



emcdda.europa.eu

Social exclusion and reintegration

EMCDDA 2003 selected issue

In EMCDDA 2003 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway

12 passos. Em alternativa à prisão, os jovens delinquentes serão tomados a cargo de acordo com a lei relativa ao tratamento de jovens (disposições especiais) em regime de tratamento de jovens em instituição fechada ⁽¹⁸⁶⁾. Para mais informações sobre as respostas em matéria de tratamento, ver página 49.

Exclusão social e reinserção

Definições e conceitos

De acordo com o último estudo sobre «precariedade social e integração» ⁽¹⁸⁷⁾, a percentagem da população europeia em risco de pobreza e de exclusão social na Europa varia entre 9% e 22% (Conselho Europeu, 2001). Uma pessoa é considerada socialmente excluída quando está impedida de participar plenamente na vida económica, social e civil e/ou quando o seu acesso ao rendimento e a outros recursos (pessoais, familiares e culturais) é de tal modo insuficiente que não lhe permite usufruir de um nível de vida considerado aceitável pela sociedade em que vive (Gallie e Paugam, 2002).

A exclusão social pode, portanto, ser definida como uma combinação de falta de meios económicos, de isolamento social e de acesso limitado aos direitos sociais e civis; trata-se de um conceito relativo dentro de qualquer sociedade particular (CEIES, 1999) e representa uma acumulação progressiva de factores sociais e económicos ao longo do tempo. Os factores que podem contribuir para a exclusão social são os problemas laborais, os padrões de educação e de vida, a saúde, a nacionalidade, a toxicod dependência, a desigualdade sexual e a violência (Conselho Europeu, 2001; relatórios nacionais, 2002).

O consumo de droga pode ser encarado seja como uma consequência seja como uma causa de exclusão social (Carpentier, 2002): o consumo de droga pode deteriorar as condições de vida, mas, por outro lado, os processos de marginalização social podem ser um motivo para se começar a consumir droga. No entanto, a relação entre toxicod dependência e exclusão social não é de natureza causal, porque a exclusão social não se aplica necessariamente a todos os toxicod dependentes (Tomas, 2001).

Tendo em conta esta complexidade, é possível não só analisar o consumo de droga entre populações socialmente excluídas mas também estudar a exclusão social entre os toxicod dependentes (figura 22).

Padrões e consequências do consumo de droga observados em populações socialmente excluídas

Na literatura e na investigação são geralmente consideradas em risco de exclusão social as seguintes populações: presos, imigrantes ⁽¹⁸⁸⁾, sem-abrigo, profissionais do sexo e jovens vulneráveis. Há que ter em consideração os desvios e as limitações metodológicas na informação apresentada sobre o consumo de droga e os padrões de consumo entre grupos

socialmente excluídos, devido à falta de fontes de informação e de dados comparáveis em toda a Europa.

Verificou-se que existe uma relação bastante estreita entre a reclusão e o consumo de droga (ver também página 34). Uma grande percentagem dos reclusos consumiam droga antes de serem detidos, e a razão da sua detenção está muitas vezes associada ao consumo de droga. Todavia, algumas pessoas seguem o caminho inverso, tornando-se consumidores de droga só depois de terem sido encarcerados pela prática de crimes. Há estudos que sugerem que entre 3% e 26% dos consumidores de droga nos estabelecimentos prisionais europeus começam a consumir droga na cadeia e entre 0,4% e 21% dos CDI injectam-se pela primeira vez na cadeia. O consumo de droga em meio prisional é muito comum: até 54% dos reclusos dizem consumir drogas enquanto estão presos e até 34% dizem injectar-se na prisão (Stoever, 2001; OEDT, 2002a).

A relação entre «negros e grupos étnicos minoritários» e consumo de droga é menos clara, visto existir pouca informação disponível. Não existem quaisquer provas científicas que sugiram que o consumo de droga seja mais elevado entre os imigrantes do que entre a população em geral. No entanto, alguns estudos sobre grupos de minorias étnicas específicos permitiram concluir que existe uma percentagem mais elevada de consumidores problemáticos de droga nesses grupos do que na população em geral, como é o caso dos ingrian na Finlândia (dos quais 1% a 2% se estima que consomem drogas, em especial heroína), dos curdos na Alemanha, dos ciganos em Espanha e de vários grupos étnicos nos Países Baixos (Vrieling *et al.*, 2000) ⁽¹⁸⁹⁾. A razão para isso acontecer poderia ser uma combinação de factores socialmente desfavoráveis, tais como a falta de domínio da língua local, o desemprego e problemas de habitação, más condições de vida e falta de recursos económicos (relatórios nacionais, 2002).

Figura 22: Relação entre exclusão social e consumo de droga



⁽¹⁸⁶⁾ Ver <http://www.stat-inst.se/article.asp?articleID=87>.

⁽¹⁸⁷⁾ Inquérito do Eurobarómetro 56.1: http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/soc-incl/eurobarometer_en.pdf.

⁽¹⁸⁸⁾ De acordo com o OEDT (2002b) os imigrantes são definidos como «negros e grupos étnicos minoritários» e incluem populações de imigrantes de diversas comunidades a viver nos países da UE.

⁽¹⁸⁹⁾ Ver quadro 19 OL: Discriminação dos problemas de toxicod dependência primária (álcool, heroína, cocaína, cannabis e jogo) nos Países Baixos entre os imigrantes e os cidadãos neerlandeses (versão em linha).

No que respeita ao padrão do consumo de droga, encontram-se diferenças entre os grupos étnicos. O consumo de *qat* só é registado em populações somalis e negros africanos ao passo que a heroína é fumada por imigrantes do Suriname e do Bangladesh. Por outro lado, o consumo de droga entre os ciganos em Espanha parece ter início numa idade mais precoce (2 e 3 anos) do que entre a população nativa (Eland e Rigter, 2001; Reinking *et al.*, 2001; Fundación Secretariado General Gitano, 2002).

Os sem-abrigo são também considerados como um grupo em risco no que se refere ao consumo de droga. Embora não existam a nível europeu dados disponíveis comparáveis sobre a relação entre a situação de sem-abrigo e o consumo de droga, foram realizados estudos específicos em muitos países e o consumo de droga é apontado como um problema frequente entre os sem-abrigo (relatórios nacionais, 2002). A Dinamarca, a França, os Países Baixos e o Reino Unido referem que 80% dos sem-abrigo que vivem em centros de abrigo são toxicodependentes; e as taxas de prevalência são até mais elevadas entre pessoas que vivem na rua ou pessoas sem-abrigo com outros problemas sociais. Por exemplo, segundo um pequeno estudo realizado na Irlanda, 67% dos ex-reclusos sem-abrigo são toxicodependentes (Hickey, 2002). Entre os sem-abrigo, a heroína é a droga habitualmente mais consumida, seguindo-se o consumo de cocaína e o policonsumo. Outros comportamentos de alto risco, tais como o consumo de droga injectada e a partilha de seringas, são também apontados como sendo elevados entre os sem-abrigo ⁽¹⁹⁰⁾.

Entre os jovens vulneráveis, o consumo de droga é referido como sendo frequente; encontra-se um elevado nível de prevalência entre crianças que passaram por problemas familiares e sociais ou tiveram problemas na escola. Encontrou-se uma prevalência elevada entre os filhos de toxicodependentes: as taxas de consumo de droga ao longo da vida em crianças cujos pais consumiram droga no último ano são consideravelmente mais elevadas do que as do grupo «não vulnerável» (prevalência ao longo da vida de 37% a 49% comparada com 29% a 39% em crianças cujos pais não são consumidores) ⁽¹⁹¹⁾. Existem vários estudos que referem que as crianças que foram alvo de abuso sexual ou físico no seio da família apresentam um risco mais elevado de consumir droga na idade adulta (Liebschutz *et al.*, 2002). Em Portugal, há indicações de que os jovens que foram vítimas de abuso e violência familiar têm sete vezes mais probabilidades de virem a consumir heroína do que a população de jovens em geral (Lourenço e Carvalho, 2002). No Reino Unido, os «jovens fugitivos» ⁽¹⁹²⁾ parecem ter maiores probabilidades de abusar da droga. Neste grupo, as taxas de consumo de droga ao longo da vida são 2 a 8 vezes mais

elevadas do que entre os jovens que nunca fugiram de casa. As drogas mais consumidas são o *crack*, a heroína e os solventes. Os problemas na escola constituem um outro factor de risco de consumo de droga: regista-se uma elevada prevalência de consumo de droga nas crianças que não frequentam a escola (Amossé *et al.*, 2001), nas que frequentam escolas de recuperação (40% dos estudantes que frequentam estas escolas na Finlândia declarou ter tido já um problema de dependência que, em 16% dos casos, esteve relacionado com drogas) (Lehto-Salo *et al.*, 2002) e nas que possuem baixos níveis de escolaridade (13,5% na Noruega) (Vestel *et al.*, 1997).

Entre os profissionais do sexo, o consumo de droga é muitas vezes um motivo para a prostituição, mas pode ser também uma consequência (como acontece com outros factores associados ao consumo de droga). Os padrões do consumo de droga variam consoante a prostituição surge antes ou depois da toxicodependência. Um estudo qualitativo italiano entre prostitutas de rua concluiu que os profissionais do sexo que começam a consumir drogas a fim de lidar com problemas relacionados com a prostituição, costumam consumir álcool, tranquilizantes ou outras substâncias psicoactivas; pelo contrário, quando a toxicodependência é a principal causa da prostituição, a heroína é a principal droga consumida (Calderone *et al.*, 2001).

As conclusões ou dados resultantes de investigações sobre outros grupos socialmente excluídos estão menos disponíveis; a Dinamarca refere que entre os pacientes dos serviços psiquiátricos, 50% a 60% são toxicodependentes, provavelmente devido à grande disponibilidade de droga e ao facto de esses pacientes estarem familiarizados com a tomada de fármacos psicoactivos (relatório nacional, 2002).

Relação entre exclusão social e consumo de droga

Existem mais dados disponíveis sobre as condições sociais da população tratada. Os factores socioeconómicos relacionados com o consumo de droga incluem baixos níveis de escolaridade, saída precoce da escola e abandono dos estudos; desemprego, salários baixos e empregos difíceis; rendimentos baixos e endividamento; insegurança em termos de alojamento e falta de abrigo; mortalidade e doenças relacionadas com o consumo de droga; dificuldade de acesso à prestação de cuidados; e estigma social (quadro 5).

Registam-se diferenças assinaláveis nas condições sociais do consumo de droga consoante a substância consumida e os padrões de consumo; as condições mais gravosas encontram-se entre os consumidores de heroína e opiáceos e os toxicodependentes crónicos.

⁽¹⁹⁰⁾ O British Home Office refere que no Reino Unido mais de um terço dos sem-abrigo se injectava com heroína, e um quinto injectava-se com *crack*. No último mês é provável que mais de 10% tenham utilizado a seringa de uma outra pessoa ou tenham emprestado a sua própria seringa (Carlen, 1996; Goulden e Sondhi, 2001).

⁽¹⁹¹⁾ De acordo com um inquérito realizado em Inglaterra e País de Gales em 1998-1999 junto de 4 848 jovens (Goulden e Sondhi, 2001).

⁽¹⁹²⁾ A Unidade de Exclusão Social do Gabinete do vice-primeiro-ministro define o «jovem fugitivo» como «uma criança ou um jovem com menos de 18 anos de idade que passa uma noite ou mais longe da casa da família ou do lar de acolhimento sem autorização, ou que foi obrigado a partir pelos pais ou pelas pessoas que o tinham a cargo» (Social Exclusion Unit, 2002).

Quarenta e sete por cento de todos os clientes em tratamento em 2001 nunca frequentaram a escola ou apenas concluíram o ensino primário; são também frequentes taxas elevadas de abandono precoce da escola e de abandono dos estudos entre os consumidores de droga. Encontram-se diferenças de acordo com a principal droga consumida e consoante o país ⁽¹⁹³⁾: os consumidores de opiáceos (especialmente heroína) têm os níveis de escolaridade mais baixos (relatórios nacionais, 2002).

Devido à precariedade das condições sociais em que vivem, os consumidores de droga também têm problemas relacionados com a situação laboral; as taxas de desemprego são muito elevadas em comparação com a população em geral [47,4% entre os consumidores de droga para 8,2% ⁽¹⁹⁴⁾ na população em geral]; é difícil encontrar emprego e os toxicodependentes raramente conseguem conservar um emprego durante muito tempo ou progredir numa carreira (DrugScope, 2000) ⁽¹⁹⁵⁾. Uma situação laboral precária pode criar problemas financeiros; os toxicodependentes frequentemente têm rendimentos baixos ou não têm sequer recursos financeiros (32% a 77% dos pacientes em tratamento sobrevivem à custa de subsídios sociais). O endividamento também é comum.

As condições em que vivem os consumidores de droga são frequentemente, de acordo com as declarações, muito más: 10,4% dos pacientes vivem em alojamento precário e 17,5% vive uma instituição. Além disso, muitos países dão conta de elevados números de sem-abrigo (até 29%) entre os toxicodependentes ⁽¹⁹⁶⁾.

No que se refere à nacionalidade, as características assemelham-se às da estrutura do público em geral ⁽¹⁹⁷⁾; os pacientes são principalmente cidadãos do país onde solicitam o tratamento, e o número de pacientes originários de outros países (europeus ou não) corresponde à percentagem de estrangeiros na população em geral. Todavia, é preciso lembrar que alguns países não permitem o registo da nacionalidade/etnia dos pacientes, razão pela qual essa informação não se encontra disponível de maneira consistente.

Para além das consequências directas sobre a saúde (ver p. 24 e 28), os consumidores de droga podem encontrar dificuldades no acesso aos cuidados de saúde devido à relutância em tratar com serviços e ao baixo nível de escolaridade, à pouca aceitação por parte dos serviços médicos e aos problemas de saúde específicos para os quais não existem serviços apropriados disponíveis.

Por último, os consumidores de droga têm uma imagem social negativa e podem enfrentar hostilidade da parte da população em geral e das autoridades públicas. Uma investigação realizada num estabelecimento prisional em Viena concluiu que os consumidores de droga muitas vezes são alvo de violência e abusos da parte dos agentes de polícia ou de outros funcionários públicos (Waidner, 1999).

Reinserção social

Os países da UE e a Noruega estabeleceram medidas para lidar com a exclusão social entre os grupos com ou sem problemas de toxicodependência e com as consequências sociais do consumo/abuso de droga.

Tomando por base a Estratégia da União Europeia de Luta Contra a Droga (2000-2004) (Conselho da União Europeia, 2000) e um estudo específico sobre a reinserção social na UE e na Noruega (OEDT, 2003b), a reinserção social pode ser definida como qualquer esforço tendente a integrar os consumidores de droga na comunidade.

As intervenções no domínio da reinserção social visam tanto os consumidores de droga actuais como os mais antigos, desde antigos toxicodependentes «limpos» que estão a funcionar bem e pacientes em tratamento de metadona de longa duração até aos toxicodependentes mais desfavorecidos que se encontram na rua. Uma componente do tratamento, seja médica seja

Quadro 5 — Condições sociais (educação, situação laboral, habitação) dos pacientes em tratamento nos Estados-Membros da UE em 2001		
Condições sociais		Consumidores de droga em tratamento (% válida) ⁽¹⁾
Educação (n = 98 688)	Nunca frequentou a escola/ /nunca concluiu o ensino primário	8,0
	Ensino primário	43,6
Situação laboral (n = 100 000)	Desempregado	47,4
	Economicamente inactivo	9,6
Habitação (n = 41 299)	Alojamento precário	10,4
	Instituições	7,5

Fonte: Relatórios nacionais Reitox — Dados do IPT 2001.
⁽¹⁾ As percentagens são calculadas sobre o número total de casos reportados para cada item; o total não soma 100% uma vez que só são referidos os valores que interessam para este capítulo (nunca frequentou a escola, desempregado, etc.); para os dados completos, ver figura 55 OL: Grau de instrução entre a totalidade dos pacientes, por país; figura 56 OL: Situação laboral entre a totalidade dos pacientes por país; e figura 57 OL: Condições de vida entre a totalidade dos pacientes, por país (versão em linha).

⁽¹⁹³⁾ Ver figura 55 OL: Grau de instrução entre a totalidade dos pacientes, por país (versão em linha).

⁽¹⁹⁴⁾ Média da taxa de desemprego entre os 15 Estados-Membros (Eurostat, 2002).

⁽¹⁹⁵⁾ Ver figura 56 OL: Situação laboral entre a totalidade dos pacientes por país (versão em linha).

⁽¹⁹⁶⁾ Ver figura 57 OL: Condições de vida entre a totalidade dos pacientes, por país (versão em linha).

⁽¹⁹⁷⁾ Ver figura 58 OL: Nacionalidade dos pacientes, por país (versão em linha).

psicossocial, não é necessariamente exigida. Isto implica igualmente que a reinserção social não tem lugar necessariamente após o tratamento mas pode realizar-se independentemente de um tratamento prévio, podendo constituir ou a fase de um processo de tratamento ou uma intervenção pós-tratamento separada e independente, levada a cabo por serviços que não fazem tratamento e têm objectivos e meios próprios. Os serviços de reinserção social não visam exclusivamente os consumidores problemáticos de drogas ilícitas, mas podem visar todos os tipos de dependências (incluindo o alcoolismo e a dependência de drogas lícitas) ou mesmo todos os grupos socialmente excluídos (por exemplo, sem-abrigo e pessoas que dormem na rua).

É impossível obter uma visão global quantitativa das medidas de reinserção social adoptadas nos Estados-Membros da UE, uma vez que o termo «reinserção social» não é utilizado de forma consistente. Embora possam existir diferentes serviços a funcionar lado a lado, ao nível de cada país existem normalmente «modalidades de provisão» gerais para a integração social:

- visando todos os grupos excluídos com ou sem problemas de dependência;
- visando pessoas com problemas de dependência em geral;
- visando explícita e exclusivamente os consumidores problemáticos de drogas ilícitas (figura 23) ⁽¹⁹⁸⁾.

É difícil quantificar a disponibilidade dos serviços de reintegração social e avaliar a adequação dos serviços prestados, apesar de os dados disponíveis remeterem para um número de serviços provavelmente inadequado. Por exemplo, a Alemanha calcula que necessita de cerca de 25 000 locais de reinserção social, enquanto que o número actualmente disponível ronda os 4 000. Um projecto de emprego na Áustria registou um número de pedidos que era o dobro do número de lugares existentes e teve de recusar uma média de 15 pessoas por dia.

Podemos dividir a reinserção social em três grandes tipos de intervenções: educação (incluindo formação), alojamento e emprego.

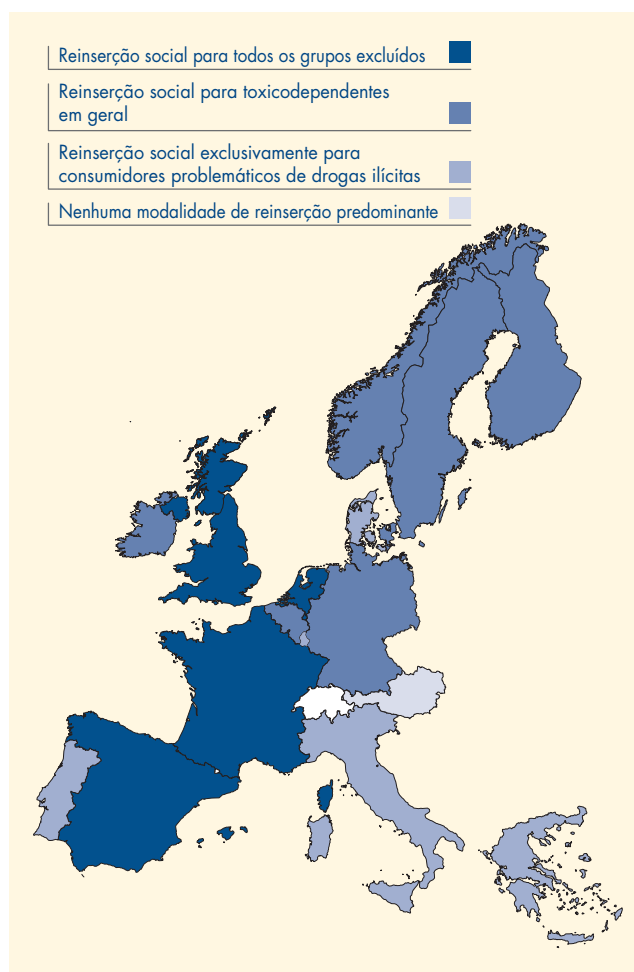
Muitos consumidores de droga têm um baixo nível de escolaridade, e muitos Relatórios Nacionais descrevem uma má relação entre os consumidores problemáticos de droga e o mercado de trabalho (Grécia (Kavounidi, 1996), Dinamarca (Stauffacher, 1998), Países Baixos (Uunk e Vrooman, 2001). Logo, as intervenções destinadas a melhorar as qualificações académicas, técnicas ou práticas aumentariam as oportunidades dos pacientes no mercado de trabalho.

As medidas em matéria de emprego podem assumir formas muito diversas como, por exemplo, o fornecimento de apoio às empresas que empregam um consumidor de droga num emprego competitivo, como nos dá conta a Grécia. Outras medidas incluem a criação de serviços de emprego, tais como a Bolsa de Emprego de Viena na Áustria, ou a concessão de

ajuda aos pacientes para criarem a sua própria empresa, como acontece também na Grécia e em Espanha no âmbito do programa «Promoção do auto-emprego» (este tipo de intervenção sobrepõe-se às intervenções no domínio da educação/formação).

Por último, a oferta de alojamento ou a ajuda para o encontrar têm por objectivo introduzir alguma estabilidade na vida dos pacientes. A oferta de alojamento pode ser uma intervenção em si mesma, embora muitas vezes seja acompanhada por assistência psicossocial e algum tipo de supervisão. Um exemplo de cuidado psicossocial paralelo é dado pelo Haus am Seespitz no Tirol, um grupo aberto pós-tratamento para pacientes que oferece facilidades de alojamento. Na Bélgica, o projecto «Habitations Protégées» oferece não só alojamento mas também tratamento psiquiátrico. Uma investigação realizada na Irlanda (relatório nacional irlandês (Hickey 2002)) revelou que 79% das ex-reclusas indicavam que encontrar alojamento adequado era o seu principal problema e a razão da sua exclusão social, sugerindo que o alojamento é uma importante intervenção na área da reinserção social.

Figura 23: Principais modalidades de reinserção social para os consumidores problemáticos de droga na UE e na Noruega



Fonte: Relatórios nacionais Reitox.

⁽¹⁹⁸⁾ Para informação mais pormenorizada e análises por país, ver o estudo 'Social reintegration in the European Union and Norway' (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/responses/social_reintegration_eu.pdf).