



emcdda.europa.eu

Drug and alcohol use among young people

EMCDDA 2003 selected issue

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

Capítulo 3

Questões específicas

Este capítulo foca três questões específicas relacionadas com o problema da droga na Europa: o consumo de drogas e de álcool entre os jovens, a exclusão social e a reinserção e as despesas públicas na área da redução da procura.

Consumo de droga e de álcool entre os jovens

Os jovens encontram-se muitas vezes na linha da frente da mudança social, e as tendências para o aumento do consumo de álcool e de drogas ilícitas pelos jovens constituem uma importante evolução social na UE. A inclusão do álcool nesta secção do relatório é nova e resultou das preocupações com os padrões complexos do consumo desta substância bem como com a dependência, os danos para a saúde e o comportamento criminoso que lhe estão associados. Estes padrões de consumo de substâncias psicotrópicas apresentam um desafio particular para os decisores políticos desenvolverem uma gama de respostas suficientemente ampla e atempada para uma intervenção eficaz.

A UE fixou para si própria o objectivo de reduzir consideravelmente, num prazo de cinco anos, a prevalência do consumo de drogas ilícitas, bem como o recrutamento para o mesmo, nomeadamente entre os jovens com menos de 18 anos de idade, e de desenvolver métodos de prevenção inovadores (COR 32).

O material consultado quando da redacção do presente capítulo inclui os relatórios nacionais Reitox e dados dos inquéritos à população. Os dados comparáveis relacionados com os jovens baseiam-se em grande parte nos relatórios de 1995 e 1999 do European School Survey Project (ESPAD), um projecto à base de inquéritos à escala europeia sobre o consumo de álcool e outras drogas em meio escolar que abrangeu alunos de 15 e 16 anos e que contou com a participação de nove Estados-Membros (ESPAD, 1999). Os dados dos Países Baixos incluídos nos inquéritos ESPAD não são totalmente comparáveis com os dos outros Estados-Membros participantes. Foram também utilizadas como referência publicações sobre investigação, literatura não convencional⁽¹⁵⁴⁾ e publicações dos governos sobre o consumo de droga e de álcool pelos jovens (nomeadamente de França e do Reino Unido).

Prevalência, atitudes e tendências

Prevalência

Com excepção do tabaco e da cafeína, o álcool é a substância psicotrópica mais consumida pelos jovens em toda a UE. A percentagem de alunos com 15 e 16 anos de idade que se

embriagaram em algum momento das suas vidas situa-se entre os 36% em Portugal e os 89% na Dinamarca⁽¹⁵⁵⁾ (figura 19)⁽¹⁵⁶⁾. A maior parte dos jovens na UE nunca consumiu drogas ilícitas mas, de entre aqueles que já consumiram, a *cannabis* é a droga habitualmente mais consumida, seguida pelos inalantes/solventes⁽¹⁵⁷⁾. Segundo dados do inquérito ESPAD de 1999, na Grécia e na Suécia, a experiência ao longo da vida do consumo de inalantes/solventes é igual ou superior à experiência ao longo da vida do consumo de *cannabis* entre os estudantes de 15 e 16 anos⁽¹⁵⁸⁾.

Os inquéritos nacionais às escolas não medem o consumo problemático de substâncias entre os jovens, mas constituem uma fonte muito útil para fazer uma avaliação do consumo de droga experimental e das atitudes entre os jovens. De acordo com os relatórios Reitox e os dados do ESPAD 1999, a prevalência ao longo da vida do consumo de *cannabis* era mais baixa em Portugal (8%), Suécia (8%), Grécia (9%) e Finlândia (10%). A prevalência ao longo da vida era mais elevada em França (35%), Reino Unido (35%) e Irlanda (32%), seguidos pela Espanha (30%). No quadro estatístico 3 podemos ver os tamanhos das amostras dos inquéritos realizados nas escolas⁽¹⁵⁹⁾. A comparabilidade estrita dos dados contidos neste quadro é limitada, já que nem todos os Estados-Membros utilizaram os mesmos métodos para realizar esses inquéritos.

De um modo geral, a prevalência ao longo da vida do consumo de *cannabis*, inalantes, tranquilizantes e sedativos (sem receita médica) entre os estudantes com 15 e 16 anos é superior ao consumo de drogas estimulantes e alucinogénias. Os estudantes que experimentam a cocaína e a heroína são relativamente raros em toda a UE, e o consumo ao longo da vida destas drogas situa-se entre 0% e 4% (quadro estatístico 3).

A maioria dos jovens que experimentou a *cannabis* terá alguma experiência de consumo de álcool e tabaco. Os jovens que consomem *ecstasy*, anfetaminas, cocaína e alucinogénios tendem a formar um grupo separado e pertencem a grupos sociais específicos. As relações no consumo de diferentes drogas são apresentadas no quadro 15 OL (versão em linha), que tem por base os dados do inquérito espanhol realizado nas escolas (Observatorio Español sobre Drogas, 2002)⁽¹⁶⁰⁾.

⁽¹⁵⁴⁾ Definida como um documento que não foi publicado num jornal revisto por pares. Para mais informação, ver QED network journal (<http://qed.emcdda.eu.int/journal/bulletin27.shtml>).

⁽¹⁵⁵⁾ Baseado nas respostas à questão «ficou embriagado devido ao consumo de bebidas alcoólicas».

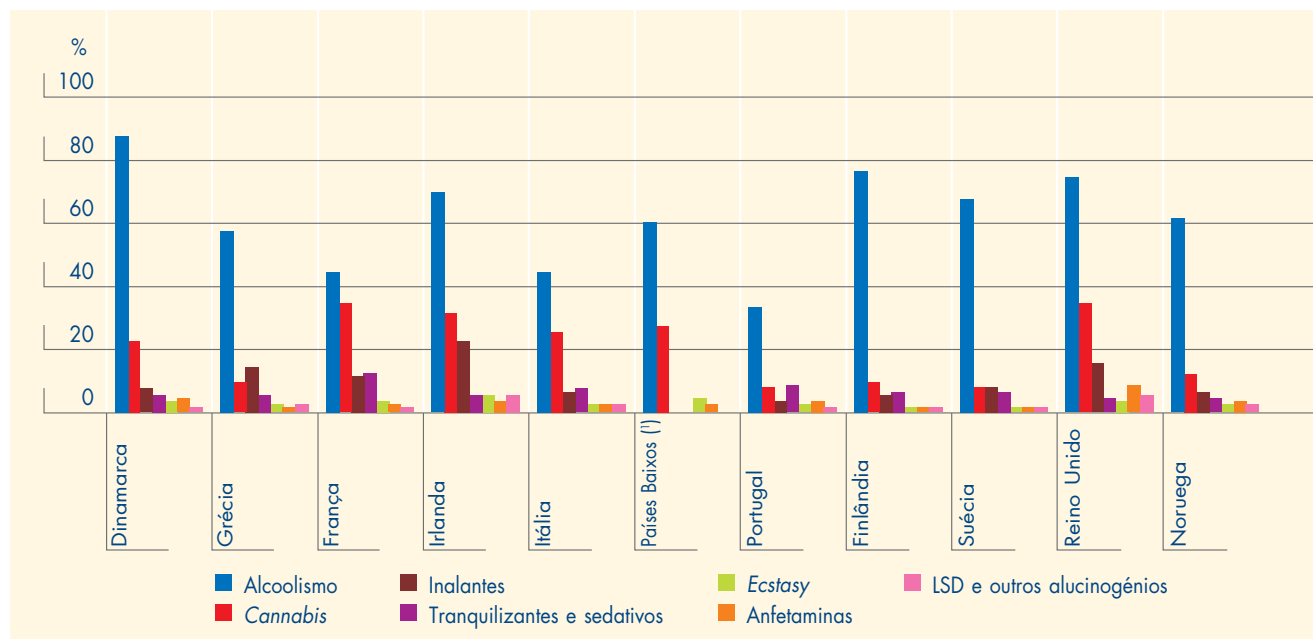
⁽¹⁵⁶⁾ Ver figura 42 OL: Comparação entre o consumo de álcool «em farras» e o consumo de *cannabis* nos últimos 30 dias.

⁽¹⁵⁷⁾ Baseado nas respostas à questão «inalou uma substância (cola, aerossóis, etc.) para 'viajar'».

⁽¹⁵⁸⁾ Quadro estatístico 3: inquéritos realizados nas escolas — Prevalência ao longo da vida entre os estudantes com idades compreendidas entre os 15 e os 16 anos (versão em linha).

⁽¹⁵⁹⁾ Ver quadro estatístico 3: inquéritos realizados nas escolas — Prevalência ao longo da vida entre os estudantes com idades compreendidas entre os 15 e os 16 anos (versão em linha).

⁽¹⁶⁰⁾ Ver quadro 15 OL: Relação entre o consumo de diferentes substâncias entre os alunos das escolas espanholas (14 a 18 anos) (versão em linha).

Figura 19: Prevalência ao longo da vida do alcoolismo e do consumo de substâncias ilícitas (estudantes de 15 e 16 anos)

Fonte: ESPAD — Projecto Europeu de Inquéritos Escolares (1999).
(*) Comparabilidade reduzida.

Um importante desafio consiste em dar resposta às complexidades e idiosincrasias dos diferentes padrões de consumo de droga (Calafat *et al.*, 1999; Parker e Eggington, 2002; Smit *et al.*, 2002).

As diferenças entre os dois sexos em termos de nível de consumo de droga, que é mais elevado nos homens do que nas mulheres, são mais acentuadas na população adulta do que na estudantil. Todavia, entre os estudantes, essas diferenças são maiores na França, Grécia, Itália e Portugal. A única excepção é o consumo de tranquilizantes e sedativos sem receita médica e de álcool juntamente com «pastilhas», que geralmente é mais elevado entre as raparigas.

As variações na prevalência também ocorrem entre regiões num mesmo Estado-Membro. Na Alemanha, a diferença entre Este e Oeste está a diminuir mais rapidamente entre os estudantes do que entre os adultos. Outros aspectos da prevalência do consumo de droga, tais como a propagação da *cannabis* às áreas rurais, são iguais aos observados na população mais velha.

Atitudes

As atitudes face às diferentes drogas podem ajudar a prever a futura prevalência do consumo de droga. Em 1999, a desaprovação da embriaguez uma vez por semana variava grandemente, desde relativamente baixa na Dinamarca (32%) a elevada na Itália (80%). A desaprovação da experimentação de *cannabis* era menos variável, sendo mais baixa em França (42%) e mais alta em Portugal (79%) e na Suécia (78%)⁽¹⁶¹⁾. As atitudes ajudam a prever as tendências, mas há outros factores que intervêm. Em todos os Estados-Membros, a

desaprovação e as percepções relativamente aos «grandes riscos» associados à experimentação de drogas como o *ecstasy*, a cocaína e a heroína eram, de um modo geral, muito elevadas entre os estudantes com idades compreendidas entre 15 e 16 anos. A desaprovação da experimentação de *ecstasy* situava-se entre os 71% na Grécia e os 90% na Dinamarca.

Tendências

É cada vez maior a preocupação com o aumento dos níveis de embriaguez e de consumo de álcool em «farras» para fins recreativos⁽¹⁶²⁾. Entre 1995 e 1999, registaram-se aumentos acentuados na experiência de embriaguez ao longo da vida na Grécia e na Noruega (figura 20). Não existem dados disponíveis estritamente comparáveis no que se refere ao consumo de álcool nos Estados-Membros que não participam nos inquéritos ESPAD, mas os dados relativos às tendências tanto na Alemanha (1973-2001) como em Espanha (1994-2000) indicam que nos últimos tempos houve uma diminuição no consumo de álcool entre os jovens (Bunderszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, 2002). No entanto, é possível que o consumo global de álcool diminua, ao passo que os padrões de consumo de álcool em «farras» aumente.

Durante a década de 90, a prevalência ao longo da vida do consumo de *cannabis* aumentou de tal forma que poderia ser descrita como uma propagação numa série de Estados-Membros. Em 1999, porém, o consumo de *cannabis* entre os jovens na Irlanda, nos Países Baixos e no Reino Unido tinha baixado. Esta diminuição pode indicar que a prevalência nestes países atingiu a saturação e tende para estabilizar em níveis próximos dos 30%.

⁽¹⁶¹⁾ Ver figura 43 OL: Percentagem de estudantes com 15 e 16 anos que condenam mais a embriaguez por álcool do que o consumo experimental de *cannabis* e *ecstasy* (versão em linha).

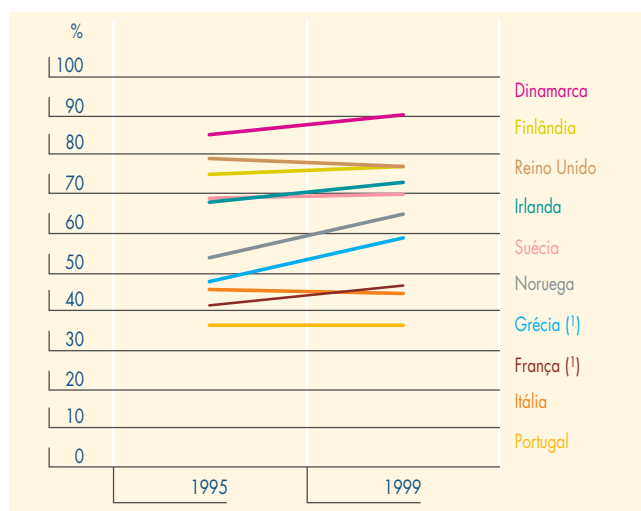
⁽¹⁶²⁾ Ver figura 44 OL: Alterações no consumo de álcool durante cinco ou mais dias seguidos nos últimos 30 dias.

Estes dados indiciam também uma estabilização do consumo de *ecstasy* ao longo da vida em níveis muito mais baixos do que o consumo de *cannabis*. No caso do Reino Unido, a diminuição da prevalência ao longo da vida tanto do consumo de *cannabis* como do de *ecstasy* foi acompanhada por uma redução na disponibilidade percebida ⁽¹⁶³⁾ ⁽¹⁶⁴⁾ e por um aumento da desaprovação ⁽¹⁶⁵⁾. Em 1999, a percentagem de estudantes que percebiam como grande o risco associado ao facto de se experimentar *ecstasy* uma ou duas vezes era superior nos dois Estados-Membros (Irlanda e Reino Unido) onde a prevalência ao longo da vida do consumo de *ecstasy* era também superior ⁽¹⁶⁶⁾ e onde os meios de comunicação social davam uma grande cobertura a um número relativamente pequeno de mortes relacionadas com o consumo de *ecstasy*. A cobertura dos meios de comunicação social, juntamente com uma imagem cada vez mais negativa, parece ter influenciado a descida da prevalência do consumo de *ecstasy* nestes dois Estados-Membros.

Os jovens julgam-se uns aos outros com base na imagem, no estilo e na posse de símbolos de estatuto. Esses símbolos, que podem incluir a droga, mudam constantemente. A imagem negativa de que gozam actualmente os consumidores de heroína e a rápida acessibilidade de outras drogas são factores importantes nas escolhas actuais em matéria de droga (FitzGerald *et al.*, 2003). Uma análise recente das letras das canções sobre drogas da música popular de expressão inglesa, a partir da década de 60, revelou que hoje em dia a tendência dos músicos para minimizar os danos causados pela *cannabis* é maior do que no passado ⁽¹⁶⁷⁾ (Markert, 2001).

Figura 20: Prevalência ao longo da vida (A) do alcoolismo, (B) do consumo de *cannabis* e (C) do consumo de *ecstasy*, estudantes de 15 e 16 anos

Figura 20 (A): Alcoolismo



Os resultados de um inquérito recentemente realizado a 878 de jovens com idades até aos 19 anos, em 10 cidades da UE, indicam uma possível tendência da cultura urbana dominante para diminuir o consumo de anfetaminas e *ecstasy* e aumentar o consumo de cocaína. A amostragem não foi suficientemente representativa nem alargada para permitir chegar a conclusões definitivas. Este estudo constatou também que os inquiridos gastam mais dinheiro em álcool do que em droga ou em qualquer outra categoria única de consumo para fins recreativos, tais como entradas em discotecas, clubes ou cinemas, telemóveis e tabaco (Calafat *et al.*, 2003) ⁽¹⁶⁸⁾.

Figura 20 (B): Consumo de *cannabis*

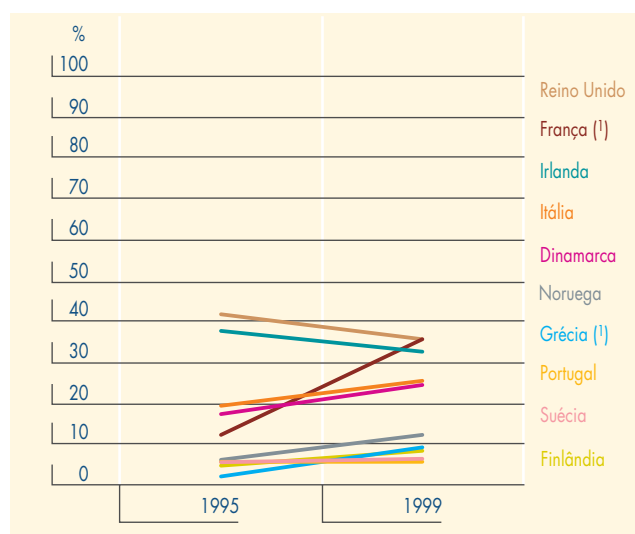
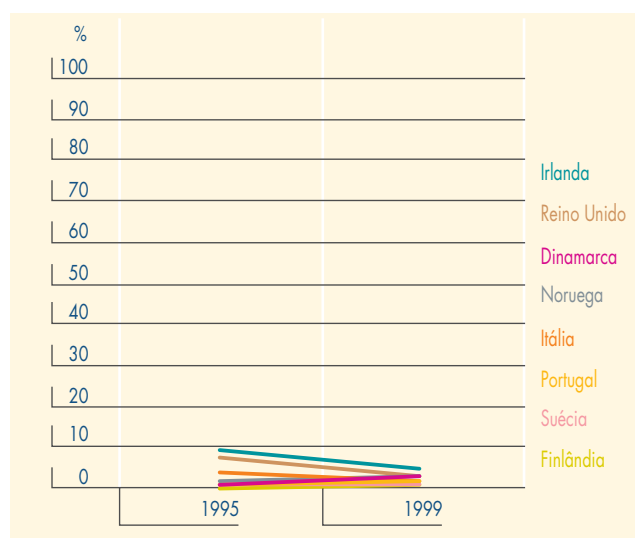


Figura 20 (C): Consumo de *ecstasy*



Fonte: Projecto Inquéritos em Meio Escolar ESPAD (1995 e 1999).
 (!) Os dados relativos à França e à Grécia para 1995 baseiam-se em inquéritos realizados em 1993.

⁽¹⁶³⁾ Baseado nas respostas relativas ao grau de facilidade na obtenção de droga, se desejada.
⁽¹⁶⁴⁾ Ver figura 45 OL: Alterações na percepção da disponibilidade de (A) *cannabis* e (B) *ecstasy* (versão em linha).
⁽¹⁶⁵⁾ Ver figura 46 OL: Alteração na percentagem de jovens de 15 e 16 anos que condenam (A) a embriaguez uma vez por semana ou (B) o consumo experimental de *cannabis* uma ou duas vezes ou (C) o consumo experimental de *ecstasy* uma ou duas vezes (versão em linha).
⁽¹⁶⁶⁾ Ver figura 47 OL: Percentagem de estudantes de 15 e 16 anos que têm a percepção de um 'grande risco' associado ao consumo de *ecstasy* uma ou duas vezes e à prevalência ao longo da vida do consumo de *ecstasy* (versão em linha).
⁽¹⁶⁷⁾ Ver figura 48 OL: Percentagem de imagens positivas na música popular contemporânea, da década de 60 à de 90 (versão em linha).
⁽¹⁶⁸⁾ Ver figura 49 OL: Euros despendidos por fim-de-semana pelos jovens dos 13 aos 19 anos em 10 cidades da UE em 2001-2002 (versão em linha).

Quase todos os Estados-Membros da UE (Alemanha, Áustria, Bélgica, Dinamarca, Espanha, França, Luxemburgo, Itália, Países Baixos, Portugal e Reino Unido) dão conta de preocupações crescentes quanto a uma possível expansão do mercado de cocaína e crack para jovens consumidores problemáticos de droga. Para mais informação sobre as tendências ao nível da disponibilidade, ver página 00.

Iniciação, padrões e factores de risco

De um modo geral, a probabilidade de um jovem na faixa etária dos 12 aos 18 anos de idade se embriagar ou ser aliciado com *cannabis* ou qualquer outra droga ilícita, bem como a sua disposição para experimentar drogas aumenta brutalmente com a idade, como demonstram os resultados do inquérito ESCAPAD francês (Beck, 2001). A figura 21 A mostra que, entre os rapazes com 13 e 14 anos, a percentagem daqueles que tinham experiência ao longo da vida no que se refere à embriaguez era de 15,9% e a percentagem dos que tinham experimentado *cannabis* era de 13,8%. Entre os rapazes de 17 e 18 anos, esses valores aumentavam para 64,5% e 55,7% respectivamente.

Num inquérito recente à população jovem da UE, a «curiosidade» era apontada como a principal razão para experimentar drogas (EORG, 2002). A maioria dos jovens que experimentam drogas não continua a consumi-las de forma regular. Numa pequena mas significativa maioria o consumo aumenta em flecha, atingindo níveis muito elevados. Este facto é ilustrado na figura 21 B, que mostra a distribuição do consumo de *cannabis* entre a população de 18 anos em França. Os inquéritos à população em geral mostram que a experiência ao longo da vida do consumo de drogas ilícitas é consideravelmente mais elevada do que o consumo recente ou actual ⁽¹⁶⁹⁾. A informação comparável relativa aos padrões de consumo entre consumidores regulares de drogas está menos desenvolvida do que no domínio da investigação sobre o álcool. Isto limita a compreensão dos padrões do consumo de droga e, consequentemente, o desenvolvimento de respostas eficazes. Em alguns Estados-Membros, estão a ser exploradas definições de «consumo problemático de *cannabis*» e tem sido sugerido que as pessoas que durante o último mês consumiram *cannabis* em 20 ocasiões ou mais correm um maior risco de desenvolver um padrão de consumo problemático (Beck, 2001; relatório nacional neerlandês). De acordo com esta definição, uma em cada cinco pessoas nos Países Baixos que consumiram *cannabis* durante o último mês pode ser classificada como estando «em risco». A figura 21 B mostra-nos que, em França, 13,3% de rapazes com 18 anos, comparados com apenas 3,6% de raparigas da mesma idade, são abrangidos pela categoria «em risco».

Uma importante preocupação relativamente ao consumo de *cannabis* tem a ver com o «efeito de porta de entrada» ⁽¹⁷⁰⁾. No entanto, a associação entre consumo de *cannabis* e outras substâncias ilícitas é complexa e não pode ser reduzida a um simples modelo causal. Um modelo alternativo de «factor comum» demonstra de que modo as correlações entre o

Figura 21: Consumo de *cannabis* entre os jovens de 17 e 18 anos em 2001. (A) Idade de iniciação ao consumo. (B) Nível de consumo

Figura 21 (A): Idade de iniciação ao abuso de álcool e ao consumo de *cannabis* entre os rapazes de 17 e 18 anos em França, em 2001

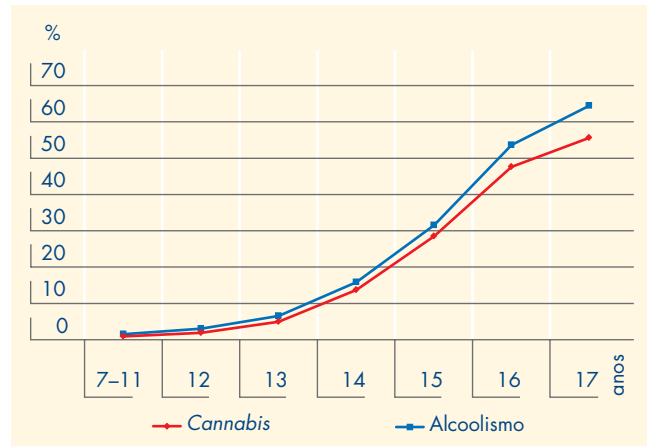
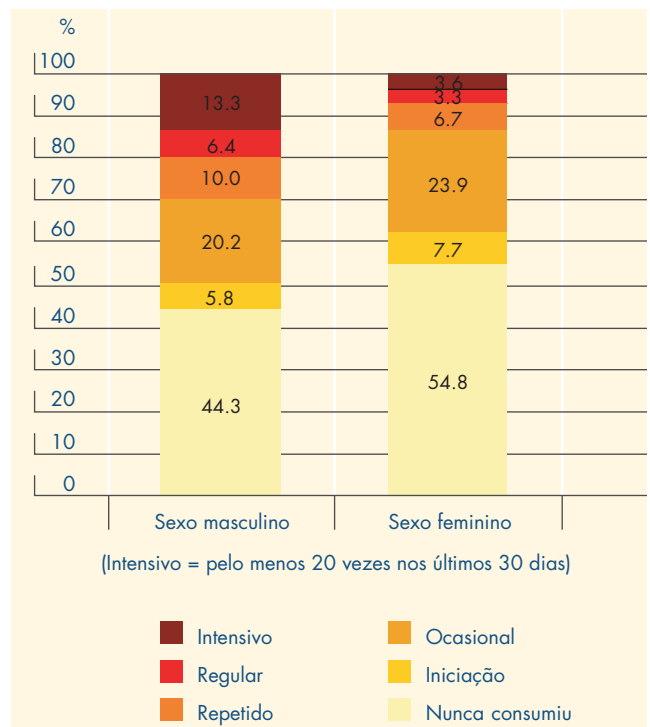


Figura 21 (B): Nível de consumo de *cannabis* aos 17 e 18 anos em França, em 2001



Fontes: ESCAPAD (2001), OFDT. Amostras representativas nacionais.

consumo de *cannabis* e de drogas duras são devidas a factores de risco comuns, incluindo a vulnerabilidade e o acesso às drogas, bem como a propensão para o seu consumo. As conclusões de estudos sobre coortes revelam que o consumo de drogas ilícitas raramente é o primeiro sinal de perturbação no adolescente. Muitas das vezes, o consumo de

⁽¹⁶⁹⁾ Ver figura 1 OL: Padrões de consumo de *cannabis* entre a população em geral — Experiência ao longo da vida versus consumo actual (últimos 30 dias), inquérito nacional neerlandês 2001 (consumo de droga), inquérito sobre a prevalência 2001 (Países Baixos).

⁽¹⁷⁰⁾ Baseado na hipótese de que o consumo de *cannabis* só por si aumenta o risco de começar a consumir drogas duras.

álcool, o comportamento anti-social, o absentismo e a criminalidade ocorrem numa idade anterior à do consumo de *cannabis* ⁽¹⁷¹⁾. É raro os adolescentes consumirem substâncias ilícitas, quando não existe uma exposição concomitante a outros consumidores ilícitos, e acreditarem que os benefícios potenciais do consumo superam os seus custos potenciais (Engineer et al, 2003). A evidência do «efeito de porta de entrada» pode ser explicada pelo facto de a *cannabis* colocar os consumidores em contacto com um mercado ilícito, aumentando o acesso a outras drogas ilícitas e proporcionando uma plataforma de aceitabilidade para o consumo de outras drogas ilícitas (Grant e Dawson, 1997; Petraitis et al., 1998; Adalbjarnardottir e Rafnsson, 2002; Brook et al., 2002; Morral et al., 2002; Parker e Eggington, 2002; Pudney, 2002; Shillington e Clapp, 2002).

Nos Países Baixos, um inquérito a jovens consumidores de *cannabis* realizado em 1999 apurou que a maioria dos jovens comprava *cannabis* a amigos (46%) e em cafés (37%) (De Zwart et al., 2000).

A identificação de uma variedade de factores de risco que influenciam tanto a iniciação como a escalada do consumo de droga numa população de adolescentes extremamente heterogénea é uma abordagem que começou a expandir-se. Estes factores atravessam um contínuo que vai desde o indivíduo até à comunidade, incluindo factores macroambientais, e provavelmente são diferentes consoante se trate de consumo recreativo ou problemático.

Factores de risco

Inquéritos direccionados revelaram que determinados grupos de jovens apresentam níveis de consumo de droga muito mais elevados do que os registados na população nacional em geral. Muitas das vezes, trata-se de jovens que foram expulsos da escola ou faltam às aulas, que cometeram um crime, que não têm onde morar ou fugiram de casa, ou que têm irmãos consumidores de droga (Lloyd, 1998; Swadi, 1999; Goulden e Sondhi, 2001; Hammersley et al., 2003). O inquérito aos estilos de vida juvenis realizado no Reino Unido em 1998/1999 permitiu concluir que neste país a prevalência do consumo de droga era consideravelmente mais elevada entre estes grupos vulneráveis ⁽¹⁷²⁾. A dimensão destes grupos vulneráveis a nível nacional sugere que os inquéritos actualmente realizados nas escolas estão a subavaliar a prevalência do consumo de droga pelo facto de não identificarem as populações de adolescentes de alto risco que não se encontram no meio escolar. Presentemente, são escassos os dados comparáveis a nível da UE relativos aos «grupos vulneráveis» de jovens. Os jovens que saem à noite para frequentarem determinados recintos de dance music formam um outro grupo vulnerável. As ligações entre certas culturas juvenis e as drogas estão bem documentadas, mais recentemente no que respeita à difusão do consumo de *ecstasy* (MDMA) (Griffiths et al., 1997; Springer et al., 1999). Nos estabelecimentos de dança techno, a prevalência ao longo da vida do consumo de *ecstasy* varia entre os 12,5% (Atenas) e os 85% (Londres), comparada com uma prevalência ao longo da vida de 1% (Grécia) e 8%

(Reino Unido) entre a população de jovens adultos em geral (OEDT, 2002a).

Comunidade

Nos últimos anos, tem-se vindo a dedicar cada vez mais atenção às determinantes sociais, económicas e culturais, incluindo o ambiente físico (Spooner et al. 2001; Lupton et al., 2002). Os problemas relacionados com a droga estão muitas vezes concentrados em determinadas áreas geográficas e zonas habitacionais. O relatório nacional irlandês, por exemplo, refere que crianças pertencentes a grupos-alvo narravam encontros de rotina com consumidores de droga e faziam referências ocasionais à presença de parafernália de droga em escadas e varandas. Os pais que ali viviam manifestavam uma enorme inquietação por causa do elevado nível de exposição dos filhos às drogas (O’Higgins, 1999).

Mortes e emergências hospitalares

As mortes relacionadas com o consumo de droga e de álcool entre jovens com menos de 20 anos de idade são relativamente raras. No entanto, durante a década de 90, o número de mortes relacionadas com o consumo de droga entre jovens em toda a UE aumentou ininterruptamente. Entre 1990 e 2000, registou-se na UE um total de 3 103 mortes entre a população jovem ⁽¹⁷³⁾. Em termos comparativos, a perda de anos pela morte de um jovem é mais elevada do que pela de um adulto, quando se calcula o número de anos de esperança de vida perdidos ⁽¹⁷⁴⁾. Para informações mais pormenorizadas sobre as mortes relacionadas com o consumo de droga, ver páginas 28 a 33. O Reino Unido é o único Estado-Membro que refere mortes especificamente relacionadas com a inalação de substâncias voláteis. Num período de 18 anos, registaram-se 1 707 mortes especificamente relacionadas com este fenómeno. A maioria dessas mortes ocorreu em pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos (Field-Smith et al., 2002). Apesar da atenção que os meios de comunicação social dedicam às mortes relacionadas com o *ecstasy*, as drogas por inalação representam talvez um maior risco de morte para os adolescentes do que o uso de outras drogas.

Não existem a nível da UE dados coligidos numa base regular sobre as emergências hospitalares relacionadas com o consumo de droga, devido à natureza escondida do consumo de drogas ilícitas, ao consumo combinado de álcool e de outras drogas e à inexistência de análises toxicológicas (Tait et al., 2002). Os poucos dados disponíveis sugerem que o consumo de álcool representa um encargo maior para os serviços de saúde de alguns Estados-Membros do que o consumo de drogas ilícitas. A OMS estima que nos países desenvolvidos o álcool é responsável por 10% a 11% do total de doenças e mortes que ocorrem anualmente (Rehn et al., 2001). Por exemplo, um inquérito dinamarquês realizado junto da população jovem em 2001 revelou que havia menos jovens com 17 anos que diziam ter tido atendimento hospitalar por problemas relacionados com drogas, que os que referiam

⁽¹⁷¹⁾ Figura 50 OL: Percentagem de estudantes de 15 e 16 anos que já se embriagaram ou experimentaram *cannabis* até à idade de 13 anos (versão em linha).

⁽¹⁷²⁾ Ver figura 51 OL: Comparação do consumo de droga por grupos vulneráveis (versão em linha).

⁽¹⁷³⁾ Ver figura 52 OL: Óbitos por intoxicação aguda relacionada com o consumo de droga, comunicados na UE, entre os jovens até aos 19 anos (versão em linha).

⁽¹⁷⁴⁾ Actualmente, a média da esperança de vida na UE é de 75 anos para os homens e 80 para as mulheres.

problemas relacionados com álcool (relatório nacional dinamarquês). Na Irlanda, um estudo regional de registos de casos hospitalares durante um período de três meses permitiu concluir que das 55 admissões hospitalares de jovens com idades compreendidas entre os 10 e os 18 anos quase todas estavam relacionadas exclusivamente com o consumo de álcool ou com auto-envenenamentos (Mid-Western Health Board, 2002; mencionado no relatório nacional irlandês).

Respostas ao nível da legislação e recomendações

Em quase todos os Estados-Membros, a disponibilidade do álcool é controlada através do monopólio estatal ou de um sistema de licenciamento. Na maior parte dos Estados-Membros da UE, as tentativas para controlar a disponibilidade de álcool aos jovens passam pela imposição de limites de idade (normalmente 16 ou 18 anos) à venda de álcool para consumo dentro ou fora do estabelecimento. Portugal introduziu o seu limite de idade há relativamente pouco tempo, em Janeiro de 2002. As restrições à publicidade do álcool variam entre a proibição total e a adopção de códigos voluntários em matéria de publicidade ou a inexistência de limitações (Rehn *et al.*, 2001; Bye, 2002). No Reino Unido, a venda de recargas de isqueiros a menores de 18 anos foi limitada pela regulamentação de 1999 (Segurança) relativa às recargas de isqueiros (Field-Smith *et al.*, 2002). Pensa-se que a diminuição do número de mortes é o resultado desta legislação e das campanhas de informação dirigidas aos pais. Existem algumas variações ao nível da legislação e pouco se sabe sobre a sua aplicação na prática. Um exemplo de uma nova iniciativa para lidar com questões de prática pode ser encontrado na Alemanha, que recentemente introduziu a lei do «Sumo de Maçã» (relatórios nacionais alemão e neerlandês), nos termos da qual os bares devem oferecer pelo menos uma bebida não alcoólica que seja mais barata do que a bebida alcoólica mais barata. No Reino Unido, os retalhistas estão a lançar um novo esquema, com o apoio do Governo, que consiste em fornecer um «passe» especial aos clientes jovens a fim de ajudar a respeitar os limites de idade na compra de bebidas alcoólicas e substâncias voláteis (BBC News).

Nos últimos anos, os Países Baixos reforçaram os controlos sobre os cafés. Desde então, foram encerrados os cafés que vendiam *cannabis* perto de escolas. Os menores de 18 anos não têm permissão para comprar *cannabis*. A publicidade aos produtos da *cannabis* é proibida e, nos últimos anos, o controlo mais apertado dos cafés reduziu consideravelmente o número de clientes com menos de 18 anos (relatório nacional neerlandês). Em Copenhaga, na Dinamarca, a polícia encerrou cerca de 50 clubes de *cannabis* desde que entrou em vigor uma lei que proíbe a entrada de pessoas em determinadas instalações (relatório nacional dinamarquês).

Na Irlanda e no Reino Unido, foram recentemente tomadas iniciativas tendentes a reduzir os problemas ligados ao consumo de droga e de álcool entre os jovens. Por exemplo, na Irlanda, o projecto de lei relativo às crianças (1999) atribui aos pais a responsabilidade pelo controlo dos filhos. Os pais podem incorrer em sanções que incluem o seu próprio tratamento pelo abuso de alguma substância e formação para aprenderem a cuidar dos filhos. Crianças que não estejam debaixo de um controlo adequado podem ser sujeitas a recolher nocturno. Na Irlanda são

dirigidas pela polícia duas iniciativas de manutenção da ordem pública. A «Operation Oíche» visa o consumo de bebidas alcoólicas antes da maioridade, o consumo ilícito de drogas e a venda de álcool a menores. A «Operation Encounter» está concentrada no comportamento anti-social não só nas ruas mas também em estabelecimentos com alvará, clubes nocturnos e pontos de venda de comida rápida. Para mais pormenores sobre as respostas legais, ver página 42.

Um amplo contínuo de necessidades e respostas

Um dos principais objectivos da UE na luta contra a toxicod dependência e o alcoolismo é fazer intervenções apropriadas que permitam produzir um impacto mais efectivo. Devem concentrar-se principalmente em cinco grandes grupos-alvo que por vezes se sobrepõem:

- 1) jovens em idade escolar;
- 2) jovens consumidores de droga a título experimental e recreativo;
- 3) jovens de áreas socialmente desfavorecidas;
- 4) jovens delinquentes;
- 5) e jovens que necessitam de tratamento da toxicod dependência ⁽¹⁷⁵⁾.

Jovens em idade escolar

A prevenção na escola é uma resposta amplamente utilizada para este grupo-alvo. Para mais pormenores sobre o assunto, ver página 45.

Ao nível da política escolar, diversos Estados-Membros emitiram recomendações sobre o modo de reagir perante incidentes relacionados com droga e perante os alunos que consomem droga. Em França, é dada grande ênfase aos «pontos de referência» para a prevenção de comportamentos de risco nas escolas e à resolução dos problemas através de aconselhamento direccionado. É dado grande destaque à formação profissional do pessoal escolar para lidar com o comportamento juvenil desviante. Na Áustria e na Alemanha, os programas STEP-by-STEP ⁽¹⁷⁶⁾ ajudam os professores a identificar os alunos consumidores de droga e a intervir junto deles. Na Noruega, foi lançado um manual com essa finalidade.

O Serviço Consultivo para a Prevenção da Toxicod dependência do Reino Unido procedeu à avaliação de um programa de prevenção da toxicod dependência destinado a jovens expulsos da escola e chegou à conclusão de que os programas de drogas são manifestamente necessários, mas que os períodos curtos de educação sobre a droga são inadequados. Muitos dos jovens visados pelo programa já consumiam droga, o que significa que estes programas deveriam ser implementados numa idade mais precoce e deveriam identificar claramente os problemas e procurar resolvê-los. Em Portugal, o novo enquadramento nacional de prevenção prevê uma dotação de 400 000 euros para currículos escolares alternativos e formação profissional antecipada para os alunos que abandonam os estudos. Quase todas as comunidades autónomas espanholas desenvolvem programas semelhantes. Na Grécia, as intervenções precoces visam os consumidores jovens e as suas famílias (terapia de família), bem como os adolescentes que têm problemas com a justiça.

⁽¹⁷⁵⁾ Ver figura 53 OL: Prevenção selectiva — Metas de intervenção (versão em linha).

⁽¹⁷⁶⁾ Ver EDDRA http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=36.

Jovens consumidores de droga a título experimental e recreativo na comunidade

Os danos potenciais causados pelo consumo de álcool e de drogas ilícitas nas vidas de uma percentagem pequena mas significativa da população juvenil são cada vez mais reconhecidos. Um importante alvo para uma acção mais eficaz são os grupos vulneráveis de jovens que consomem álcool e experimentam drogas para fins recreativos mas não têm consciência, ou capacidade de controlo, dos riscos associados aos seus padrões de consumo de uma dada substância (*overdoses*, acidentes, comportamentos criminosos, violência, perda de capacidade para estudar ou trabalhar, infecções transmitidas por via sexual e, a mais longo prazo, lesões no fígado/cérebro, etc.) (Boys *et al.*, 1999; Parker e Egginton, 2002). A preocupação em alterar os padrões de consumo de álcool e de droga para fins recreativos está a aumentar na UE, e especialmente no que se refere aos riscos de saúde para as mulheres. Os estabelecimentos recreativos como os bares, as discotecas, os clubes desportivos e os clubes juvenis parecem ser locais adequados para fazer a prevenção do consumo de droga, uma vez que garantem um contacto com um grande número de jovens, muitos dos quais consomem droga ou correm o risco de vir a consumir ⁽¹⁷⁷⁾. É urgentemente necessário elaborar documentação metodológica e proceder a uma avaliação aprofundada das intervenções neste contexto.

Em França, até 2001, pelo menos 30% dos departamentos estavam a desenvolver medidas preventivas ou a prestar primeiros socorros em eventos de dança. Na Irlanda, numa área de um serviços de saúde regional, o pessoal e os frequentadores dos locais de diversão são os destinatários do projecto «Decisões sãs» ⁽¹⁷⁸⁾. Todavia, no Luxemburgo não existe um enquadramento legal para a intervenção das agências de luta contra a droga nos clubes nocturnos.

Nos Países Baixos, são organizados cursos de formação para formadores em primeiros socorros para fazer face a incidentes com drogas em contextos recreativos.

A iniciativa neerlandesa «Saídas e drogas» inclui intervenções para diferentes contextos exteriores à escola e onde os mais jovens consomem drogas, nomeadamente cafés, discotecas, festas, clubes e outros locais onde se realizam grandes eventos musicais.

Vários projectos abordam os consumidores de droga dentro do ambiente musical a fim de minimizar os riscos de consumo de drogas lícitas e ilícitas. Por vezes, o pessoal dos projectos desloca-se a diferentes eventos numa caravana que proporciona uma atmosfera tranquila para um aconselhamento informal. Como meios adicionais, podem ainda ser utilizadas linhas de emergência ou sítios *web* ⁽¹⁷⁹⁾ especiais.

No âmbito dos projectos EDDRA ⁽¹⁸⁰⁾, foi realizada uma análise global dos exemplos de prevenção em locais de

diversão, e existe uma série de quadros em linha que oferecem uma visão global dos projectos e políticas em curso ⁽¹⁸¹⁾.

De acordo com um estudo recente financiado pela Comissão, os serviços específicos de aconselhamento e de testes às pastilhas no local onde se realizam eventos de tipo «rave» são eficazes para atingir aqueles jovens que, embora consumam drogas com regularidade, não se consideram toxicodependentes e não contactariam os estabelecimentos de ajuda a toxicodependentes. O mesmo estudo apurou também que o teste às pastilhas não anula as intervenções de carácter preventivo orientadas para a abstinência ⁽¹⁸²⁾. Na Áustria e em Espanha, estes serviços estão generalizados, ao passo que nos Países Baixos estão limitados a serviços com elevados níveis de precisão metodológica.

Um outro conjunto de intervenções envolve pares, grupos de auto-ajuda e alternativas ao consumo de droga, tais como informação e apoio psicossociológico bem como participação em actividades culturais ou desportivas (por exemplo, em campos de férias na Grécia). Durante alguns anos, em Espanha, foram oferecidos programas de lazer alternativos por todo o país.

Na Dinamarca, Suécia e Noruega, «Os night ravens» são adultos voluntários que patrulham as ruas do centro da cidade durante as tardes e noites dos fins-de-semana. A sua missão consiste em permanecer visíveis e disponíveis para atender os jovens. A ideia é que a sua presença irá reduzir a probabilidade de ocorrência de actos de violência e de danos.

Jovens de bairros socialmente desfavorecidos

Na Suécia, a Comissão de Luta contra a Droga efectuou uma análise da literatura de investigação sobre respostas preventivas (Narkotikakommissionen, 2000), e concluiu que são necessários três tipos de iniciativas: iniciativas específicas direccionadas para a população mais pobre; iniciativas gerais tendentes a melhorarem a saúde pública; e iniciativas destinadas a ajudar as famílias vulneráveis.

A Irlanda, Portugal e o Reino Unido são os únicos Estados-Membros que identificam áreas particulares com vista a proporcionar programas especiais nessas áreas. O Young People's Facilities and Services Fund (YPFSF) (Fundo de Facilidades e Serviços para Jovens) da Irlanda visa atrair jovens «em risco» de áreas desfavorecidas para serviços e actividades que os desviem dos perigos do abuso de substâncias. No Reino Unido, a organização «Futuros Positivos» está a funcionar em 57 áreas desfavorecidas a fim de desviar os jovens vulneráveis do consumo de droga e da criminalidade, através da participação em actividades desportivas. Os primeiros resultados são animadores, revelam uma diminuição da actividade criminosa e do absentismo e uma maior sensibilização da comunidade para o problema. As «Health Action Zones» (HAZ) (zonas de acção para a saúde) são parcerias que reúnem diversas agências situadas em algumas das áreas mais desfavorecidas de Inglaterra e que têm por objectivo

⁽¹⁷⁷⁾ Ver figura 54 OL: Prevenção junto de grupos-alvo em contextos recreativos (versão em linha).

⁽¹⁷⁸⁾ Ver http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=356.

⁽¹⁷⁹⁾ Ver <http://www.emcdda.eu.int/responses/infosites.shtml>.

⁽¹⁸⁰⁾ Ver http://eddra.emcdda.eu.int:8008/FurtherReading/eddra_party_settings.pdf.

⁽¹⁸¹⁾ Ver quadro 16 OL: Principais parâmetros quantitativos da prevenção em contextos recreativos; quadro 17 OL: Trabalho de proximidade/prevenção em contextos recreativos; e quadro 18 OL: Panorâmica das políticas e enquadramentos do trabalho de proximidade/prevenção nos contextos recreativos (versão em linha).

⁽¹⁸²⁾ Ver http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2828.

resolver o problema das desigualdades no domínio da saúde, através de programas de modernização dos serviços de saúde e de assistência social, a fim de abranger um amplo espectro de jovens vulneráveis que se considera estarem em risco de se tornarem toxicodependentes (130 projectos e iniciativas nos 26 HAZ). «Connexions» (ligações) é um serviço de apoio e aconselhamento do Reino Unido destinado a jovens dos 13 aos 19 anos que procede à identificação de jovens em risco e que os encaminha para serviços especializados em droga. Em 2002, estiveram em funcionamento 27 parcerias e espera-se que em 2003 sejam criadas mais 20.

No Reino Unido, as equipas de acção no âmbito da droga (*Drug Action Teams*) conduziram, em 2001, uma avaliação das necessidades dos jovens, e compete-lhes, através dos «Young People Substance Misuses Plans» (YPSMPS), a planificação, baseada em necessidades locais, dos serviços direccionados para jovens para tratamento do consumo de substâncias, a partir dos serviços prevenção geral.

Na Áustria, centros móveis direccionados para jovens nas ruas estão a trabalhar em estreita cooperação com outras organizações de ajuda relevantes a fim de prestar assistência a adolescentes e jovens toxicodependentes numa fase precoce. Prevê-se que a cobertura geográfica destes centros venha a aumentar ⁽¹⁸³⁾ no futuro.

Na Finlândia, os *Walkers youth cafés* ⁽¹⁸⁴⁾ oferecem uma intervenção precoce e operam actualmente em 24 localidades. Voluntários adultos com formação, apoiados por profissionais que trabalham com jovens, desempenham aqui um importante papel. Foi feito um esforço para transformar os cafés para jovens em locais de encontro seguros. De igual modo, na Irlanda, na área de um serviço de saúde regional, um *Health Advice Café* tem por objectivo oferecer aos jovens, no local, um serviço combinado de prevenção e de saúde em regime de acesso directo.

Na Noruega, os municípios maiores dispõem de serviços de proximidade. Os seus objectivos incluem diversas intervenções preventivas destinadas às crianças mais velhas e aos jovens, bem como aconselhamento e encaminhamento para os serviços de apoio e tratamento.

Jovens delinquentes

Alguns Estados-Membros oferecem programas direccionados de apoio, formação e proximidade para jovens em risco como é o caso dos jovens delinquentes. Um resultado importante de algumas destas iniciativas foi a redução do número de jovens condenados por crimes.

As intervenções oferecem alternativas às estratégias baseadas na execução da lei e na punição, com o objectivo de reduzir o número de jovens que enveredam por uma vida de crime, ou impedir que isso aconteça, com consequências irreversíveis. No Reino Unido, as *Youth Offending Teams* (YOT) incluem trabalhadores do domínio da toxicodependência que fazem uma avaliação de jovens que cometem delitos por causa do consumo

de droga e, sempre que adequado, oferecem intervenções para impedir a continuação desse consumo. O projecto «Solidariedade Jovem» dos Médicos Sem Fronteiras do Luxemburgo funciona numa base semelhante em colaboração directa com magistrados especializados nas questões da juventude e agentes competentes em matéria de execução da lei.

O projecto FRED na Alemanha tem por objectivo a realização de intervenções precoces junto dos consumidores de droga que são notificados pela primeira ⁽¹⁸⁵⁾. Os projectos finlandeses em matéria de execução da lei funcionam de acordo com os mesmos princípios.

Jovens que necessitam de serviços de tratamento

A procura de tratamento da toxicodependência é um importante indicador de dependência da droga e de uma extrema necessidade. Em 2001, na UE, os jovens até aos 19 representavam menos de 10% do total registado da procura de tratamento especializado da toxicodependência. Mais de metade desses jovens estava a receber tratamento por consumir *cannabis* como principal droga. Cerca de um quarto estava a ser tratado por problemas com opiáceos, e os restantes estavam igualmente repartidos entre o tratamento por consumo de cocaína e o de outras drogas estimulantes. Registam-se, porém, variações a nível nacional; a Irlanda, por exemplo, trata uma percentagem de jovens maior do que qualquer outro país da UE. O tratamento de jovens com menos de 18 anos é complicado por causa da autorização dos pais e de preocupações relacionadas com a prescrição de drogas de substituição quando não existe investigação adequada sobre os efeitos de tais drogas no grupo etário em questão. A maior parte dos jovens em tratamento com graves problemas de toxicodependência frequentam centros de tratamento vulgares.

Têm sido desenvolvidos serviços de tratamento especializados em alguns países. Por exemplo, nos Países Baixos, existe uma pequena clínica dedicada a jovens com 13 a 18 anos. Na Finlândia, é dada uma ênfase especial a uma sequência de tratamento psicossocial sustentado e intensivo, com o necessário tratamento institucional. Segundo informações que datam de 1999, havia seis unidades de tratamento para jovens toxicodependentes, com um total de 40 camas. Além disso, as escolas de recuperação tinham três unidades a especializar-se no tratamento da toxicodependência, com um total de 23 camas. No Luxemburgo, existe um centro especializado e 43% dos seus pacientes têm menos de 16 anos de idade. Na Grécia, as intervenções precoces destinam-se aos toxicodependentes adolescentes e às respectivas famílias (terapia familiar) bem como a adolescentes com problemas com a justiça.

Na Suécia, os jovens dos 12 aos 21 anos com problemas psicossociais graves, muitas vezes com elementos comportamentais criminosos e métodos de consumo de substâncias psicoactivas, podem ser internados em instituições de cuidados sem o seu consentimento. Os métodos de tratamento incluem terapia ambiental, terapia familiar funcional, terapia comportamental cognitiva e, havendo abuso de substâncias, o método dos

⁽¹⁸³⁾ Ver Auftrieb em http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2086.

⁽¹⁸⁴⁾ Ver <http://www.aseanlapset.fi/walkers-nuorisokahvilat/walkers-kahvilat-suomessa/>.

⁽¹⁸⁵⁾ Ver EDDRA http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2091.

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 (Stoeber, 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).