saúde nos estabelecimentos prisionais são normalmente prestados por pessoal médico e paramédico próprio, sob a tutela dos respectivos ministérios da Justiça. No entanto, os sistemas prisionais por toda a Europa e na Noruega dependem em grande medida de outros peritos e recursos externos para os cuidados a prestar aos consumidores de droga. Na luta pela «equivalência de tratamento» entre a comunidade e a prisão (Conselho da Europa, 1993; OMS, 1993), a França (em 1994) e a Itália (em 2000) transferiram a responsabilidade pelos cuidados a prestar aos reclusos toxicodependentes para os respectivos ministérios da Saúde, envolvendo assim oficialmente os organismos de prestação de cuidados de saúde locais e regionais. Acordos de cooperação concreta entre o sistema judicial e os serviços de saúde públicos ou privados foram também estabelecidos na Irlanda (1999), Portugal (1999) e Espanha (2000), com o objectivo de aumentar a qualidade e a cobertura dos cuidados a prestar aos consumidores de droga reclusos.

Os especialistas externos desempenham um importante papel no apoio aos consumidores de droga na maior parte dos sistemas prisionais europeus, se não em todos. No entanto, a cobertura dada às prisões e o nível de prestação de serviços variam consideravelmente entre os países e dentro de cada país. Excepções notáveis em termos de cobertura são: a Escócia, que dispõe de pessoal encarregado de prestar aconselhamento sobre estupefacientes em todos os estabelecimentos prisionais; a Espanha, onde os serviços de tratamento da toxicodependência estão disponíveis em 71 das 73 prisões; a Suécia, onde um terço do número estimado de reclusos com problemas de droga estavam, em 2000, cobertos por programas de motivação para o tratamento; e a Inglaterra e o País de Gales onde, desde 1999, todas as prisões dispõem de equipas externas especializadas (CARAT — Counselling, Assessment, Referral, Advice

and Throughcare Services) cujo objectivo é cobrir as necessidades dos reclusos consumidores de droga desde o início da dependência até à pós-cura — embora um constrangimento pareça ser a falta de possibilidades de encaminhamento (Spacca, 2002). Na Escócia, os reclusos têm agora a oportunidade de receber tratamento de transição durante as primeiras 12 semanas após a libertação, por forma a facilitar o regresso à comunidade.

Os serviços prestados pelas agências externas incluem informação geral e educação sobre prevenção do consumo, programas de motivação para o tratamento e de preparação para a libertação, incluindo o encaminhamento para tratamento na comunidade e para pós-cura. Na Bélgica e na Grécia, as organizações não governamentais (ONG) são, até ao momento, as principais organizações que prestam os limitados serviços disponíveis para os consumidores de droga nas prisões. Na Alemanha, a história do trabalho nas prisões das agências externas e dos serviços internos especializados no luta contra a droga data de meados dos anos 80 e, em 2000, mais de 350 conselheiros da luta contra a droga prestavam os seus serviços nas prisões alemãs; no entanto, a cobertura deste serviço varia entre os Estados federais (*Länder*). Em 2000, o envolvimento de profissionais externos continuou a ser uma tendência importante em França; e em Itália, os serviços públicos de luta contra a droga Ser.T registaram um grande aumento do número de pacientes, devido às suas novas responsabilidades no que se refere aos reclusos. A Estratégia Nacional Espanhola de Luta contra a Droga (2000-2008) definiu a participação de especialistas externos nos cuidados a prestar aos consumidores de droga nas prisões como uma prioridade, e os planos de cooperação plurianual entre prisões e ONG fizeram com que mais de metade do pessoal dos Serviços de Tratamento da Toxicodependência (GAD) das prisões espanholas sejam peritos externos das ONG.

### Serviços prestados

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

<sup>(62)</sup> Quadro 13 OL: Recentes estratégias de luta contra a droga nas prisões, directivas ministeriais e normas de qualidade dos serviços na UE e na Noruega (versão em linha).

## 2002 Relatório Anual sobre a Evolução do Fenómeno da Droga na União Europeia e na Noruega

orientações em termos de qualidade. Um programa através do qual 1 200 a 1 500 reclusos recebiam tratamento de desintoxicação por ano foi descrito como sendo implementado de uma «forma basicamente desestruturada e sem supervisão, sem acompanhamento posterior ou um planeamento a médio ou longo prazo» (Department of Justice, Equality and Law Reform, 1999). No entanto, as normas de qualidade estão a começar a ser introduzidas. Por exemplo, a «*Prison Service Order*», de Dezembro de 2000, requer que todas as prisões de Inglaterra e do País de Gales disponham de serviços de desintoxicação qualificados.

Em alguns países, as agências externas estão também directamente envolvidas na prestação de tratamento da toxicod dependência a mais longo prazo. Exemplos disso são os pequenos programas internos para consumidores de droga na Dinamarca e Noruega, que são geridos por agências externas especializadas («modelo de importação»), e o tratamento de substituição em estabelecimentos prisionais espanhóis, franceses e italianos. Em Espanha, a grande cobertura dos estabelecimentos prisionais foi conseguida através de um grande envolvimento dos serviços externos de luta contra a droga.

Nove países da UE dispõem, dentro das prisões, de programas de tratamento estruturados orientados para a abstinência e a Noruega fornece um programa de motivação para o tratamento. O número total de vagas, comparado com o número estimado de reclusos com problemas de droga, é muito reduzido. No entanto, em Espanha, 8 984 reclusos participaram nos 18 programas de tratamento sem drogas disponíveis em 2000 e na Inglaterra e País de Gales, registaram-se, em 2000-2001, 3 100 ingressos nos 50 programas de tratamento intensivo. Na Suécia, 10% das instalações prisionais, com capacidade para receberem 500 reclusos, estão especialmente reservadas para o tratamento compulsivo ou voluntário dos consumidores de droga (Lýsen, 2001), e na Finlândia, 18% dos reclusos que entram nas prisões participam em programas de reabilitação da toxicod dependência e do alcoolismo (Jungner, 2001). Na prisão austríaca Favoriten, exclusivamente especializada no tratamento de toxicod dependentes, estão disponíveis 110 vagas para tratamento; a Dinamarca dispõe de 30 vagas e a Irlanda de 9. O programa norueguês de motivação para o tratamento pode ocupar-se de 18 reclusos por ano <sup>(63)</sup>.

À excepção da Grécia, da Suécia e de dois *Länder* alemães (Baviera e Baden-Württemberg), 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 estão em tratamento de substituição, as prisões continuam a seguir frequentemente uma política de desintoxicação. Por exemplo, estima-se que as taxas nas prisões da Alemanha e Países Baixos se situem entre 1% e 4% (Stöver, 2001; WIAD-ORS, 2001) comparadas com uma cobertura estimada de 30% a 50% na comunidade. A maior parte das políticas de manutenção prisionais aconselham o tratamento apenas durante sentenças de curto prazo, para consumidoras grávidas e para aqueles que têm longos anos de toxicod dependência ou problemas de saúde física ou mental graves. A iniciação do tratamento de substituição nos estabelecimentos prisionais é rara, embora seja juridicamente possível na maior parte dos países. A grande excepção é Espanha, onde as taxas de substituição se equivalem dentro e fora das prisões <sup>(64)</sup>.

Dez países da UE e a Noruega dispõem de unidades sem drogas nas prisões. O objectivo de algumas delas é não só proteger os reclusos não dependentes de drogas, mas também fornecer tratamento para os dependentes. Os reclusos em tratamento de substituição com metadona são normalmente excluídos das unidades sem droga. Os vinte departamentos de orientação para toxicod dependentes, sem drogas, das prisões holandesas podem prestar serviços a 446 reclusos. No entanto, em 1999, um terço desta capacidade continuava a não ser utilizada. A Suécia dispõe de 356 vagas em unidades de tratamento sem drogas e na Finlândia, onde actualmente 10% de todas as unidades prisionais são sem drogas, pretende-se obter um aumento de 50%. Portugal abriu recentemente sete unidades de tratamento sem drogas com 195 vagas, avaliadas como um «grande êxito» e está a planear mais duas unidades. Não obstante, numa análise da investigação sobre o tratamento da toxicod dependência nos estabelecimentos prisionais (Rigter, 1998) conclui-se que são escassos os resultados fiáveis e válidos a nível mundial.

### Prevenção de doenças infecto-contagiosas

A prevenção da transmissão de doenças através do sangue durante a reclusão tornou-se um alvo prioritário para diversos sistemas prisionais europeus — também no que diz respeito aos aumentos consideráveis de despesas farmacêuticas devido ao tratamento de infecções relacionadas com a droga (por exemplo, HAART, interferon) que os estabelecimentos prisionais têm de cobrir.

<sup>(63)</sup> Quadro 14 OL: Tratamento orientado para a abstinência e unidades sem drogas em estabelecimentos prisionais de países da UE seleccionados e da Noruega (versão em linha).

<sup>(64)</sup> Quadro 15 OL: Tratamento de substituição em prisões da UE e da Noruega (versão em linha).

## Questões específicas

**Quadro 2**

Resumo de algumas medidas para prevenir doenças transmissíveis pelo sangue nas prisões da UE e da Noruega				
	Informação/educação	Vacinação contra a hepatite B	Fornecimento de desinfetantes	Troca de agulhas/seringas
Bélgica	++ mas não em todas as prisões	+ protocolo a ser desenvolvido pelo MS	+	0
Dinamarca	0	++ mas cobertura muito baixa(2%)	++ com instruções	0
Alemanha	+	n.d.	+	+
Grécia	+ mas fornecimento depende principalmente de agências externas	+ apenas 1 estabelecimento prisional	+ apenas 1 estabelecimento prisional	0
Espanha	++	++ e incentivada	++	++
França	+	++	++	0
Irlanda	0	++	+ mas ++ recomendado pelo Review Group on Prison Health Care, 2001	0 Review Group on Prison Health Care não recomenda a troca de A/S, devido ao risco de ataques
Itália	0	n.d. (vacinação obrigatória aos 12 anos, toda a população, introduzida no início dos anos 90)	++	0
Luxemburgo	+	++	0	0 em debate
Países Baixos	+	++	++	0
Áustria	+	+ (!)	++ com instruções sobre limpeza	0
Portugal	+	++ programa de vacinação nacional	++ na prática: +	0 em debate
Finlândia	+	++	++	0
Suécia	0 depende do estabelecimento prisional	0 decisão pendente sobre a introdução generalizada da vacinação	0	0
Reino Unido	+	++ (Escócia)	++ Inglaterra/País de Gales: sem acesso fácil. Após estudo piloto, disponibilização de comprimidos Escócia: ++ com instruções	0
Noruega	n.d.	n.d.	0 autoridades sanitárias pediram aos estabelecimentos prisionais para disponibilizarem lixívia	0

NB: n.d. = informação não disponível

#### Informação/educação

- 0 Em geral materiais escritos
- + Materiais escritos especificamente desenvolvidos para as prisões
- ++ Materiais específicos p/ prisões + formação s/ consumo mais seguro

#### Vacina contra a hepatite

- 0 não sistematicamente disponível
- + disponível em poucas prisões
- ++ disponível em todas as prisões

Fontes: Relatórios nacionais Reitox 2001.

European Network on HIV/AIDS and Hepatitis Prevention in Prisons, *Final Progress Report*, WIAD: Bonn & ORS: Marselha, Dezembro de 2001.  
(!) Sprig, H & Ess-Dietz, O (2001) Preventive measures in Austrian Prisons. In: WIAD-ORS.

#### Disinfetantes

- 0 não disponível
- + em algumas prisões
- ++ em todas as prisões (pelo menos em teoria)

#### Troca de agulhas/seringas

- 0 não disponível
- + Programa em poucas prisões
- ++ Programa em todas as prisões

Muitos países querem seguir os princípios gerais e as recomendações específicas feitas pela OMS nas suas orientações sobre infecção pelo HIV e sida nas prisões (OMS, 1993). Há diversas medidas de redução de riscos que são difíceis de implementar, porque estão politicamente conotadas, ou porque se deparam com resistências por parte do pessoal prisional ou porque são entendidas como inadequadas em ambiente prisional. Algumas medidas de prevenção resultantes das orientações da OMS e a forma como os países da UE e a Noruega as implementam são apresentadas no quadro abaixo. Embora a cobertura destas medidas pareça ser ainda insuficiente em muitos países, já se fizeram alguns progressos<sup>(65)</sup>. Os programas de troca de agulhas podem ser agora implementados em todas as prisões espanholas<sup>(66)</sup> e o Luxemburgo e Portugal estão a debater a sua

introdução. Cada vez mais países recomendam o acesso dos reclusos a lixívia diluída e a implementação desta medida tem vindo a melhorar.

### Fontes — Capítulo 3

Akram, G., e Galt, M. (1999) «A profile of harm-reduction practices and co-use of illicit and licit drugs amongst users of dance drugs», *Drugs: Education, Prevention and Policy*, volume 6 (2) p. 215 a 225.

Ambrosini, F. (2001) «Europäisches Netzwerk zur Drogen- und AIDS-Hilfe im Strafvollzug», in Jacob, J., Keppler, K. e Stöver, H. (eds) *LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug*, Deutsche AIDS-Hilfe, Berlim, p. 106 a 113.

Bellis, M. A., Hale, G., Bennett, A., Chaudry, M., Kilfoyle, M. (2000) «Ibiza uncovered: changes in substance use and sexual behaviour amongst young people visiting an international nightlife resort», *International Journal of Drug Policy*, volume 11, p. 235 a 244 (\*).

<sup>(65)</sup> Para obter informações sobre a situação até 2000, consultar [http://ar2001.emcdda.eu.int/en/chap2/specific\\_demand.html#Table2](http://ar2001.emcdda.eu.int/en/chap2/specific_demand.html#Table2).

<sup>(66)</sup> Excepto estabelecimentos prisionais situados em Ceuta e Melilla. A Comunidade Autónoma da Catalunha tem competências próprias na gestão dos estabelecimentos prisionais.



## 2002 Relatório Anual sobre a Evolução do Fenómeno da Droga na União Europeia e na Noruega

- Bennett, G. A. and Higgins, D. S. (1999) «Accidental overdose among injecting drug users in Dorset, UK», *Addiction*, volume 94 (8) p. 1179 a 1189.
- Berglund, M., Andréasson, S., Franck J., Fridell, M., Håkanson, I., Johansson, B., Lindgren, A., Lindgren, B., Nicklasson, L., Rydberg, U., Salaspuro, M., Thelander, S. e Öjehagen, A. (2001) *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem*, Statens beredning för medicinsk utvärdering, Suécia.
- Boys, A., Fountain, J., Marsden, J., Griffiths, P., Stillwell, G., and Strang, J. (2000) *Drug decisions: a qualitative study of young people*, Health Education Authority, Londres.
- Calafat, A., Bohrn, K., Juan, M., Kokkevi, A., Maalsté, N., Mendes, F., Palmer, A., Sherlock, K., Simon, J., Stocco, P., Sureda, M. P., Tossman, P., van de Wijngaart, G. and Zavatti, P. (1999) *Night life in Europe and recreative drug use*, IREFREA & European Commission, Valencia.
- Club Health conference Proceedings (2002), 2<sup>nd</sup> International conference on Nightlife substance use and related health issues, 24-27 March 2002 Rimini, Regione Emilia Romagna and John Moores University.
- Conselho da Europa (1993), *Recommendation No.R (93)6 of the Committee of Ministers to Member States concerning prison and criminological aspects of the control of transmissible diseases including AIDS and related health problems in prison*, Conselho da Europa, Estrasburgo.
- Costa, N. (2000). Padua, J., Correia, M. (2000). «Um ano de Naltrexona», *Toxicodependências*, volume 6, (1) p. 51 a 60.
- Darke, S., Ross, J., Zador, D. and Sunjic S. (2000) «Heroin-related deaths in New South Wales», Australia, 1992-1996, *Drug and Alcohol Dependence*, volume 60, p. 141 a 150.
- Decorte, T. (1999) «Informal Control Mechanisms among Cocaine and Crack Users in the Metropolitan Area of Antwerp», Doctoral Thesis, Faculteit Rechtsgeleerdheid, Universiteit Leuven, Leuven.
- Department of Justice Equality and Law Reform (1999) «Drug misuse and drug treatment in the prison system: Draft action plan» (não publicado) (\*).
- DHSSPS (Department of Health, Scottish Office Department of Health, Welsh Office, Department of Health and Social Services) (1999) *Drug misuse and dependence: Guidelines on clinical management*, The Stationery Office, Londres.
- Drucker, E., Lurie, P., Wodak, A. e Alcabes, P. (1998) «Measuring harm reduction: the effects of needle and syringe exchange programs and methadone maintenance on the ecology of HIV», *AIDS*, volume 12 (supl. A), p. 217 a 230.
- DrugScope (2001) *Drug abuse briefing: a guide to the non-medical use of drugs in Britain*, eighth edition, DrugScope, Londres (\*).
- Edmunds, M., Hough, M., e Urquia, N. (1996) *Tackling Local Drug Markets, Crime Detection and Prevention Series Paper 80*, Home Office Police Research Group, Londres (\*).
- ESPAD (2000) «The 1999 Alcohol and other drug use among students in 30 European countries», Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), the Pompidou Group of the Council of Europe.
- Farrell, M. (1989) «Ecstasy and the Oxygen of Publicity», *British Journal of Addiction*, volume 84, p. 943.
- Fountain, J., Griffiths, P., Farrell, M., Gossop, M., and Strang, J. (1999) «Benzodiazepines in polydrug-using repertoires: the impact of the decreased availability of temazepam gel-filled capsules». *Drugs: Education, Prevention and Policy*, volume 6 (1) p. 61 a 69 (\*).
- Gossop, M., Marsden, J. e Stewart, D. (1998) *NTORS at one year — The National Treatment Outcome Research Study*, Department of Health, Londres.
- Gossop, M., Marsden, J. e Stewart, D. (2001) *NTORS after five years. Changes in substance use, health and criminal behaviour during the five years after intake*, National Treatment Outcome Research Study, National Addiction Centre, Londres.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., Lehmann, P., Edwards, C., Wilson, A. and Segar, G. (1998) «Substance use, health and social problems of clients at 54 drug treatment agencies: intake data from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS)». *British Journal of Psychiatry*, volume 173.
- Greenstein, R. A., Fudala, P. J. e O'Brien, C. P. (1997) «Alternative Pharmacotherapies for Opiate Addiction», artigo in *Substance Abuse — A Comprehensive Textbook*, EUA.
- Haw, S. (1993) *Pharmaceutical drugs and illicit drug use in the Lothian region*, Centre for HIV/AIDS and Drug Studies (CHADS), City Hospital, Edinburgh.
- Heroinstudie (2002), site oficial da Internet contendo informações sobre os testes de heroína na Alemanha no endereço <http://www.heroinstudie.de>.
- Hunt, N. (2002) «Preliminary results from the 2001 UK Mixmag drug use survey», 2<sup>nd</sup> International conference on Nightlife substance use and related health issues, 24-27 March 2002, Rimini, Regione Emilia Romagna and John Moores University.
- Jungner, M. (2001) «Treatment of intoxicating substance misuse in Finnish prisons», in *Connections, The Newsletter of the European Network of Drug and HIV/AIDS Services in Prison*, No 9 & 10, Novembro 2001, p. 12 e 13.
- KETHEA — NSPH (2001) «Effectiveness-evaluation of the KETHEA's Therapeutic Communities. Therapy Centre for Dependent Individuals (KETHEA)», National School of Public Health, Section of Sociology (NSPH), Atenas.
- Kriener, H., Billet, R., Gollner, C., Lachout, S., Neubauer, P., Schmid, R. (2001) «An Inventory of On-Site Pill Testing Interventions in the EU», OEDT, Lisboa.
- Leccese, A.P., Pennings, E.J.M., and De Wolff, F.A. (2000) *Combined use of alcohol and psychotropic drugs. A review of the literature*, Academisch Ziekenhuis Leiden (AZL), Leiden (\*).
- Lowinson, H. L., Payte, F. T., Salsitz, E., Joseph, H., Marion, I. J. e Dole, V. P. (1997) «Methadone Maintenance», artigo in *Substance Abuse — A Comprehensive Textbook*, EUA.
- Lýsen, L. (2001) «The Swedish system and the experiences at the Gävle prison — Management of drug problems in prison», in *Connections, The Newsletter of the European Network of Drug and HIV/AIDS Services in Prison*, No 9 & 10, Novembro 2001, p. 10 e 11.
- McElrath, K. and McEvoy, K. (1999) Ecstasy use in Northern Ireland, Queen's University, Belfast.
- Neale, J. (2001) «Don't overdo it: overdose prevention and extent», *Druglink*, volume 16, July/August 2001, p. 18 a 22.
- OEDT (2000) *Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union*, Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.
- ONS (Office for National Statistics) (2000a) «ONS drug-related deaths database: first results for England and Wales, 1993-7», *Health Statistics Quarterly*, No 5 (Spring 2000), p. 57 a 60, Office for National Statistics, Londres (\*).
- ONS (Office for National Statistics) (2000b). «Deaths related to drug poisoning: results for England and Wales, 1994-1998», *Health Statistics Quarterly* No 7 (Autumn 2000), p. 59 a 62, Office for National Statistics, Londres.
- ONS (Office for National Statistics) (2000c) «Deaths related to drug poisoning: results for England and Wales, 1995-1999», *Health Statistics Quarterly* No 9 (Spring 2001), p. 70 a 72, Office for National Statistics, Londres.

## Questões específicas

- Pedersen, M. U. (2000) *Stofmisbrugere før under efter behandling*, Center for Rusmiddelforskning.
- Relatórios nacionais Reitox 2001.
- Rigter, H. (1998) *Effecten van justitiële drang en dwang bij de behandeling van verslaafden*, Trimbos-instituut, Utrecht (\*).
- RN, 2001 = Relatórios nacionais 2001 para o OEDT destes países: capítulo 13 (excepto 12 para a Noruega e 18 para a Finlândia).
- Seppälä, P. (1999) Kielletyt aineet ja niiden merkitys teknokulttuurissa [Banned substances and their relevance to technoculture]. *Yhteiskuntapolitiikka*, 64, (4), p. 359 a 368 (\*).
- Snippe, J. and Bieleman, B. (1997) «Opiate users and crime in the Netherlands» in Korf, D., and Riper, H. eds. *Illicit drug use in Europe: Proceedings of the 7th Conference on drug use and drug policy*, University of Amsterdam (SISWO), Amesterdão.
- Sonntag, D. e Künzel, J. (2000), «Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg?» *Sucht*, volume 46 (Sonderheft 2).
- Spacca, E. (2002) Comunicação pessoal de Edoardo Spacca, Coordenador da Rede Europeia de Serviços relativos à Droga na Prisão (ENDSP), dos Cranstoun Drug Services em Londres.
- Stöver, H. (2001) *Assistance to drug users in European Union prisons: an overview study*, EMCDDA Scientific Report, Lisboa & Londres.
- Strang, J., Griffiths, P., Powis, B., Fountain, J., Williamson, S., Gossop, M. (1999) «Which drugs cause overdose amongst opiate misusers? Study of personal and witnessed overdoses». *Drug and Alcohol Review*, volume 18, p. 253 a 261 (\*).
- Strang, J., Seivewright, N., and Farrell, M. (1993) «Oral and intravenous abuse of benzodiazepines» in Hallstrom, C. (ed) *Benzodiazepine dependence*, Oxford University Press, Oxford.
- Taylor, A., Frischer, M., and Goldberg, D. (1996) «Non-fatal overdosing is related to polydrug use in Glasgow», Letter to the editor, *British Medical Journal*, volume 313, 30 November 1996, p. 1140 e 1141.
- Tretter, F., Kufner, H., Kümmler, P., Beloch, E., Drobik, U., Burkhardt, D., Walcher, S. (2001), «Katamnese nach antagonistem induziertem narkosegestütztem Opiatentzug», *Sucht*, volume 47 (3) p. 189 a 200.
- Van den Brink, W., Hendriks, V. M., Blanken, P., Huijsman, I. A. e Ree, J. M. V. (2002) «'Medical co-prescription of heroin — Two randomised controlled trials», Comissão Central para o Tratamento de Heroínómanos (CCBH), Países Baixos.
- Vermaas, P. (1999) «Drugs en geweld, Poligebruikers zijn onvoorspelbaar en agressief», *Algemeen Politieblad*, nr. 10 (\*).
- WHO (1994) *Lexicon of Alcohol and Drug Terms* (\*).
- WHO Global Programme on AIDS (1993) *Guidelines on HIV infection and AIDS in prison*, WHO/GPA/DIR/93.3 (e reeditado UNAIDS/99.47/E). Documento em Pdf pode ser obtido no endereço <http://www.unaids.org/bestpractice/collecção/subject/sector/keyprisons.html>.
- WIAD-ORS, European Network on HIV/AIDS and Hepatitis prevention in Prisons (1998) *Annual Report to the EC*, WIAD: Bonn & ORS: Marselha.
- WIAD-ORS, European Network on HIV/AIDS and Hepatitis Prevention in Prisons (2001), *Final Progress Report*, WIAD: Bonn & ORS: Marselha.
- Wirth, U. (2001), «Der Verlauf der Drogenabhängigkeit nach der stationären Behandlung. Eine Studie des Anton Proksch-Instituts», Anton Proksch-Institut, Viena.
- Mais informações sobre os serviços de luta contra a droga nas prisões estão disponíveis na Rede Europeia de Serviços relativos à Droga na Prisão (ENDSP — antiga ENDHASP) no sítio <http://www.cranstoun.org>.

(\*). Citados em relatórios nacionais.