



Ministério da Justiça

COMISSÃO DE COORDENAÇÃO DO COMBATE À DROGA



NAÇÕES UNIDAS
Escritório contra as Drogas e Crime

**ESTUDO SOBRE A SITUAÇÃO DAS DROGAS E SUA RELAÇÃO COM O
VIH/SIDA**

MÉTODO DE AVALIAÇÃO RÁPIDA – RSA

Cabo Verde, Janeiro de 2008

Índice

Ficha Técnica	iii
Siglas.....	iv
Lista de Quadros.....	v
Lista de Gráficos	vi
Lista de Anexos	vii
Resumo Executivo	1
Capítulo I. Introdução	8
1.1.Contexto e Justificação	8
1.2. Objectivos	9
1.3. Metodologia.....	10
1.3.1. Métodos e técnicas de recolha de dados.....	10
1.3.2. Situação da demografia prisional no momento da realização do estudo e definição do Plano amostral	11
Capítulo II. Revisão Bibliográfica.....	16
2.1. Dados demográficos	17
2.2. Dados socio-económicos.....	18
2.3. Dados epidemiológicos sobre o HIV/SIDA.....	20
2.4. Informações sobre a situação das drogas em Cabo Verde.....	21
2.5. Tratamento e Reabilitação	22
2.6. Prevenção.....	23
2.7. Legislação.....	25
Capítulo III. Uso de drogas nas prisões e monitorização dos riscos para a saúde.....	27
3.1. Descrição da amostra.....	27
3.2. Caracterização socio-demografica	27
3.3. Drogas na prisão.....	30
3.3.1. Padrões de consumo	32
3.3.2. Drogas injectáveis.....	32
3.3.3. Tratamento.....	34
3.4. Droga, Violência e Comportamento Sexual.....	37
3.4.1. Droga e Violência nas prisões	38
3.4.2. Comportamento sexual.....	39
3.4.3. Conhecimentos sobre VIH/SIDA e as IST	42
3.4.4. Expectativas dos UD.....	45
3.4.5. Socialização.....	45
Capítulo IV. Usuários de Droga nas Comunidades e nas Instituições de tratamento.....	47
4.1. Descrição da amostra.....	47
4.2. Características demográficas	48
4.3. Historial do uso de Droga	49
4.3.1. Padrões de consumo.....	50
4.3.2. Drogas injectáveis.....	52
4.3.3. Tratamento.....	54
4.4. Droga, comportamento sexual e violência	57
4.4.1. Comportamento sexual.....	58
4.4.2. Conhecimento sobre VIH/SIDA e as IST	60
4.4.3. Uso de drogas e relação com VIH/SIDA.....	61
4.4.4. Uso de drogas e relação com a prática de crimes	63
4.4.5. Expectativas dos UD	64
4.4.6. Socialização	65

Capítulo V. Seroprevalência do VIH nos usuários de drogas das instituições prisionais e dos centros de tratamento	66
5.1. Contexto e metodologia.....	66
5.2. Características dos inquiridos	66
5.3. Seroprevalência do VIH nos usuários de drogas das instituições prisionais e de tratamento	67
5.4. O historial da seroprevalência na Comunidade Terapêutica de Granja de S. Filipe.....	69
Capítulo VI – Conclusões e Recomendações.....	71
6.1. Conclusões	71
6.1.1. Uso de drogas nas prisões.....	71
6.1.2. Uso de drogas nas comunidades e instituições de tratamento.	71
6.1.3. Seroprevalência	71
6.2. Recomendações.....	74
6.2.1. Estado e Governos Locais	75
6.2.2. Organizações não governamentais	75
6.2.3. Família.....	76
6.2.4. Instituições de ensino	76
6.2.5. Organizações Internacionais	76
Referências Bibliográficas	78
ANEXOS	79

FICHA TÉCNICA

Entidade responsável pelo estudo

Comissão de Coordenação de Combate à Droga (CCCD) – Ministério da Justiça

Parceria

Escritório das Nações Unidas Contra Drogas e Crimes (ONUDC)

- PROJECTO CPVI27/Programa CAVE INTECRIN
- CCS-SIDA

Equipa Técnica

- Cristina Andrade - – Secretária Executiva da CCCD -Coordenação da Equipa Técnica
- Vanusa Pereira - Representante da CCCD
- Maria de Lourdes Monteiro - Representante do Ministério da Saúde
- Elísio Semedo - Representante da Direcção Geral dos Serviços Penitenciários e Reinserção Social
- Celina Ferreira - Representante do CCS/Sida
- René Charles Sylva - Demógrafo (Convidado)
- Janice Silva - Coordenadora do Projecto CPV / I27 (ONUDC)
- Margarete Molnar - Epidemiologista – ONUDC-ROSEN

Consultores

Claudio Furtado – Sociólogo
René Charles Sylva - Demógrafo

Administração Finanças e Logística

CCCD

Praia, Janeiro de 2008

SIGLAS

APD	Ajuda Pública ao Desenvolvimento
CAVE INTECRIN	Programa Integrado Conta o Crime e o Narcotráfico
CCCD	Comissão de Coordenação do Combate à Droga
CCS-SIDA	Comité de Coordenação de Luta contra a SIDA
CEDEAO	Comunidade Económica dos Estados da Africa Ocidental
EFPNU	Escritório dos Fundos e Programas das Nações Unidas
IEC	Informação, Educação e Comunicação
INE	Instituto Nacional de Estatística
IPH	Índice de Pobreza Humana
IST/VIH/SIDA	Infecções Sexualmente Transmissíveis/Vírus da Imunodeficiência humana/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
ONUDC	Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime
PIB	Produto Interno Bruto
PNLC	Programa Nacional de Luta contra a Droga
PNUD	Programa das Nações Unidas Para o Desenvolvimento
PRESTAR	Prevenção, Pesquisa, Tratamento e Reabilitação
RSA	Rapid Situation Assessment - Método de Avaliação Rápida
UD	Usuários de Drogas
UDI	Usuários de Drogas Injectáveis

Índice de Quadros

	Página
Quadro nº 1. Distribuição da População prisional em Cabo Verde (Dez.2006)	12
Quadro nº 2. Distribuição dos UD segundo sexo e por concelho	12
Quadro nº 3. Distribuição dos UD, segundo o sexo e por instituição de tratamento	13
Quadro nº 4. Distribuição de entrevistados, segundo o sexo e por instituição penal	13
Quadro nº 5. Distribuição dos grupos focais por município	13
Quadro nº 6. Número de entrevistas a informantes chave por município	14
Quadro nº 7. Distribuição dos Inquiridos submetidos ao teste de VIH, segundo o sexo	15
Quadro nº 8. Distribuição dos inquiridos submetidos ao teste do VIH segundo o uso ou não de drogas injectáveis	15
Quadro nº 9. População por ilha segundo grupo etário	18
Quadro nº 10. Distribuição dos entrevistados segundo o sexo e por instituição penal	27
Quadro nº 11. Distribuição dos entrevistados segundo grupos etários	28
Quadro nº 12. Distribuição dos entrevistados segundo a nacionalidade	29
Quadro nº 13. Distribuição dos entrevistados segundo a razão da detenção	29
Quadro nº 14. Prevalência do uso de drogas nas prisões segundo o tempo de detenção	31
Quadro nº 15. Distribuição dos detidos UD segundo a substância consumida e situação perante a detenção	31
Quadro nº 16. Distribuição dos detidos UD na prisão segundo o modo de aquisição de drogas e por instituição penal	32
Quadro nº 17. Distribuição dos detidos UD segundo a forma de consumo	33
Quadro nº 18. Prevalência de drogas injectáveis segundo algumas características seleccionadas	33
Quadro nº 19. UD injectáveis segundo a compartilha de materiais de injeção	34
Quadro nº 20. Detidos UD que tiveram acompanhamento regular antes da detenção	34
Quadro nº 21. Detidos UD que experimentaram drogas e detidos que procuraram tratamento segundo o pessoal de acompanhamento antes da detenção	35
Quadro nº 22. Detidos que experimentaram drogas e que receberam tratamento nos últimos 12 meses por instituição de tratamento	36
Quadro nº 23. Detidos UD segundo o motivo de recaída	37
Quadro nº 24. Detidos que declararam ter sido vítima de violência relacionada à droga na prisão	38
Quadro nº 25. Detidos que declararam ter sido vítima de violência segundo a forma de violência	38
Quadro nº 26. Detidos que alguma vez não podiam pagar uma dívida por causa do uso de drogas	39
Quadro nº 27. Detidos que declararam ter tido algum problema com outra pessoa por instituição penal	39
Quadro nº 28. Detidos que tiveram relações sexuais fora das visitas nos últimos 12 meses	40
Quadro nº 29. Frequência do uso de preservativo entre os detidos que tiveram relações sexuais durante uma visita nos últimos 12 meses	41
Quadro nº 30. Uso de preservativo entre os detidos que tiveram relações sexuais fora das visitas nos últimos 12 meses.	41
Quadro nº 31. Distribuição dos detidos segundo a declaração sobre fonte de obtenção de preservativos por instituição penal	41
Quadro nº 39. Detidos que alguma vez receberam dinheiro em troca de relações sexuais	42
Quadro nº 33. Detidos que alguma vez receberam dinheiro em troca de relações sexuais por sexo	42
Quadro nº 34. Distribuição de detidos que ouviram falar do VIH/SIDA	43
Quadro nº 35. Detidos segundo o conhecimento de formas de transmissão do VIH	43
Quadro nº 36. Detidos segundo a opinião sobre alguns meios de protecção do VIH/SIDA	43
Quadro nº 37. Detidos que fizeram teste de VIH por instituição prisional	44
Quadro nº 38. Detidos que fizeram teste de VIH segundo a declaração sobre o resultado	44
Quadro nº 39. Detidos que tiveram licença precária/laboral desde a detenção	44
Quadro nº 40. Distribuição dos UD segundo o concelho	47
Quadro nº 41. Distribuição dos UD segundo sexo e concelho	48
Quadro nº 42. Distribuição dos UD segundo sexo e por instituição de tratamento	48
Quadro nº 43. Distribuição dos UD segundo o grupo etário	49
Quadro nº 44. Distribuição dos UD segundo a nacionalidade	49

Quadro nº 45. Distribuição dos UD segundo a droga consumida pela primeira vez	49
Quadro nº 46. Distribuição dos UD segundo a droga consumida e por sexo	50
Quadro nº 47. Distribuição dos UD segundo a droga mais consumida nos últimos 12 meses	51
Quadro nº 48. Distribuição dos UD segundo a frequência do uso de drogas nos últimos 12 meses	51
Quadro nº 49. Distribuição dos UD segundo o motivo de uso de drogas por sexo	52
Quadro nº 50. Distribuição dos UD segundo o uso de drogas injectáveis e por concelho	53
Quadro nº 51. Distribuição dos UDI segundo a frequência do consumo nos últimos 12 meses	53
Quadro nº 52. Distribuição dos UDI segundo problemas encontrados devido à injeção de drogas, por sexo	54
Quadro nº 53. Distribuição dos UDI, segundo a frequência da partilha de seringas	54
Quadro nº 54. Distribuição dos UDI, segundo a frequência de partilha dos materiais de consumo	54
Quadro nº 55. Distribuição dos UDI, segundo a limpeza de agulhas	54
Quadro nº 56. Distribuição dos UDI que alguma vez receberam tratamento, por sexo.	54
Quadro nº 57. Distribuição dos UD segundo as razões pelas quais nunca receberam tratamento	55
Quadro nº 58. Distribuição dos UD, que nunca receberam tratamento segundo a opinião sobre o encorajamento da família para tentar um tratamento	55
Quadro nº 59. Distribuição dos UD que fizeram tratamento segundo a opinião sobre o encorajamento da família para tentar um tratamento	56
Quadro nº 60. Distribuição dos UD segundo a instituição onde receberam um tratamento nos últimos 12 meses	57
Quadro nº 61. Distribuição dos UD que tiveram um tratamento segundo o motivo de recaída	57
Quadro nº 62. Distribuição dos UD que tiveram relações sexuais nos últimos 3 meses segundo a frequência do uso de preservativos	58
Quadro nº 63. Distribuição dos UD que usaram preservativos nos últimos 3 meses segundo regularidade do parceiro	59
Quadro nº 64. Distribuição dos UD que usaram preservativos nos últimos 3 meses segundo a ocasionalidade do parceiro	59
Quadro nº 65. Distribuição dos UD que usaram preservativos nos últimos 3 meses com profissionais do sexo	59
Quadro nº 66. Distribuição dos UD segundo a declaração sobre conhecimento dos meios de transmissão do VIH, por sexo	61
Quadro nº 67. Distribuição dos UD que ouviram falar do VIH/SIDA, segundo a opinião sobre a existência de formas de se evitar a contracção do vírus	61
Quadro nº 68. Distribuição dos UD segundo a opinião sobre alguns meios de protecção do VIH/SIDA e por sexo	61
Quadro nº 69. Distribuição dos UD que alguma vez fizeram teste do VIH segundo a declaração sobre o resultado do teste, por sexo	62
Quadro nº 70. Distribuição dos UD que alguma vez estiveram presos devido a crimes resultantes do abuso de drogas nos últimos 12 meses	63
Quadro nº 71. Distribuição dos UD que foram condenados devido a crimes resultantes do abuso de drogas nos últimos 12 meses	64
Quadro nº 72. Distribuição dos Inquiridos segundo a instituição onde se encontram	66
Quadro nº 73. Distribuição dos Inquiridos segundo o grupo etário	67
Quadro nº 74. Distribuição dos inquiridos seropositivos segundo o sexo	67
Quadro nº 75. Distribuição dos Inquiridos seropositivos segundo o grupo etário	68
Quadro nº 76. Distribuição dos Inquiridos seropositivos usuários ou não de drogas injectáveis	68
Quadro nº 77. Distribuição dos Inquiridos seropositivos segundo a instituição onde se encontram	68
Quadro nº 78. Distribuição dos Inquiridos seropositivos segundo o tipo de vírus.	69
Quadro nº 79. Prevalência do VIH na Comunidade Terapêutica por sexo, segundo UD/UDI	70
Quadro nº 80. Prevalência do VIH na Comunidade Terapêutica por grupos etários, segundo UD/UDI	70

Índice de Gráficos

	Página
Gráfico nº 1. População residente em Cabo Verde: 1940-2000	17
Gráfico nº 2. Distribuição dos entrevistados segundo o estado civil	28
Gráfico nº 3. Distribuição dos entrevistados segundo o nível de instrução	29
Gráfico nº 4. Distribuição dos entrevistados presos segundo a encarceração	30
Gráfico nº 5. Distribuição dos entrevistados presos que alguma vez experimentaram droga	30
Gráfico nº 6. UD injectáveis segundo a frequência do uso no último mês antes da detenção	33

Gráfico nº 7. UD injectáveis segundo o uso de drogas	34
Gráfico nº 8. Detidos que estiveram em algum tratamento antes da detenção	36
Gráfico nº 9. Detidos que tiveram relações sexuais na prisão durante uma visita nos últimos 12 meses	40
Gráfico nº 10. Tipo de parceiros dos detidos que tiveram relações sexuais fora das visitas nos últimos 12 meses.	40
Gráfico nº 11. Distribuição dos UD, segundo sexo e por instituição de tratamento	47
Gráfico nº 12. UD segundo o uso de drogas nos últimos 12 meses anteriores ao inquérito	50
Gráfico nº 13. Distribuição dos UD que receberam tratamento alguma vez, segundo a iniciativa do tratamento	56
Gráfico nº 14. Distribuição dos UD que receberam tratamento nos últimos 12 meses	56
Gráfico nº 15. Distribuição dos UD que tiveram relações sexuais nos últimos 3 meses	58
Gráfico nº 16. Distribuição dos UD que ouviram falar do VIH/SIDA	60
Gráfico nº 17. Distribuição dos UD que alguma vez fizeram teste do VIH/SIDA- Homens	62
Gráfico nº 18. Distribuição dos UD que alguma vez fizeram teste do VIH-SIDA- Mulheres	62
Gráfico nº 19. Distribuição dos UD que alguma vez estiveram presos devido a crimes resultantes do abuso de drogas	63
Gráfico nº 20. Distribuição dos UD que alguma vez foram condenados devido a crimes resultantes do uso abusivo de drogas	64

Lista de Anexos

Anexo 1. Quadros	79
Anexo 2. Metodologia	82
Anexo 3. Instrumentos de recolha de dados	89

RESUMO EXECUTIVO

O presente estudo oferece a oportunidade de estudar as dinâmicas dos comportamentos de risco em relação ao VIH/SIDA e demais IST e que resultam da interacção entre os usuários de drogas nas comunidades, nas prisões e nas instituições de tratamento.

Tendo em conta o reduzido número de inquéritos e estudos sobre os usuários de drogas e sua relação com a problemática do HIV/SIDA, o presente estudo, ainda que recobrando cinco das nove ilhas habitadas, mas que concentram mais de dois terços da população do país, pretende, por um lado, disponibilizar dados sobre os UD, bem como o nível de prevalência de VIH nas cadeias centrais e nos centros de tratamento e, por outro, proceder a uma análise atenta das correlações dos vários factores que explicam a situação actual tanto em termos de extensão do fenómeno (consumidores de drogas e consumidores de drogas injectáveis), o nível de conhecimento sobre as formas de transmissão e de prevenção do VIH, as práticas e comportamentos sobre a mesma matéria, de forma a fornecer elementos de permitir o desenvolvimento de programas de prevenção no país.

Os resultados do estudo, colocados à disposição dos decisores políticos, das instituições governamentais, não governamentais e de base comunitária, deverão contribuir para fornecer pistas de acções a serem desenvolvidas pelos mesmos e estabelecer um padrão de referência permitindo a monitorização e a avaliação da problemática do uso de drogas e de comportamentos de risco à saúde dos UD.

Objectivos gerais

O estudo definiu como objectivo de fortalecer a capacidade de intervenção do CCCD e outras instituições vocacionadas na determinação de prioridades visando a redução da procura das drogas, mediante a disponibilização de dados e informação referentes e sua relação com o VIH/SIDA em Cabo Verde, através da aplicação do método de Avaliação Rápido (RSA).

Objectivos específicos

O estudo com os usuários de drogas nas comunidades deve permitir, entre outros:

- Conhecimento geral dos tipos de drogas usadas em Cabo Verde;
- Identificação das formas de consumo, bem como a natureza do mesmo;
- Identificação dos factores de entrada, saída, reentrada e permanência no consumo;
- Caracterização do grupo quanto a seus conhecimentos, comportamentos, valores e crenças em relação as IST/VIH/SIDA;
- Avaliação dos comportamentos de risco provenientes do uso abusivo de drogas como possível modo de transmissão das IST/VIH/SIDA;

O estudo com os usuários de drogas em instituições (tratamento e prisões) deve permitir, entre outros:

- Caracterização do grupo quanto a seus conhecimentos, comportamentos, valores e crenças em relação as IST/VIH/SIDA;
- Conhecimento da sero-prevalência dos usuários de drogas;

- Avaliação dos comportamentos de risco provenientes do uso abusivo de drogas como possível modo de transmissão das IST/VIH/SIDA;
- Auscultação das perspectivas de inserção social do grupo alvo.

1. Métodos

O estudo consistiu na utilização da metodologia de diagnóstico rápido e que recobre a um só tempo métodos quantitativos e qualitativos.

O método quantitativo baseou-se nos procedimentos e instrumentos de colecta de dados recomendados pela OMS para estudos similares.

O método qualitativo assentou-se na utilização dos instrumentos também definidos pela OMS, designadamente o Rapid Assessment and Response (RAR) Guide on Psychoactive Substance Use on Sexual Risk Behaviour.

O essencial dos momentos dos métodos foi:

I - A duração global do estudo decorreu dentro de um período de **9 meses** e devido à necessidade, sobretudo para o estudo sobre a sero-prevalência, de esperar a constituição do Comité Nacional de Ética para Pesquisa em Saúde, houve necessidade de reconstituição do calendário para se dar a continuidade a recolha de dados serológicos.

No que diz respeito ao pré-trabalho de terreno: **4 semanas**

- Trabalhos de terreno – **8 semanas** (Pesquisa comportamental), **02 semanas** (Recolha serológica)
- Tratamento de dados e análise de consistência: **8 semanas**
- Análise de dados e produção de relatório: **8 semanas**

II – Pessoal

A equipa do estudo consistiu em **41 pessoas** cuidadosamente recrutados. Destes são **25** inquiridores, **6** supervisores dos inquiridores. Recolha de dados Serológicos (1 Coordenadora e Supervisora da parte serológica, **2** Técnicos de Laboratório, **2** Técnicos Sociais, **2** Agentes de recolha de Sangue e **1** técnica de tratamento informático), **1** Estatístico e **1** Sociólogo.

III – Composição do Comité técnico e suas atribuições.

O comité técnico do Estudo é coordenado pela Secretária Executiva da Comissão de Coordenação do Combate à Droga e integra as seguintes instituições:

- 1 Representante da Equipa Técnica da CCCD
- 1 Representante do Ministério da Saúde
- 1 Representante da Direcção Geral dos Serviços Penitenciários e Reinserção Social
- 1 Representante do CCS/Sida
- Coordenadora do Projecto CPV / I27 (ONU DC)
- 1 Epidemiologista – ONU DC ROSEN
- 1 Consultor Demógrafo (Convidado)

Tem por atribuições:

- Prover aconselhamento técnico e orientação para o planeamento, implementação do estudo;
- Fornecer contribuições relevantes na preparação e finalização de documentos técnicos;
- Assegurar que um protocolo de pesquisa seja desenvolvido e acordado entre todas as partes interessadas antes do arranque do estudo sobre drogas e VIH/SIDA mediante a aplicação do Método de Avaliação Rápida (RSA);
- Assegurar que as ferramentas, métodos e técnicas inerentes ao método RSA da ONUDC sejam adoptados e aplicados adequadamente;
- Assegurar que as considerações éticas (confidencialidade e anonimato) sejam definitivamente consideradas no questionário de pesquisa e durante o decorrer do estudo;
- Assegurar a garantia de qualidade do relatório final do estudo RSA relativo à sua validade científica e precisão de dados (qualitativos e quantitativos) e informações recolhidas dos locais de intervenção.

iii) Âmbito geográfico do estudo: o estudo recobriu cinco ilhas, a saber: Santiago, S. Antão, S. Vicente, Sal e Fogo.

iv) Pré-Trabalho de Terreno: Consistiu no recrutamento da equipa de coordenação do estudo, dos consultores para tratamento e análise de dados, recrutamento e formação dos supervisores e inquiridores, obtenção da aprovação do projecto pela Comissão Nacional de Ética para a Pesquisa em Saúde

v) Trabalho de campo (qualitativo e quantitativo). O questionário aos UD nas comunidades e nos centros de tratamento recobriu 752 e 65 pessoas respectivamente e nas prisões 653 reclusos. O estudo sobre a sero-prevalência recobriu 329 pessoas. Em relação aos **focus group** foram realizados 23 e as entrevistas a informantes-chave cobriram 65 pessoas.

vi) Pós-Trabalho de Campo: Tratamento e análise de dados, produção do relatório, realização do Atelier de validação do estudo.

2. Resultados

O estudo sobre a situação das drogas em Cabo Verde e sua relação com o VIH/SIDA permitiu constatar um conjunto de situações seja em relação ao impacto a nível do consumo como da saúde dos usuários de drogas, nomeadamente em termos de sero-prevalência, bem ainda detectar aspectos ligados ao nível de conhecimento sobre os perigos do uso de drogas e as formas de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, como o VIH-SIDA e o comportamento em relação ao uso de drogas, partilha de instrumentos de consumo e relações sexuais não protegidas.

De uma forma global, e tendo como referência alguns estudos parcelares anteriormente realizados, pode-se concluir que regista-se uma tendência para o aumento dos usuários de drogas, bem como de sua incidência particular nos jovens. Da mesma forma, constata-se uma incidência maior da sero-prevalência entre os UD, e nestes, entre os Usuários de Drogas Injectáveis.

Aliás, dados sobre a seroprevalência do VIH entre os UD mostram que a taxa de prevalência é de 1,7%. Contudo, entre os UD a prevalência atinge 14,3%. Em termos relativos, e em relação à

respectiva população inquirida, a Tenda El-Shadai apresenta a maior parte dos VIH positivos. De ressaltar que todos os VIH positivos são homens, sendo que 83,3% pelo VIH 1.

Dados qualitativos e quantitativos sobre a situação das drogas em Cabo Verde

Constata-se que existe uma alta presença do uso de drogas nas prisões, atingindo cerca de 29% os detidos que alguma vez usaram drogas nas prisões. Esta conclusão permite adicionar uma outra que tem a ver com o facto das prisões centrais serem porosas em relação à entrada de drogas. Constata-se ainda que, tanto familiares e visitantes como alguns funcionários, são os grandes fornecedores de drogas nas prisões.

O envolvimento de funcionários prisionais na comercialização de drogas denota deficiências no sistema interno de controlo e vigilância, mas resulta também de problemas de qualificação desses funcionários o que remete ao questionamento do processo de recrutamento e selecção bem como de formação.

A presença de UDI nas prisões é relativamente baixa, representando cerca de 2,7% do total dos UD reclusos, contudo, o risco do uso de drogas injectáveis para a saúde é elevado tendo em conta a frequência da partilha de seringas.

Constatou-se também que, contornando as normas prisionais, as relações sexuais nas prisões são frequentes, sendo 3,8% durante as visitas e 7,2% fora das visitas, o que indicia a existência de relações sexuais entre os detidos ou entre estes e os funcionários prisionais. De igual modo, as relações sexuais durante as saídas da prisão em licença bem como o consumo de drogas durante esse período é elevado.

Os riscos advenientes de relações sexuais inseguras são elevados particularmente entre os UDI. Com efeito, 44% dos presos nunca usam preservativo e 66% dos que tiveram relações sexuais fora das visitas não tem parceiros regulares.

O nível de conhecimento das formas de transmissão do HIV/SIDA entre os detidos é relativamente elevado.

Poucos foram os UD que seguiram algum tratamento antes da prisão e também poucos são aqueles que beneficiam de tratamento nas prisões.

O estudo da prevalência de drogas nas comunidades permite constatar que grande parte dos usuários de drogas nas comunidades é constituída por homens, ainda que tal não signifique a penetração progressiva de drogas entre as mulheres. Da mesma forma, constata-se que, em relação ao tratamento, há mais homens internados.

Os centros urbanos concentram a maioria dos toxicodependentes, particularmente as cidades da Praia e do Mindelo.

Em relação aos centros de internamento e de tratamento, a Tenda El-Shaddai é a que maior número de UD em tratamento possui. Com efeito, 67,7% dos internos estão nesta instituição. O Centro Terapêutico da Granja de S. Filipe que entrou recentemente em funcionamento aparece como o segundo centro com maior número de internos em tratamento. Tendo em conta a sua vocação e os objectivos que lhe foram consignados é previsível que, em breve, venha ganhar uma grande relevância no sistema nacional de saúde.

Resulta também do estudo que a grande maioria dos usuários de drogas são jovens, sendo que 62,7% têm menos de 29 anos.

O início do uso da droga faz-se maioritariamente com a *padjinha* (cannabis). Com efeito, 9 em cada 10 inquiridos afirmaram ter iniciado por esta droga. No entanto, a biografia do UD leva-o a juntamente com a *padjinha* enveredar-se por outras drogas, ditas mais pesadas. Assim, o estudo mostra que 58,4% dos UD inquiridos consome cocaína e 24,6% heroína. O álcool, ainda que socialmente aceite e também não considerada como droga, é consumida por 7 em cada dez UD.

O consumo de drogas é feito regularmente o que demonstra o grau de dependência. 55% consomem droga, pelo menos, uma vez por dia e 20,6% ao menos uma vez por semana.

As razões evocadas para o consumo prendem-se essencialmente com: necessidade de relaxamento, esquecimento de problemas, hábito.

A quantidade de usuários de drogas injectáveis ainda não é significativa. Na verdade, apenas 4% dos usuários de drogas utilizam drogas injectáveis, com uma maior concentração em S. Vicente.

De notar contudo a extrema juventude dos UDI. Cerca de 7 em cada 10 usuários de drogas injectáveis são menores de 24 anos. De igual forma, é extremamente elevado o risco de contracção de doenças transmissíveis entre os UDI. Com efeito 76% dos UDI partilham, com alguma regularidade, as seringas.

Apenas um terço dos usuários de drogas teve algum tipo de tratamento, embora contem com grande apoio e encorajamento da família. Para a grande maioria dos UD entrevistados, não precisam de tratamento.

O estudo permite constatar também que a permissividade sexual entre os UD é elevada aumentando os riscos para a saúde. As relações sexuais são de risco, com uma relativa diversidade de parceiros e a utilização de preservativos não é sistemática.

Melhor compreensão dos factores de vulnerabilidade ao VIH entre usuários de drogas

Em termos globais, o nível de conhecimento dos factores de vulnerabilidade ao VIH é alto entre os UD.

Entre os UD reclusos, 98% já ouviram falar do VIH, sendo que para 93% o uso de preservativos nas relações sexuais e não compartilhar seringas e outros materiais para injeção de drogas, seguido de 85,6% que sugerem ter-se um único parceiro sexual, constituem formas mais seguras para evitar a contaminação pelo vírus.

Na verdade, para 98,6% dos UD reclusos, relações sexuais não protegidas, particularmente a anal constituem factor de vulnerabilidade, assim como partilha de materiais de consumo de drogas injectáveis (91,6%), transfusão sanguínea (75,4%) e transmissão vertical de mãe para filho (67,8%). Da mesma forma o nível de conhecimento das formas de transmissão do HIV/SIDA entre os detidos é relativamente bom.

De igual modo, o nível de conhecimento das formas de transmissão das IST, particularmente o VIH/SIDA é elevado entre os UD nas comunidades. Com efeito 9 em cada 10 sabe que a

transmissão acontece através de relações sexuais inseguras e da partilha de materiais de injeção. De igual modo, 9 em cada 10 sabem que ter um único parceiro, usar preservativos e não partilhar agulhas e seringas são formas adequadas de evitar a contaminação pelo VIH/SIDA.

Estratégias de intervenção junto do grupo alvo, sobretudo no tocante a prevenção

Tendo em conta os custos económicos, sociais e de saúde que as drogas trazem ao país importa, de forma integrada, sistémica e permanente a definição de políticas que, tanto a montante como a jusante, dêem respostas ao fenómeno.

Com efeito, e resultante do estudo, uma forte acção deve ser desencadeada no domínio da educação das crianças, iniciando-as nos perigos da droga e contribuindo, desta forma, para minimizar os riscos de eventuais tentativas de aliciamento.

Da mesma forma, e em articulação com os meios de comunicação, campanhas permanentes - e sujeitas a avaliações periódicas de impacto - informação, educação e comunicação para a mudança de comportamentos deverão ser concebidos e implementados, utilizando, também, meios de comunicação de proximidade.

De igual modo, medidas de natureza repressiva devem ser reforçadas, aumentando a capacidade das instituições que intervêm no domínio, nomeadamente as policiais, a procuradoria e os tribunais.

Um maior controlo das fronteiras marítima, terrestre e aérea impõe-se como prioridade tendo em conta a condição arquipelágica do país, o aumento do fluxo turístico e o facto de Cabo Verde ser um país de emigrantes.

Para aqueles que já são usuários de drogas devem ser disponibilizados serviços de tratamento e de acompanhamento permanente no sentido de, por um lado, assegurar a reabilitação quanto tal for possível e, por outro, diminuir os riscos para a saúde dos próprios e dos que com eles vivem.

No que concerne especificamente às doenças transmissíveis, designadamente o VIH/SIDA e a Hepatite, uma acção particular de despistagem deve ser conduzida junto aos UDI no sentido de assegurar um apoio médico permanente bem como o desenvolvimento de campanhas que minimizem os riscos de contaminação.

Uma intervenção junto às famílias, às escolas e aos grupos de pares parece fundamental para as acções de prevenção do uso de drogas.

Da mesma forma, uma adequada política de reinserção social dos toxicodependentes e dos reclusos tóxico-dependentes deve ser concebida, tendo em conta a alta incidência da recidiva.

A formação e capacitação permanentes dos técnicos de todas as instituições e organizações que trabalham com os UD e os reclusos são fundamentais e devem constituir um dos eixos fortes de intervenção.

Prevalência do VIH/SIDA entre a população usuária de drogas nas instituições de tratamentos e prisionais.

Os dados da despistagem entre os reclusos das cadeias de S. Martinho e de Ribeirinha em S. Vicente, bem como os do Centro de Tratamento da Tenda El-Shaddai mostram uma taxa de seroprevalência de 1,7% superior à média nacional verificada aquando da realização do IDSR II. Contudo, esta taxa é a mesma verificada na Cidade da Praia, o que relativiza a sua dimensão, considerando-se tratar-se de um grupo de risco. O Centro Terapêutico da Granja de S. Filipe não apresenta nenhum seropositivo. De igual modo, os mesmos dados mostram uma prevalência exclusivamente masculina, contrariando os dados nacionais, sabendo-se, no entanto, que a presença de mulheres reclusas e nos centros de tratamento é residual, o que deve fazer com que a análise seja bem nuancée.

Resulta, no entanto, do inquérito que os usuários de drogas injectáveis estão mais expostos ao contágio. Com efeito, cerca de 14,3% dos UDI revelaram-se seropositivos contra 1,2% entre os não UDI.

Resulta da análise que se impõe uma acção bem forte junto aos reclusos, pelo facto de se estar em presença de uma instituição social total onde os riscos de promiscuidade sexual são elevados, como aliás confirmaram os resultados do inquérito, onde também o consumo de drogas existe e a partilha de seringas e agulhas pode constituir-se num factor adicional de contaminação.

Um trabalho de prevenção, de educação para a saúde deve ser estendido aos familiares dos presos particularmente dos que, por causa dos vínculos afectivos e emocionais, têm relações sexuais com os reclusos e os UDI no sentido de se prevenirem de forma sistemática.

Em relação especificamente aos UDI parece importante a disponibilização de tratamento e de um acompanhamento sistemático visando a total recuperação física e psicológica e uma adequada inserção social. O alargamento de mecanismos de terapia ocupacional deve, neste sentido, ser uma prioridade.

Para os que não querem submeter-se ao tratamento deve-se disponibilizar seringas e agulhas descartáveis, diminuindo os riscos de contaminação.

Ainda a montante do problema, para além das acções educativas, impõe-se uma acção repressiva mais sistemática, persistente e forte visando coibir a acção dos traficantes e comerciantes de drogas.

CAPÍTULO I. INTRODUÇÃO

1.1. Contexto e Justificação

A Comissão de Coordenação do Combate à Droga (CCCD), em parceria com o Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (ONUDD), realizou o presente estudo qualitativo e quantitativo, aplicando o método de avaliação rápida (RSA) com vista a determinar a extensão do uso abusivo de drogas em Cabo Verde, incluindo o uso de drogas injectáveis, e a relação com o VIH/SIDA entre usuários de drogas no país.

O estudo que ora se apresenta enquadra-se no Sub-programa PRESTAR (Prevenção, Pesquisa, Tratamento e Reabilitação) que se insere no Programa CAVE INTECRIN (Programa Integrado Conta o Crime e o Narcotráfico) acordada na Reunião Temática de Mobilização de Financiamento da Estratégia Nacional de Luta contra a Droga e o Crime Conexo, realizado em Outubro de 2004 entre o Governo de Cabo Verde e aquele escritório das Nações Unidas.

Os resultados do estudo devem permitir, não apenas o conhecimento da situação actual do consumo de drogas e sua correlação com a problemática do VIH/SIDA como também fornecer inputs para a definição e implementação de acções que contribuam para minimizar o impacto das doenças sociais e dos comportamentos impróprios em Cabo Verde.

De acordo com os dados existentes, a droga mais consumida em Cabo Verde é a *cannabis*, produzida localmente (há cerca de 30 anos), seguida do *crack*, cocaína e heroína. Entretanto, é necessário obter um conhecimento mais aprofundado do fenómeno das drogas no país de forma a reforçar as acções de prevenção primária. Perseguindo os desafios globais impostos pelo fenómeno das drogas e visando a redução da procura, verificam-se no contexto nacional, índices de aumento de jovens toxicodependentes e o abuso de drogas associado a questões sociais tais como o desemprego, diferentes formas de violência, prostituição, entre outros, bem como o aumento da criminalidade nas diferentes ilhas do país. Intervenções que reforcem as acções de prevenção primária (informação, educação e comunicação) bem como a divulgação das melhores práticas e a melhoria do conhecimento do fenómeno da droga e promoção de actividades alternativas saudáveis, tendo em conta os diferentes públicos alvos, constituem prioridades na luta contra a droga em Cabo Verde.

O uso abusivo de drogas, especialmente de forma injectável, está directamente relacionado ao avanço da epidemia do VIH/SIDA. Compartilhar ou usar seringas contaminadas é uma forma muito fácil de transmissão do vírus VIH. Uma vez que os usuários de drogas injectáveis compartilham com muita frequência seringas e agulhas, a possibilidade de transmissão pode inclusivamente chegar a outras redes sociais. De acordo com os dados do ONUDD, mais de 135 países reportaram à mesma organização o uso abusivo de drogas injectáveis, sendo que 110 deles constataram a infecção VIH entre esses usuários. Estima-se que entre 5% e 10% das novas infecções de VIH no mundo estejam relacionadas ao uso de drogas injectáveis e à partilha de seringas e agulhas contaminadas. Um estudo realizado no Hospital Baptista de Sousa, Cabo Verde em 2001, junto de usuários de drogas injectáveis mostrou que 6,1 % dessa população é portadora do VIH/SIDA.

A vertente epidemiológica do presente estudo pretende obter dados sobre a prevalência do VIH entre usuários de drogas em Cabo Verde, nomeadamente nas instituições de tratamento e nas duas cadeias centrais de Santiago e São Vicente. Nota-se que, dentro da Estratégia Nacional de Luta contra a SIDA, a CCCD em parceria com o Comité de Coordenação de Luta contra a SIDA (CCSSIDA), realizou em 2005 o estudo qualitativo e estimativa de duas populações vulneráveis ao VIH/SIDA, Usuários de drogas Injectáveis e profissionais do sexo, tendo como objectivo a obtenção de uma estimativa actual da dimensão dos grupos e seus comportamentos e atitudes frente ao VIH/SIDA, permitindo uma planificação das intervenções direccionadas para esses grupos alvo.

Nesse sentido, o presente estudo, também de carácter qualitativo e quantitativo, será um complemento para o referido estudo, uma vez que pretende igualmente identificar os padrões de consumo das drogas bem como a caracterização do grupo alvo quanto ao seu conhecimento, comportamentos e atitudes em relação às IST/VIH/SIDA, nesse caso, com uma maior abrangência geográfica, a saber as ilhas de Santo Antão, São Vicente, Sal, Santiago e Fogo.

A falta de dados actualizados, seguidos de informação e análise sobre o abuso de droga baseados nos diferentes grupos alvo nas ilhas referidas e nas instituições de tratamento e prisionais, pode limitar a capacidade do Governo em dar mais respostas ajustadas e realistas mediante programas sustentáveis de prevenção.

Os resultados obtidos no presente estudo pretendem contribuir para a análise continuada da situação das drogas em Cabo Verde, e a prevalência do VIH/SIDA entre a população usuária de drogas nas instituições de tratamento e prisionais. Propõe-se contribuir, igualmente, para fornecer as pistas de acções a serem desenvolvidas pelos decisores políticos, bem como as instituições governamentais, não governamentais e de base comunitária, e estabelecer um padrão de referência permitindo a monitorização e a avaliação.

Espera-se que a avaliação rápida da situação permita ao Governo de Cabo Verde, em colaboração com seus parceiros bilaterais e multilaterais, a formulação de respostas mais apropriadas e específicas de forma a satisfazer as necessidades do país nesse domínio.

1.2. Objectivos

O estudo tem o objectivo global de fortalecer a capacidade de intervenção da CCCD e outras instituições vocacionadas na determinação de prioridades visando a redução da procura das drogas, mediante a disponibilização de dados e informação referentes e sua relação com o VIH/SIDA em Cabo Verde, através da aplicação do método de Avaliação Rápida (RSA).

Em termos específicos, são estes os objectivos:

a) Usuários de drogas nas comunidades

- Conhecimento geral dos tipos de drogas usadas em Cabo Verde;
- Identificação das formas de consumo, bem como a natureza do mesmo;
- Identificação dos factores de entrada, saída, reentrada e permanência no consumo;
- Caracterização do grupo quanto a seus conhecimentos, comportamentos, valores e crenças em relação às IST/VIH/SIDA;
- Avaliação dos comportamentos de risco provenientes do uso abusivo de drogas como possível modo de transmissão das IST/VIH/SIDA;

b) Usuários de drogas em instituições (tratamento e prisões)

- Caracterização do grupo quanto a seus conhecimentos, comportamentos, valores e crenças em relação as IST/VIH/SIDA;
- Conhecimento da sero-prevalência dos usuários de drogas;
- Avaliação dos comportamentos de risco provenientes do uso abusivo de drogas como possível modo de transmissão das IST/VIH/SIDA;
- Auscultação das perspectivas de inserção social do grupo alvo.

Assim, o estudo propôs atingir os seguintes resultados:

- Dados qualitativos e quantitativos sobre a situação das drogas em Cabo Verde
- Melhor compreensão dos factores de vulnerabilidade ao VIH entre usuários de drogas
- Estratégias de intervenção junto do grupo alvo, sobretudo no tocante a prevenção
- Prevalência do VIH/SIDA entre a população usuária de drogas nas instituições de tratamentos e prisionais

1.3. Metodologia

O estudo baseou-se metodologicamente na realização de inquéritos, entrevistas e grupos focais com UD, ex-UD, familiares, técnicos de saúde e de outros sectores afins, assim como pessoas da comunidade.

Aliou-se a abordagem quantitativa e a qualitativa permitindo, a um só tempo, ter uma dimensão quantitativa do fenómeno (uso da droga e sua relação com a saúde) e de suas determinantes sociais, culturais e pessoais e uma qualitativa que aprofunda as causas ou determinantes do uso da droga e faça emergir factores explicativos outros não passíveis de apreender através de inquéritos.

Os inquéritos que serviram de base ao presente estudo foram realizados nas ilhas de Santiago nomeadamente na Praia, Santa Catarina, Santa Cruz (em uma instituição de tratamento de UD), São Vicente, Sal, Santo Antão (Porto Novo, Paul, Ribeira Grande) e Fogo (São Filipe). De referir que os municípios recobertos pelo inquérito possuem 79,4% da população do país, de acordo com os dados do Censo de 2000. Ademais, as ilhas de Santiago, São Vicente e Sal foram as mais afectadas pelo abuso de drogas, sendo que as ilhas do Fogo e Santo Antão têm vindo a ver incrementado o número de usuários de drogas, o que justifica o alargamento da cobertura geográfica dos inquéritos.

1.3.1. Métodos e técnicas de recolha de dados

O presente estudo fez recurso a duas grandes abordagens para a recolha de informações sobre a situação das drogas em Cabo Verde e sua relação com o VIH-SIDA.

A primeira, de natureza socio-demográfica, procura dimensionar a abrangência do fenómeno e a busca dos factores e das determinantes do fenómeno. Neste sentido, tal abordagem assenta-se essencialmente na metodologia usada pelas ciências sociais, associando a um só tempo métodos quantitativos (inquéritos) e qualitativos (entrevistas, grupos focais e observação).

A segunda, de natureza epidemiológica, visa fazer a despistagem do VIH-SIDA nos reclusos e nos internos dos Centros de tratamento. Esta segunda abordagem assenta-se em estudos serológicos da prevalência do VIH.

Foram realizados três tipos de inquéritos, recobrando três populações-alvo, a saber:

- a) Usuários de drogas nas comunidades
- b) Usuários de drogas em instituições de tratamento
- c) Usuários de drogas em prisões

No que se refere aos usuários de drogas (UD) em instituições de tratamento foi previsto inquirir e fazer o estudo de sero-prevalência no Hospital da Trindade e na Comunidade Terapêutica de Granja de S. Filipe. Contudo, no momento da realização do inquérito não havia nenhum UD em tratamento no Hospital da Trindade pelo que os dados reportam apenas à Comunidade Terapêutica de Granja de S. Filipe e à Tenda El-Shaddai.

Relativamente às prisões foram inquiridos presos das cadeias Centrais de S. Martinho, na cidade da Praia, e de Ribeirinha em S. Vicente

De igual modo, foram realizados grupos focais envolvendo UD, familiares dos UD e outros actores sociais. Para além disso, entrevistas a informantes-chave foram realizadas em todas as ilhas e concelhos retidas no plano amostral.

No estudo epidemiológico foram recobertas 329 pessoas das prisões centrais da Praia e do Mindelo e dos centros de internamento e reabilitação de tóxico-dependentes, sendo 325 homens e 4 mulheres.

1.3.2. Situação da demografia prisional no momento da realização do estudo e definição do Plano amostral

Em Dezembro de 2006, no momento da realização do inquérito, estavam presos cerca de 1023 reclusos, sendo 95,9% do sexo masculino e 4,1% do feminino. A distribuição geográfica dos presos mostra que a Cadeia Central da Praia alberga mais da metade (55,4%) da população prisional do país, seguido da Cadeia de S. Vicente (30,7%).

A análise da população prisional em termos de género mostra, em primeiro lugar, a incidência relativamente marginal entre as mulheres e, em segundo lugar, observa-se a sua concentração em três ilhas, ou melhor, em três concelhos, designadamente Praia, S. Vicente e Sal.

Quadro nº 1. Distribuição da população prisional de Cabo Verde (Dez.. 2006)

Cadeias	Masculino	Feminino	Total
Boavista	6	0	6
Brava	0	0	0
Fogo	36	0	36
Maio	0	0	0
Ponta do Sol	30	0	30
Porto Novo	10	0	10
Praia	541	26	567
S. Nicolau	3	0	3
S. Vicente	301	13	314
Sal	16	3	19
Sta Catarina	38	0	38
Total	981	42	1023

Fonte: Direcção Geral dos Serviços Penitenciários e de Reinserção Social

a) Estudo quantitativo

Inicialmente estimou-se inquirir cerca de 750 pessoas a nível das comunidades, contudo, as pessoas efectivamente inquiridas foram 752, conforme se pode constatar a partir da leitura do quadro nº 2.

Quadro nº 2 Distribuição dos UD segundo o sexo e por concelho

Concelho	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		Efectivo	%
	Efectivo	%	Efectivo	%		
Porto Novo	23	3,4	2	2,7	25	3,3
Ribeira Grande	24	3,5	2	2,7	26	3,5
Paul	24	3,5	1	1,3	25	3,3
São Vicente	138	20,4	25	33,3	163	21,7
Sal	34	5,0	15	20,0	49	6,5
Santa Catarina	43	6,4	3	4,0	46	6,1
Santa Cruz	44	6,5	0	0,0	44	5,9
Praia	303	44,8	25	33,3	328	43,6
São Filipe	44	6,5	2	2,7	46	6,1
S/R	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	677	100	75	100	752	100

No que se refere aos UD em instituições de tratamento, o plano amostral previu que 96 pessoas seriam inquiridas. Contudo, foram efectivamente inquiridas 65 pessoas. Como referido anteriormente, no momento da aplicação dos questionários não havia no Hospital de Trindade nenhum UD em tratamento.

Quadro nº 3 Distribuição dos UD entrevistados segundo o sexo e por instituição de tratamento

Instituição	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		Efectivo	%
	Efectivo	%	Efectivo	%		
Tendas Al-Shadai	44	72,1	0	0	44	67,7
Hospital Trindade	0	0,0	0	0	0	0,0
Centro Terapêutico Granja São Filipe	17	27,9	4	100	21	32,3
Total	61	100	4	100	65	100

Nas instituições prisionais foram inquiridos 653 pessoas, tendo havido 3,5% de recusas. De ressaltar que, inicialmente, o plano amostral previu que 884 presos seriam inquiridos. Todavia, no momento dos trabalhos de terreno o número efectivo de reclusos nas duas cadeias centrais era de 677.

Quadro nº 4 Distribuição dos entrevistados segundo o sexo e por instituição penal

Instituição penal		Sexo		Efectivo
		Masculino	Feminino	
São Martinho	Efectivo	386	21	407
	% do Total	59,1	3,2	62,3
São Vicente	Efectivo	243	3	246
	% do Total	37,2	0,5	37,7
Total	Efectivo	629	24	653
	% do Total	96,3	3,7	100

b) Estudo qualitativo

O estudo qualitativo assentou-se em três fontes principais de informação:

- i) Realização de grupos focais
- ii) Realização de entrevistas aprofundadas a informantes-chave
- iii) Observação de locais frequentados por UD e traficantes bem como os respectivos comportamentos

Quadro nº 5. Distribuição dos grupos focais realizados por município

Município	Número de Grupos focais realizados
Praia	10
Santa Catarina	2
Fogo	3
Sal	2
S. Vicente	4
Porto Novo	1
Ribeira Grande	-
Paul	1
Total	23

Os grupos focais realizados reagruparam, cada um, cerca de 10 pessoas apresentando, consoante o município homogeneidades ou não. Houve casos em que foram constituídos grupos apenas com tóxico-dependentes ou então grupos focais mistos com UD, ex-UD e familiares.

No caso das instituições fechadas, como as prisões e os centros de tratamento os grupos foram, por sua natureza e especificidade, homogêneos.

Quadro nº 6. Número de entrevistas a informantes – chave por município

Município	Número de entrevistas realizados
Praia	-
Santa Catarina	9
Fogo	10
Sal	2
S. Vicente	11
Porto Novo	10
Ribeira Grande	12
Paul	11
Total	65

No que diz respeito aos informantes-chave, as escolhas recaíram essencialmente em responsáveis de serviços públicos (hospitais e centros de saúde, tribunais, cadeias, polícia, educação) e organizações da sociedade civil (ONG, confissões religiosas, organizações de solidariedade social) que supostamente conhecem a problemática da tóxico-dependência e suas implicações na saúde das pessoas e que têm vindo a intervir seja a montante (prevenção) como a jusante do problema (tratamento, combate e repressão).

No que se refere à observação dos locais de concentração de UD e traficantes, ela foi essencialmente realizada na Praia e em S. Vicente. Nos outros municípios, não foram feitas observações de forma sistemática e com base numa grelha de observação que permitisse a obtenção de eventuais complementares às outras fontes de informação. Contudo, os relatórios dos trabalhos de campo apontam as principais localidades consideradas como tendo o maior número de UD ou de produção de drogas, ou ainda de comercialização¹.

c) Estudo epidemiológico

No que diz respeito à vigilância do VIH, a metodologia RSA recomenda um duplo enfoque na recolha de dados sobre o VIH, a saber uma vertente epidemiológica e uma vertente comportamental. Esta abordagem visa essencialmente conjugar dados sobre os comportamentos sexuais que levam à transmissão do VIH e os dados epidemiológicos do VIH, para melhor corroborar e explicar as tendências do VIH e a sua relação com o abuso de drogas.

O objectivo principal do teste do VIH é de fornecer dados relativos à prevalência do VIH nas populações usuárias de drogas nas instituições de tratamento e nas duas prisões centrais da Praia e de São Vicente, no âmbito da melhoria da vigilância da epidemia. Os testes de despistagem do VIH serão efectuados em cerca de 450 detidos usuários de drogas e 100 usuários de drogas que se encontram nas instituições de tratamento.

Assim, no âmbito do presente estudo os testes do VIH foram realizados com sangue capilar, depois da entrevista e do consentimento voluntário dos inquiridos nas prisões centrais da Praia e do

¹ Informações mais detalhadas sobre a metodologia do estudo, encontram-se em anexo ao presente relatório.

Mindelo e nas instituições de tratamento. De referir ainda o carácter anónimo dos testes , e o facto de não serem correlacionados com os dados do questionário.

Nº 7. Distribuição dos inquiridos submetidos ao teste VIH segundo o sexo

Sexo	Efectivo	%
Masculino	325	98,8
Feminino	4	1,2
Total	329	100,0

De entre os usuários de drogas nas Cadeias Centrais de S. Martinho e de S. Vicente bem como do Centro de Tratamento El Shaddai foram submetidos ao teste VIH um total de 329 pessoas, sendo 98,8% do sexo masculino e 1,2% do sexo feminino. Deste total, 4,3% são usuários de drogas injectáveis.

Nº 8. Distribuição dos inquiridos submetidos ao teste VIH segundo o uso ou não de drogas injectáveis

Usuário drogas injectáveis	Efectivo	%
UDI	14	4,3
Não UDI	315	95,7
Total	329	100

CAPITULO II. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O presente capítulo procede a uma análise global da situação do VIH-SIDA e das drogas em Cabo Verde, bem como as medidas de política que visam pôr cobro à situação.

Com efeito, o combate à droga e ao VIH-SIDA estão no centro das políticas do governo, tanto no que se refere à saúde como à prevenção da criminalidade associada, ao branqueamento de capitais e toda a incidência sobre a própria governação.

Neste sentido, sucessivos governos têm feito inscrever nos respectivos programas de governo a centralidade que se deve atribuir à prevenção e ao combate tanto à droga como à disseminação do VIH, no quadro de uma abordagem integrada e sistémica.

Para tanto, o Governo tem vindo a contar com fortes apoios da comunidade internacional que, através do CCC-D e CCS-SIDA, tem canalizado recursos para a implementação dos Planos Estratégicos entretanto elaborados pelo país.

Em Cabo Verde ainda não existem estudos sistemáticos e abrangentes que analisam de forma compreensiva a relação entre o consumo de drogas e a contaminação pelo VIH-SIDA, decorrentes essencialmente de comportamentos de risco, sejam eles de natureza sexual seja pela partilha de seringas.

A nível internacional vários estudos foram já realizados e que mostram a forte correlação entre o consumo de drogas (incluindo o álcool), comportamentos de risco e infecção pelo VIH/SIDA e outras IST.

Na Nigéria um estudo efectuado em Lagos (WHO, 2002) demonstrou que existe uma forte relação entre o HIV e comportamentos sexuais de risco entre os usuários de álcool, drogas e profissionais do sexo. Aponta este estudo que, no contexto de Lagos, a mais importante contribuição do uso do álcool no HIV/SIDA está no aumento de famílias sujeitas a comportamentos sexuais de alto risco, incluindo sexo inseguro quando um dos cônjuges se encontra ébrio.

No contexto cabo-verdiano, parece necessário compreender se idêntico fenómeno acontece, sobretudo num contexto de um país progressivamente mais cosmopolita, decorrente da urbanização, da emigração e do turismo, colocando de forma crescente a população, particularmente os jovens a uma exposição a riscos vários.

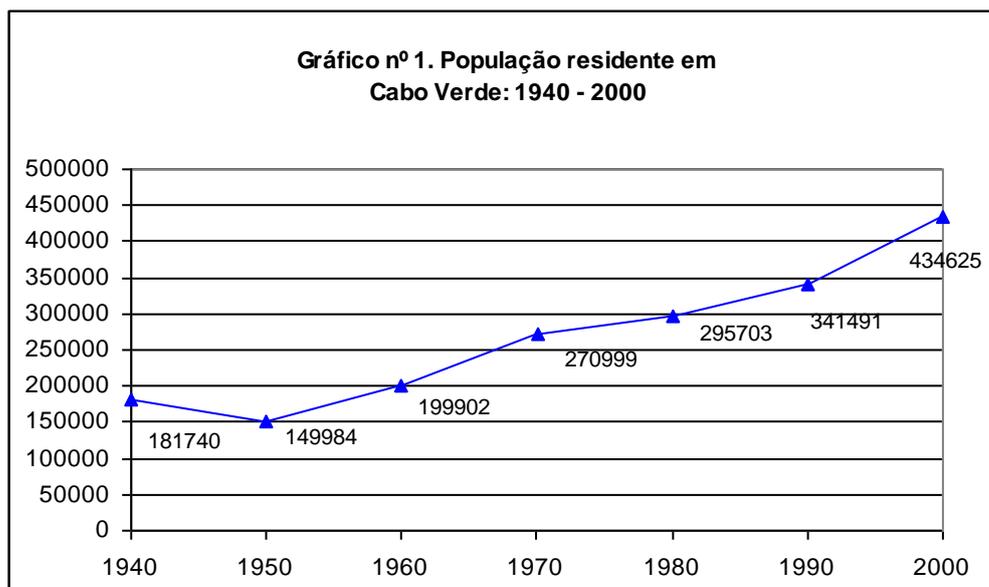
No que se diz respeito aos usuários de drogas, estudos mostram também uma relação entre o seu consumo, comportamentos de risco e a contaminação pelo VIH. Estudos realizados na Malásia (2004) mostram que, particularmente, entre os usuários de drogas injectáveis, os riscos de contaminação pelo VIH/SIDA decorrentes de comportamentos de risco (sexo e uso de seringas) são elevados.

De igual modo, estudo realizado entre reclusos das prisões belgas (Hariga F et alii, sd) mostra que a taxa de seroprevalência atinge os 2% em média, com algumas prisões com taxas de 7%, mas também com elevada percentagem de IST.

Importa, por conseguinte, no contexto cabo-verdiano estudar as dinâmicas dos comportamentos de risco em relação ao VIH/SIDA que resultam da interacção entre usuários de drogas nas comunidades, nos presídios e nas instituições de tratamento.

2.1. Dados demográficos

A população cabo-verdiana tem vindo a conhecer um crescimento constante desde os anos cinquenta do século passado, a que se deve conjugação de um conjunto de factores tais como: a elevada taxa de fecundidade, a progressiva redução da taxa de mortalidade e, mais recentemente, a diminuição do saldo migratório em decorrência do aumento das restrições dos países tradicionais de acolhimento de cabo-verdianos.



Fonte: INE

Mais dois fenómenos devem ser acrescentados à dinâmica da estrutura populacional cabo-verdiana: o decréscimo da taxa de fecundidade que reduziu de 4 filhos por mulher em 2000 para 2,9 filhos por mulher em 2005, de acordo com dados do IDSR II, sendo 3,0 no meio urbano e 2,7 no meio rural.

Um segundo fenómeno, ainda não completamente apreendido tanto pelas estatísticas como por estudos e políticas, tem a ver com o crescente fluxo de imigração proveniente da costa africana, particularmente dos países da CEDEAO (Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental).

Estes novos cenários fazem rever as projecções demográficas que apontam para uma população estimada em 577.924 em 2015, sendo 281.345 indivíduos do sexo masculino e 296.579 indivíduos do sexo feminino. O que significaria um crescimento de 24,8 % em relação ao ano 2000, ou seja, 1,7% a.a.

A análise da estrutura demográfica do país mostra a juventude de sua população. Com efeito, dados do quadro nº 6 mostram claramente que a população da faixa etária entre os 15 anos e os 25 anos representava, em 2000, cerca de 21,1% da população total do país. Se se considerar a população menor de 25 anos, ela representa cerca de 63,3% da população total.

Quadro nº9. População por ilha segundo grupo etário

Ilha	Total	- 15 anos	15 a 25	26 a 40	41 a 64	65 anos e +	NR
Total	431.989	181.993	91.281	80.714	49.547	27.122	1.332
Santo Antão	47.042	19.203	9.173	9.011	5.545	4.007	103
São Vicente	66.671	23.601	16.036	14.055	8.728	4.055	196
São Nicolau	13.647	5.308	2.721	2.401	1.632	1.566	19
Sal	14.596	5.231	3.410	3.624	1.707	593	31
Boa Vista	4.206	1.317	913	910	623	421	22
Maio	6.740	2.853	1.397	1.263	758	443	26
Santiago	234.940	105.218	48.442	42.672	25.072	12.735	801
Fogo	37.355	16.562	7.697	5.509	4.739	2.768	80
Brava	6.792	2.700	1.492	1.269	743	534	54

Fonte: INE, Censo 2000

As projecções oficiais do Instituto Nacional de Estatística apontam que, em 2010, Cabo Verde contará com 122.117 jovens com idade compreendida entre os 15 e os 24 anos, ou seja, 23,3% da população total. Deste total, cerca de 50,1% são mulheres.

Quando se toma a faixa etária entre os 0 e os 24 anos, em 2010, a população será de 344.981, ou seja, 65,9% da população do país.

2.2. Dados socio-económicos

Cabo Verde tem tido, nos últimos anos, um crescimento económico constante e considerado robusto, sobretudo quando comparado com os países da sub-região africana. De facto, entre 2001 e 2006, a taxa média de crescimento em termos reais foi de 5,6%, com uma taxa de inflação baixa, estabilidade cambial e acentuada redução da dívida pública. Conseguiu-se, neste período, reequilibrar os desequilíbrios macroeconómicos registados em 2000. Em 2004 e 2005, a taxa de crescimento do PIB foi de 4,4% e 5,8% respectivamente

No mesmo período, o crescimento médio do PIB *per capita* foi de 3,7%, que parece evidenciar o aumento do poder de compra do cabo-verdiano. Estima-se que o PIB *per capita* tenha atingido os USD \$ 2192.

A taxa de inflação esteve sob controlo em 2005, não tendo superado 1%. Em 2006, apesar das consequências internas do choque petrolífero que conduziu ao aumento de preços e com uma elevação da taxa de inflação para cerca de 4,2%, a taxa de crescimento da economia é estimada em 6%, o que denota uma boa performance dos indicadores macroeconómicos. Para 2007, o governo e o Banco de Cabo Verde projectam um crescimento de 6 a 7% e uma inflação controlada entre 0 e 1%.

Os dados do inquérito de conjuntura divulgados pelo INE mostram que o clima económico continua sendo positivo, pelo sexto semestre consecutivo, o que denota uma grande confiança na economia.

No que se refere às finanças públicas, conseguiu-se manter controlado o défice orçamental a uma taxa média de 3,3% entre 2001 e 2005. Tal facto mostra que o governo tem tido uma gestão rigorosa.

Nos últimos anos tem vindo a aumentar de forma progressiva e permanente os investimentos privados externos, particularmente no sector dos serviços, nomeadamente hotelaria e turismo, transformando-se no sector mais dinâmico da economia cabo-verdiana.

Estima-se que o comportamento do investimento directo estrangeiro tem vindo a melhorar e sua realização registada na balança de pagamentos traduziu-se em 2006, numa taxa de crescimento de 70%.

De acordo com o Governo, previsões apontam também no sentido de um forte crescimento deste agregado em 2006 e para um montante de 50 milhões de dólares.

Em termos de desenvolvimento humano, os relatórios mundiais do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) têm mostrado uma boa prestação do país. De facto, o indicador de desenvolvimento humano (IDH) passou de 0,717 em 2002 para 0,721 em 2003 e 0,722 em 2004. Da mesma forma, o indicador de Pobreza Humana (IPH) aponta também uma evolução positiva, tendo passado de 19,7 % em 2002 para 18,7 % em 2003 e 2004.

Não obstante esses avanços o país continua sendo dos mais vulneráveis do mundo, com uma forte dependência em relação à Ajuda ao Desenvolvimento e as remessas dos emigrantes, ainda que estejam a diminuir o seu peso relativo em proveito dos investimentos privados directos. Da mesma forma, e no quadro de uma economia-mundo interdependente e globalizada o país apresenta-se ainda por demais exposto aos choques externos, com consequências nem sempre “gerenciáveis 54” a nível interno.

Como referido anteriormente, a estrutura sectorial do PIB mostra uma forte dinâmica do sector terciário que, nos últimos anos, tem conhecido um crescimento robusto, representando cerca de 75% do PIB. Em contrapartida o sector primário tem estagnado à volta dos 8,5% e o sector secundário em 16%.

Os investimentos privados externos atingiram em 2004 cerca de 2,2% do PIB, e a Ajuda Pública ao Desenvolvimento (APD) estimada em 14,7% do PIB.

A insegurança alimentar em Cabo Verde é estruturante e resulta de limitações agro-ecológicas, agravadas pela seca e desertificação, em parte devidas à acção humana. A sua dependência alimentar é elevada já que, em anos de boa produção, a base produtiva do país consegue apenas garantir cerca de 20% das necessidades. As condições agro-ecológicas adversas e uma superfície cultivável limitada em apenas 45.000 hectares não permitem projectar uma auto-suficiência alimentar em milho e feijão. Contudo, o desenvolvimento de novas técnicas e tecnologias de produção e a consequente repercussão na produtividade agrícola pode permitir que, no sector das hortícolas e da pecuária, se possa preconizar uma auto-suficiência.

O crescimento económico constante dos últimos anos e com perspectivas de consolidar e aumentar não tem, contudo, tido, um impacto equitativo. De facto, a taxa do desemprego tem aumentado, passando de 17,4% em 2000 para 24,4% em 2005. Da mesma forma, a incidência da pobreza, de acordo com os dados do Inquérito às Despesas e Receitas das Famílias (IDRF), é elevada. Com efeito, cerca de 36% da população do país são pobres e 20% muito pobres.

De igual modo, esse crescimento económico tem tido um impacto mitigado sobre a geração de emprego. Se em 2001-2002, a taxa de desemprego um pouco mais de 24%, ela diminuiu em 2004 para 21% e conhece uma nova queda em 2005, atingindo cerca de 18,3%.

Em função da sua representação na população (52%) e do seu dinamismo, as mulheres cabo-verdianas jogam um papel social e económico de primeiro plano. No que se refere ao estatuto da mulher, regista-se avanços notáveis, graças à promoção da igualdade dos sexos e da equidade de género, que constituem uma das prioridades das autoridades governamentais. Embora as leis sejam favoráveis ao acesso da mulher à educação, à formação e ao emprego, sua integração sócio profissional e económica e a violência baseada no género, constituem ainda problemas globais e grandes desafios do país.

Se a sociedade privilegiou durante muito tempo a educação dos rapazes, nos nossos dias os indicadores mostram uma nítida melhoria nesse domínio e uma tendência ao nivelamento. Em 2001, as taxas de escolarização das mulheres no ensino primário e secundário se situavam respectivamente a 94,7% e 56,0%, enquanto entre os homens era de 95,6% e 51,9%. Em contrapartida, uma proporção de 30% das meninas/mães de 12-19 anos não frequenta a escola. Em 2000 a taxa de analfabetismo das mulheres era de 32,8% contra 16,5% para os homens.

A precariedade da situação económica das mulheres, atingidas pelo desemprego e pelo sub-emprego, aumenta conseqüentemente a dependência em relação ao homem, no seio de uma sociedade onde o estatuto da mulher continua marcada pelas percepções *tradicionalistas* e onde as relações continuam fortemente dominadas pelos homens.

2.3. Dados epidemiológicos sobre o HIV/SIDA

Diagnósticos realizados no âmbito das acções do CCS-SIDA e demais instituições sanitárias apontam para o facto de que o VIH está presente em todas as ilhas. Contudo, as ilhas de Sotavento são as mais atingidas pela epidemia. Há registo de diferenças significativas entre o meio urbano (0,9%) e o rural (0,6%)². Na ilha de Santiago há uma nítida concentração urbana da seroprevalência na Praia (2,6% dos homens e 0,8% das mulheres) enquanto que nos outros municípios a taxa se situa em 1,4% dos homens e 0,4% das mulheres. A prevalência do VIH/SIDA é considerada fraca mas há consenso que a probabilidade de extensão é muito elevada devido a comportamentos de risco e ao nível socio-económico geral (PE₂₀₀₆₋₂₀₁₀) das populações.

Segundo dados existentes, nos finais de 2005 foram notificados 1.710 casos dos quais mais de metade evoluíram para SIDA, indício de despistagem tardia da infecção. O VIH atinge de forma particular a população activa. 62,8% dos seropositivos e 51% dos casos de doença estão na faixa etária de 20-34 anos. Igualmente a incidência do VIH na faixa etária dos 45-49 anos é acentuada.

As características de Cabo Verde como país arquipelágico, com uma localização geográfica privilegiada na interligação entre os continentes europeu, americano e africano e com uma crescente abertura para o turismo, tem feito dele um país permeável às influências sociais e comportamentais, com reflexos visíveis na forma como se apresentam na sociedade esses dois grupos especiais.

Em relação ao VIH/SIDA, já em 2001 os dados epidemiológicos de notificação recolhidos pelo Ministério da Saúde mostravam que os usuários de droga constituíam 6,7% dos infectados em Cabo Verde. Aspectos comportamentais em termos dos hábitos dos usuários de drogas injectáveis (troca de seringas e sexo desprotegido), configuram-se como factores que levam os intervenientes no sector a temerem um aumento da propagação da epidemia entre os elementos dessa

² IDSR-II, 2005.

população. Logo a necessidade de conhecimento desses comportamentos para melhor definição de estratégias específicas de prevenção constitui ela também um dos motivos do estudo.

A nível nacional, regista-se ainda uma mudança no perfil da venda do sexo, das antigas casas constituídas para uma actuação mais difusa e escondida, o que levou à colocação de questões sobre o porque dessa mudança, para além de se procurar identificar as tendências para a formalização da actividade como profissão. Para além disso, as possibilidades da sua expansão/aumento precisa também ela ser conhecida. Todos esses foram considerados importantes factores na configuração desses grupos como sendo de risco em relação ao VIH/SIDA em Cabo Verde.

Um aspecto específico a se ter ainda em conta é o da interligação entre a prostituição e a droga, com a conseqüente criação de um ambiente mais favorável à prostituição, com a presença do consumo de droga. No caso de Cabo Verde encontramos um elemento agravante, o do consumo de álcool, que cria um ambiente mais favorável a comportamentos de risco.

No âmbito da estratégia de luta contra o VIH/SIDA, foi executado um primeiro plano multi-sectorial estratégico de combate ao VIH/SIDA para 2002/2006. Neste momento, um segundo plano para 2006-2010 foi elaborado, estando a sua execução prevista para 2007. A aquisição de anti-retrovirais, a execução de acções preventivas e a vigilância estabelecida são progressos realizados.

Aliás, pode-se afirmar que no domínio da luta contra o VIH/SIDA, iniciou-se já a implementação do II Plano Estratégico, com uma forte dimensão descentralizada e um envolvimento significativo de privados e do terceiro sector. Com efeito, a nova estratégia consiste, por um lado, de se avançar com a implementação de planos municipais de luta contra o VIH/SIDA e, por outro, ancorar o processo de implementação das acções nas instituições públicas municipais, empresas e organizações não governamentais e associações comunitárias.

2.4. Informações sobre a situação das drogas em Cabo Verde

É consensual na sociedade cabo-verdiana que o consumo, o tráfico e a comercialização de drogas têm vindo a conhecer um agravamento nos últimos anos, malgrado as medidas de natureza legal e criminal, educacional e outras.

A situação geográfica de Cabo Verde e a vulnerabilidade de suas fronteiras, particularmente a marítima, têm feito com que o seu território seja ponto de passagem de drogas para países terceiros, particularmente os da União Europeia.

De igual modo, as acções da Polícia Nacional e da Polícia Judiciária têm permitido capturar quantidades significativas de estupefacientes seja nos aeroportos seja no mercado interno, bem como a produção de *cannabis* em zonas rurais de difícil acesso.

Segundo informações disponíveis, a droga mais consumida em Cabo Verde é a *cannabis*, produzida localmente (há cerca de 30 anos), seguida do *crack*, cocaína e heroína.

Contudo, não se conhece ainda com exactidão a dimensão do fenómeno e seu real impacto na sociedade, nos indivíduos e na economia do país.

No que se refere ao uso de drogas em Cabo Verde, apesar da insuficiência de dados estatísticos, os serviços ligados à problemática registam um aumento do consumo tanto no que se refere ao número de usuários como na sua expansão geográfica. Regista-se, igualmente, um aumento do tráfico, confirmado pelo aumento do número de apreensões realizadas pelas autoridades policiais nos últimos anos, com a entrada de uma parte dessa droga em Cabo Verde, conforme dados da Polícia Judiciária. A esse respeito, é de salientar o aproveitamento, como já referido, da situação geográfica de Cabo Verde, numa das rotas estratégicas do tráfico internacional, agravado pela existência de um vasto mar na zona económica exclusiva.

Alguns indícios mostram que a incidência da droga é maior entre os homens do que entre as mulheres, e nas faixas etárias mais jovens. Contudo, a forte incidência urbana do consumo de droga faz prever um progressivo aumento de mulheres, exigindo, por isso, acções de prevenção.

A nível mundial, a literatura especializada têm mostrado a existência de uma relação entre o uso de drogas, particularmente as injectáveis e as IST, dentre as quais o VIH/SIDA. Com efeito, compartilhar ou usar seringas contaminadas é uma forma muito fácil de transmissão do vírus VIH. Uma vez que os usuários de drogas injectáveis compartilham com muita frequência seringas e agulhas, a possibilidade de transmissão pode inclusivamente chegar a outras redes sociais. De acordo com os dados do ONUDC, mais de 135 países reportaram à mesma organização o uso abusivo de drogas injectáveis, sendo que 110 deles constataram a infecção VIH entre esses usuários. Estima-se que entre 5% e 10% das novas infecções de VIH no mundo estejam relacionadas ao uso de drogas injectáveis e ao compartilhar de seringas e agulhas contaminadas. Um estudo realizado no Hospital Baptista de Sousa, Cabo Verde em 2001, junto de usuários de drogas injectáveis mostrou que 6,1 % dessa população é portadora do VIH/SIDA.

2.5. Tratamento e Reabilitação

As acções de instituições públicas no domínio do tratamento e recuperação de tóxico-dependentes têm vindo a conhecer um incremento significativo, com abordagens terapêuticas novas e diversas.

Inicialmente, o tratamento se encontrava concentrado nas cidades da Praia e do Mindelo, nos dois hospitais centrais, através dos respectivos serviços de psiquiatria. Na Praia, com a construção e entrada em funcionamento do Hospital Psiquiátrico de Trindade todo o tratamento (internamento ou laboratorial) passou a estar concentrado nesta instituição hospitalar.

Mais recentemente, entrou em funcionamento uma nova instituição de tratamento de usuários de drogas: A Comunidade Terapêutica da Granja de S. Filipe. Criada pelo Decreto-Lei nº 50/2005, de 25 de Julho, esta instituição, criada no âmbito da CCCD, tem por finalidade o tratamento, recuperação e reinserção social dos toxicodependentes, desenvolvimento de um trabalho de natureza médica, psicológica e de formação profissional, no quadro da terapia ocupacional. De ressaltar que o diploma que cria a Comunidade Terapêutica prevê a possibilidade de serem criadas outras comunidades especializadas.

Tendo entrado em funcionamento recentemente não se pode ainda avaliar o impacto da intervenção da Comunidade sobretudo em termos de reinserção social, algo que exige uma abordagem de parceria com as famílias e outras instituições da comunidade do UD.

A nível da sociedade civil, algumas iniciativas existem desde há alguns anos, nomeadamente a JOCUM que dispõe da Tenda El Shaddai em Santa Cruz que, associando um trabalhado de cariz

religioso e espiritual á terapia ocupacional, tem recebido essencialmente jovens de todas as ilhas do país.

De igual modo, a Liga Nazarena de Solidariedade tem desenvolvido acções nesta matéria com serviços adaptados ás diferentes necessidades dos pacientes.

No que se refere aos portadores do VIH-SIDA, tanto os Hospitais Centrais como os Regionais e as Delegacias de Saúde asseguram quer o seguimento médico quer psicológico. Neste momento, foram introduzidos os anti-retrovirais.

2.6. Prevenção

O Programa Nacional de Luta contra a Droga (PNLC) elaborado nos finais dos anos noventa do século passado procura concretizar as medidas de política definidas pelo governo em matéria da prevenção e da repressão da grande criminalidade, com particular relevância para o tráfico ilícito de drogas. Aliás, tal programa vem também na sequência de uma outra medida de natureza institucional de prevenção á droga que a criação da Comissão de Coordenação do Combate á Droga em 1995.

O PNLC estrutura-se em duas grandes componentes: (i) Redução da oferta da droga, através do reforço da luta contra a produção, o tráfico e a comercialização ilícitos de drogas; (ii) Redução da procura de droga, mediante acções de prevenção primária, tratamento e reinserção.

Assim, a nível da prevenção, o Estado legalmente assegura todo o tratamento aos UD que a ele se submeta voluntariamente, bem como a suspensão da pena de crime de abuso de droga. De igual modo, para aqueles que se encontram detidos, é-lhes assegurado, por lei, o tratamento requerido.

Por outro lado, em articulação com instituições ligadas ao sistema educativo e ás Organizações da Sociedade Civil, acções de informação, educação e comunicação (IEC) destinados a adolescentes e jovens têm sido desenvolvidas com vista a prevenir o consumo. No entanto, a eficácia dessas acções IEC está ligada também á resolução de problemas socio-económicos das populações mais pobres, particularmente os mais jovens. Neste sentido, a articulação com as acções desenvolvidas no âmbito da luta contra a pobreza, de formação e qualificação profissional e de criação de empregos, para além da ocupação dos tempos livres aparecem como medidas importantes de prevenção e que foram consideradas pelo PNLC.

Considerando, também, a interligação entre o uso de drogas, particularmente as injectáveis e as IST/VIH/SIDA, os planos estratégicos de luta contra a SIDA têm desenvolvido, com os Municípios, os departamentos governamentais mais importantes, associações e ONG acções de educação, formação e sensibilização no sentido de se evitar os riscos de contaminação, abstendo-se de comportamentos de risco como o são o uso de álcool, drogas, partilha de seringas e relações sexuais de risco.

Convém igualmente referir que, no domínio da prevenção, Cabo Verde adoptou já um Programa Integrado de luta contra a droga e crime conexo que tem como objectivo a longo prazo «Apoiar o desenvolvimento sadio e auto-sustentado de Cabo Verde através da implementação de uma estratégia que visa controlar e prevenir a expansão das drogas ilícitas, do crime e outros comportamentos impróprios, pelo reforço das capacidades nacionais na aplicação das leis, fiscalização e análise das tendências relacionadas com as doenças sociais, tratamento e reabilitação dos toxicodependentes e criação de uma estrutura apropriada para reduzir ao mínimo a

possível a penetração em Cabo Verde da corrupção, do branqueamento de capitais e do terrorismo.»

Tal objectivo traduz-se nos seguintes objectivos específicos:

i) CAVE ANTRAF (Anti-Tráfico de Drogas)

Reduzir a possibilidade de utilização do território cabo-verdiano para operações de tráfico ilícito de drogas, através do aperfeiçoamento das capacidades logísticas, analíticas e operacionais das instituições policiais cabo-verdianas para o controlo das suas fronteiras, detecção de carregamentos ilícitos via correios e reforço da lei e da ordem.

ii) CAVE PRESTAR (Prevenção Pesquisa Tratamento e Reabilitação)

Minimizar o impacto das doenças sociais e dos comportamentos impróprios em Cabo Verde através do reforço da capacidade analítica e operacional da Comissão de Coordenação do Combate à Droga, com a criação de serviços de tratamento e reabilitação para os toxicodependentes e a combinação de estratégias populares eficazes de prevenção, que visam fortificar as respostas sociais para os toxicodependentes e os comportamentos impróprios.

iii) CAVE JIMLOC (Justiça Branqueamento de Capitais e Crime Organizado)

Reduzir a possível penetração no conjunto da sociedade e da economia cabo-verdianas de práticas corruptíveis, redes de crime organizado e de grupos terroristas através do reforço da administração da justiça e da dotação às instituições cabo-verdianas de instrumentos legislativos necessários.

Estes objectivos encontram-se traduzidos em 3 programas:

a) Programa de redução de oferta de drogas, que preconiza o desenvolvimento de actividades de controlo de entrada e trânsito de drogas, através de:

- O aumento da capacidade de controlo nos pontos de entrada em Cabo Verde, principalmente nos portos, aeroportos e águas territoriais.
- Criação de capacidades básicas na investigação de luta contra a droga e o crime organizado transnacional, através da formação, do desenvolvimento de uma base de dados sobre a droga e o crime organizado, e a promoção da investigação com base em informação.
- Sensibilização e formação na investigação de branqueamento de capitais, bem como a criação um sistema de investigação criminal
- Melhoria do Laboratório da Polícia Científica

Prevê-se igualmente o reforço da coordenação dos serviços repressivos e exploração de formas mais eficazes de detecção e dissuasão do tráfico no quadro da cooperação internacional para o combate à criminalidade transnacional

b) Programa de redução da procura/desafios globais, no domínio dos desafios globais a tónica será colocada nas questões ligadas à prevenção, tratamento e reinserção social, bem como a relação existente entre o abuso de drogas e o VIH/SIDA e a prevenção das incivilidades, através de:

- Reforço das capacidades da Comissão de Coordenação do Combate à Droga (CCCD);
- Desenvolvimento de acções de sensibilização de massas no quadro de prevenção do uso de drogas e de incivilidades
- Avaliação das tendências e características da situação do abuso de drogas e da sua relação com o VIH/SIDA
- Reforço das capacidades dos serviços de tratamento e reinserção dos toxicodependentes
- Estudo sobre a cultura do Cannabis
- Criação de uma base de dados multissetorial sobre a droga no seio da CCCD

C) Programa do reforço do Estado de Direito Democrático e de luta contra a criminalidade transnacional organizada, que engloba a luta contra a corrupção, o branqueamento de capitais, combate à criminalidade organizada através do:

- Reforço dos serviços na luta contra o branqueamento de capitais
- Melhoria das técnicas de investigação dos crimes económicos e financeiros e melhoria da compreensão da criminalidade organizada pelos serviços repressivos
- Luta contra a corrupção activa e passiva englobando a criminalidade organizada, no seio das administrações nacionais
- Realizar um estudo sobre as vítimas do crime (ICVS)
- Desenvolvimentos dos mecanismos de protecção dos direitos dos cidadãos e de acesso diferenciado ao direito

2.7. Legislação

O quadro legal cabo-verdiano tem vindo progressivamente a normatizar as grandes questões que se colocam em relação à droga e ao VIH-SIDA. Aliás, deve-se sublinhar que Cabo Verde, caminhando no mesmo sentido das recomendações das Organizações Internacionais, ratificou já as três convenções internacionais de controle de droga, designadamente a Convenção sobre Narcotráficos, de 1961, a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, de 1971 e a Convenção contra o Tráfico Ilícito de Narcóticos e Substâncias Psicotrópicas, de 1988. Em decorrência da adopção no ordenamento jurídico interno das Convenções atrás referidas, o Governo tem vindo progressivamente a adaptar a legislação nacional.

Assim, para além das disposições legais constantes no novo Código Penal, bem como a lei nº 78/IV/93, de 12 de Julho, conhecida como lei da Droga, deve-se referir a aprovação da lei contra o branqueamento de capitais que entrou em vigor em 2002. No mesmo sentido, deve-se apontar o Decreto Regulamentar nº 1/97, de 10 de Fevereiro que regula a composição, as atribuições e o funcionamento da Comissão de Luta Contra o Tráfico Ilícito de Estupefaciente e Outras Substâncias Psicotrópicas.

De ressaltar ainda que Cabo Verde assinou a Convenção de Palermo sobre a criminalidade transnacional organizada e os seus protocolos sobre o Tráfico de Seres Humanos e Contrabando de Pessoas e que recentemente foi ratificada pelo Parlamento. De igual modo, o país assinou a Convenção das Nações Unidas contra a Corrupção em Dezembro de 2003, no México.

No âmbito regional, Cabo Verde faz parte do Plano de Acção de Controlo de Drogas, da União Africana, 2002-2006, bem como do Plano de Acção contra ao Tráfico de Drogas, da CEDEAO

Especificamente em relação ao VIH/SIDA, a preocupação em legisferar aparece na sequência da assumpção por parte do país da Declaração de Engajamento em relação ao VIH/SIDA aquando da realização da XXVI da Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre VIH em 2001, assim como nas Declarações dos Chefes de Estados Africanos nas Cimeiras de Abuja e Addis Abeba em que os países signatários comprometeram em " *promulgar, reforçar, ou aplicar de acordo com a conveniência, leis, regulamentos e outras medidas afim de eliminar todas as formas de discriminação contra as pessoas atingidas pelo VIH/SIDA e os grupos vulneráveis, e velar para que gozem plenamente de todos os seus direitos e liberdade fundamentais nomeadamente que lhes garantem o acesso a educação, á herança, ao emprego, aos cuidados de saúde, aos serviços sociais e sanitários, á prevenção, ao apoio e ao tratamento, á informação e á protecção jurídica, sempre no respeito á sua privacidade e confidencialidade e elaborar estratégias de luta contra a estigmatização e a exclusão social ligada á epidemia.*

Neste sentido, deve-se sublinhar uma iniciativa legislativa em curso no Parlamento e que dispõe sobre a prevenção, o tratamento e o controlo do VIH-SIDA que já foi aprovada na sua generalidade carecendo da sua aprovação na especificidade. De referir que esta lei é uma adaptação de uma legislação-tipo sobre IST VIH-SIDA discutida em 2004 onde todos os representantes dos parlamentos dos países da Africa Central e Ocidental estiveram presentes.

Por sua vez, o novo Código Penal, traz avanços quanto à criminalização de certas práticas e ilícitos. Assim, o artigo 155º do Código Penal considera como crime a exposição de outrem a doenças por acto sexual, fazendo referência á exposição por esse acto a doença venérea ou outra doença grave. De igual modo, no seu artigo 299º considera crime a propagação de doença contagiosa.

No que se refere à discriminação a pessoas vivendo com o VIH, o artigo 161ª prevê a punição para tais práticas.

CAPÍTULO III. USO DE DROGAS NAS PRISÕES E MONITORIZAÇÃO DOS RISCOS PARA A SAÚDE

O presente capítulo faz uma análise das características socio-demográficas dos reclusos, a incidência do uso de drogas nas prisões, formas de abastecimento, conhecimentos sobre as IST/VIH/SIDA e sero-prevalência nas cadeias centrais de S. Martinho, na cidade da Praia e de Ribeirinha, em S. Vicente.

De igual modo, analisa-se a visão dos reclusos em relação à sua condição social de presos e de usuários de drogas, a predisposição para o tratamento e a reabilitação e as condições socio-psicológicas condicionadoras de uma adequada reinserção social.

3.1. Descrição da amostra

Foram entrevistados, no momento da realização do inquérito nas duas Cadeias Centrais do país, um total de 677 reclusos. Destes, 96,5% aceitaram conceder as entrevistas, tendo uma taxa de recusa de 3,5%.

Do total dos reclusos entrevistados, 59,1% são da cadeia de S. Martinho e 37,2% da Cadeia de Ribeirinha.

Quadro nº 10 Distribuição dos entrevistados segundo o sexo e por instituição penal

Instituição penal		Sexo		Efectivo
		Masculino	Feminino	
São Martinho	Efectivo	386	21	407
	% do Total	59,1	3,2	62,3
São Vicente	Efectivo	243	3	246
	% do Total	37,2	0,5	37,7
Total	Efectivo	629	24	653
	% do Total	96,3	3,7	100

3.2. Características sócio-demográficas

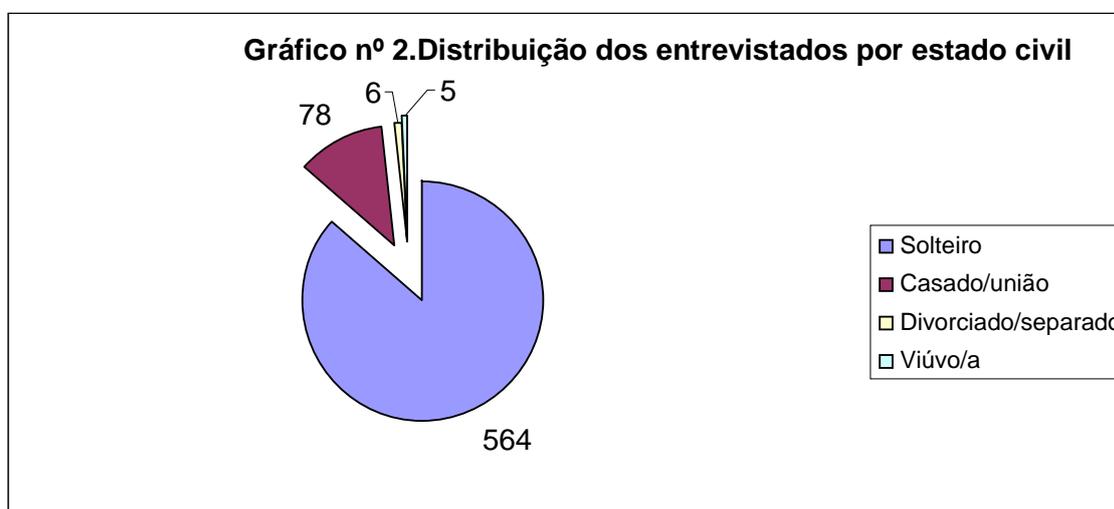
Analisando a distribuição dos inquiridos por sexo, constata-se que 3,7% são do sexo feminino e 96,3% do masculino. As reclusas da Cadeia de S. Martinho representam 87,5% do total das reclusas inquiridas.

A análise etária da população prisional inquirida mostra que os reclusos são maioritariamente jovens. Com efeito, 56,5% dos presos têm menos de 30 anos. Em contrapartida, apenas 13,6% têm mais de quarenta anos. Os custos económicos e sociais, individuais e colectivos que emergem do perfil da população prisional são enormes. Com efeito, é uma população activa que se encontra inactiva, representando custos para a sociedade, as respectivas famílias e para a própria biografia individual

Quadro nº 11. Distribuição dos entrevistados por grupos etários

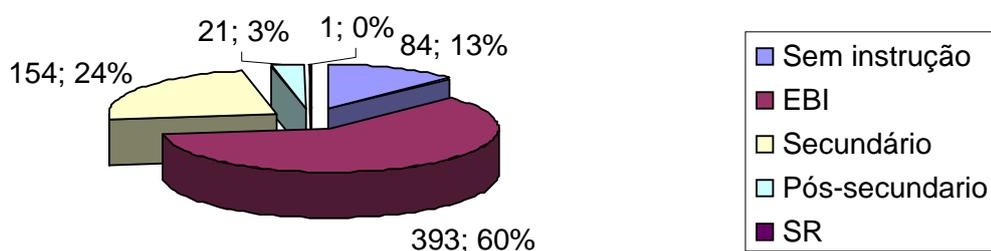
Grupos etários	Efectivo	%
< 20 anos	79	12,1
20-24	141	21,6
25-29	149	22,8
30-34	116	17,8
35-39	79	12,1
40 +	89	13,6
Total	653	100

Decorrente da juventude da população prisional está o facto de a grande maioria ser solteira (86,4%). Apenas 11,9% são casados ou vivem em união de facto.



Em termos de nível de instrução constata-se que, apresentando, a mesma tendência que a população, pode ser considerado como sendo baixo o nível de instrução. Se é verdade que 12,9% dos presos são analfabetos (inferior à média para a população total), a percentagem dos que possuem apenas o ensino básico atinge os 60,2%. Apenas 3,2% têm uma formação pós-secundária.

Gráfico nº 3. Distribuição dos entrevistados por nível de instrução



Um outro elemento característico da população prisional tem a ver com a nacionalidade. 84,8% são nacionais e cerca de 15% (incluindo os que têm dupla nacionalidade) são estrangeiros. A população prisional estrangeira não pode ser considerada insignificante, sobretudo se se puder correlacionar a nacionalidade com o tipo de crimes.

Quadro nº 12. Distribuição dos entrevistados por nacionalidade

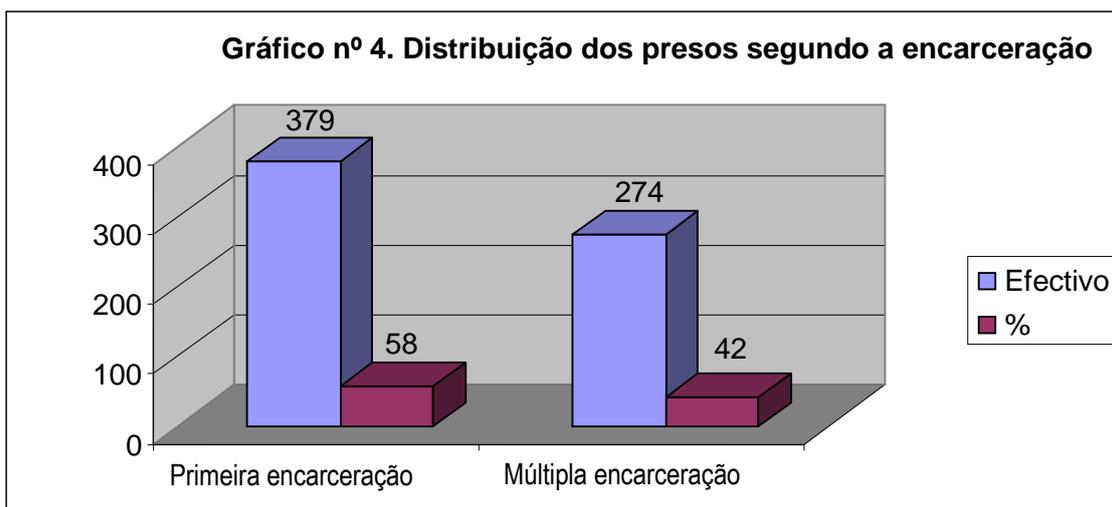
Nacionalidade	Efectivo	%
Cabo-verdiana	554	84,8
Dupla nacionalidade	29	4,4
Estrangeira	70	10,7
Total	653	100

Resulta dos dados do inquérito que mais de um quarto dos presos (26,8%) cumprem penas ou estão em prisão preventiva por crimes associadas à posse ou tráfico de drogas.

De ressaltar também a forte taxa de recidiva entre os detidos, o que denota um relativo fracasso das políticas de reinserção social dos ex-detidos. Com efeito, 42% dos detidos inqueridos já tinham cumprido penas anteriores.

Quadro nº 13. Entrevistados segundo a razão da detenção

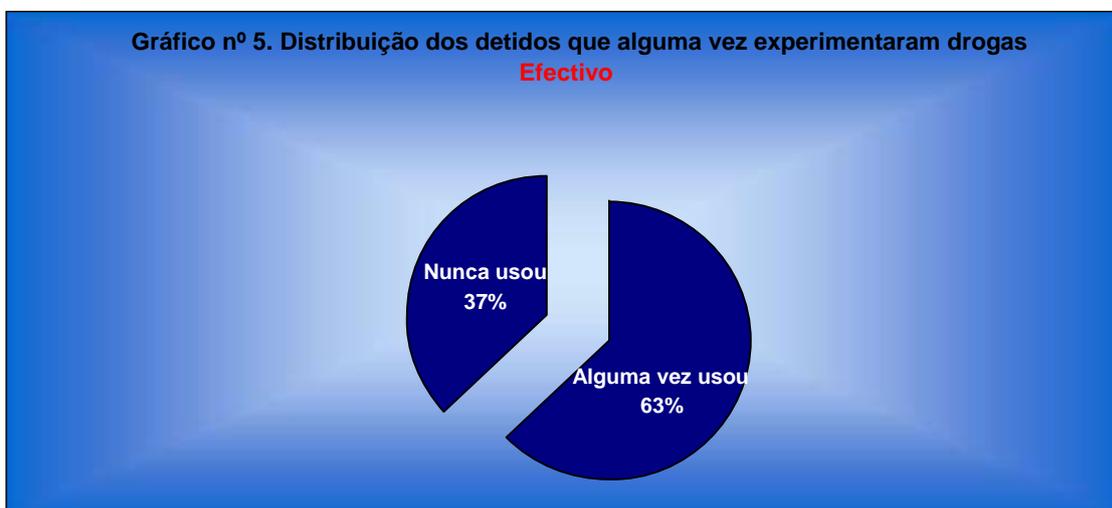
Razão da detenção	Efectivo	%
Posse/uso ou tráfico de drogas	175	26,8
Outra	464	71,1
SR	14	2,1
Total	653	100



3.3. Drogas na prisão

A literatura especializada e estudos feitos em outros países demonstram que as prisões não estão isentas nem de consumidores nem de traficantes e que o encarceramento não elimina o consumo de drogas, de qualquer natureza que ela seja³.

Nas prisões cabo-verdianas, a proporção de presos que experimentaram drogas é grande, atingindo 62,8%.



³ Cf. Demaere, W., Hariga F., Bartholeyns F., Vanderveken M. Santé et Usage de drogues en milieu carcéral. L'instrument épidémiologique : propositions méthodologiques. SSTC. Bruxelles; Junho 2001 http://www.belspo.be/belspo/home/publ/rapptoek_fr.stm, Hariga ; Hariga, Todts, Doullou & Coll. Drug use in prisons: monitoring of health risks: A survey in 10 prisons in Belgium

Mais ainda, dados do estudo mostram que, mesmo durante a prisão, é possível continuar o uso de drogas. Com efeito, 29% dos detidos já usou a droga na prisão. Tal facto, permite, desde logo, avançar que existem vulnerabilidades no sistema de prevenção e de repressão á entrada de estupefacientes

Aliás, segundo o relatório dos grupos focais, reportando a um estudo feito em 2006, constata-se que, no caso da Cadeia da Praia, existem 78 toxicodependentes, sendo 77 homens, todos nacionais. Deste total, 47 são da Praia, todos com idade até 43 anos, sendo que, maioritariamente (50), com idade compreendida entre os 17 e os 28 anos.

Quadro nº14. Prevalência do uso de drogas nas prisões segundo o tempo de detenção

Tempo na prisão	Usou na prisão		Não usou na prisão		Nunca usou drogas		Total	
	Efectivo	%	Efectivo	%	Efectivo	%	Efectivo	%
	Entre 3 e 5 meses	5	7,8	34	53,1	25	39,1	64
Entre 6 e 11 meses	44	32,4	57	41,9	35	25,7	136	100
Mais de um ano	141	31,2	129	28,5	182	40,3	452	100
Total	190	29,1	220	33,7	242	37,1	652	100

Dos que usaram drogas na prisão, cerca de 74% estão presos há mais de um ano, enquanto 23% têm entre 6 a 11 meses de prisão efectiva. Se é verdade que a droga mais usada, segundo os detidos, é a padjinha (96,3% dos que consomem drogas), a utilização das drogas consideradas pesadas não é de todo negligenciável. Com efeito, 67,2% afirmaram ter consumido ou que consomem cocaína, 24,4% heroína. O haxixe é referido por 41,8% dos detidos. O álcool, ainda que não considerado como sendo uma droga, é consumida por 56 % dos presos.

O que resulta da análise dos dados é que, por um lado, a extensão do uso de drogas entre os detidos é significativa e que as drogas ditas pesadas têm uma grande importância e, por outro, que ou existe um consumo, ao mesmo tempo de vários tipos de droga, eventualmente em função da oferta, ou de uma transição de drogas mais leves para as mais pesadas.

Aliás, associando os dados dos inquéritos com as informações dos grupos focais realizados com os presos confirma-se que os que usam cocaína e heroína ou ainda alucinógenos começaram pelo álcool, padjinha e haxixe.

Quadro nº 15. Distribuição dos detidos usuários de drogas segundo a substância consumida e a situação perante à detenção

Substância consumida	Situação perante a detenção					
	Preso preventivo		Condenado		Total	
	Efectivo	%	Efectivo	%	Efectivo	%
Padjinha (Cannabis)	110	94,0	284	97,3	394	96,3
Haxixe/hax	36	30,8	135	46,2	171	41,8
Heroína castanha, brown	30	25,6	70	24,0	100	24,4
Cocaína (pedra crack, base)	84	71,8	191	65,4	275	67,2
Anfetaminas (anfetamina, metanfetamina, ecstasy)	19	16,2	39	13,4	58	14,2
Sedativos e tranquilizantes (barbitúricos)	4	3,4	10	3,4	14	3,4
Alucinógenos (LSD, chá de diabo, comprimido, pastilha)	14	12,0	29	9,9	43	10,5
Solventes e inalantes (cola de sapateiro)	4	3,4	11	3,8	15	3,7
Álcool	65	55,6	165	56,5	230	56,2
Outras drogas	2	1,7	27	9,2	29	7,1
Total	117	100	292	100	409	100

3.3.1. Padrões de consumo

O consumo de drogas nos estabelecimentos prisionais tanto da Praia como de S. Vicente confirma a existência de esquemas que permitem o acesso de substâncias psicotrópicas para dentro das prisões.

Os dados do inquérito mostram que a principal fonte de circulação das drogas são os próprios detidos (80%), sendo 93,9% em Mindelo e 72,3% na Praia. Estes dados não revelam contudo quem os faz chegar maioritariamente aos presos. Duas grandes possibilidades se colocam e que resultam, aliás, dos dados do inquérito, das entrevistas aos informantes-chave e dos grupos focais. Com efeito, de acordo com o inquérito, a aquisição, em 18,4% dos casos, é conseguida através dos funcionários das prisões e em 10,3% dos casos através dos visitantes. Certamente que para os 80% que conseguem as drogas através dos colegas, estes, por sua vez, as conseguem essencialmente através dos visitantes e/ou dos funcionários

Resulta, no entanto, evidente a porosidade e a fragilidade do sistema de vigilância das prisões centrais cabo-verdianas e da gravidade do envolvimento dos funcionários na comercialização dos estupefacientes.

Quadro nº 16. Distribuição dos usuários de drogas na prisão segundo o modo de aquisição de drogas e por instituição penal

Modo de aquisição	Instituição penal				Total	
	São Martinho		São Vicente			
	Efectivo	%	Efectivo	%	Efectivo	%
Funcionários da prisão	25	21,0	9	13,6	34	18,4
Colegas detidos	86	72,3	62	93,9	148	80,0
Visitantes	16	13,4	3	4,5	19	10,3
Outra via	16	12,9	0	0,0	16	8,4
Total	119		66		185	

3.3.2. Drogas injectáveis

A análise da dimensão do uso de drogas injectáveis é importante para a monitorização da saúde dos reclusos uma vez que a partilha de seringas constitui uma importante via de transmissão das IST/VIH/SIDA.

Nas cadeias centrais a forma privilegiada do consumo de drogas é através do fumo (97,3%), seguida pelo inalamento (37%). Apenas 2,7% dos detidos afirmam injectar. Assim sendo, estima-se em cerca de 13 os UDI e destes 10 são usuários de drogas nas prisões.

De acordo com as informações disponíveis, existe um equilíbrio entre os UDI presos pela primeira vez (6) e os reincidentes (7). Uma vez mais, estes dados mostram o relativo insucesso das políticas de reinserção social tanto dos presos em geral como dos tóxico-dependentes em particular.

Quadro nº 17. Distribuição dos detidos usuários de drogas segundo a forma de consumo

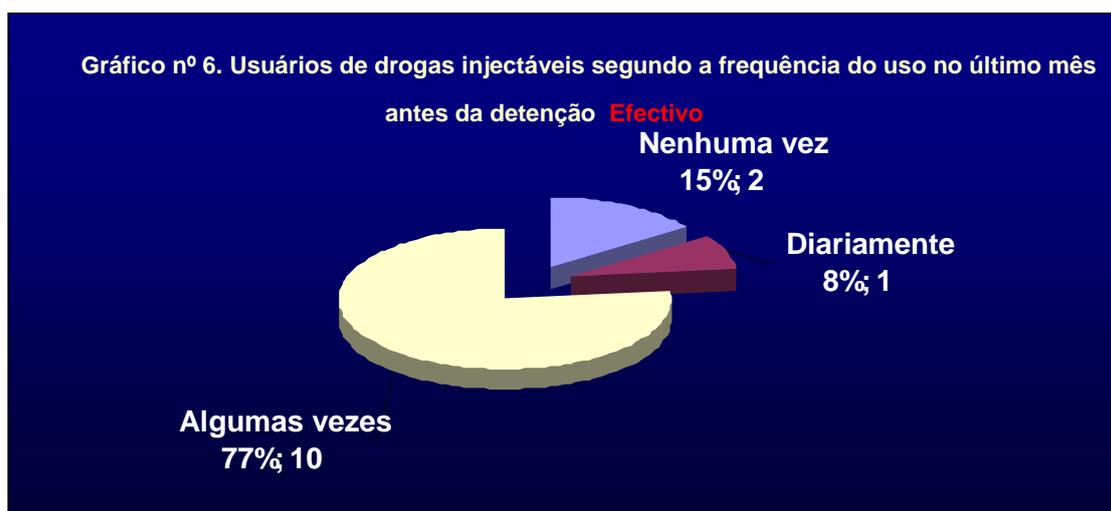
Forma de Consumo	Nº encarceração				Total	
	Primeira encarceração		Múltipla encarceração		Efectivo	%
	Efectivo	%	Efectivo	%		
Fumada	196	97,0	202	97,6	398	97,3
Inalada	71	35,3	80	38,6	151	37,0
Injectada	5	2,5	6	2,9	11	2,7
Via oral	81	40,1	111	53,6	192	46,9
Total	202	100	207	100	409	100

Quadro nº 18. Prevalência de usuários de drogas injectáveis segundo algumas características seleccionadas

Características seleccionadas	Efectivo	Nº UDI	%
Alguma vez usou drogas	410	13	3,2
Usuários de drogas na prisão	190	10	5,3
Primeira encarceração	379	6	1,6
Múltipla encarceração	274	7	2,6
Primeira -encarceração e UD na prisão	77	3	3,9
Múltipla encarceração e UD na prisão	113	7	6,2
Total Detidos	653	13	2,0

Analisando os padrões de consumo por parte dos UDI constata-se que, antes de serem presos o consumo acontecia com frequência, o que supõe existir um sistema de aprovisionamento relativamente estável. Com efeito, a grande maioria dos UDI (10) consumia com alguma regularidade (algumas vezes) e um (1) consumia diariamente.

Contudo, dois afirmaram que não consumiam o que permite inferir que passaram a consumir na prisão.



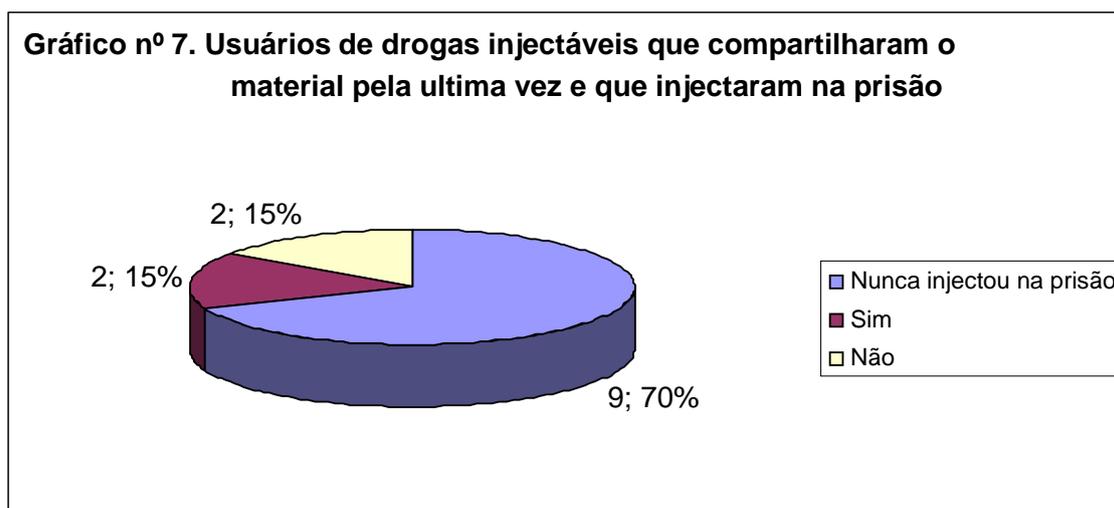
Analisando a forma como utilizam as drogas, as informações mostram que as situações de vulnerabilidade e de risco são grandes. Com efeito, mais da metade dos UDI inquiridos partilham os materiais de injeção com outros colegas podendo transmitir ou estarem sujeitos à contaminação pelas IST/VIH/SIDA

Quadro nº 19. Usuários de drogas injectáveis segundo a compartilha de materiais de injeção

Compartilha de material	Efectivo	%
Não	6	46,2
Sim, com o seu colega	6	46,2
Sim, com outros	1	7,7
Total	13	100

Já nas prisões, a incidência do uso de drogas injectáveis é substancialmente menor. Apenas dois dos treze UDI afirmaram ter injectado. Eventualmente, o acesso a esse tipo de drogas e aos materiais para injeção sejam mais difíceis ou mesmo os custos para a sua obtenção serem maiores o que constitui uma dificuldade.

Gráfico nº 7. Usuários de drogas injectáveis que compartilharam o material pela ultima vez e que injectaram na prisão



3.3.3. Tratamento

Uma dimensão importante da análise da saúde dos presos, particularmente dos UD, reside no conhecimento de sua trajetória anterior à prisão, designadamente em termos de acompanhamento e tratamento médicos.

Os dados do inquérito, corroborados pelas informações dos grupos focais mostram que poucos os que tinham algum tipo de acompanhamento médico antes de terem sido presos (17,3%). Com efeito, dos UD presos 81,2% não tiveram qualquer tipo de assistência clínica ou terapêutica antes de serem presos.

Quadro nº 20. Detidos usuários de drogas que tiveram um acompanhamento regular antes da detenção

Acompanhamento	Efectivo	%
Teve	71	17,3
Não teve	333	81,2
SR	6	1,5
Total	410	100

É verdade que, no contexto cabo-verdiano, as instituições públicas ou privadas de acompanhamento e tratamento a tóxicodependentes são poucas e concentradas em apenas duas das nove ilhas do país, o que, à partida, constitui um óbice em termos de acesso a cuidados diferenciados de saúde.

Outrossim, a estigmatização social a que os UD estão socialmente submetidos tende a fazer com que, por um lado, o consumo seja feito clandestinamente e que, por isso, não se procure cuidados médicos e/ou psico-terapêuticos que dariam visibilidade à condição de tóxicodependência.

Aliás, reiteradas vezes, os UD participantes dos grupos focais afirmam que a rejeição a que estão sujeitos, primeiro pelas famílias, e depois pela sociedade, tende a agudizar e agravar a situação de dependência, uma vez que os leva a refugiar-se com colegas também excluídos e o reforço do consumo de droga é o passo seguinte. Referem mais ainda que esta situação tende a agravar a baixa auto-estima, ao auto-isolamento e à depressão. E, neste contexto, está-se perante uma situação de forte apatia e a busca de ajuda não está nos horizontes dos UD.

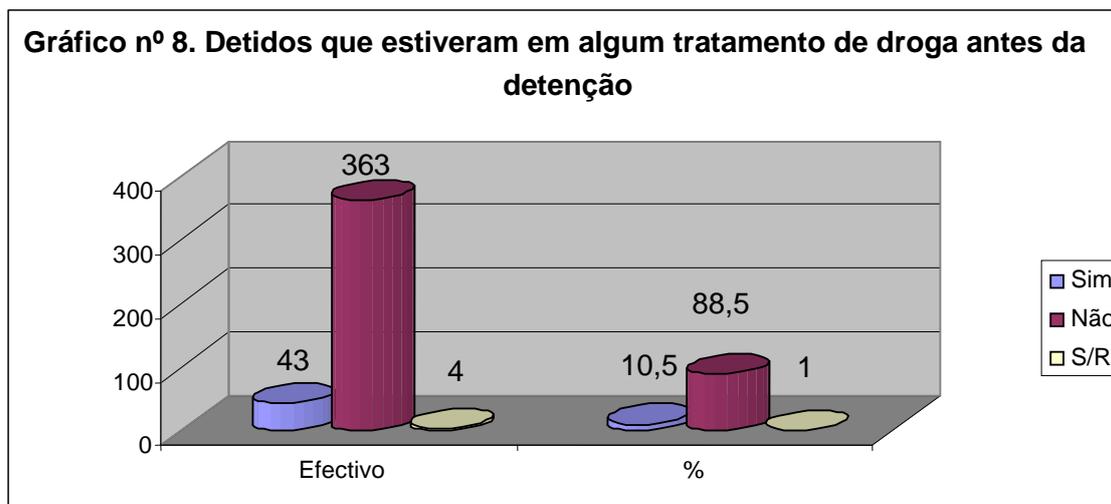
Interessa, no entanto, sublinhar que os poucos que, antes da prisão, procuraram tratamento (71), fizeram-no com psicólogos, psiquiatras, médicos e assistentes sociais. Vê-se, por conseguinte, que a perspectiva da busca de um apoio, essencialmente baseado em **counseling** e terapia, justifica a preferência por psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais. Trata-se, efectivamente, de uma perspectiva interessante, mostrando a assumpção seja dos UD seja de suas famílias de que a tóxicodependência não é apenas química mas também psicológica.

Quadro nº 21. Detidos que experimentaram drogas e detidos que procuraram tratamento segundo o pessoal de acompanhamento antes da detenção

Pessoal de acompanhamento	Alguma vez usou drogas		Usuários que procuraram tratamento	
	Efectivo	%	Efectivo	%
Médico	13	3,2	13	18,3
Não	390	95,1	57	80,3
S/R	7	1,7	1	1,4
Psiquiatra	23	5,6	23	32,4
Não	380	92,7	47	66,2
S/R	7	1,7	1	1,4
Psicólogo	32	7,8	32	45,1
Não	371	90,5	38	53,5
S/R	7	1,7	1	1,4
Assistente social	13	3,2	13	18,3
Não	390	95,1	57	80,3
S/R	7	1,7	1	1,4
Outro	15	3,7	15	21,1
Não	394	96,1	56	78,9
S/R	1	0,2	0	0,0
Total	410	100,0	71	100,0

Interessa, contudo, sublinhar que procurar tratamento não significa necessariamente seguir tratamento. Com efeito, se 71 dos detidos inquiridos afirmaram ter procurado tratamento, apenas 10%, seguiram o tratamento, o que mostra a resistência dos UD em tratar-se. Embora os dados do inquérito e dos grupos focais não tematizarem a concepção de doença por parte dos UD, as entrevistas a informantes-chave, particularmente os que trabalham no domínio da saúde

sublinharam que, amiúde, não se assume, tanto os UD como a sociedade cabo-verdiana, a tóxicod dependência como uma doença e, por conseguinte, não se procura apoio médico.



Muitos dos UD presos, embora tenham tido tratamento em instituições de saúde e de terapia ocupacional, quase um terço dos que receberam tratamento no último ano foi na Cadeia. De igual modo, importante é a participação da Tenda El-Shadai nesta matéria, a par dos dois hospitais centrais do país. Como referido anteriormente, o reduzido número de instituições nacionais especializadas em tratamento de tóxicod dependentes condiciona de forma significativa o acesso ao tratamento. Interessante sublinhar que a Cadeia tem vindo a desempenhar um papel importante no tratamento dos detidos usuários de drogas. Com efeito, quase um terço dos que seguiram tratamento fizeram-no no estabelecimento prisional em que se encontram detidos.

Quadro nº 22. Detidos que experimentaram drogas e que receberam tratamento nos últimos 12 meses por instituição onde recebeu o tratamento

Instituição	Efectivo	%
Tendas EL-Shadai	4	20,0
Hospital Trindade	4	20,0
Hospital Baptista de Sousa	3	15,0
Estabelecimento de Saúde	3	15,0
Cadeia	6	30,0
Total	20	100

Um outro aspecto referente aos padrões de consumo de droga tem a ver com a acentuada recidiva. As razões normalmente apontadas para tal situação e transversais em todos os grupos focais realizados, bem como nas entrevistas aos informantes-chave, são as seguintes: (i) não acompanhamento psicológico e social dos UD após a desintoxicação, (ii) a forte abundância de drogas no mercado; (iii) o retorno ao mesmo ambiente social; (iv) a situação socio-económica dos UD e suas famílias (desemprego e pobreza); (v) estigmatização social.

Estas razões se encontram, em grande medida, espelhadas nas razões evocadas pelos presos que fizeram tratamento e que, no entanto, tiveram recaída. O fácil acesso a drogas (35%), a pressão de amigos (30%), falta de apoio (30%) e falta de ocupação (25%) foram as mais evocadas.

Relativamente ao tratamento oferecido, convém apontar que para 30%, sendo que 20% dos inquiridos afirmam que é difícil conseguir-se um tratamento completo («limpo») e 10% para quem o tratamento foi ineficaz, a qualidade e a duração do tratamento estarão na origem da recaída.

Quadro nº 23. Detidos usuários de drogas segundo o motivo da recaída

Razões	Efectivo	%
Não quis continuar o tratamento	3	15,0
Tratamento ineficaz	2	10,0
Muito difícil ficar limpo	4	20,0
Pressão de amigos	6	30,0
Fácil conseguir drogas	7	35,0
Falta de ocupação	5	25,0
Falta de Apoio	6	30,0
Outro	6	30,0
S/R	1	5,0
Total	20	100

3.4. Droga, Violência e Comportamento Sexual

Normalmente se associa a circulação de drogas à violência e a comportamentos individuais e sociais de risco. Com efeito, em muitos países a venda e o consumo de substâncias psicotrópicas são crimes. Mais ainda, as estatísticas criminais têm mostrado que muitos crimes estão associados ao tráfico de drogas e a disputas por pontos ou mercados de comercialização. Da mesma forma, o consumo de drogas é, muitas vezes, correlacionado com o aumento de comportamentos potencialmente violentos.

No que se refere ao comportamento sexual, muitos estudos têm mostrado que o comportamento sexual inseguro entre os usuários de drogas sejam elas injectáveis ou não injectáveis é significativo (Obot). Aliás, estudos da ONUDC (2001) mostraram que os UDI exibem elevados níveis de comportamentos sexuais de risco, especialmente o não uso de preservativos, em particular com parceiros sexuais regulares, é baixo em muitas cidades da Índia.

Em Cabo Verde, o IDRS II mostra que, de uma forma global, 99,7% das mulheres e 99,9% dos homens tinham conhecimento de algum tipo de método contraceptivo, o que é ligeiramente superior aos dados apurados pelo IDSR I realizado em 1998.

Contudo, a taxa de utilização baixa consideravelmente. De facto, apenas 43,9% das mulheres e 38,3% dos homens declararam utilizar algum tipo de método contraceptivo. Entre as mulheres casadas e/ou em união-de-facto, a taxa de utilização é de 61,3% mais da metade dos homens (39,5%).

Considerando homens e mulheres a taxa de utilização de métodos contraceptivos é de 41,2%.

Ainda de acordo com os dados do IDSR II, a utilização do preservativo e a fidelidade são conhecidos por cerca de 85% de mulheres e 92% dos homens, como forma de prevenção das IST/VIH/SIDA. Já a abstinência é apontada por 56% das mulheres e 59% dos homens.

Contudo, quando se passa da dimensão axiológica para a comportamental constata-se uma forte discrepância. Com efeito, 43,4% das mulheres e 67,0% dos homens tiveram relação sexual de alto risco, sendo que apenas 45,8% das mulheres e 71,9% dos homens utilizaram preservativos nessas relações.

De referir que as mulheres apresentam maiores vulnerabilidades. Isto é, menos da metade se preveniu quando teve um sexo de alto risco. Em contrapartida, mais de dois terços dos homens se preveniram.

3.4.1. Droga e Violência nas prisões

Analisando os dados referentes à violência nas prisões cabo-verdianas e relacionadas com a droga, constata-se que ela é percebida como relativamente marginal pelos detidos. Com efeito, apenas 4,7% dos presos inquiridos afirmaram ter sido vítima.

Quadro nº 24. Detidos que declaram ter sido vítima de violência relacionada à droga na prisão

Vítima de violência	Efectivo	%
Sim	31	4,7
Não	621	95,1
S/R	1	0,2
Total	653	100,0

Dos que se sentiram vítimas, a grande maioria (54,8%), declarou ter sido ameaça que não se terá concretizado. Em contrapartida, para 19,4% tratou-se de espancamento, enquanto que para 19,4% foi chantagem (contra o próprio detido ou seu familiar).

Interessa ressaltar que as razões da violência (consumada ou não) encontram-se, em parte, associadas com dívidas por causa do consumo de drogas. Na verdade, para 36 inquiridos, correspondente a 8,7% de presos que alguma vez experimentou drogas, a violência está associada com dívidas.

Quadro nº25. Detidos que declaram ter sido vítimas de violência relacionada à droga na prisão segundo a forma de violência

Forma de violência	Efectivo	%
Ameaça de agressão	17	54,8
Chantagem com ele(a) mesmo	4	12,9
Chantagem com amigos/parentes	2	6,5
Espancamento	6	19,4
S/R	2	6,5
Total	31	100

Deve-se contudo sublinhar que a violência nas prisões não se encontra relacionada apenas ao uso e comercialização de drogas. Ela também se encontra relacionada com as relações e competições entre os detidos e de conflitos com os guardas prisionais.

Na verdade 17,2% dos detidos afirmaram ter tido problemas na cadeia. Ademais, nos grupos focais, os presos foram explícitos em afirmar que são fortemente violentados pelos guardas, fazendo recurso tanto a violência física quanto psicológica.

De igual modo, afirmam existir conflitos entre os detidos e que estão associados a dívidas e a outros compromissos assumidos e não honrados.

Quadro nº 26. Detidos que alguma vez não podiam pagar uma dívida por causa do uso de drogas

Dívida	Efectivo	%
Sim	36	5,5
Não	617	94,5
Total	653	100

Quadro nº 27. Detidos que declararam ter tido algum problema com outra pessoa e por instituição penal

Problema	Instituição penal				Total	
	São Martinho		São Vicente		Efectivo	%
	Efectivo	%	Efectivo	%		
Teve	97	23,8	15	6,1	112	17,2
Não teve	306	75,2	230	93,5	536	82,1
S/R	4	1,0	1	0,4	5	0,8
Total	407	100	246	100	653	100

3.4.2. Comportamento sexual

Em relação ao comportamento, referimos anteriormente existir em muitos casos uma dissonância entre os conhecimentos de métodos contraceptivos e comportamentos sexualmente seguros e a prática sexual.

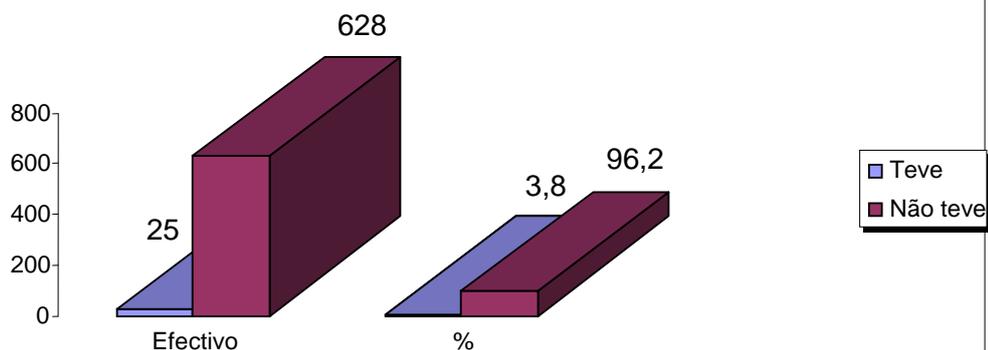
Entre os presos, pela situação em que vivem, numa instituição fechada e com proibição da actividade sexual, importa conhecer os padrões de comportamento sexual, tendo em conta, sobretudo, eventuais comportamentos de risco.

A actividade sexual nas prisões, ainda que marginal, denota a possibilidade de existência. Com efeito, 3,8% dos inquiridos referiram ter tido relações sexuais durante visitas na prisão no último ano, enquanto que 7,2% tiveram relações sexuais fora das visitas.

O que preocupa, no entanto, é a (in) segurança das relações sexuais fora das visitas. Na verdade, as relações sexuais durante as visitas são feitas com os(as) companheiros(as)/esposos(as), enquanto que as ocorridas fora das visitas apontam para relações mais efémeras.

Aliás, 66% dos inquiridos que tiveram relações sexuais fora das visitas afirmaram tratar-se de relações com parceiros não regulares.

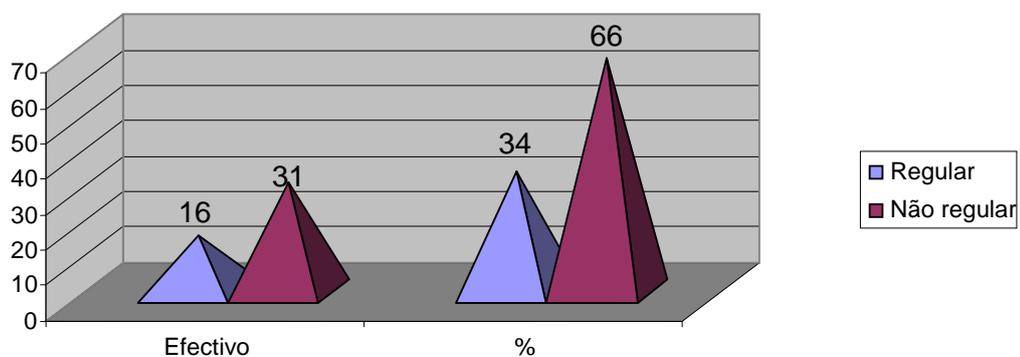
Gráfico nº 9. Detidos que tiveram relações sexuais na prisão durante uma visita e nos 12 últimos meses



Quadro nº28. Detidos que tiveram relações sexuais fora das visitas, nos últimos 12 meses

Relações sexuais	Efectivo	%
Sim	47	7,2
Não	606	92,8
Total	653	100

Gráfico nº 10. Tipo de parceiros dos detidos que tiveram relações fora das visitas, nos 12 últimos meses



Mais ainda, a insegurança das relações sexuais é captada, seja durante as visitas quanto fora destas, através da frequência do uso de preservativos.

Com efeito, dos presos que tiveram relações sexuais durante a visita nunca (44%) utilizaram preservativos e (8%) apenas às vezes usaram.

Já entre os que tiveram relações sexuais fora dos períodos de visita, 29,8% às vezes usaram e 10,6% nunca utilizam.

Quadro nº 29. Frequência do uso do preservativo entre os detidos que tiveram relações sexuais durante uma visita e nos 12 últimos meses

Frequência	Efectivo	%
Sempre	11	44,0
Às vezes	2	8,0
Nunca	11	44,0
S/R	1	4,0
Total	25	100

Quadro nº 30. Uso do preservativo entre os detidos que tiveram relações fora das visitas, nos 12 últimos meses

Uso do preservativo	Efectivo	%
Sempre	21	44,7
Às vezes	14	29,8
Nunca	5	10,6
S/R	7	14,9
Total	47	100

A fonte de aprovisionamento de preservativos constitui uma dimensão importante de análise das condições sanitárias das prisões. Nas cadeias cabo-verdianas, as enfermarias das prisões são as principais fornecedoras de preservativos (44,4%). Interessante observar também que os funcionários das cadeias e os colegas são outros importantes pontos de apoio para acesso aos preservativos. Já os familiares são, de certa forma, marginais (3,5%) no fornecimento de preservativos aos presos.

Quadro nº 31. Distribuição dos detidos segundo a declaração sobre a fonte de obtenção de preservativos na prisão e por instituição penal

Fonte de aprovisionamento	Instituição penal				Total	
	São Martinho		São Vicente			
	Efectivo	%	Efectivo	%	Efectivo	%
Cantina	2	0,5	0	0	2	0,3
Enfermaria da prisão	260	63,9	30	12,2	290	44,4
Funcionários da prisão	34	8,4	1	0,4	35	5,4
Colegas detidos	29	7,1	0	0,0	29	4,4
Visitantes	22	5,4	1	0,4	23	3,5
Outro	35	8,6	48	19,5	83	12,7
Total	407		246		653	

A segurança da saúde sexual dos detidos pode igualmente ser captada através da análise de uma eventual comercialização do sexo. Nas prisões cabo-verdianas, pelas informações dos detidos, a prática da actividade sexual remunerada é ainda marginal. Com efeito, apenas 4,1% dos detidos inquiridos afirmaram já ter tido relações sexuais em troca de dinheiro. De sublinhar que apenas os homens afirmaram ter recebido dinheiro em troca de dinheiro, o que contraria uma visão do senso comum segundo a qual a prostituição na sociedade cabo-verdiana é essencialmente feminina, ainda que o estudo realizado pela CCCD sobre usuários de drogas injectáveis e profissionais do sexo tenha mostrado a existência e, mesmo, um crescimento do número de homens profissionais do sexo, particularmente nas ilhas com maior desenvolvimento do turismo.

Quadro nº32. Detidos que alguma vez receberam dinheiro em troca de relações sexuais

Sexo em troca de dinheiro	Efectivo	%
Recebeu	27	4,1
Não recebeu	621	95,1
S/R	5	0,8
Total	653	100

Quadro nº 33. Detidos que alguma vez receberam dinheiro em troca de relações sexuais e por sexo

Sexo em troca de dinheiro		Sexo		Total
		Masculino	Feminino	
Recebeu	Efectivo	27	0	27
	%	4,3	0,0	4,1
Não recebeu	Efectivo	597	24	621
	%	94,9	100,0	95,1
S/R	Efectivo	5	0	5
	%	0,8	0,0	0,8
Total	Efectivo	629	24	653
	%	100	100	100

3.4.3. Conhecimentos sobre VIH/SIDA e as IST

Estudos mostram que nem sempre existe uma relação de correlação entre a dimensão cognitiva e a dimensão axiológica ou comportamental. No caso concreto do comportamento sexual, isto quer dizer que o conhecimento de métodos contraceptivos e de métodos que previnem as IST e o VIH/SIDA não tem necessariamente tradução num comportamento consequente. Aliás, dados analisados anteriormente demonstram tal facto.

Contudo, o conhecimento dos métodos de prevenção das IST e do VIH/SIDA reveste-se de particular importância na acção e comportamentos conscientes dos indivíduos e na sua responsabilização pessoal e social. Mais ainda, para as crianças, adolescentes e jovens o conhecimento mais facilmente pode ser internalizado e transformado em **habitus** (Bourdieu, P., 1972).

Numa instituição total onde os riscos de comportamentos sexuais potencialmente promíscuos são significativos e, em decorrência, as possibilidades de contracção de IST e VIH/SIDA são reais, importa, no quadro da monitorização da saúde dos presos apreender o nível de conhecimento sobre IST e VIH/SIDA.

Como se pode constatar da leitura do quadro, a quase totalidade dos presos (98%) já ouviram falar do VIH/SIDA, com um equilíbrio entre as duas prisões centrais.

Quadro nº 34. Distribuição dos detidos que ouviram falar do VIH/SIDA

Conhecimento sobre VIH	Instituição penal				Total	
	São Martinho		São Vicente		Efectivo	%
	Efectivo	%	Efectivo	%		
Sim	399	98,0	242	98,4	641	98,2
Não	8	2,0	4	1,6	12	1,8
S/R	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	407	100	246	100	653	100

O nível de conhecimento de formas de transmissão é elevado, como se pode constatar do quadro nº 1 A em anexo.

De igual modo, é muito elevado o nível de conhecimento das formas de prevenção da transmissão pelo VIH/SIDA. Com efeito, utilizar preservativo (93%), não compartilhar agulhas e outros materiais (92,3%) e ter um único parceiro (85,6%) são as formas de prevenção apontadas pela quase totalidade dos presos. Já, deixar de ter relações sexuais, i.e, a abstinência sexual é referida por menos da metade dos presos (48,8%) como uma das formas de prevenção.

Contudo, quando se analisa a prática comportamental, nota-se uma forte dissonância, como referido anteriormente. Com efeito, dos detidos que tiveram relações sexuais nos últimos doze meses, 66% afirmaram que elas ocorreram com parceiros não regulares, e 44% nunca usaram preservativos.

Quadro nº 35. Detidos segundo o conhecimento da transmissão do VIH

Conhecimento de transmissão	Instituição penal				Total	
	São Martinho		São Vicente		Efectivo	%
	Efectivo	%	Efectivo	%		
Na gravidez	319	82,4	103	43,28	422	67,5
Durante o parto	256	66,8	66	27,73	322	51,9
Pela amamentação	257	67,5	76	31,93	333	53,8
Relação sexual anal	385	99,0	233	97,90	618	98,6
Partilha de materiais	365	93,4	213	89,50	578	91,9
Usando agulhas	380	97,2	191	80,25	571	90,8
Através de objectos cortantes	371	95,1	194	81,51	565	90,0
No assento da sanita	73	18,8	22	9,24	95	15,2
Beijando na boca	71	18,3	18	7,56	89	14,2
Recebendo transfusão sanguínea	362	92,6	112	47,06	474	75,4
Total	391		238		629	

Quadro nº 36. Distribuição dos detidos segundo a opinião sobre alguns meios de protecção do VIH/SIDA

Meio para se proteger do VIH	Instituição penal				Total	
	São Martinho		São Vicente		Efectivo	%
	Efectivo	%	Efectivo	%		
Ter um único parceiro	341	83,8	218	88,6	559	85,6
Utilizar preservativo	367	90,2	240	97,6	607	93,0
Deixar de ter relações sexuais	205	50,5	113	46,1	318	48,8
Não compartilhar agulhas e outros materiais	361	88,7	242	98,4	603	92,3
Total	407	100	246	100	653	100

Entre os detidos das duas cadeias centrais, quase dois terços (71,5%) nunca fizeram o teste do VIH, não conhecendo se são portadores ou não do VIH. Em contrapartida, 28,5% já fizeram o teste.

De ressaltar que dos que fizeram teste, 88,6% afirmaram se seronegativos, enquanto 2,2% são seropositivos. 7,5% afirmaram não conhecer o resultado e 1,1% estão aguardando os resultados.

Quadro nº 37. Distribuição dos detidos que alguma vez fizeram o teste do VIH, por instituição penal

Fez o teste do VIH	Instituição penal				Total	
	São Martinho		São Vicente		Efectivo	%
	Efectivo	%	Efectivo	%		
Fez	111	27,3	75	30,5	186	28,5
Nunca fez	296	72,7	171	69,5	467	71,5
S/R	0	0	0	0,0	0	0,0
Total	407	100	246	100	653	100

Quadro nº 38. Distribuição dos detidos que alguma vez fizeram o teste do VIH segundo a declaração sobre o resultado do teste

Resultado	Instituição penal				Total	
	São Martinho		São Vicente		Efectivo	%
	Efectivo	%	Efectivo	%		
Não sabe o resultado	11	9,9	3	4,0	14	7,5
VIH Negativo	95	85,6	70	93,3	165	88,7
VIH positivo	3	2,7	1	1,3	4	2,2
Aguarda resultado	2	1,8	0	0,0	2	1,1
Recusou responder	0	0,0	0	0,0	0	0,0
S/R	0	0,0	1	1,3	1	0,5
Total	111	100	75	100	186	100

A condenação de um indivíduo por um crime cometido tem a finalidade de o sancionar pelos seus actos, mas também procura, juntamente com um conjunto de outras actividades, propiciar um novo processo de ressocialização com vista a uma adequada reintegração social.

Neste contexto, as licenças acordadas a determinados presos para trabalharem fora das cadeias ou de apenas pernoitarem nas celas e a liberdade condicional resultante do cumprimento com bom comportamento de uma parte significativa da pena se inscrevem neste quadro.

Contudo, as saídas da prisão em regime de licença podem constituir um risco não apenas de recidiva criminal ou de cometimento de actos potencialmente de risco para a saúde do preso.

Nas duas cadeias inquiridas, apenas 17% tiveram ou estavam tendo algum tipo de licença precária ou laboral. Destes 68,5% tiveram relações sexuais durante a licença. Uma proporção considerável destes (48,7%) teve comportamentos sexuais de risco, uma vez que não usaram preservativos.

De igual modo, embora com incidência não muito significativa, 9% dos que tiveram licença precária ou laboral usaram drogas.

Quadro nº 39. Detidos inqueridos que tiveram alguma licença precária/laboral desde a detenção

Licença precária	Efectivo	%
Teve	111	17,0
Não teve	542	83,0
Total	653	100

3.4.4. Expectativas dos UD

Nas Cadeias da Praia, em S. Martinho e de Ribeirinha em S. Vicente, foram organizados seis grupos focais, reagrupando um total de 44 reclusos. Em S. Vicente foi possível realizar grupos focais separados por sexo, enquanto na Praia os grupos foram mistos.

Globalmente, os reclusos são extremamente críticos em relação às condições de detenção, sublinhando a precariedade das condições de infra-estruturas, dificuldades em termos de assistência jurídica e condições higiénico-sanitárias precárias.

Mais ainda sublinham o despreparo de grande parte do pessoal dos serviços penitenciários para lidar com os presos, havendo casos de violação dos direitos humanos, com recurso tanto a violência física quanto psicológica.

Em alguns grupos focais os detidos foram explícitos a afirmar que as Cadeias funcionam mais como «escola de crime» do que de ressocialização. Com efeito, sublinham que os programas de ocupação dos tempos livres, de formação e de reinserção social são precários, sendo que, grande parte dos detidos a eles não tem acesso.

Desta forma, a grande parte dos detidos ouvidos são pessimistas tanto em relação à sua situação actual quanto futura. É verdade que esse pessimismo é atenuado pelo apoio que afirmam receber dos familiares.

Assim, para muitos, existe uma expectativa angustiante por não saberem como serão recebidos após a saída da prisão, principalmente por parte da comunidade. Uma outra expectativa é conseguir um emprego de forma a ter um rendimento fixo e adequado para cobrir as suas despesas. Outros pensam emigrar não apenas como uma alternativa de melhor emprego e rendimento mas também como uma forma de fuga a uma certa insegurança ontológica resultante de uma eventual estigmatização social.

3.4.5. Socialização

A pertença a grupos de pares, seja para a busca da droga seja para o consumo seja ainda para a realização de actividades ou práticas que configurem uma organização, não constitui um elemento estrutural do relacionamento entre os UD presos. Quer isso dizer, não obstante o facto, de alguns apontarem as cadeias como «escola do crime», que não existe de forma institucional mecanismos internos de formação de grupos de pares ou de gangs que recrutam, treinam, enquadram e normatizam as relações entre os membros.

É verdade, contudo, que o consumo de drogas é apontado como tendo sido o resultado de convivência com pessoas e amigos UD ou traficantes e que em determinadas situações consomem juntos a droga.

Da análise das entrevistas e dos resultados dos grupos focais não emerge de forma sistemática experiências e aprendizagens de grupo, não se podendo dizer que a socialização ao consumo de drogas se tenha feito de forma orgânica e grupal. Aliás, resulta dos grupos focais que «não existem grupos, ainda que alguns consomem em grupo quando há falta ou insuficiência de dinheiro».

A experiência e a vivência dos UD foram construídas essencialmente através de percursos e trajetórias individuais. A construção biográfica dos UD reclusos mostra que iniciaram relativamente cedo a usar drogas, começando pelo álcool e depois para drogas consideradas leves, nomeadamente o *cannabis* para, em alguns casos, transitarem para cocaína, heroína, crack.

Nas prisões, o quotidiano dos detidos não é percebido e vivenciado como sendo potenciador de uma ressocialização no sentido da mudança da condição de UD. Estes afirmam que a ausência de programas consistentes de ocupação de tempos livres, de projectos de reinserção profissional, de apoio médico sistemático que possibilite a desintoxicação, não permitem perspectivar e augurar um futuro bom. Aliás, afirmam que estes factores têm, em regra, conduzido novamente às prisões.

Existiria, pois, sublinham os UD, a necessidade de uma reconfiguração total do sistema prisional que passe pela qualificação dos agentes e técnicos do sector, da concepção de programas efectivos de reinserção profissional e social, de serviços médicos e psicológicos adequados e de melhores condições de sociabilidade nas prisões.

CAPÍTULO IV. USUÁRIOS DE DROGA NAS COMUNIDADES E NAS INSTITUIÇÕES DE TRATAMENTO

4.1. Descrição da amostra

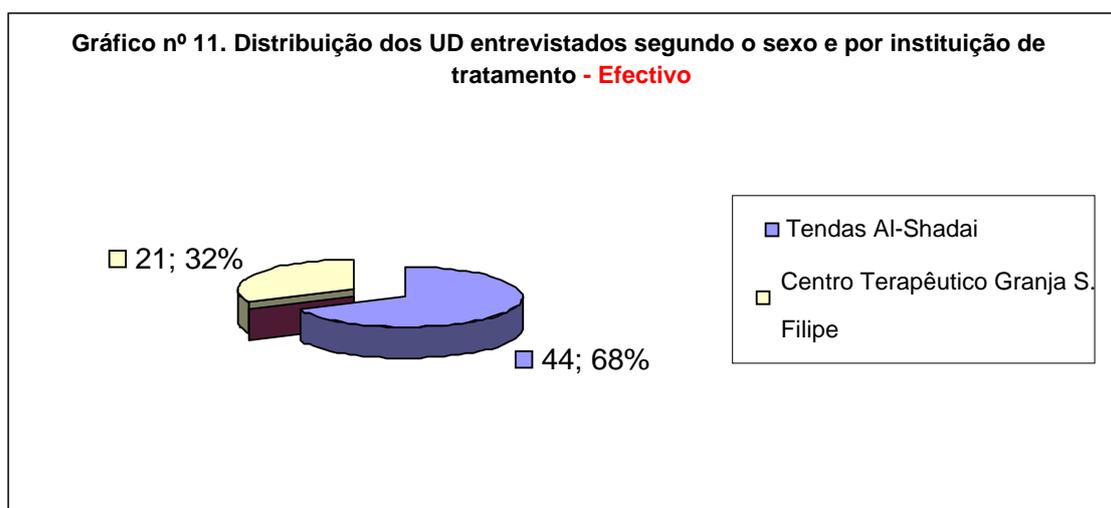
No âmbito do estudo foram inquiridos 752 UD a nível de diversas comunidades do país, recobrando 9 municípios e cinco ilhas. O Município da Praia com 43,6% de inquiridos e o de S. Vicente com 21,7% são os que maior peso têm a nível da amostra.

Este peso dos dois municípios está intimamente ligado com o seu peso demográfico e com o facto de, segundo estudos e levantamentos sobre o consumo drogas, concentrarem a grande maioria do UD do país, ainda que se esteja a verificar a sua expansão para outros municípios tanto urbanos como rurais.

Quadro nº 40. Distribuição dos UD segundo concelho

Concelho	Efectivo	%
Porto Novo	25	3,3
Ribeira Grande	26	3,5
Paul	25	3,3
São Vicente	163	21,7
Sal	49	6,5
Santa Catarina	46	6,1
Santa Cruz	44	5,9
Praia	328	43,6
São Filipe	46	6,1
S/R	0	0,0
Total	752	100

No que se refere aos UD que se encontram em instituições de tratamento, o inquérito recobriu 65 pessoas, nas Tendas El-Shadai (44) e no Centro Terapêutico Granja S. Filipe (21)⁴



⁴ Embora previsto no desenho do estudo, não foi possível inquirir nenhum UD no Hospital Psiquiátrico da Trindade porque, na ocasião, da realização dos inquiridos não haver nenhum UD internado.

4.2. Características demográficas

Dos inquiridos a nível das comunidades foram inquiridas um total de 90% de homens e 10% de mulheres.

Já nas instituições de tratamento, do total de inquiridos, 93,8% são homens e 6,2% mulheres.

Como se pode perceber, o número de mulheres UD inquiridas é marginal quando comparado aos homens, o que traduz a realidade socio-demográfica dos consumidores de drogas. Na verdade, os homens são maioritariamente consumidores, ainda que não se pode negligenciar a tendência do aumento de mulheres UD, particularmente no contexto urbano, onde a coerção social e familiar, bem como o controlo social são mais ténues.

Quadro nº 41. Distribuição dos UD segundo o sexo e por concelho

CONCELHO	Sexo						Total	
	Masculino		Feminino		S/R			
	Efectivo	%	Efectivo	%	Efectivo	%	Efectivo	%
Porto Novo	23	3,4	2	2,7	0	0,0	25	3,3
Ribeira Grande	24	3,5	2	2,7	0	0,0	26	3,4
Paul	24	3,5	1	1,3	0	0,0	25	3,3
São Vicente	138	20,4	25	33,3	2	66,7	165	21,9
Sal	34	5,0	15	20,0	0	0,0	49	6,5
Santa Catarina	43	6,4	3	4,0	0	0,0	46	6,1
Santa Cruz	44	6,5	0	0,0	0	0,0	44	5,8
Praia	303	44,8	25	33,3	1	33,3	329	43,6
São Filipe	44	6,5	2	2,7	0	0,0	46	6,1
S/R	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0
Total	677	100	75	100	3	100	755	100

Analisando a distribuição geográfica dos usuários de drogas nas comunidades constata-se que as cidades da Praia (43,6% e do Mindelo 21,9%) concentram grande parte dos UD. Trata-se, até este momento de um fenómeno de maior incidência nos centros urbanos, embora não se possa negligenciar a presença nos meios rurais de Santiago e Fogo.

Quadro nº42. Distribuição dos UD entrevistados segundo o sexo e por instituição de tratamento

Instituição	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	Efectivo	%	Efectivo	%	Efectivo	%
Tendas Al-Shadai	44	72,1	0	0	44	67,7
Hospital Trindade	0	0,0	0	0	0	0,0
Centro Terapêutico Granja São Filipe	17	27,9	4	100	21	32,3
Total	61	100	4	100	65	100

Em relação à idade dos UD inquiridos, os dados mostram a sua juventude. Com efeito, 62,7% dos inquiridos têm menos de 30 anos e apenas 6,2% têm mais de 40 anos.

Quando se analisa o estado civil dos inquiridos, observa-se que a quase totalidade (88,9%) são solteiros.

A taxa de desemprego entre os inquiridos é elevada, ou seja, dos inquiridos 57% estão sem emprego, mais do que o dobro da média nacional, estimada em cerca de 18%, segundo os dados do Inquérito ao Emprego realizado pelo IEFP em 2006.

Observa-se ainda que os inquiridos são maioritariamente nacionais (96,3% e 2,4% têm dupla nacionalidade). Os estrangeiros UD inquiridos são marginais (0,13%)

Quadro nº 43. Distribuição dos UD entrevistados por grupo etário

Grupos etários	Efectivo	%
< 20 anos	82	10,9
20-24	173	22,9
25-29	218	28,9
30-34	153	20,3
35-39	82	10,9
40 +	47	6,2
Total	755	100,0

Quadro nº 44. Distribuição dos UD entrevistados por nacionalidade

Nacionalidade	Efectivo	%
Cabo-verdiana	727	96,29
Dupla nacionalidade	18	2,38
Outra nacionalidade	9	1,19
S/R	1	0,13
Total	755	100

4.3. Historial do uso de Droga

Uma adequada monitorização da saúde dos UD exige uma abordagem longitudinal, isto é, acompanhar a sua evolução num quadro temporal que permite ver a dinâmica evolutiva e as tendências. Isto é, analisar a sua trajectória enquanto consumidor. No contexto, cabo-verdiano, e de uma forma alargada não é possível devido à inexistência de estudos sobre o assunto. Uma alternativa encontrada foi tentar ver, no quadro do inquérito realizado, apreender o percurso feito pelo UD, particularmente no que concerne às drogas consumidas desde a primeira vez.

Como se pode constatar pela leitura do quadro, indo, aliás, na mesma linha das conclusões de literatura especializada, os UD tendem a iniciar pelas drogas ditas leves e pelo álcool. No contexto cabo-verdiano, a primeira droga consumida por 91,1% foi a padjinha(cannabis), seguida do álcool (4,1%). As drogas ditas pesadas como a cocaína, a heroína e anfetaminas são pouco significativas.

Quadro nº45. Distribuição dos UD segundo a droga consumida pela primeira vez

Substância	Efectivo	%
Padjinha (Cannabis)	688	91,1
Haxixe/Hax	8	1,1
Heroína castanha, brown	4	0,5
Cocaína (pedra, crack, base)	14	1,9
Anfetaminas (Anfetamina, metanfetamina, ecstasy)	1	0,1
Alucinógenos (LSD, chá de diabo, comprimido pastilha)	2	0,3
Solventes e inalantes (cola de sapateiro)	6	0,8
Álcool	31	4,1
S/R	1	0,1
Total	755	100

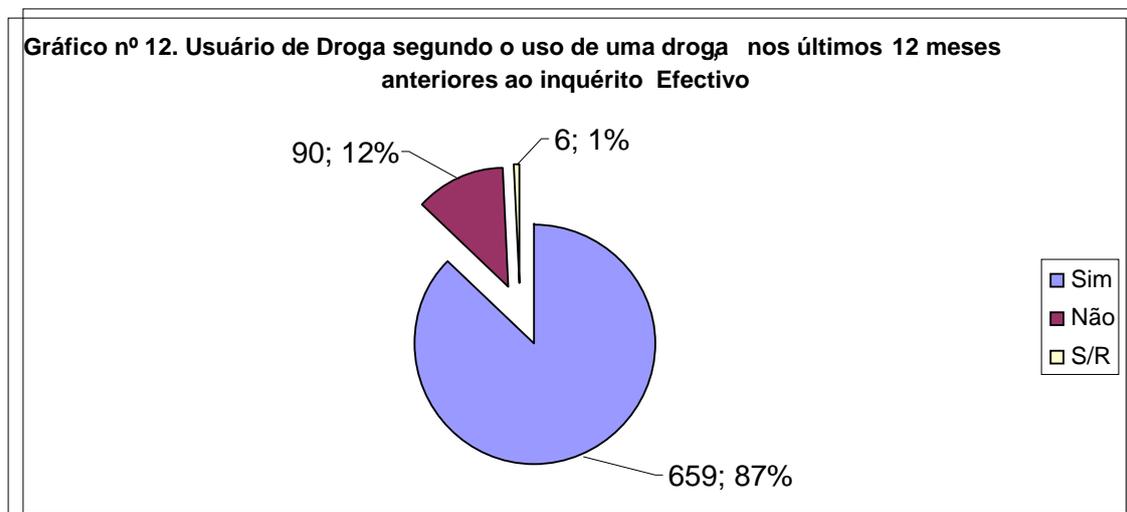
Contudo, no momento da realização do inquérito, embora a padjinha continuasse a ser consumida por 91,4% dos inquiridos e o álcool por 74,7%, outras drogas mais pesadas aparecem designadamente a cocaína (58,4%) e a heroína (24,6%).

Uma análise em termos de relações de género mostra que, em termos relativos, as mulheres toxicodependentes consomem menos álcool (64%) que os homens (75,6%). Em contrapartida, elas consomem mais heroína (26,7%) e cocaína (72%) que os homens (24,4% e 56,9% respectivamente).

Quadro nº 46. Distribuição dos usuários de drogas segundo a droga consumida e por sexo

Substancia consumida	Sexo						Total	
	Masculino		Feminino		S/R		Total	
	Efectivo	%	Efectivo	%	Efectivo	%	Efectivo	%
						100,		
Padjinha (Cannabis)	620	91,6	67	89,3	3	0	690	91,4
Heroína castanha, brown	165	24,4	20	26,7	1	33,3	186	24,6
Cocaína (pedra crack, base)	385	56,9	54	72,0	2	66,7	441	58,4
Anfetaminas (anfetamina, metanfetamina, ecstsy)	74	10,9	6	8,0	0	0,0	80	10,6
Sedativos e tranquilizantes (barbitúricos)	34	5,0	6	8,0	0	0,0	40	5,3
Alucinógenos (LSD, chá de diabo, comprimido, pastilha)	68	10,0	6	8,0	1	33,3	75	9,9
Solventes e inalantes (cola de sapateiro)	45	6,6	6	8,0	0	0,0	51	6,8
Álcool	514	75,9	48	64,0	2	66,7	564	74,7
Outras drogas	5	0,7	1	1,3	0	0,0	6	0,8
Total	677	100	75	100	3	100	755	100

Os dados do inquérito deixam perceber que os UD têm um consumo frequente. Com efeito, 87,5% consumiram drogas nos últimos 12 meses anteriores ao inquérito.



4.3.1. Padrões de consumo

O perfil dos UD em termos de tipologia de drogas consumidas aponta para uma tendência para um consumo forte da padjinha (71%), mas com uma presença de quase um quarto de consumidores de heroína, cocaína e cocktail (23,7%). Este último pode estar a apontar para uma tendência do crescimento de consumidores de drogas ditas mais pesadas.

Quadro nº 47. Distribuição dos UD segundo a droga mais consumida nos últimos 12 meses anteriores ao inquérito

Substancia	Efectivo	%
Padjinha (Cannabis)	468	71,0
Haxixe/Hax	1	0,2
Heroína castanha brown	7	1,1
Cocaína (pedra, crack, base)	141	21,4
Cocktail	8	1,2
Álcool	33	5,0
S/R	1	0,2
Total	659	100

Ainda relativamente ao perfil do UD, os dados apontam para um consumo de grande regularidade e frequência e mostram uma tendência para o vício. Com efeito, mais da metade dos inquiridos (55,2%) consome pelo menos uma vez por dia e cerca de 20,6% consome mais de uma vez por semana, podendo significar um consumo quase diário de drogas, o que aumenta os consumidores diários para dois terços dos inquiridos

Um outro indicador importante do perfil do UD tem a ver com a idade. A grande maioria é extremamente jovem. Mesmo entre adolescentes já se constata uma presença não desprezível de consumidores. Na verdade, 9,5% dos inquiridos têm entre 7 e 12 anos. Cerca de 78,7% dos inquiridos têm menos de 20 anos e 94,3% menos de 25 anos. Estes dados são, de per si alarmantes, mostrando a forte permissividade social que expõe crianças e adolescentes ao consumo de drogas e às consequências daí adveniente.

Quadro nº 48. Distribuição dos UD segundo a frequência do consumo de drogas, nos últimos 12 meses anteriores ao inquérito

Frequência	Efectivo	%
Pelo menos uma vez por dia	364	55,2
Uma vez por semana	91	13,8
Mais de uma vez semanalmente	136	20,6
Algumas vezes por mês	58	8,8
Uma única vez	5	0,8
Outro	5	0,8
Total	659	100

As razões evocadas para o consumo de drogas tendem a reproduzir as dos reclusos e internos em instituições de tratamento, de acordo com as informações recolhidas nos grupos focais. Relaxamento, diversão, fuga a problemas, busca de auto-confiança são os motivos mais apontados para o consumo de drogas.

A análise por sexo, não mostra diferenças significativas entre homens e mulheres relativamente aos motivos evocados para o consumo. Apenas em relação ao item «esquecer os problemas» se observa uma diferença mais acentuada. Efectivamente, enquanto 31,5% dos homens apontam o esquecimento dos problemas como motivo para consumo para as mulheres a percentagem é de 49,3%, uma diferença de dezoito pontos percentuais.

Quadro nº 49. Distribuição dos UD segundo o motivo do consumo e por sexo

Razão	Sexo							
	Masculino		Feminino		S/R		Total	
	Efectivo	%	Efectivo	%	Efectivo	%	Efectivo	%
Relaxar	405	59,8	45	60,0	3	100,0	453	60,0
Esquecer os seus problemas	213	31,5	37	49,3	1	33,3	251	33,2
Por diversão	338	49,9	39	52,0	2	66,7	379	50,2
Está acostumado(a) a tomar drogas	202	29,8	20	26,7	2	66,7	224	29,7
Sente-se mais confiante	186	27,5	25	33,3	1	33,3	212	28,1
Porque está aborrecido(a)	176	26,0	17	22,7	1	33,3	194	25,7
Levar a extremo os seus sentimentos agressivos	40	5,9	3	4,0	1	33,3	44	5,8
Para pertencer ao grupo	185	27,3	22	29,3	1	33,3	208	27,5
É pressionado(a) a usar drogas por outros reclusos	104	15,4	17	22,7	0	0,0	121	16,0
Não sabe	27	4,0	3	4,0	0	0,0	30	4,0
Total	677	100	75	100	3	100	755	100

4.3.2. Drogas injectáveis

A utilização de drogas injectáveis não é significativa entre os UD, daí os riscos para a saúde decorrentes designadamente de partilhas de seringas e dos produtos serem ainda não muito grandes. Contudo, a sua existência demanda políticas de prevenção ao uso de drogas, com particular incidência para as injectáveis.

Entre os UD inquiridos, apenas 4% são UDI, com maior concentração em S. Vicente (46,7%). Aliás, segundo dados do inquérito, os UDI estão presentes em 4 dos 9 municípios inquiridos. Para além de S. Vicente, seguem-se Praia e Santa Catarina (20%) e Sal (13,3%)

Mais uma vez, os dados apontam para a acentuada juventude dos UDI, como aliás se pôde constatar em relação aos UD de uma forma geral. 70,3% dos UDI têm menos de 24 anos, sendo que 50% encontram-se na faixa etária dos 15 aos 19 anos. Aliás, mostram os dados que não existem UDI com idade superior a 35 anos.

Considerando o forte grau de dependência física, química e psicológica das drogas usadas pelos UDI, os elevados custos pessoais, familiares, económicos e sociais, a situação actual parece exigir uma inflexão das políticas de saúde, acentuando a vertente educação para a saúde. Alias, como referem os especialistas (informantes-chave) entrevistados, sem esquecer a dimensão curativa, os esforços, tendo em conta o perfil dos UD/UDI, devem concentrar-se na educação integrada e que tenha inicio desde criança, num esforço conjunto das famílias, das instituições escolares e das estruturas de saúde.

Quando se analisa a frequência do uso de drogas entre os UDI observa-se que, não obstante o facto de 53% afirmarem não terem usado drogas no último ano, dos que têm utilizado, cerca de 10% usam ou diariamente ou mais do que uma vez por semana. Na verdade, tendo em conta que mais da metade do UDI inquiridos afirmaram que não usaram drogas no último ano, pode-se rapidamente concluir que a situação não é grave ou preocupante. Contudo, correlacionando o facto deste tipo de drogas ser altamente dependente e que o consumo é essencialmente feito por jovens, interligando ainda com as motivações alegadas para o consumo, já analisadas anteriormente, os riscos de um eventual aumento de consumidores é significativo, bem como da dependência.

Assim, resulta da análise que a não hipoteca das gerações futuras e do devir do país passam por esforços que visem reverter a situação que ora se desenha, como o demonstram os resultados do presente estudo.

Quadro nº 50. Distribuição dos UD segundo o uso de drogas injectáveis e por concelho

Concelho	Alguma vez injectou drogas		Nunca injectou drogas		Total	
	Efectivo	%	Efectivo	%	Efectivo	%
Porto Novo	0	0,0	25	100,0	25	100
Ribeira Grande	0	0,0	26	100,0	26	100
Paúl	0	0,0	25	100,0	25	100
São Vicente	14	8,5	151	91,5	165	100
Sal	4	8,2	45	91,8	49	100
Santa Catarina	6	13,0	40	87,0	46	100
Santa Cruz	0	0,0	44	100,0	44	100
Praia	6	1,8	323	98,2	329	100
São Filipe	0	0,0	46	100,0	46	100
Total	30	4,0	725	96,0	755	100

Quadro nº 51. Distribuição dos UDI segundo a frequência do consumo de drogas, nos últimos 12 meses anteriores ao inquérito

Frequência	Efectivo	%
Pelos menos uma vez por dia	2	6,7
Uma vez por semana	1	3,3
Mais de uma vez semanalmente	1	3,3
Algumas vezes por mês	3	10,0
Uma única vez	4	13,3
Nenhuma vez	16	53,3
Outro	3	10,0
Total	30	100

Analisando indícios sobre o estado de saúde dos UDI inquiridos, apercebe-se de que todos eles já manifestam traços físicos de problemas resultantes da injeção de drogas. Assim, 30%, sendo 33,3% entre as mulheres e 29,6% entre os homens, apresentam cicatrizes e marcas negras. De igual modo, 10% já estão com coágulos de sangue e trombozes e 13,3% com abscessos e infecções.

Um outro indicador de análise e da monitorização da saúde e dos riscos para a saúde dos UDI tem a ver com a partilha de seringas. De acordo com o inquérito, cerca de 67% dos UDI já partilharam seringas, sendo 13,3% quase sempre ou frequentemente. Um terço dos UDI afirmam nunca partilhar seringas.

Embora 80% dos UDI tenha afirmado que procedem á limpeza das seringas antes da sua utilização, uma vez mais, fica evidenciado os riscos a que permanentemente a saúde dos UDI está sujeita, bem como dos que com eles mantêm relações afectivas, designadamente a contracção das IST e do VIH/SIDA. Aliás, muitos dos produtos utilizados para a limpeza das seringas não são adequados para esterilizações.

Quadro nº 52. Distribuição dos UDI segundo alguns problemas encontrados devidos a injeção de drogas e por sexo

Problemas	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	Efectivo	%	Efectivo	%	Efectivo	%
Abcessos/infecções derivadas da injeção	4	14,8	0	0,0	4	13,3
Cicatrizes e marcas negras facilmente notáveis	8	29,6	1	33,3	9	30,0
Dificuldades da injeção	5	18,5	0	0,0	5	16,7
Coágulos de sangue e Tromboses	3	11,1	0	0,0	3	10,0
Total	27	100	3	100	30	100

Quadro nº 53. Distribuição dos UDI segundo a frequência em que partilham seringas

Partilhar seringa	Efectivo	%
Não, nunca	10	33,3
Raras vezes	6	20,0
Às vezes	10	33,3
Frequentemente	1	3,3
Quase sempre	3	10,0
Total	30	100

Quadro nº 54. Distribuição dos UDI segundo a frequência em que compartilham os materiais de consumo

Compartilhar materiais	Efectivo	%
Não, nunca	7	23,3
Raras vezes	6	20,0
Às vezes	9	30,0
Frequentemente	3	10,0
Quase sempre	5	16,7
Total	30	100

Quadro nº 55. Distribuição dos UDI segundo a limpeza das agulhas

Limpeza de agulhas	Efectivo	%
Sim	24	80
Não	6	20
Total	30	100

4.3.3. Tratamento

A grande maioria dos UD inquiridos, ou seja, 77% nunca recebeu tratamento por ser toxicodependente

Quadro nº 56. Distribuição dos UD que alguma vez recebeu um tratamento e por sexo

Tratamento	Sexo						Total	
	Masculino		Feminino		S/R		Efectivo	%
	Efectivo	%	Efectivo	%	Efectivo	%		
Sim	159	23,5	14	18,7	0	0,0	173	22,9
Não	518	76,5	61	81,3	3	100,0	582	77,1
Total	677	100	75	100	3	100	755	100

O não tratamento pode resultar de uma confluência variada de factores que podem ir do desconhecimento da existência de instituições de tratamento e da necessidade de submeter-se ao tratamento, ao próprio estado físico e psicológico do UD que o impossibilita de agir no sentido de reverter a situação em que se encontra.

No caso concreto dos UD inquiridos, corroborados pelas informações dos grupos focais com os tóxico-dependentes e com os seus familiares, a não necessidade de tratamento (56,4%) é apontada como a razão principal da não procura de instituições de tratamento, seguindo-se-lhe o «não querer tratamento» (16,5%) e não conseguir aderir ao tratamento (11,5%). Pode-se aperceber que estas três principais razões evocadas pelos UD se prendem essencialmente com a própria condição físico-psicológica do UD, para quem a sua situação não é a de um doente e, por conseguinte, não tem necessidade de cura.

Procedendo a uma análise por sexo, constata-se que a proporção de mulheres que nunca recebeu tratamento (81,3%) é ligeiramente superior aos homens (76,5%). Não existindo informações que possam, objectivamente, explicar essa diferença, pode-se, contudo, aventar algumas hipóteses explicativas que carecem de uma investigação mais cuidada. Desde logo, pelo facto de, eventualmente, o estigma social em relação a mulheres tóxico-dependentes ser maior inibe a que ela exponha publicamente a sua condição de UD. Esta exposição passa pelo consumo em espaços públicos ou pela procura de centros de recuperação e tratamento.

Quadro nº 57. Distribuição dos UD segundo as razões pelas quais nunca receberam um tratamento

Razões	Efectivo	%
Não quer	96	16,5
Tratamento ineficaz	10	1,7
Não precisa	328	56,4
Custos elevados	20	3,4
Não consegui aderir	67	11,5
Muito difícil desistir de drogas	14	2,4
Não Sabe	45	7,7
S/R	2	0,3
Total	582	100

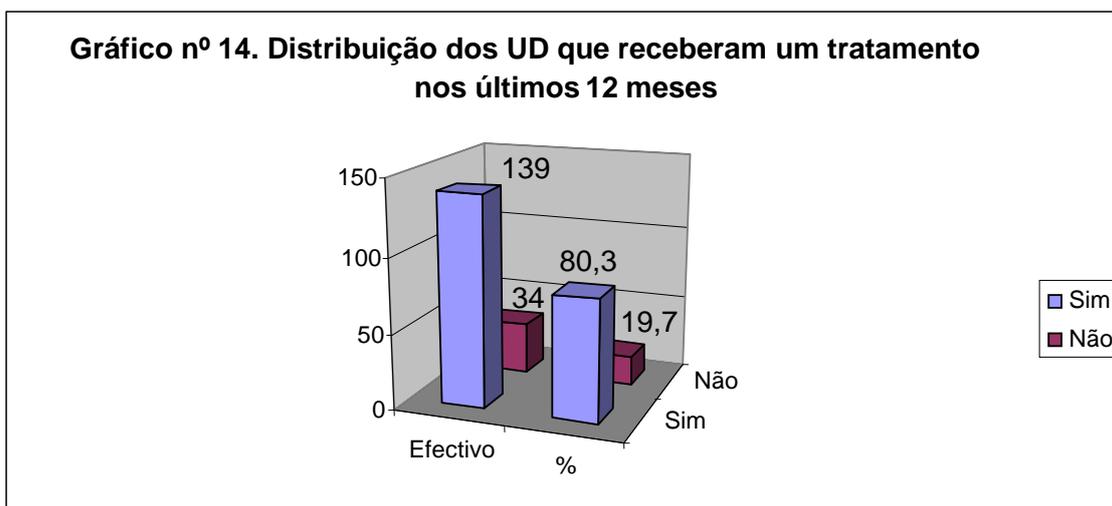
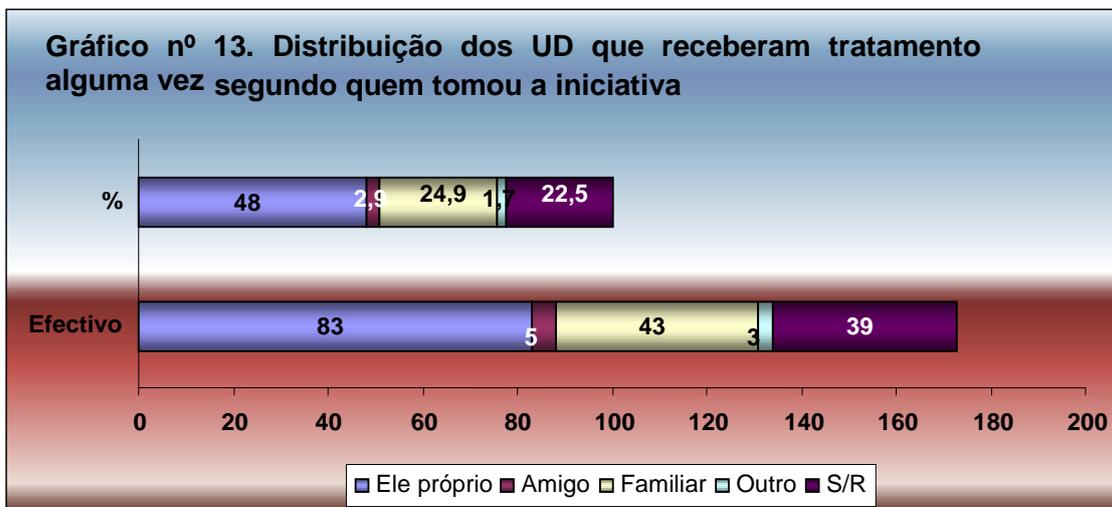
Fica também evidenciado a que, na perspectiva dos UD, as famílias são potencialmente apoiantes do tratamento caso apresentem esta vontade. Com efeito, para 69% dos UD inquiridos, em caso de optarem por um tratamento, teriam o encorajamento da família.

Quadro nº 58. Distribuição dos UD segundo a opinião sobre um potencial encorajamento da família para tentar um tratamento

Ajuda da família	Efectivo	%
Sim	403	69,2
Não	36	6,2
Nenhum contacto com a família	18	3,1
Não sabe	124	21,3
S/R	1	0,2
Total	582	100

Dos UD inquiridos, apenas 22,9% receberam tratamento, sendo 23,5% homens e 18,5% mulheres. Destes, quase metade (48%) fizeram-no por iniciativa própria enquanto que os restantes buscaram tratamento por iniciativa da família (24,9%), de amigos (2,9%) ou de outras pessoas (1,7%).

Dos UD que receberam tratamento cerca de 80,3% tiveram-no nos últimos 12 meses antes da realização do inquérito.



Para os que fizeram o tratamento, o apoio da família parece ter sido um importante elemento encorajador. Com efeito, cerca de 68% afirmaram ter tido apoio das respectivas famílias para procura de tratamento. Não se pode esquecer, no entanto, como aliás ficou demonstrado entre os que não procuraram o tratamento, que o apoio da família pode não significar uma tradução directa e imediata na busca de tratamento. Ou se se quiser, não se pode estabelecer uma correlação ou uma relação de causalidade entre as duas variáveis.

Quadro nº 59. Distribuição dos UD que fizeram um tratamento segundo a opinião sobre um possível encorajamento da família para tentar um tratamento

Ajuda da família	Efectivo	%
Sim	516	68,3
Não	44	5,8
Não tem mais nenhum contacto com a família	23	3,0
Não sabe	139	18,4
S/R	33	4,4
Total	755	100

Maioritariamente, ou seja 33.31% fizeram o tratamento nas tendas El-Shadai, o que ressalta a importância desta organização na assistência aos UD. O Hospital Psiquiátrico da Trindade, na cidade da Praia, respondeu por 18% dos tratamentos. Já o Centro Terapêutico da Granja de S. Filipe, recentemente criado atendeu 7,2% UD: Os demais estabelecimentos de saúde atenderam 16% UD.

Quadro nº 60. Distribuição dos UD segundo a instituição onde receberam um tratamento nos últimos 12 meses

Instituição	Efectivo	%
CCCD	9	6,5
Tendas El-Shadai	46	33,1
Hospital Trindade	25	18,0
Centro terapêutico Granja S. Filipe	10	7,2
Hospital Baptista de Sousa	9	6,5
Estabelecimento de Saúde	13	9,4
Outro	3	2,2
S/R	24	17,3
Total	139	100

Um elemento importante a reter é a forte taxa de recidiva entre os UD que fizeram tratamento. Com efeito, a taxa de recidiva é de cerca de 80%, denotando problemas ou no tratamento ou no processo de reinserção social. Aliás, para os próprios UD a facilidade em conseguir drogas (43,2%) associada à falta de ocupação (28,8%), à dificuldade em não usar novamente (28,8%) e a pressão dos amigos (23,7%) constituem os principais factores explicativos. Novamente, os dados confirmam as informações avançadas pelos UD nos grupos focais.

De ressaltar que a ineficácia do tratamento não é considerada como das principais causas (13,7%), demonstrando que os UD estão conscientes do peso do ambiente social em que vivem na entrada, permanência e recaída.

Quadro nº 61. Distribuição dos UD que tiveram um tratamento segundo o motivo da recaída

Motivos	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	Efectivo	%	Efectivo	%	Efectivo	%
Tratamento ineficaz	17	13,4	2	16,7	19	13,7
Muito difícil ficar limpo	36	28,3	4	33,3	40	28,8
Pressão de amigos	29	22,8	4	33,3	33	23,7
Fácil conseguir drogas	53	41,7	7	58,3	60	43,2
Falta de ocupação	37	29,1	3	25,0	40	28,8
Rejeição social	19	15,0	2	16,7	21	15,1
Falta de apoio	19	15,0	4	33,3	23	16,5
Outro	21	16,5	3	25,0	24	17,3
Total	127	100	12	100	139	100

4.4. Droga, comportamento sexual e violência

O consumo de drogas expõe os toxicod dependentes a um conjunto de vulnerabilidades pessoais e sociais facilmente conducentes a situações de marginalidade e propiciadoras de confrontação com situações de risco para a sua saúde bem como para a tranquilidade social.

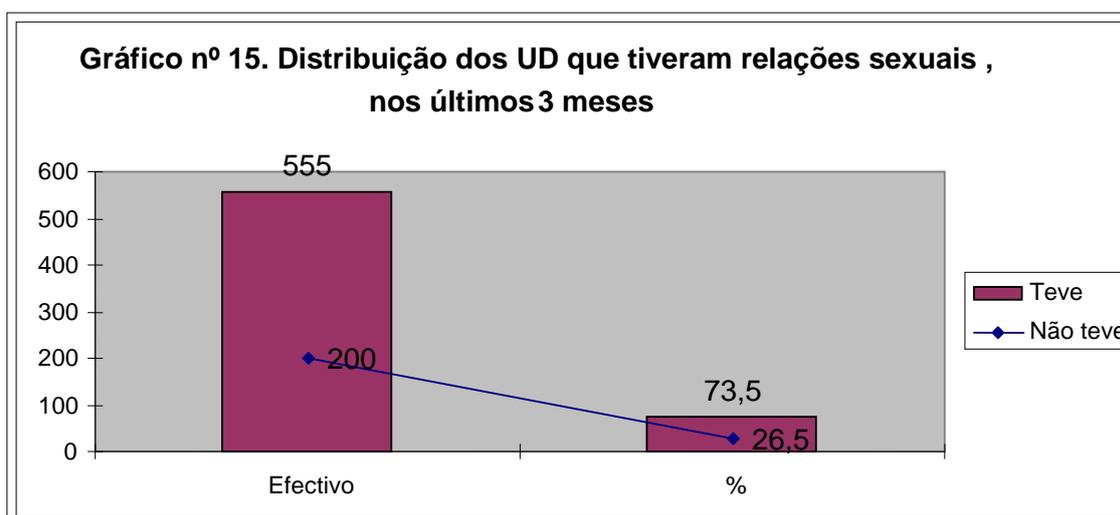
Os riscos a que os UD se submetem em relação a práticas sexuais de risco e comportamentos anti-sociais, potencialmente violentos para si e para os outros são significativos. Entre os UD nas comunidades procurou-se captar a dimensão efectiva dos riscos a que estão sujeitos.

4.4.1. Comportamento sexual

Como referido anteriormente, estudos têm mostrado existir alguma relação entre o consumo de droga e comportamentos sexuais de risco, designadamente em termos de prevenção às IST.

Entre os UD inquiridos que tiveram relações sexuais nos últimos três meses antes da realização do inquérito (73,3% dos UD inquiridos), apenas 15,1% usam quase sempre o preservativo. Em contrapartida, 21,8% nunca usam e 6,5% raramente. Os que às vezes usam e os que frequentemente usam representam respectivamente 19,8% e 36,6% dos UD inquiridos e que tiveram relações sexuais nos últimos três meses anteriores ao inquérito.

Estes dados mostram um potencial de riscos a que estão submetidos. Contudo, uma percepção mais aguda do risco a que eventualmente estão sujeitos pode ser obtida quando se analisa o tipo de parceiros sexuais.



Quadro nº 62. Distribuição dos UD que tiveram relações sexuais nos últimos 3 meses, segundo a frequência em que usaram o preservativo

Frequência uso preservativo	Efectivo	%
Não, nunca	121	21,8
Raramente	36	6,5
Às vezes	110	19,8
Frequentemente	203	36,6
Quase sempre	84	15,1
S/R	1	0,2
Total	555	100

Com efeito, o uso de preservativos entre os que tiveram relações sexuais nos últimos três anos com parceiros regulares foi de 38,3% sendo de 41,7% os que não usaram preservativos. O não uso de preservativos pode não significar, contudo, uma maior exposição ao risco se se tratar de parceiros regulares e fiéis. Esta proporção de presos que não usam preservativos com parceiros regulares pode significar também o elevado nível de confiança na relação.

Os dados permitem também mostrar que 2 em cada 10 inquiridos, não tendo parceiros regulares, usavam preservativos, demonstrando a preocupação com a prevenção.

Quadro nº 63. Distribuição dos UD que usaram o preservativo nos últimos 3 meses segundo regularidade do parceiro

Parceiro(a) regular	Efectivo	%
Sim	167	38,5
Não	181	41,7
Não tinha parceiro(a) regular	86	19,8
Total	434	100

Entre os que tinham parceiros ocasionais, o uso de preservativo é considerado como necessário e um elemento importante. Com efeito, cerca de 85% afirmaram ter usado preservativos com esse tipo de parceiros, reforçando a preocupação com a preservação de riscos.

Já de entre os inquiridos e que tiveram relações sexuais nos últimos três meses, 57% usaram preservativos quando frequentaram profissionais de sexo, mostrando também a preocupação com a preservação. O total dos inquiridos que entretanto frequentaram TPS e não usaram preservativos representa 3,2% dos reclusos que tiveram relações nos últimos três meses anteriores ao inquérito.

Se analisarmos os dados somente entre os que tiveram relações sexuais com TPS (263), 95,5% usaram preservativos, o que demonstra uma prática consequente em termos de prevenção da saúde.

Resta, no entanto, saber de onde partiu a iniciativa do uso do preservativo. Se partiu dos inquiridos ou dos TPS. Esta informação poderia ser interessante para se conhecer a dimensão axiológica e comportamental de cada um desses actores e, em função disso, conceber as estratégias mais adequados de educação para a saúde.

Quadro nº 64. Distribuição dos UD que usaram o preservativo nos últimos 3 meses segundo a ocasionalidade do parceiro

Parceiro ocasional	Efectivo	%
Sim	367	84,6
Não	15	3,5
Não tinha parceiro ocasional	52	12,0
Total	434	100

Quadro nº 65. Distribuição dos UD que usaram o preservativo nos últimos 3 meses segundo que se trata de um profissional do sexo

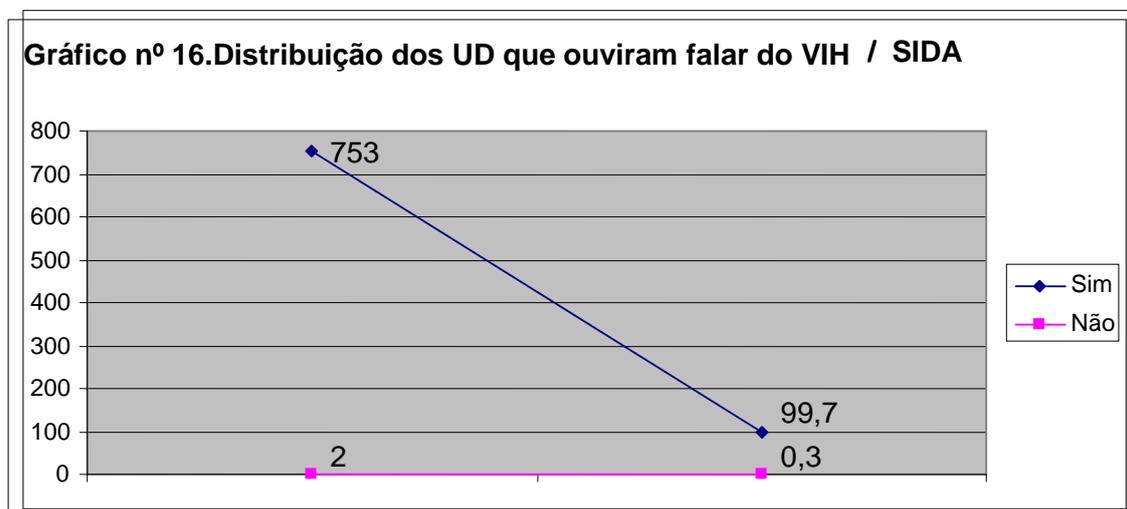
TPS	Efectivo	%
Sim	249	57,4
Não	14	3,2
Não frequentou TPS	170	39,2
S/R	1	0,2
Total	434	100

4.4.2. Conhecimento sobre VIH/SIDA e as IST

Já o referimos anteriormente que o conhecimento sobre as IST/VIH/SIDA, particularmente as formas de transmissão, podem ajudar na prevenção embora não se possa dizer que exista uma relação de causalidade entre os níveis de conhecimento e de prevenção. Com efeito, estudos têm demonstrado, e os próprios resultados do inquérito aos reclusos o confirmaram, uma não relação de determinação entre as dimensões cognitiva e axiológica. Antes, parece existir uma relação de influência em níveis não desprezíveis entre as duas variáveis. Com efeito, aumentando o nível de conhecimento sobre as formas de transmissão e os riscos para a saúde pública maior parece ser a probabilidade de internalização dos conhecimentos e sua posterior externalização em termos de padrões de comportamento.

Entre os UD inquiridos a quase totalidade (99,7%) já ouviu falar do VIH/SIDA e é elevado o conhecimento dos meios de transmissão. Com efeito, 99,4% afirmam que a transmissão acontece por relação sexual (genital ou anal), pela partilha de seringas (90,4%), usando agulhas/seringas não esterilizadas (86,5%), através de objectos cortantes infectados (85,5%), transfusão sanguínea não segura (77,8%). De igual modo, o nível de conhecimento da transmissão por via vertical, isto é, de mãe para filhos é relativamente elevado, ultrapassando, em média, os 55%.

De igual modo é elevada (95,1%) a percentagem dos que sabem e/ou já ouviram falar de formas de evitar a contaminação. Com efeito, para 92,6% usar o preservativo constitui uma forma adequada de evitar a contaminação. De igual modo, 92,5% pensam que não compartilhar agulhas e seringas constitui uma forma adequada e 85,5% afirmam que ter um único parceiro também é seguro. De notar que para 50% a abstinência sexual constitui um meio eficaz de evitar a transmissão.



Quadro nº 66. Distribuição dos UD segundo a declaração sobre o conhecimento dos meios da transmissão do VIH e por sexo

Meios de transmissão	Sexo						Total	
	Masculino		Feminino		S/R		Efectivo	%
	Efectivo	%	Efectivo	%	Efectivo	%		
Relação sexual/anal	637	94,4	71	94,7	3	100,0	711	94,4
Partilhando material de injeção	611	90,5	68	90,7	2	66,7	681	90,4
Na gravidez	476	70,5	46	61,3	1	33,3	523	69,5
Durante o parto	384	56,9	44	58,7	0	0,0	428	56,8
Pela amamentação	365	54,1	42	56,0	1	33,3	408	54,2
Recebendo transfusão sanguínea	528	78,2	56	74,7	2	66,7	586	77,8
Beijando na boca	71	10,5	9	12,0	0	0,0	80	10,6
Usando agulhas/seringas não esterilizadas	581	86,1	68	90,7	2	66,7	651	86,5
No assento da sanita	86	12,7	8	10,7	0	0,0	94	12,5
Através objectos cortantes infectados	579	85,8	63	84,0	2	66,7	644	85,5
Total	675	100	75	100	3	100	753	100

Quadro nº 67. Distribuição dos UD que ouviram falar do VIH/SIDA segundo a opinião sobre a existência de formas de se evitar a contracção do vírus

Algo para evitar o VIH	Efectivo	%
Sim	716	95,1
Não	5	0,7
Não sabe	32	4,2
Total	753	100

Quadro nº 68. Distribuição dos UD segundo a opinião sobre alguns meios para se proteger do VIH/SIDA e por sexo

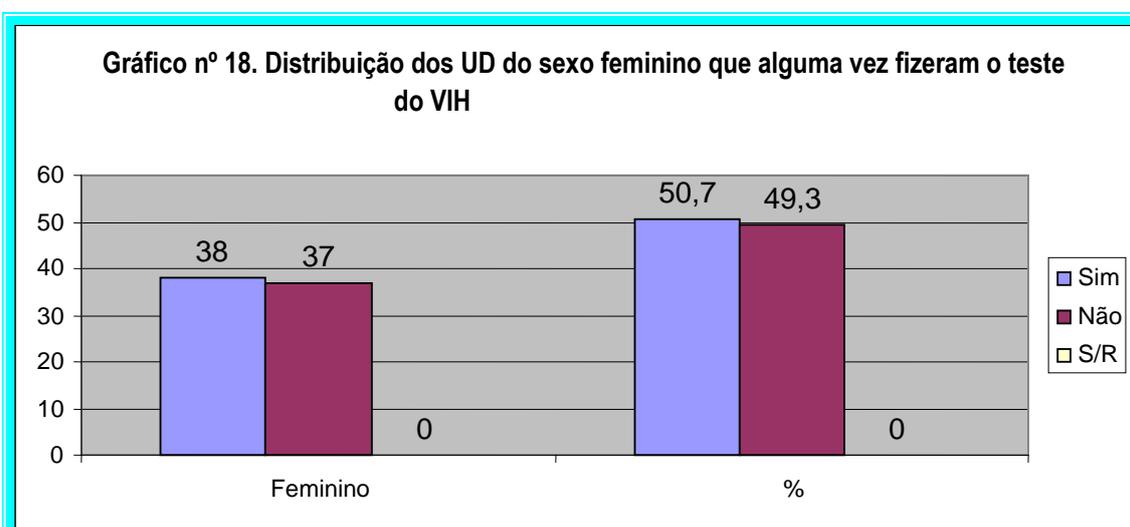
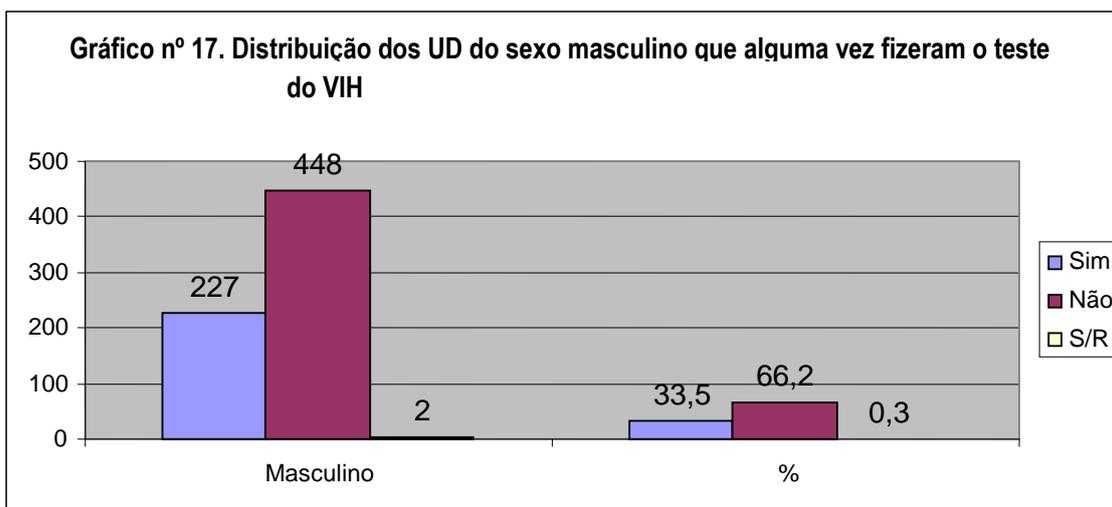
Meios para se proteger	Sexo						Total	
	Masculino		Feminino		S/R		Efectivo	%
	Efectivo	%	Efectivo	%	Efectivo	%		
Ter um único parceiro	559	86,5	53	77,9	2	100	614	85,8
Usar preservativo/camisinha	597	92,4	64	94,1	2	100	663	92,6
Deixar de ter relações sexuais	330	51,1	27	39,7	2	100	359	50,1
Não compartilhar agulhas	594	92,0	66	97,1	2	100	662	92,5
Total	646	100	68	100	2	100	716	100

4.4.3. Uso de drogas e relação com VIH/SIDA

Os UD são mais susceptíveis à contaminação pelo VIH/SIDA, uma vez que fazem menos prevenção e, por isso, mais riscos correm. Dos UD inquiridos, 64,5% nunca fizeram teste de despistagem do VIH/SIDA. Dos que fizeram (35,2%), sendo 85,3% homens e 14,3,5% mulheres.

A taxa de seropositivos entre os que conhecem os resultados dos testes é de 4,5% superior à média detectada pelo IDSR II segundo o qual a taxa de prevalência é de 0,8%. De ressaltar, no entanto, que o presente estuda recobre apenas os UD e, sabendo que a incidência da prevalência entre eles é maior do que a média da população, entende-se a percentagem constatada.

De referir que entre os UD inquiridos 6% não sabe o resultado e 2,3% recusou responder.



Quadro nº 69. Distribuição dos UD que alguma vez fizeram o teste do VIH segundo a declaração sobre o resultado do teste e por sexo

Resultado	Sexo						Total	
	Masculino		Feminino		S/R			
	Efectivo	%	Efectivo	%	Efectivo	%	Efectivo	%
Não sabe o resultado	15	6,6	1	2,6	0	0	16	6,0
VIH Negativo	197	86,8	31	81,6	1	100	229	86,1
VIH positivo	9	4,0	3	7,9	0	0	12	4,5
Aguarda resultado	1	0,4	2	5,3	0	0	3	1,1
Recusou responder	5	2,2	1	2,6	0	0	6	2,3
S/R	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0,0
Total	227	100	38	100	1	100	266	100

4.4.4. Uso de drogas e relação com a prática de crimes

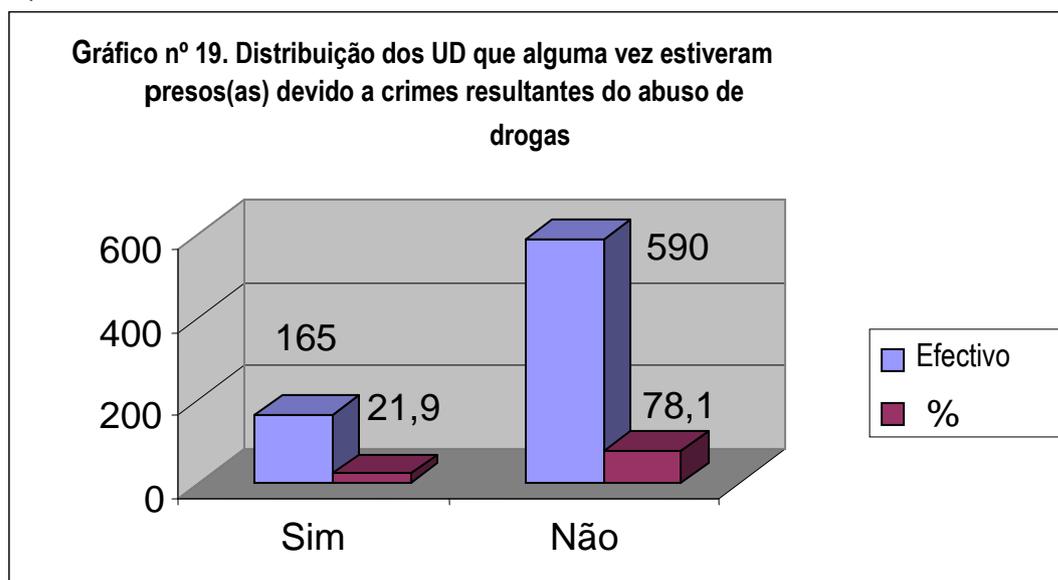
Muitas vezes associa-se o uso de drogas à prática de crimes. Não que necessariamente o consumo seja um indutor da violência mas antes que a dependência pode propiciar a criação de condições para comportamentos violentos.

Nas entrevistas realizadas aos informantes chave e nas informações recolhidas nos grupos focais com os UD, ex-UD e seus familiares, reiteradas vezes, a temática da violência emerge e de forma bem acentuada. Regra geral, tanto os UD como suas famílias ressaltam relações de agressão daqueles com suas famílias, sobretudo quando necessitam de dinheiro para aquisição de drogas ou quando são questionados em relação ao seu comportamento.

Da mesma forma, nas prisões emergem situações de violência entre os UD, e entre estes e seus fornecedores seja porque não conseguem liquidar as dívidas seja por disputas diversas.

De igual modo, foi ainda apontado que em momentos de ressaca muitos UD tendem a tornar-se violentos, portanto, propensos à prática de crimes.

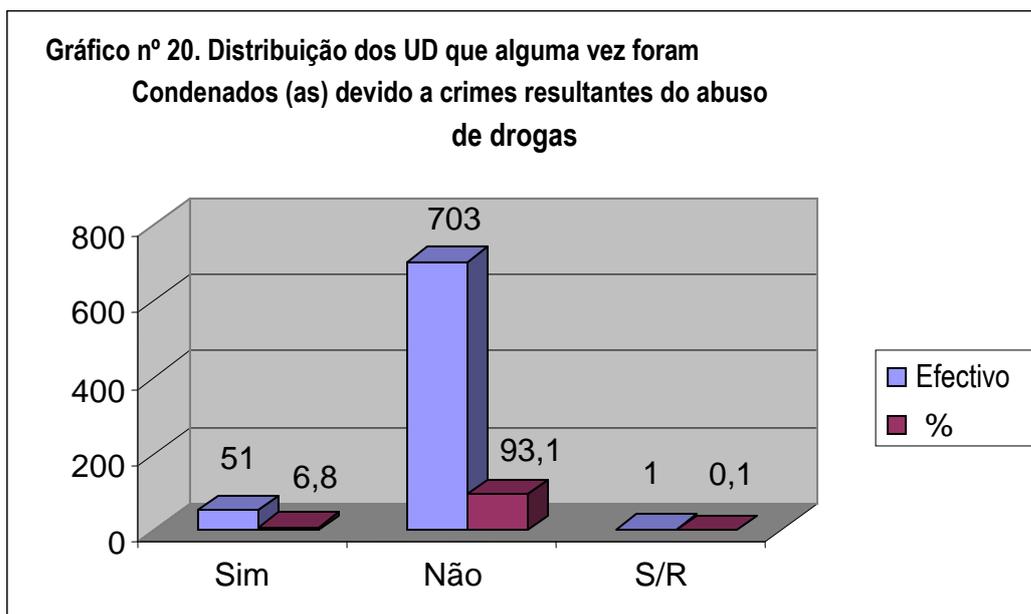
Os dados do inquérito que cerca de 22% dos UD já estiveram alguma vez presos por crimes resultantes do abuso de drogas e 44,8% estiveram presos nos últimos doze meses antes da realização do inquérito pela mesma razão, significando, por conseguinte, quase a metade dos inquiridos.



Quadro nº 70. Distribuição dos UD que alguma vez estiveram presos(as) devido a crimes resultantes do abuso de drogas, nos 12 últimos meses

Preso	Efectivo	%
Sim	74	44,8
Não	89	53,9
S/R	2	1,2
Total	165	100

Apercebe-se igualmente dos dados do inquérito que 6,8% não apenas foram, alguma vez, presos mas também condenados. No último ano, antes da realização do inquérito, 17,6% dos UD inquiridos tinham sido condenados por crimes resultantes do abuso de drogas.



Quadro nº 71. Distribuição dos UD que foram condenados (as) devido a crimes resultantes do abuso de drogas, nos últimos 12 meses

Abuso de drogas	Efectivo	%
Sim	9	17,6
Não	41	80,4
S/R	1	2,0
Total	51	100

4.4.5. Expectativas dos UD

Muitos usuários de drogas, particularmente aqueles que acham-se dependentes e que não estão em tratamento, mantêm, no entanto, uma perspectiva de recuperação. Regra geral, transparece de forma explícita nos discursos dos UD o desejo de «encontrar emprego, (re) construir a família, continuar estudos, emigrar, criar uma associação de apoio a toxicodependentes».

Estão conscientes, contudo, que tal só é possível se, por um lado, eles mesmos se reposicionarem face ao *status quo* em que vivem e, por outro, se contarem com uma forte ancoragem familiar e comunitária.

No entanto, deve-se ser prudente quando se analisa o nível de expectativas dos UD e das possibilidades de sua concretização, uma vez que muitos se encontram numa situação de forte apatia, traduzida designadamente no reduzido número dos que sentem a necessidade de busca de apoio médico e psicológico e que de facto o procuram, bem como na não continuidade do tratamento. Aliás, grande é a percentagem dos UD que afirmam não sentir necessidade de tratamento, malgrado a situação em que vivem e também apesar do apoio da família para a procura de centros de tratamento.

4.4.6. Socialização

Em regra, tende o conhecimento do senso comum a estereotipar o UD e a vê-lo como sendo resultado e fazendo parte de um grupo de pares, geralmente párias sociais, delinquentes e violentos. É a produção social do tóxico-dependente e a construção de um estigma social. Acontece, muitas vezes que as possibilidades de uma ressocialização do UD esbarram precisamente nesta rejeição social e na descrença, por parte das comunidades, da possibilidade de uma reinserção social. Esta negação do UD por parte da comunidade, incluindo muitas vezes a própria família, tende a ser internalizado pelo UD que se auto-isola ou então se refugia no grupo de pares, condição para a sua própria sobrevivência pessoal e social.

Resulta dos dados dos grupos focais realizados com UD de diversos bairros e comunidades dos concelhos estudados que os UD se sentem rejeitados. Contudo, assinalam que a sua trajectória de UD não se assenta prioritariamente em grupos fechados, de tipo gang. É verdade que a pertença a grupos de amigos, aliada a outros factores, contribui para o início do consumo e sua continuidade. Mas, as trajectórias são essencialmente individuais.

Estão contudo conscientes, o que aliás é corroborado pelos especialistas entrevistados, que a pertença a grupos, no quadro de uma ambiente socialmente adequado pode facilitar enormemente a ressocialização e a reinserção social do UD. Tal processo deve vir acompanhado de uma série de acções para, numa perspectiva integrada, assegurar uma intervenção também ela sistémica. Neste contexto, a reeducação da comunidade no sentido da quebra do estigma em relação ao UD, a formação profissional e o acesso a emprego e rendimento, o acesso a programas de ocupação de tempos livres de forma sadia constituem actividades importantes para a reinserção social dos UD.

Os próprios UD estão conscientes que a saída do contexto e do ambiente de risco seja nas famílias seja nas localidades de origem constitui um factor importante para evitar a recidiva.

CAPÍTULO V. SEROPREVALÊNCIA DO VIH NOS USUÁRIOS DE DROGAS DAS INSTITUIÇÕES PRISIONAIS E DOS CENTROS DE TRATAMENTO

5.1 Contexto e metodologia

Durante a realização do estudo, e como referido no capítulo relativo à metodologia, foi possível realizar também testes de despistagem do VIH entre os usuários de drogas nas instituições prisionais e nos centros de tratamento. A realização do teste pretendeu conhecer a dimensão da infecção entre populações bem específicas, bem como permitir o desenvolvimento de estratégias e acções que visam, a um só tempo, assegurar o tratamento dos seropositivos e doentes e realizar acções de prevenção entre essa população e outras com as quais possam manter relações sexuais de risco ou partilha de materiais de consumo, particularmente entre os usuários de drogas injectáveis.

A recolha das amostras de sangue decorreu no período compreendido entre 15 a 26 de Outubro de 2007. Os indivíduos que participaram do inquérito receberam informação sobre os objectivos do estudo e deram o seu consentimento, seguindo as normas constantes do protocolo do estudo.

5.2. Características dos inquiridos

Foram realizados testes em 348 pessoas, sendo a sua grande maioria (98,6%) do sexo masculino. A presença de mulheres entre os inquiridos é relativamente insignificante o que traduz, como referido anteriormente, o seu pouco peso entre os reclusos e entre os UD em tratamento. (cf. Quadro nº 72)

De igual modo, entre os que aderiram ao teste de despistagem, apenas 4% são usuários de drogas injectáveis, significando, por conseguinte, que a grande maioria (96%) consome drogas através do fumo ou do cheiro.

Quando se analisa a distribuição por instituição onde se encontram, constata-se que, dos que aderiram ao teste de despistagem, 89,4% são reclusos, sendo que mais da metade (54,7%) encontra-se na Cadeia de S. Martinho, na cidade da Praia. (cf. Quadro nº 8)

Os que se encontram nos centros de tratamento(Centro Terapêutico Granja de S. Filipe e Tendas El Shaddai) são relativamente poucos, representando 10,6% dos que foram submetidos ao teste de despistagem do VIH.

Quadro nº72. Distribuição dos Inquiridos segundo a instituição onde se encontram

Instituição	Efectivo	%
São Martinho	180	51,7
Prisão de Mindelo	114	32,7
Tendas El Shaddai	35	10,1
Centro Terapêutico Granja de S. Filipe	19	5,5
Total	348	100,0

Analisando a distribuição etária dos inquiridos que aderiram ao teste de despistagem constata-se, como aliás se tinha verificado em relação à totalidade dos UD, que grande parte é jovem. Com efeito, 66,9% dos inquiridos têm menos de 29 anos e 93,9% têm menos de 39 anos.

Quadro nº73 Distribuição dos inquiridos segundo o grupo etário

Grupo Etário	Efectivo	%
16-19	8,6	30
20-24	30,7	107
25-29	27,6	96
30-34	16,7	58
35-39	10,3	36
40-44	3,2	11
45-49	1,1	4
50 +	1,7	6
Total	100,0	348

5.3. Seroprevalência do VIH nos usuários de drogas das instituições prisionais e de tratamento

A taxa de seroprevalência entre os inquiridos foi de 1,7%, sendo 14,3% nos UDI e 1,2% nos UD não injectáveis. Se a prevalência entre todos os inquiridos é bem mais elevada que a prevalência nacional estimada pelo IDSR II (2005) em 0,8%, quando se faz uma análise diferenciada entre os UDI e os UD não injectáveis por sexo a situação se mostra diversa. Ou seja, os dados revelam pouca diferença da prevalência do VIH entre os UD não injectáveis (1,2%) relativamente à prevalência entre os homens sexualmente activos encontrada pelo IDSR II (1,1%)⁵.

Quadro nº 74 Distribuição dos inquiridos seropositivos segundo o sexo

Sexo	Teste VIH positivo	
	%	Efectivo
Masculino	1,7	343
Feminino	*	5
Total	1,7	348

Analisando a distribuição dos seropositivos por grupo etário, realça o facto de entre os 35-39 anos a incidência é maior. Cerca de 2,8% dos reclusos e internados nesta faixa etária revelaram-se positivos. De igual modo, entre os 30-34 anos a incidência é significativo (1,7%).

Interessa sublinhar, como elemento de informação importante, que nenhum dos inquiridos na faixa etária entre os 16-19 anos que aderiram ao teste se revelou seropositivos.

Estes dados da seroprevalência entre os inquiridos das instituições de tratamento são relativamente diversos dos do IDSR II que apontam a maior incidência de seroprevalência entre os homens na faixa etária dos 40-45 anos, ainda que também apontem a faixa etária dos 25 aos 29 anos como sendo de forte prevalência.

⁵ De referir que um estudo realizado no Hospital Baptista de Sousa entre os UDI mostrou uma prevalência de 6,1%.

Em todo o caso, os dados do inquérito da prevalência do VIH entre os reclusos e os internados em centros de tratamento mostram que para idades inferiores a 19 anos e superiores a 40 anos não existem casos de testes positivos.

Quadro nº75. Distribuição dos inquiridos seropositivos segundo o grupo etário

Grupo Etário	Teste VIH positivo	
	%	Efectivo
16-19 anos	0,0	30
20-24	0,9	107
25-29	1,0	96
30-34	1,7	58
35-39	2,8	36
40-44	*	11
45-49	*	4
50 +	*	6
Total	1,7	348

Um dado que corrobora os resultados de estudos conduzidos em outros países tem a ver com o facto de, entre os usuários de drogas injectáveis, a prevalência ser, em termos relativos, muito maior. Com efeito, 14,3% dos UDI se mostraram seropositivos, quando entre os não UDI a taxa é de 1,2%.

Quadro nº 76. Distribuição dos inquiridos seropositivos usuários ou não de drogas injectáveis

Usuário de drogas	Teste VIH positivo	
	%	Efectivo
UDI	14,3	14
Não UDI	1,2	334
Total	1,7	348

Resulta, pois, do estudo a necessidade de uma abordagem específica em termos de intervenção junto aos UDI e que pode passar, para além da educação visando a prevenção e o tratamento, a disponibilização de materiais, nomeadamente seringas e agulhas.

Quadro nº 77. Distribuição dos inquiridos seropositivos segundo a instituição onde se encontram

Instituição	Teste VIH positivo	
	%	Efectivo
São Martinho	1,1	180
Prisão de Mindelo	1,8	114
Tendas El Shaddai	5,7	35
Centro Terapêutico Granja de S. Filipe	0,0	19
Total	1,7	348

Resulta ainda do teste de seroprevalência que, em termos relativos, a Tenda El-Shaddai apresenta o maior contingente de indivíduos vivendo com o VIH (5,7%), seguido pela Cadeia de S. Vicente com 1,8%. A Cadeia de S. Martinho apresenta 1,1% de seus UDI que se aderiram ao teste positivos.

Em contrapartida, o Centro Terapêutico da Granja de S. Filipe não apresenta nenhum seropositivo, de entre os que aderiram ao teste de despistagem⁶.

No entanto, tais dados não podem deixar de constituir uma fonte de preocupação sobretudo quando se está em presença de instituições fechadas, ou instituições sociais totais na acepção dada por Marcel Mauss.

Com efeito, se é verdade que estas instituições, particularmente as penais, impõem severas regras e normas disciplinares, não é menos certo que é nelas que se encontram comportamentos de risco, particularmente comportamentos sexuais e de consumo de drogas e que resultam, em parte, da própria situação de clausura.

Acontece, porém, que relações sexuais tanto durante as visitas como fora delas, assim como a circulação de drogas foram apontadas pelos inquiridos, favorecendo comportamentos de risco de contaminação das IST e do VIH SIDA.

Quadro nº 78. Distribuição dos inquiridos seropositivos segundo o tipo de vírus

Tipo de vírus	Teste VIH positivo	
	%	Efectivo
VIH 1	83,3	5
VIH 2	16,7	1
Total	100,0	6

O estudo epidemiológico sobre a prevalência do VIH mostra que, em termos tipológicos, domina o VIH 1 (83,1%). Estes dados contrariam os resultados do IDRS II que aponta para um equilíbrio entre VIH 1 e VIH 2 na população total, com uma ligeira supremacia do VIH 2 entre os homens.

5.4. O historial da seroprevalência na Comunidade Terapêutica de Granja de S. Filipe

A Comunidade Terapêutica de Granja de S. Filipe é a única instituição pública que se destina, com exclusividade, ao tratamento de toxicodependentes, com internamento e uma abordagem integrada. A Comunidade Terapêutica entrou em funcionamento em Outubro de 2005. Além da vertente do tratamento médico e psicológico, existe toda uma actividade de terapia ocupacional e de formação que contempla ateliers de aprendizagem social e profissional, na perspectiva de assegurar uma adequada reinserção dos internos nas comunidades de origem.

Como referido anteriormente, a prevalência do VIH entre os internos que se encontravam na instituição no momento da realização do inquérito não encontrou nenhum seropositivo.

Contudo, como existem informações sobre todos os que passaram pela instituição, pareceu relevante para o presente estudo fazer um sobrevoos sobre o historial dos ex-internos.

⁶ De referir, no entanto, que de um total de 88 UD admitidos no Centro de Terapêutico da Granja de S. Filipe entre 2006 e Outubro de 2007 houve 3 casos de indivíduos infectados com VIH.

Quadro nº 79. Prevalência por sexo, segundo UD e UDI

Sexo	UD			UDI			UD/UDI		
	Tot	VIH+	Preval. (%)	Tot.	VIH+	Preval. (%)	Tot.	VIH+	Preval. (%)
Masculino	88	1	1,1	3	0	0,0	91	1	1,1
Feminino	13	1	7,7	1	1	100,0	14	2	14,3
Total	101	2	2	4	1	25,0	105	3	2,9

Como se pode constatar cerca de 101 pessoas passaram já pela Comunidade Terapêutica, sendo maioritariamente do sexo masculino(87%). Destes cerca de 96% são usuários de drogas não injectáveis e 4% são UDI. Entre os UD a taxa de prevalência do VIH situa-se em 2%, sendo maioritariamente entre as mulheres (7,7%). Já entre os UDI a prevalência do VIH é de 25%. De ressaltar que as mulheres que passaram pela Comunidade todas foram seropositivas.

Quadro nº 80. Prevalência por grupo etário, segundo nos UD e UDI

Sexo	UD			UDI		
	Total	VIH +	Prevalência (%)	Total	VIH +	Prevalência (%)
Menores de 25 anos	24	1	4,2	1	0	0,0
25 e mais	77	1	1,3	3	1	33,3

Quando se analisa os indivíduos que passaram pela Comunidade Terapêutica constata-se que a grande maioria, ou seja cerca de 76% tem mais de 25 anos. Menos de um quarto dos que por lá passaram têm menos de 25 anos.

Analisando a prevalência do VIH por grupo etário, vê-se que entre os UD, a prevalência entre os que têm menos de 25 anos é de 1,3% e de 4,2% entre maiores de 25 anos. Com os UDI a situação é idêntica, pois cerca de 33% dos seropositivos têm mais de 25 anos.

CAPÍTULO VI. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

6.1. Conclusões

Em Cabo Verde, o presente estudo vem, de certa forma, corroborar as estatísticas e a literatura especializada internacional. Com efeito, dados do inquérito e a correspondente análise sobre a sero-prevalência mostra que a prevalência do VIH entre os UDI é elevada (14,3%).

Da mesma forma, os dados do inquérito aos UD nas comunidades, particularmente a nível das práticas e comportamentos, reforçam as conclusões referentes aos reclusos, permitindo acentuar a perspectiva segundo a qual os usuários de drogas e os reclusos estão expostos a elevados riscos de contaminação pelo VIH.

O estudo permite também aperceber que os UD são extremamente jovens, com uma maior presença dos rapazes na composição total dos toxicodependentes.

Constata-se, igualmente, que a toxicodependência entre os jovens tende a acontecer cada vez mais em idades mais baixas, mostrando a vulnerabilidade a que estão sujeitos as crianças e os adolescentes.

Outrossim, pôde-se verificar uma forte permeabilidade dos UD em termos psicossociais, sobretudo em resultado de uma certa permissividade social em relação ao consumo, primeiro do álcool e, depois, das drogas ilícitas, a uma acentuada diminuição do controle familiar e social, a que se acrescem o acesso fácil e a preços reduzidos de muitas drogas.

Não obstante as medidas de política de prevenção e repressão ao tráfico, venda e consumo de drogas, constata-se um consumo significativo de drogas e uma percepção fortemente enraizada, tanto entre os UD como entre os seus familiares e dirigentes de ONG, Polícia, Hospitais e Centros de Saúde e da magistratura de que essas acções não têm sido eficazes.

Aponta-se, mesmo, uma certa complacência e envolvimento de responsáveis pela repressão e prevenção, designadamente os guardas prisionais, na facilitação do acesso a drogas por parte dos UD presos.

Em termos globais o estudo permite avançar com as conclusões seguintes:

6.1.1. Uso de drogas nas prisões

Constata-se que existe uma alta presença do uso de drogas nas prisões, atingindo cerca de 29% os detidos que alguma vez usaram drogas nas prisões. Esta conclusão permite adicionar uma outra que tem a ver com o facto das prisões centrais serem porosas em relação à entrada de drogas. Constata-se ainda que, tanto familiares e visitantes como alguns funcionários, são os grandes fornecedores de drogas nas prisões.

O envolvimento de funcionários prisionais na comercialização de drogas denota deficiências no sistema interno de controlo e vigilância, mas resulta também de problemas de qualificação desses

funcionários o que remete ao questionamento do processo de recrutamento e selecção bem como de formação.

A prevalência de UDI nas prisões é relativamente baixa, representando 2,7% dos UD reclusos, mas o risco para a saúde é elevada tendo em conta a frequência da partilha de seringas.

Constatou-se também que, contornando as normas prisionais, as relações sexuais nas prisões são frequentes, sendo 3,8% durante as visitas e 7,2% fora das visitas, o que indicia a existência de relações sexuais entre os detidos e/ou entre estes e os funcionários prisionais. De igual modo, as relações sexuais durante as saídas da prisão em licença bem como o consumo de drogas durante esse período é elevado.

Os riscos advenientes de relações sexuais inseguras são elevados particularmente entre os UDI. Com efeito, 44% dos presos nunca usam preservativo e 66% dos que tiveram relações sexuais fora das visitas não tem parceiros regulares.

O nível de conhecimento das formas de transmissão do HIV/SIDA entre os detidos é relativamente elevado.

Poucos foram os UD que seguiram algum tratamento antes da prisão e também poucos são aqueles que beneficiam de tratamento nas prisões.

6.1.2. Uso de drogas nas comunidades e instituições de tratamento

O estudo da prevalência de drogas nas comunidades permite constatar que:

Grande parte dos Usuários de drogas nas comunidades são homens, ainda que tal não signifique a ausência da entrada progressiva de drogas entre as mulheres. Da mesma forma, constata-se que, em relação ao tratamento, há mais homens internados.

Os centros urbanos concentram a maioria dos toxicodependentes, particularmente as cidades da Praia e do Mindelo.

Em relação aos centros de internamento e de tratamento, a Tenda El-Shaddai é a que maior número de UD em tratamento possui. Com efeito, 67,7% dos internos estão nesta instituição. O Centro Terapêutico da Granja de S. Filipe que entrou em funcionamento Julho de 2005 aparece como o segundo centro com maior número de internos em tratamento, podendo albergar 50 pessoas. Tendo em conta a sua vocação e os objectivos que lhe foram consignados é previsível que, em breve, venha ganhar uma grande relevância no sistema nacional de saúde.

Resulta também do estudo que a grande maioria dos usuários de drogas são jovens, sendo que 62,7% têm menos de 29 anos.

O início do uso da droga faz-se maioritariamente com a padjinha (cannabis). Com efeito, 9 em cada 10 inquiridos afirmaram ter iniciado por esta droga. No entanto, a biografia do UD leva-o a juntamente com a padjinha enveredar-se por outras drogas, ditas mais pesadas. Assim, o estudo mostra que 58,4% dos UD inquiridos consome cocaína e 24,6% heroína. O álcool, ainda que socialmente aceite e não considerado como droga, é consumido por 7 em cada dez UD.

O consumo de drogas é feito regularmente o que demonstra o grau de dependência. 55% consomem droga, pelo menos, uma vez por dia e 20,6% ao menos uma vez por semana.

As razões evocadas para o consumo prendem-se essencialmente com: necessidade de relaxamento, esquecimento de problemas, hábito.

A quantidade de usuários de drogas injectáveis ainda não é significativa. Na verdade, apenas 4% dos usuários de drogas utilizam drogas injectáveis, com uma maior concentração em S. Vicente.

De notar, contudo, a extrema juventude dos UDI. Cerca de 7 em cada 10 usuários de drogas injectáveis são menores de 24 anos. Iguamente é extremamente elevado o risco de contracção de infecções sexualmente transmissíveis entre os UDI. Com efeito 76% dos UDI partilham, com alguma regularidade, as seringas.

Apenas um terço dos usuários de drogas tiveram algum tipo de tratamento, embora contem com grande apoio e encorajamento da família. Para a grande maioria dos UD eles não precisam de tratamento.

O estudo permite constatar também que a permissividade sexual entre os UD é elevada aumentando os riscos para a saúde. As relações sexuais são de risco, com uma relativa diversidade de parceiros e a utilização de preservativos não é sistemática.

O nível de conhecimento das formas de transmissão das IST, particularmente o VIH/SIDA é elevado. 9 em cada 10 sabe que a transmissão acontece através de relações sexuais inseguras e da partilha de materiais de injeção. De igual modo, 9 em cada 10 sabem que ter um único parceiro, usar preservativos e não partilhar agulhas e seringas são formas adequadas de evitar a contaminação pelo VIH/SIDA.

6.1.3 Seroprevalência

Os dados do inquérito sobre a seroprevalência entre os usuários de drogas nas prisões e instituições de tratamento mostram um nível de prevalência superior à prevalência nacional. Com efeito, se na população global e, de acordo com os dados do IDSR II (2005), a prevalência é de 0,8%, entre os inquiridos ela atinge os 1,7%, mais do dobro.

Resulta ainda dos dados do inquérito epidemiológico sobre a prevalência do VIH que nas instituições de tratamento, e em termos relativos, a taxa de prevalência de VIH positivos é muito maior (5,7%) do que nas prisões. Nestas, a taxa de prevalência em relação à respectiva população prisional situa-se em 1,1% para S. Martinho e 1,8% para Mindelo. Exceptua-se neste contexto o Centro Terapêutico da Granja de S. Filipe que não tem nenhum paciente seropositivo.

Constata-se também que a prevalência do VIH entre os usuários de drogas injectáveis é consideravelmente superior aos usuários de drogas não injectáveis. Se entre os primeiros, os seropositivos atinge 14,3%, entre os usuários de drogas não injectáveis, ela atinge 1,2%. Tais resultados vêm confirmar o que a literatura especializada a nível mundial já registou.

Com efeito, a partilha de seringas, agulhas e outros materiais sensíveis entre os usuários de drogas coloca-os em situação de elevado risco bem como aqueles que com eles convivem, designadamente familiares e cônjuges.

Um outro dado do estudo tem a ver com o facto de apenas os homens se terem revelado seropositivos. É preciso ter em conta que este facto relaciona-se com o facto das mulheres terem uma presença marginal nas prisões e nos centros de tratamento. Aliás, como se pode ver pelos dados da amostra do inquérito sobre seroprevalência do VIH, as mulheres que aderiram ao teste representam apenas 1,2% do total dos inquiridos. Neste sentido, não se pode de uma forma apriorística concluir que as mulheres usuárias de drogas estão menos submetidas ao risco de contaminação, o que poderia conduzir a estratégias inadequadas de prevenção e combate ao uso de drogas e do VIH.

Aponta ainda os dados do estudo uma nítida supremacia do VIH1 entre os submetidos ao teste. Com efeito, 83,3% dos VIH positivos estão contaminados pelo vírus de tipo 1 e 16,7% pelo vírus do tipo 2.

6.2. Recomendações

O consumo de drogas em Cabo Verde tem aumentado nos últimos anos e a situação geográfica do país constitui um factor de exposição ao tráfico internacional de estupefacientes, não apenas como mero ponto de passagem para os países europeus, mas também para um mercado interno em crescimento.

Aliás, as prisões recorrentes de traficantes de drogas feitas pela Policia Judiciária e pela Policia Nacional e os resultados do presente estudo mostram o aumento da disponibilização de drogas no mercado interno e do aumento de usuários de drogas.

Neste sentido, e tendo em conta os custos económicos, sociais e de saúde que as drogas trazem ao país, importa de forma integrada, sistémica e permanente a definição de políticas que, tanto a montante como a jusante, dêem respostas adequadas ao fenómeno.

Com efeito, e resulta do estudo, uma forte acção deve ser desencadeada no domínio da educação das crianças, iniciando-as nos perigos da droga e contribuindo, desta forma, para minimizar os riscos de eventuais tentativas de aliciamento.

Da mesma forma, e em articulação com os meios de comunicação, campanhas permanentes - e sujeitas a avaliação periódicas de impacto - informação, educação e comunicação para a mudança de comportamentos deverão ser concebidos e implementados, utilizando, também, meios de comunicação de proximidade.

De igual modo, medidas de natureza repressiva devem ser reforçadas, aumentando a capacidade das instituições que intervêm no domínio, nomeadamente as policiais, a procuradoria e os tribunais.

Um maior controlo das fronteiras marítima, terrestre e aérea impõe-se como prioridade tendo em conta a condição arquipelágica do país, o aumento do fluxo turístico e o facto de Cabo Verde ser um país de emigrantes.

Para aqueles que já são usuários de drogas devem ser disponibilizados serviços de tratamento e de acompanhamento permanente no sentido de, por um lado, assegurar a reabilitação quanto tal for possível e, por outro, diminuir os riscos para a saúde dos próprios e dos que com eles vivem.

No que concerne especificamente às infecções transmissíveis, designadamente o VIH/SIDA e a Hepatite, uma acção particular de despistagem deve ser conduzida junto aos UDI no sentido de

assegurar um apoio médico permanente bem como o desenvolvimento de campanhas que minimizem os riscos de contaminação.

6.2.1. Estado e Governos Locais

- O governo e os municípios devem organizar programas regulares de IEC que encorajem práticas comportamentais saudáveis em termos de uso de drogas e comportamentos sexuais
- O alargamento da distribuição de preservativos, com particular realce para grupos potencialmente de risco e em locais inseguros
- Incentivar o aparecimento de voluntariado para a educação para a saúde no quadro da estratégia nacional de criação do Corpo nacional de Voluntários
- Realização de campanhas periódicas de despistagem em matéria de HIV para grupos de risco
- Alargamento e reforço dos Centros de Internamento e Tratamento de UD
- Reforço dos mecanismos de repressão ao tráfico, à produção e comercialização de estupefacientes
- Reforço institucional das Polícias e dos Tribunais em matéria de investigação criminal
- Reforço das cadeias em matéria de reinserção social e profissional de reclusos e de tratamento dos UD
- Revisão do perfil dos funcionários prisionais e reforço de sua qualificação
- Montagem de um sistema reforçado de controlo interno nas prisões como forma de evitar a entrada e comercialização de drogas
- Centros de atendimento e aconselhamento a toxicodependentes, a alcoólatras e seropositivos devem ser alargados e reforçadas as capacidades institucionais dos mesmos
- Uma advocacy forte e persistente precisa ser implementada a todos os níveis do Governo no sentido de sensibilizar os dirigentes sobre os perigos da droga e dos comportamentos daí derivados para a saúde.

6.2.2. Organizações não governamentais

As ONG e as OSC, bem como as Organizações de Base Comunitária têm vindo a conhecer uma dinâmica de crescimento importante e de intervenção cada vez mais significativa na promoção do desenvolvimento. De igual modo, elas têm tido, de forma progressiva, um protagonismo acentuado na educação e promoção da saúde.

Assim, elas têm sido associadas no âmbito da implementação dos programas nacionais de luta contra a droga e contra o SIDA. No entanto, Impõe-se:

- Reforçar o engajamento das ONG, OSC e OBC na implementação de programas e projectos de luta contra a droga e contra as IST
- Reforçar a capacidade técnica, institucional e financeira das ONG, OSC e OBC;
- Associar as ONG e demais OSC na concepção, implementação e avaliação das políticas de combate à droga e ao HIV /SIDA
- Desenvolver programas de formação para os agentes das ONG e OSC que trabalham ou podem vir a trabalhar no domínio da educação e promoção da saúde.

6.2.3. Família

A família continua sendo uma instituição de importância crucial no processo de socialização e educação de crianças, adolescente e jovens. Neste sentido, a consolidação da função da família e a responsabilização dos pais no acompanhamento dos filhos devem ser tidos como elementos centrais no processo de definição e implementação de políticas de luta contra a droga e as IST, particularmente o VIH/SIDA.

Assim, deve-se desenvolver uma acção forte de IEC que visa a sensibilização e responsabilização das famílias na educação e acompanhamento dos filhos, com vista a prevenir o uso de drogas e de comportamentos de risco para a saúde.

De igual modo, as famílias devem constituir, no âmbito dos programas de luta contra a droga e o HIV/SIDA um grupo-alvo específico, identificando-se estratégias e acções a elas destinadas, nomeadamente:

- a) Desenvolvimento de acções de formação e capacitação das famílias;
- b) Realização de workshops sobre temáticas específicas que versam sobre drogas e os riscos a elas associados
- c) Desenvolvimento de acções com as Associações de Pais e Encarregados de Educação
- d) Apoio ao associativismo dos pais, designadamente através de campanhas de sensibilização para o voluntariado

6.2.4. Instituições de ensino

No mundo de hoje, as escolas ganharam uma relevância extremamente grande na educação de crianças, adolescentes e jovens. Muitas vezes, e tendo em conta o facto de que as crianças passam mais tempo na escola, todo o processo de socialização, de inculcação de valores morais, éticos e sociais estão sob a responsabilidade das escolas.

Neste sentido, qualquer campanha de luta contra as drogas e as IST devem reconhecer essa centralidade da escola e associá-la ao programa.

Assim, recomenda-se:

- Integração das escolas nos programas, projectos e acções de luta contra a droga e as IST
- Introdução nas escolas como actividades curriculares ou extra-curriculares a temática da droga, da IST e do VIH-SIDA
- Capacitação dos docentes para trabalharem a problemática da educação para a saúde
- Desenvolvimento de projectos escola-comunidade em matéria de saúde
- Produção de material didáctico específico sobre a droga e as IST

6.2.5. Organizações Internacionais

As Organizações Internacionais, tanto as ligadas ao sistema das Nações Unidas com as demais, têm tido um papel importante em todo o processo desencadeado pelo Governo de Cabo Verde em matéria de luta contra a droga e contra o VIH/SIDA. Assim, a continuação da parceria estratégica existente parece crucial numa fase em que o tráfico, a comercialização e consumo de drogas, com as consequências daí advenientes, conhecem um certo recrudescimento em Cabo Verde e na região oeste-africana, onde o país se encontra inserido.

Neste contexto, a assistência técnica na montagem de programas de luta contra a droga (prevenção, repressão, o tratamento, etc) e da luta contra o VIH/SIDA deverá prosseguir, bem como no financiamento dos programas entretanto concebidos.

Assim, o desenvolvimento de um plaidoyer junto às Organizações Internacionais é crucial no processo de luta contra a droga e o VIH/SIDA. É verdade que a parceria existe, mas urge a sua manutenção e alargamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CCS-SIDA. Plano Estratégico de Luta contra o VIH/SIDA (2006-2010). Praia, 2006

DEMAERE, W., HARIGA F., BARTHOLEYNS F., VANDERVEKEN, M. Santé et Usage de drogues en milieu carcéral. L'instrument épidémiologique : propositions méthodologiques. SSTC. Bruxelas; Junho 2001
http://www.belspo.be/belspo/home/publ/rapptoek_fr.stm, Hariga ;

HARIGA, TODTS, DOULLOU & Coll. Drug use in prisons: monitoring of health risks: A survey in 10 prisons in Belgium

INE. Inquérito Demográfico e à Saúde Reprodutiva II, Praia, 2005

MJ/CCCD. Estudo qualitativo e estimativa do tamanho de duas populações em risco para o VIH/SIDA: Usuários de Drogas Injectáveis e Profissionais do Sexo. Praia, Abril de 2005 (Idrissa OUEDRAOGO, Nélida RODRIGUES, René Charles SYLVA & Orlando MONTEIRO)

MJ/CCCD. Estudo Sobre a Situação das DROGAS em Cabo Verde e sua Relação com o VIH/SIDA Rapid Situation Assessment (RSA) - Método de Avaliação Rápida- PROTOCOLO DE TRABALHO.

REID, Gary, KAMARULZAMAN, Adeeba & SRAN, Sangeet Kan, A Rapid Situation Assesement of Malaysia. Burnet Institute, 2004

República de Cabo Verde. Programa Nacional de Luta contra Droga. Avaliação a meio percurso do PND. Praia, Junho, 1999

_____. Estratégias Nacional de Luta contra a Droga e o Crime Conexo (Sumário Executivo). Praia, Outubro 2004

World Health Organization. A Rapid Situation Assesement os Sexual Risk Behaviour and Substance Use Among Sex Workers and Their Clients in Chennai (Madras) South India

_____. A Rapid Situation Assessment of Alcohol in Relation to Sexual Behaviour in Lagos, Nigeria. Lagos, 2002

ANEXOS

ANEXO 1. QUADROS

Quadro nº 1 A. Detidos com licença precária segundo que tiveram relações sexuais

Relações sexuais	Efectivo	%
Teve	76	68,5
Não teve	35	31,5
Total	111	100

Quadro nº 2 B Uso de preservativos entre detidos com licença precária que tiveram relações sexuais

Usou de preservativos	Efectivo	%
Sim	38	50
Não	37	48,7
S/R	1	1,3
Total	76	100

Quadro nº 3 C. Detidos que usaram drogas durante as licenças precárias

Uso de drogas	Efectivo	%
Usou	10	9,0
Não uso	101	91,0
Total	111	100

Quadro nº 4. D. Distribuição dos UD entrevistados por estado civil

Estado civil	Efectivo	%
Solteiro(a)	671	88,9
Casado(a)	9	1,2
União de facto	66	8,7
Divorciado(a)	3	0,4
Separado(a)	6	0,8
Total	755	100

Quadro nº 5 E. Distribuição dos UD entrevistados segundo a principal ocupação

Ocupação	Efectivo	%
Desempregado(a)	430	57,0
Empregado(a)	269	35,6
Estudante	43	5,7
Reformado(a)	1	0,1
Incapacitado(a)	3	0,4
Outro	8	1,1
S/R	1	0,1
Total	755	100

Quadro nº 6F Distribuição dos UD segundo a idade de início do consumo de drogas

Grupos etários	Efectivo	%
7-12 anos	71	9,5
13-14	107	14,3
15-19	412	54,9
20-24	117	15,6
25-29	36	4,8
30+	7	0,9
Total	750	100

Quadro nº 7G. Distribuição dos UDI segundo a idade de início do consumo de drogas injectáveis

Grupos etários	Efectivo	%
15-19	15	50,0
20-24	7	23,3
25-35	8	26,7
Total	30	100

Quadro nº 8 H. Distribuição dos UDI segundo a parte do corpo em que injectam drogas e por sexo

Parte do corpo	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	Efectivo	%	Efectivo	%	Efectivo	%
Braços	25	92,6	3	100,0	28	93,3
Pés	9	33,3	0	0,0	9	30,0
Mãos	10	37,0	0	0,0	10	33,3
Pescoço	5	18,5	0	0,0	5	16,7
Outro	3	11,1	1	33,3	4	13,3
Total	27	100	3	100	30	100

Quadro nº 9 I. Distribuição dos UDI segundo a substância utilizada para limpar as agulhas (ANEXO)

Substância	Efectivo	%
Lixívia	6	25,0
Vinagre	8	33,3
Água	4	16,7
Álcool	2	8,3
Outro	4	16,7
Total	24	100

Quadro nº 10 J. Distribuição dos UDI segundo a fonte de obtenção das agulhas

Fonte	Efectivo	%
Farmácia	23	76,7
Amigos	5	16,7
Outro	2	6,7
Total	30	100

Quadro nº 11 K. Distribuição dos UD segundo o conhecimento de instituições onde se pode fazer tratamento

Instituição	Efectivo	%
Não conhece nenhuma	142	18,8
CCCD	156	20,7
Tendas Al-Shadai	334	44,2
Hospital Trindade	31	4,1
Centro terapêutico Granja S. Filipe	13	1,7
Hospital Baptista Sousa	41	5,4
Outros estabelecimentos de Saúde	4	0,5
Outro	1	0,1
S/R	33	4,4
Total	755	100

ANEXO 2. METODOLOGIA

1. Âmbito geográfico

A RSA será realizada nas ilhas de Santiago nomeadamente na Praia, Santa Catarina, Santa Cruz (em uma instituição de tratamento de UD), São Vicente, Sal, Santo Antão (Porto Novo, Paul, Ribeira Grande) e Fogo (são Filipe).

Se até um passado recente, as ilhas de Santiago, São Vicente e Sal foram as mais afectadas pelo abuso de drogas, verificou-se ultimamente no Fogo e Santo Antão, a emergência de um novo perfil da população dos usuários de drogas e mudanças recentes no consumo. A inclusão destas ilhas no estudo, justifica-se pela necessidade de dispor de informações pertinentes para a definição de novas estratégias de prevenção e tratamento, levando em consideração as mudanças observadas.

2. Populações-alvo

O estudo terá por grupos alvo, os homens e as mulheres usuários de drogas nas comunidades, nas instituições de tratamento e nas duas prisões centrais de São Martinho (Praia) e Mindelo (são Vicente).

Para o cumprimento dos objectivos do estudo, serão ainda entrevistados, actores chaves nas diversas comunidades de intervenção, tais como profissionais envolvidos no atendimento e tratamento dos usuários de drogas, técnicos de instituições que lidam com estes grupos, agentes das prisões, membros das comunidades, entre outros.

3. Disposições institucionais

A realização do estudo será coordenada por um Comité Técnico constituído para o efeito, integrando elementos de várias instituições, entre as quais a CCCD, MS, DGSPRS, CCS-SIDA, ONUDC e EFPNU. Cabe ao Comité aprovar a metodologia proposta para o estudo, acompanhar a execução dos trabalhos e aprovar os resultados preliminares.

4. Considerações Éticas

Tendo em conta o aspecto delicado das informações colhidas, a estigmatização dos UD/UDI, a recolha da informação, o tratamento dos dados e sua apresentação, far-se-ão no respeito dos direitos do indivíduo à confidencialidade, à liberdade de decisão para o participante fornecer ou não as informações solicitadas. Para o efeito será pedido o consentimento explícito e tomadas as seguintes precauções:

- A informação recolhida em relação a um indivíduo é anónima e em nenhum caso será comunicada a uma terceira pessoa;
- Uma ficha de entrevista preenchida só é acessível aos supervisores da equipa e aos membros da equipa de enquadramento;
- Nem as autoridades locais, nem as judiciais, policiais ou outras têm acesso aos questionários preenchidos;
- Para a equipa dos supervisores e inquiridores foi interdito o consumo de droga no quadro do estudo;
- A postura de neutralidade e da não emissão de juízes de valor em relação aos UD/UDI.

Os aspectos ético-legais que implica a agregação do teste do HIV vão merecer uma atenção especial. Neste sentido será pedido o consentimento esclarecido do participante (ver a ficha de consentimento em anexo). O teste de VIH é anónimo e confidencial. Para isso nenhuma informação sobre a sua identificação será associada ao sangue.

5. Amostragem

5.1. Abordagem quantitativa

O método de abordagem adoptado é o da entrevista directa, utilizando como suporte um questionário. Para recolha de dados, vão ser elaborados dois tipos de questionários, visto que nas prisões, a situação das drogas e os seus determinantes apresentam um perfil diferente ao das comunidades e instituições de tratamento.

O Questionário a ser aplicado nas comunidades e instituições de tratamento de UD compreende as secções seguintes:

- Secção A: dados socio-demográficas
- Secção B: Padrões de consumo
- Secção C: Uso de drogas injectáveis
- Secção D: Comportamento sexual
- Secção E: Conhecimento sobre o VIH/SIDA e as IST's
- Secção F: Tratamento
- Secção G: Uso de drogas e crimes

O Questionário a ser aplicado nas prisões compreende as secções seguintes:

- Secção A: Dados socio-demográficas
- Secção B: Situação perante à detenção e actividades (trabalho, lazer, desporto)
- Secção C : Padrões de consumo
- Secção D: Uso de drogas injectáveis
- Secção E: Tratamento e meios de prevenção
- Secção F: Violência na prisão
- Secção G : Comportamento sexual
- Secção H: Conhecimento sobre o VIH/SIDA e as IST's
- Secção I : Risco de consumo de drogas durante as licenças precárias/laborais

5.2 Plano de sondagem

Visto a dificuldade em aplicar as técnicas estatísticas de sondagem, o estudo vai requerer a combinação de 2 métodos de amostra utilizados nas RSA:

- **O método de “bola de neve” ou “Network or snowball sampling”**

Sendo os UD uma população de difícil acesso e grupos não formalmente constituídos, recorre-se à técnica de “snowball sampling”. Este método refere-se a informantes chave ou outras pessoas com acesso fácil aos UD. Consiste em identificar elementos do grupo a partir de informação proveniente de um membro da comunidade ou de um informante chave. Uma vez um indivíduo entrevistado, a estratégia consiste em identificar outros membros do grupo de pertença (ou membros do bairro de residência do UD) para participar no estudo.

Assim, a selecção dos entrevistados (UD) far-se-á ate chegar a **um ponto de saturação** que neste caso será o efectivo do tamanho da amostra. Em concreto, para cada uma das equipas foi estimado o tamanho da amostra, ou seja, o número de entrevistas a realizar (ver quadro 1).

- **O método de “Cluster sampling”**

Esta técnica é baseada no mapeamento dos sítios de concentração dos UD relativamente a cada domínio. O aproveitamento do mapeamento dos sítios de concentração dos UD/UDI⁷ e da estimativa dos efectivos de UD por bairro de residência, permite a determinação do tamanho da amostra.

O procedimento de tiragem consiste primeiramente em estimar o tamanho da amostra. Depois, proceder a uma distribuição proporcional ao efectivo de UD para cada domínio.

Para a abordagem metodológica as equipas vão recorrer a observação de terreno que permitirá ter informações complementares sobre outros potenciais sítios de concentração dos UD/UDI (bares, discotecas, ruas, praças, rotundas, avenidas ...) por bairro ou zonas.

5.3. Comunidades

- **Nas diferentes comunidades (bairros e zonas), cerca de 750 UD serão entrevistados.**

Quadro 1. Estimativa do tamanho da amostra nas comunidades segundo o domínio

Domínio	Efectivo	Proporção (%) UD	Amostra teórica	Amostra Ajustada
Praia	767	49	342	350
São Vicente	397	25	177	175
Assomada	83	5	37	50
Sal	102	7	46	50
Fogo	70	4	31	50
Santo Antão	150	10	67	75
Total	1569	100	700	750

5.4. Instituições de tratamento

Todos os usuários de drogas nas instituições de tratamento serão contemplados para participar neste inquérito. Segundo os efectivos serão cerca de 100 indivíduos.

Quadro 2. Tamanho da amostra nas instituições de tratamento de UD

Instituição	Efectivo
Tendas Al-Shadai	48
Hospital Trindade	29
Centro Terapêutico Granja S.F.	19
Total	96

⁷ O mapeamento foi realizado no *Estudo qualitativa e estimativa de tamanho de duas populações de risco em relação ao VIH/SIDA: os UD e As TPS (CCCD, CCS-SIDA, 2006)*.

5.5. Instituições prisionais

De igual modo, nas prisões da Praia e de São Vicente, todos os reclusos com um período de detenção superior a 3 meses, serão solicitados para participar neste estudo, quer sejam usuários de drogas ou não. Com base nos efectivos de prisioneiros nas duas cadeias, cerca de 900 prisioneiros serão entrevistados.

Quadro 3. Tamanho das amostras nas instituições prisionais

Instituição Prisional	Amostra	Sub-amostra Teste VIH
São Martinho	558	280
São Vicente	326	170
Total	884	450

5.6. Sub-amostra teste VIH

Conforme os objectivos do estudo, a sub-amostra para o teste do VIH será constituída por apenas os prisioneiros usuários de drogas. O efectivo de prisioneiros a serem submetidos ao teste de despistagem do VIH foi estimado baseando-se numa proporção de 50% sendo usuários de drogas. Com base nessa hipótese, cerca de 450 prisioneiros vão ser contemplados na vertente serológica do VIH nas duas prisões.

5.7. Procedimentos de recolha dos dados secundários

Os dados qualitativos contemplaram os temas identificados pelos objectivos do estudo. O objectivo visado é de aprofundar os elementos de discussão, por uma série de questões colocadas, após as primeiras respostas espontâneas. Neste âmbito serão realizados:

1. Entrevistas aprofundadas dirigidas às Direcções das prisões e serviços médicos sobre os pontos seguintes:
2. Entrevistas aprofundadas dirigidas aos responsáveis das instituições de tratamento;
3. Focus grupos com os UD nas prisões, nas comunidades, e instituições de tratamento.

Guiões de recolha de dados vão ser concebidos, estruturados à volta dos temas que constituem os questionamentos dos objectivos gerais e objectivos específicos da RSA.

Grupos de discussão dirigidos serão organizados para os UD/UDI nas comunidades, nas instituições de tratamento e prisionais, a fim de aprofundar alguns elementos de discussão individuais.

Cada um dos guias (individuais e de grupos) integra:

- ✓ Uma introdução aos objectivos do estudo;
- ✓ Itens elaborados à volta dos temas dos objectivos específicos, a saber (i) as características sócio demográficas (ii) a entrada na prática UD/UDI (iii) a socialização (iv) o conhecimento sobre o VIH/SIDA e as IST, (v) os elementos de recomendação para a resolução dos problemas identificados por eles ou elas, (vi) factores de entrada, saída, reentrada e permanência no consumo; (vii) violência; (viii) reinserção social;

5.8. Entrevistas aprofundadas

As entrevistas aprofundadas debruçaram sobre as seguintes questões

- Uso de drogas na população prisional
- Actividades de ocupação (lazer, trabalho, desporto, ...)
- Actividades e organização do serviço médico
- Iniciativas preventivas em matéria de consumo de drogas e VIH
- Formação, etc.

5.9. Discussões dos grupos focais

5.9.1. Temas gerais de discussão

Os temas gerais de discussão nos grupos focais foram os seguintes:

- Factores de risco
- Factores de protecção
- Factores de reinserção social/ socialização, bem como as expectativas dos UD

5.10. Teste de despistagem do VIH

Em relação à vigilância do VIH, a RSA recomenda um duplo enfoque na recolha de dados sobre o VIH, a saber uma vertente epidemiológica e uma vertente comportamental. Esta abordagem visa essencialmente conjugar dados sobre os comportamentos sexuais que levam à transmissão do VIH e os dados epidemiológicos do VIH, para melhor corroborar e explicar as tendências do VIH e a sua relação com o abuso de drogas.

O objectivo principal do teste do VIH é de fornecer dados relativos à prevalência do VIH nas populações usuárias de drogas nas instituições de tratamento e nas duas prisões centrais da Praia e de São Vicente, no âmbito da melhoria da vigilância da epidemia. Os testes de despistagem do VIH serão efectuados em cerca de 450 detidos usuários de drogas e 100 usuários de drogas que se encontram nas instituições de tratamento.

O teste do VIH será realizado com sangue capilar, depois da entrevista e do consentimento voluntário do inquirido. Ainda é anónimo, e não correlacionado com os dados do questionário.

5.10.1. Consentimento esclarecido

Consentimento esclarecido: implica que seja solicitada a participação do inquirido e que, ao fazê-lo, lhe sejam facultadas todas as informações necessárias ao entendimento do que se pretende, para permitir uma tomada de decisão elucidada. Face às informações recebidas, a pessoa opta por aderir, ou não aderir, ao estudo. A aceitação tem no geral de ser consubstanciada na assinatura de um documento comprovativo do seu consentimento.

Para o efeito, uma declaração resumindo os procedimentos a utilizar assim como os benefícios da realização do teste será explicada a cada indivíduo (ver ficha em anexo). Será pedido a todos os participantes para o teste do VIH que dêem o seu consentimento, esclarecido, autorizando a recolha de sangue para o teste.

Confidencialidade: garantia de não divulgação dos dados do inquirido e de que, qualquer que seja (positivo ou negativo), o seu resultado de VIH não poderá ser associado à sua pessoa.

5.10.2. Método de recolha do sangue

Para cada inquirido testado para o VIH será disponibilizado uma unidade individual de plástico de fecho hermético, designado “Ziploc” contendo uma unidade de papel de filtro para recolha de 3 gotas de sangue.

A colheita de sangue será feita por um agente que utilizará luvas descartáveis para cada inquirido e recolherá 3 gotas de sangue, de modo a preencher três círculos marcados sobre a tira de papel de filtro.

As gotas de sangue serão recolhidas utilizando a técnica de recolha de sangue por picada na ponta do dedo. Antes da colheita do sangue, o dedo será limpo com a ajuda de um pedaço de gaze estéril, impregnado em álcool. Depois, picará a ponta do dedo utilizando uma lanceta estéril, de agulha auto-retractável, não reutilizável.

Se o inquirido aceitou fazer o teste de VIH, descarta-se a 1ª gota. Depois, colhem-se 3 gotas com as quais se preencherá 3 círculos do papel de filtro para o VIH. Terminada a colheita de sangue, a zona da picada será protegida da infecção com um penso-rápido.

No dia seguinte, o papel de filtro com sangue já totalmente seco será guardado dentro de um saco de plástico com fecho “Ziploc” no qual serão colocados dissecadores e controlador de humidade. Será conservado no laboratório à temperatura de + 4°C.

5.10.3. Anonimato e confidencialidade

O teste de despistagem do VIH é anónimo e não correlacionado. No papel filtro figurará exclusivamente o número aleatório atribuído a cada pessoa, o que quer dizer que nenhum nome e nenhum elemento que possa permitir a identificação do inquirido, constará na amostra de sangue seco. No cartão de identificação da amostra de sangue, só figurarão o número gerado de forma aleatória que consta no papel filtro e informações demográficas mínimas (sexo, idade, mês e não de nascimento). Assim, nem os inquiridos, nem os inquiridores saberão o resultado do teste e nem existem possibilidades do inquiridor o conhecer.

Acesso aos resultados: possibilidade do inquirido saber o resultado do seu teste, se assim o desejar. No entanto, a divulgação do resultado implica que existam condições para se fazer o **aconselhamento pré e pós teste**.

5.11. Recursos humanos

A recolha de dados propriamente dita será realizada por 6 equipas integrando cada uma, 5 inquiridores e um supervisor. A recolha de sangue para o teste de despistagem do VIH nas prisões e instituições de tratamento será assegurada por dois enfermeiros(as), sendo um na praia e um na ilha de São Vicente.

Uma equipe de 6 supervisores será encarregue de assegurar a supervisão dos trabalhos de terreno durante um mês, afim de garantir entre outros aspectos, a boa qualidade das informações recolhidas. As equipas serão constituídas com a base do conhecimento do terreno tanto para os supervisores como para os agentes.

6. Limitações do estudo

6.1. Cronograma

O cronograma inicialmente estabelecido não foi cumprido, tendo em conta um conjunto de constrangimentos entretanto verificados e que se prendem, designadamente com a morosidade no processo de selecção dos consultores, da formação dos inquiridores e supervisores. De igual modo, a necessidade de obtenção do parecer favorável do Comité nacional de Ética para Pesquisa em Saúde para o estudo de seroprevalência também atrasou o estudo, uma vez que existem procedimentos e prazos fixados por este órgão.

6.2. Preparação e formação

A formação dos agentes inquiridores, supervisores e equipa técnica na RSA permitirá às pessoas compreender a metodologia da *Avaliação Rápida*, assim como os diferentes instrumentos de trabalho que vão ser utilizados neste estudo.

A formação terá também como principal objectivo testar os questionários e recolher subsídios sobre a metodologia de trabalho que vai ser aplicada nesta pesquisa.

A formação decorreu na cidade da Praia do **4 a 6 de Setembro de 2006**. Contemplou as componentes teórica e prática com actividades de simulação de entrevistas em sala.

Para os testes do VIH, foram recrutados agentes de recolha de sangue com formação específica sobre a metodologia de recolha de sangue.

No âmbito da RSA foram produzidos:

- ❑ **Um documento sobre os princípios do trabalho de campo** que compreendeu os direitos e deveres dos inquiridos, os procedimentos organizacionais, os conceitos e conselhos úteis à condução das entrevistas bem como as considerações éticas direccionadas **aos inquiridores**.
- ❑ **Um guião do Supervisor** que versou sobre as suas responsabilidades, o processo de supervisão, o controlo da execução dos trabalhos no terreno e sobre o trabalho em equipa, a gestão das entrevistas pendentes e sobretudo sobre o controlo dos questionários.
- ❑ **Um Manual de recolha de sangue** que serviu de guia para a recolha de sangue capilar para o teste do VIH.
- ❑ **Diferentes guiões de entrevista e focus grupos**

Teste piloto

Trabalho de campo

ANEXO 3: INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

GUIAS DE RECOLHA DE DADOS

Enquadramento

A Comissão de Coordenação do Combate à Droga, CCCD, em parceria com o Escritório das Nações Unidas contra a Droga e o Crime, ONUDC, no quadro do projecto AD/CPV/I27 – “Monitorização e Análise da Situação das Drogas em Cabo Verde e sua Relação com o VIH/SIDA”, pretende realizar um estudo qualitativo e quantitativo, aplicando o método de avaliação rápida - RSA do ONUDC, com vista a determinar a extensão do uso abusivo de drogas em cabo verde e a sua relação com o VIH/SIDA.

O estudo será realizado em cinco ilhas do arquipélago, a saber Santiago (Praia, Santa Catarina, Santa Cruz) São Vicente, Santo Antão (Porto Novo, Paul, Ribeira Grande), Fogo (São Filipe) e Sal. Os grupos alvo são usuários (as) de drogas, UD, nessas comunidades, instituições de tratamento e nas duas prisões centrais de São Martinho (Praia) e Mindelo (São Vicente).

Para o cumprimento dos objectivos do estudo, serão ainda entrevistados, actores chaves nas diversas comunidades de intervenção, tais como profissionais envolvidos no atendimento e tratamento dos usuários de drogas, técnicos de instituições que lidam com estes grupos, dirigentes das prisões, membros das comunidades, entre outros.

Guias de recolha de dados

O método de abordagem a ser adoptado é a entrevista directa e visando aprofundar os elementos de discussão, e de acordo com os objectivos propostos, serão concebidos guias de recolha de dados no seio dos diferentes grupos alvo.

Para recolha de dados, são concebidos dois tipos de questionários, um para os (as) UD nas duas prisões seleccionadas e outro para os (as) UD das instituições de tratamento e das comunidades (**QUESTIONÁRIOS RSA**).

O presente estudo irá fazer o aproveitamento do mapeamento dos sítios de concentração realizados no estudo qualitativa e estimativa de tamanho de duas populações de risco em relação ao VIH/SIDA - TPS/UD/UDI⁸, realizado pela CCCD e CCSSIDA. Nesse sentido, todos os guias elaborados neste estudo de suporte para os inquiridores e supervisores, têm como base os guias elaborados no referido estudo TPS/UD/UDI, tendo em conta os objectivos similares e complementares, obviamente respeitando as especificidades do RSA.

As seis equipas de terreno vão recorrer à observação directa que permitirá obter informações complementares sobre outros potenciais sítios de concentração dos UD por bairro ou zonas. Assim, o guia de observação concebido para esse estudo é adaptado do guia de observação do guia TPS/UD/UDI, uma vez que perseguem os mesmos propósitos (**GUIA DE OBSERVAÇÃO PARA OS UD**).

Tendo em conta os objectivos específicos do presente estudo, o recurso a informantes chave apresenta-se como uma estratégia pertinente para a obtenção de informações específicas que caracterizem o grupo alvo, sobretudo no que diz respeito aos factores de risco e aos factores favoráveis para a prevenção do uso abusivo de drogas, bem como a recolha de subsídios que visem estratégias de intervenção junto do grupo alvo.

Para o efeito, é concebido um guia de recolha de dados junto dos informantes chaves (**GUIA DE RECOLHA DE DADOS COM OS INFORMANTES CHAVE**) que é adaptável a cada categoria ou grupo de informantes chave. Nesse sentido, serão realizadas entrevistas dirigidas aos responsáveis das instituições de tratamento e serviços psicossociais bem como aos dirigentes das prisões e outros identificados nas comunidades.

Outra variável de elevada importância neste estudo, é a reinserção social dos toxicodependentes, de acordo com os objectivos propostos. Nesse sentido, serão realizadas sessões de discussões de grupos focais com vista à obtenção de

⁸ O mapeamento foi realizado no *Estudo qualitativa e estimativa de tamanho de duas populações de risco em relação ao VIH/SIDA: os UD e As TPS (CCCD, CCS-SIDA, 2006)*.

informações sobre essa variável, de forma a complementar os questionários estruturados. Assim guias com questões semi estruturados serão elaborados para essas sessões de grupos focais de forma a cumprir os objectivos propostos **(GUIA DISCUSSÕES DE GRUPOS FOCALIS)**.

As referidas sessões serão realizadas junto de UD nas comunidades, prisões e instituições de tratamento.

O recurso a múltiplas fontes de dados, bem como o levantamento de todos os dados secundários já existentes a respeito o uso abusivo de drogas e VIH/SIDA, no país permitirá a determinação da magnitude e características do problema das drogas em Cabo Verde, bem como estudar comportamentos de risco. Nesse sentido, nos grupos focais bem como nas entrevistas com os informantes chave identificados, serão aprofundadas questões como:

- Factores de risco e de factores de protecção na sociedade
- Acompanhamento e tratamento (apoio médico, psicossocial, espiritual, etc)
- Prevenção do uso abusivo drogas e sua relação com o VIH/SIDA
- Perspectivas de Reinserção Social dos diferentes grupos
- Estratégias de intervenção junto de cada grupo alvo.

QUESTIONÁRIO PARA INSTITUIÇÕES PRISIONAIS

Nº DO QUESTIONÁRIO.....

Nome do Inquiridor:

Data: ___ / ___ / 2006

Verificado pelo supervisor:

Data: ___ / ___ / 2006

Ilha:

Concelho:

Cidade/Vila.....

Nome da Instituição penal.....

INTRODUÇÃO

Estamos a desenvolver uma pesquisa promovida pela Comissão de Coordenação do Combate à Droga (CCCD) em parceria com o Escritório de Nações Unidas contra a Droga e o Crime sobre o uso de drogas no país.

A sua participação neste inquérito é voluntária, mas de extrema importância. Suas respostas nos ajudarão a analisar a situação da droga em Cabo Verde, servindo de base para desenvolver programas de prevenção. Esperamos que aceite participar neste inquérito pois, a sua opinião como a de muitas outras pessoas que vamos entrevistar é extremamente importante.

Esta entrevista tomará apenas 15 minutos. Suas respostas vão absolutamente ser tratadas de forma **CONFIDENCIAL** e **ANÓNIMA**.

Você tem alguma questão ou quer pedir algum esclarecimento sobre o inquérito?

Posso lhe fazer algumas perguntas?

O (A) inquirido(a) aceitou responder 1 O (A) inquirido(a) recusou responder2 → Fim



SECÇÃO A: DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

1. Sexo do(a) inquirido(a)

Masculino.....1

Feminino.....2

2. Em que mês e ano nasceu?

Mês.....
Ano.....
Idade (em anos completos)..... anos

3. Antes da detenção, você vivia numa área rural ou urbana?

Urbano..... 1
Rural..... 2

4. Qual era a zona/bairro de sua residência antes da sua detenção?

Zona/Bairro.....

5. Qual é o nível de ensino que você completou?

Nenhum1
Pré escolar.....2
Alfabetização.....3
EBI.....4
Secundário..... 5
Curso médio..... 6
Superior.....7

6. Qual é o seu estado civil?

Solteiro(a)..... 1
Casado(a)..... 2
União de facto..... 3
Divorciado(a)..... 4
Separado(a)..... 5
Viúvo(a).....6

7. Qual é a sua religião?

Católica.....1
Protestante.....2
Adventista.....3
Testemunho de Jeová.....4
Sem religião.....5
Outra..... 6
(ESPECIFIQUE)

8. Qual é a sua nacionalidade ?

Caboverdiana.....1
Dupla nacionalidade.....2
Outra (ESPECIFIQUE)..... 3

SECÇÃO B: SITUAÇÃO PERANTE A DETENÇÃO E ACTIVIDADES

9) Quantas vezes esteve preso(a) anteriormente?

Nunca1
1 vez 2
2 vezes ou mais..... 3

10) Da última vez, que esteve preso(a) foi devido a (LEIA AS MODALIDADES E ANOTE TODAS AS RESPOSTAS)

	SIM	NÃO
Posse/uso de drogas ?.....	1	2
Tráfico de droga?.....	1	2
Outras razões?	1	2

11) Qual a sua situação perante a detenção?

Preso preventivo.....1
Condenado.....2

12) Há quanto tempo você está na prisão?

- Entre 3 e 5 meses.....1
Entre 6 e 11 meses.....2
Mais de um ano.....3

13) Durante os últimos 3 meses de detenção, você teve a oportunidade de:

	SIM	NÃO
Trabalhar?		1 2
Receber formação?	1	2
Praticar uma actividade desportivo ou de lazer?	1	2

14) Durante os últimos 3 meses de detenção, você recebeu uma visita?

- Sim.....1
Não..... 2

15) Durante os últimos 3 meses de detenção, sentiu-se aborrecido(a)?

- Nunca.....1
Raramente.....2
Constantemente.....3

SECÇÃO C: PADRÕES DE CONSUMO

16) Quais as drogas que já experimentou na sua vida? (LEIA AS MODALIDADES E ANOTE TODAS AS RESPOSTAS)

Nunca usou droga..... 1 → Ir a P 32

	SIM	NÃO
Padjinha.....	1	2
Haxixe/Hax.....	1	2
Heroína, castanha, brown.....	1	2
Cocaína (pedra, crack, base).....	1	2
Anfetaminas (anfetamina, metanfetamina, ecstasy).....	1	2
Sedativos e tranquilizantes(barbitúricos).....	1	2
Alucinógenos (LSD, chá de diabo, comprimido, pastilha).....	1	2
Solventes e Inalantes (cola de sapateiro).....	1	2
Álcool.....	1	2
Outras drogas.....	1	

(ESPECIFIQUE)

16 a) De que forma costuma consumir drogas? (ANOTE TODAS AS RESPOSTAS)

	SIM	NÃO
Fumada.....	1	2
Inalada.....	1	2
Injectada.....	1	2
Via oral.....	1	2
Outro.....	1	

(ESPECIFIQUE)

17) Qual era o seu produto favorito, antes de você ser preso(a)?

- Padjinha.....1
Haxixe/Hax.....2
Heroína, castanha, brown.....3
Cocaína (pedra, crack, base).....4
Anfetaminas (anfetamina, metanfetamina, ecstasy).....5
Sedativos e tranquilizantes(barbitúricos).....6
Alucinógenos (LSD, chá de diabo, comprimido, pastilha).....7

Solventes e Inalantes (cola de sapateiro).....	8
Álcool.....	9
Outras drogas _____	10

(ESPECIFIQUE)

18) Quais destes produtos usou na prisão, na última vez? (LEIA AS MODALIDADES E ANOTE TODAS AS RESPOSTAS)

Nunca usei na prisão.....	1	→ Ir A P 21
	SIM	Não
Padjinha.....	1	2
Haxixe/Hax.....	1	2
Heroína, castanha, brown.....	1	2
Cocaína (pedra, crack, base).....	1	2
Anfetaminas (anfetamina, metanfetamina, ecstasy).....	1	2
Sedativos e tranquilizantes(barbitúricos).....	1	2
Alucinógenos (LSD, chá de diabo, comprimido, pastilha).....	1	2
Solventes e Inalantes (cola de sapateiro).....	1	2
Álcool.....	1	2
Outras drogas _____	1	

(ESPECIFIQUE)

18 a) Como se pode adquirir drogas nesta prisão? (ANOTE TODAS AS RESPOSTAS)

	SIM	NÃO
Funcionários da prisão.....	1	2
Colegas detidos.....	1	2
Visitantes.....	1	2
Outro _____	1	

(ESPECIFIQUE)

19) Qual destes produtos é o seu produto favorito na prisão?

Padjinha.....	1
Haxixe/Hax.....	2
Heroína, castanha, brown.....	3
Cocaína (pedra, crack, base).....	4
Anfetaminas (anfetamina, metanfetamina, ecstasy).....	5
Sedativos e tranquilizantes(barbitúricos).....	6
Alucinógenos (LSD, chá de diabo, comprimido, pastilha).....	7
Solventes e Inalantes (cola de sapateiro).....	8
Álcool.....	9
Nenhum.....	10
Outras drogas _____	11

(ESPECIFIQUE)

20) Qual o motivo para usar drogas na prisão? (ANOTE TODAS AS RESPOSTAS)

	SIM	NÃO
Relaxar.....	1	2
Esquecer os seus problemas.....	1	2
Por diversão.....	1	2
Esta acostumado(a) a tomar drogas.....	1	2
Sente-se mais confiante.....	1	2
Porque está aborrecido(a).....	1	2
Levar a extremo os seus sentimentos agressivos.....	1	2
Para pertencer ao grupo.....	1	2
É pressionado(a) a usar drogas por outros reclusos.....	1	2
Por influência de outros reclusos.....	1	2
Não Sabe.....	1	
Outro _____	1	

(ESPECIFIQUE)

SECÇÃO D: USO DE DROGAS INJECTÁVEIS

21) Alguma vez injectou drogas?

Sim.....1

Não..... 2 → Ir a P 27

21 a) Quantas vezes injectou drogas no último mês antes da sua detenção?

Nenhuma vez..... 1

Diariamente.....2

Algumas vezes 3

22) Compartilhou materiais de injeção (seringa, colher, filtro, água) com outra pessoa na última vez que injectou, antes de entrar para prisão?

Não..... 1

Sim, com o seu colega.....2

Sim, com outros..... 3

23) A última vez que injectou na prisão, compartilhou os materiais de injeção (seringa, colher, filtro, água)?

Nunca injectou na prisão.....1 → Ir a P 26

Sim.....2

Não.....3

24) A última vez que injectou na prisão, desinfectou o material de injeção? Sim.....1

Não..... 2 → Ir a P 26

25) O que utilizou para desinfectar o material?

Lixívia..... 1

Vinagre.....2

Água.....3

Álcool.....4

Outro.....5

(ESPECIFIQUE)

26) Já alguma vez teve uma overdose durante sua permanência nesta prisão?

Sim.....1

Não..... 2

SECÇÃO E : TRATAMENTO

Agora, gostaria de falar sobre tratamento devido a problemas de drogas.

27) Antes de sua (última) detenção, de quem teve um acompanhamento regular, devido a problemas de drogas? (ANOTE TODAS AS RESPOSTAS)

	SIM	NÃO
Não teve acompanhamento....	1	
Médico.....	1	2
Psiquiatra.....	1	2
Psicólogo.....	1	2
Assistente Social.....	1	2
Não Sabe.....	1	
Outro.....	1	

(ESPECIFIQUE)

28) Antes de sua (última) detenção, você esteve em algum programa de tratamento de droga?

Sim.....1

Não..... 2 → Ir a P 29

28 a) Quem tomou a iniciativa?

- Ele próprio1
Amigo.....2
Familiar.....3
Outro.....4
(ESPECIFIQUE)

29. Você recebeu tratamento nos últimos 12 meses?

- Sim..... 1
Não..... 2 → Ir a P 29c)

29 a) Qual foi a instituição onde recebe(u) o tratamento?

- Tendas El-Shadai.....1
Hospital Trindade.....2
Centro terapêutico Granja S. Filipe.....3
Hospital Batista de Sousa.....4
Outros estabelecimentos de Saúde.....5
Cadeia.....6
Outro.....7
(ESPECIFIQUE)

29 b) Quantas vezes já teve o tratamento, nos últimos 12 meses? (ANOTE TODAS AS RESPOSTAS)

- | | SIM | NÃO |
|--------------------------------------|-----|-----|
| Uma vez por mês | 1 | 2 |
| Entre duas e três vezes por mês..... | 1 | 2 |
| Mais de três vezes por mês..... | 1 | 2 |
| Outro..... | 1 | |
- (ESPECIFIQUE)

29 c) SE NÃO a P29. Fale-me das razões pelas quais você nunca recebeu/procurou tratamento?

- Não quer.....1
Tratamento ineficaz2
Não precisa.....3
Custos elevados.....4
Não conseguiu aderir.....5
Muito difícil desistir.....6
Outro.....7
(ESPECIFIQUE)
Não Sabe.....8

29 d) SE SIM a P29. Uma vez que você tentou o tratamento antes, poderia me dizer o motivo da recaída? (ANOTE TODAS AS RESPOSTAS)

- | | SIM | NÃO |
|--------------------------------------|-----|-----|
| Não quis continuar o tratamento..... | 1 | 2 |
| Tratamento ineficaz..... | 1 | 2 |
| Muito difícil ficar limpo..... | 1 | 2 |
| Pressão de amigos..... | 1 | 2 |
| Fácil conseguir drogas..... | 1 | 2 |
| Falta de ocupação..... | 1 | 2 |
| Rejeição social..... | 1 | 2 |
| Falta de apoio..... | 1 | 2 |
| Outro..... | 1 | |
- (ESPECIFIQUE)

30) Durante esse período de detenção, recebeu algum cuidado devido ao seu problema de drogas?

Não.....1 → Ir a P 32

	SIM	NÃO (ANOTE TODAS AS RESPOSTAS)
Sim, do médico da prisão.....	1	2
Sim do médico de fora.....	1	2
Sim, do médico da prisão e de fora.....	1	2
Sim, do assistente social da prisão.....	1	2
Sim, do psiquiatra da prisão.....	1	2
Outro.....1		

(ESPECIFIQUE)

31) SE SIM(em caso de médico ou o psiquiatra), o que é que o médico ou o psiquiatra prescreveu?

Nada..... 1

Qualquer outra coisa..... 2

O que?.....

(ESPECIFIQUE)

32) Durante a sua permanência na prisão, você recebeu informação escrita/oral sobre o uso de drogas, riscos para a saúde e modos para proteger contra estes riscos? (ANOTE TODAS AS RESPOSTAS)

	SIM	NÃO
Através dos funcionários da prisão.....	1	2
Especialistas.....	1	2
CCCD.....	1	2
CCS-SIDA.....	1	2
ONGs.....	1	2
Pessoal de saúde.....	1	2
Familiares/Amigos.....	1	2
Outro.....1		

(ESPECIFIQUE)

SECÇÃO F : VIOLÊNCIA

33)a) Você foi, nesta prisão, vítima de violência relacionada ao tráfico de droga?

Sim.....1

Não..... 2 → Ir a P 34b

34)a) Que forma de violência? (ANOTE TODAS AS RESPOSTAS)

Ameaça de Agressão.....1

Chantagem com ele (a) mesmo.....2

Chantagem com amigos/parentes.....3

Espancamento.....4

Violências sexuais.....5

34)b) Aconteceu alguma vez na prisão que não podia pagar a tempo uma dívida por causa do uso de drogas?

Sim.....1

Não..... 2 → Ir a P 35

34)c) O que aconteceu? (ANOTE TODAS AS RESPOSTAS)

	SIM	NÃO
Nada, pagou quando pôde.....	1	2
Pedi uma transferência para outra cela/secção/prisão (para protecção).....	1	2
Pôde cortar a transacção.....	1	2
Era vítima de uma acção de vingança.....	1	2
Negociou o pagamento da dívida.....	1	2
Alguém de fora (amigo, familiar, sócio) liquidou-a por ele (a)	1	2

35) Nesta prisão, teve (como usuário de droga ou não) algum problema com outra pessoa usuária de droga?

Sim.....1

Não..... 2

SECÇÃO G : COMPORTAMENTO SEXUAL

36) Onde pode-se adquirir preservativos nesta prisão?

	SIM	NÃO
Cantina.....	1	2
Enfermaria da prisão.....	1	2
Funcionários da prisão.....	1	2
Colegas detidos.....	1	2
Visitantes.....	1	2
Outro.....	1	

(ESPECIFIQUE)

37a) Nesta prisão, teve relações sexuais durante uma visita, nos últimos 12 meses?

Sim..... 1

Não..... 2 → Ir a P 38 a)

37b) Se sim, você usou preservativos?

Sempre..... 1

Às vezes..... 2

Nunca..... 3

38a) Nesta prisão, você teve relações sexuais fora das visitas, nos últimos 12 meses?

Sim..... 1

Não..... 2 → Ir a P 39

38b) Costuma ter relações sexuais com um (a) parceiro (a) regular?

Sim..... 1

Não..... 2

38c) Costuma usar preservativos?

Sempre..... 1

Às vezes..... 2

Nunca..... 3

39) Nesta prisão, alguma vez recebeu dinheiro ou bens em troca de relações sexuais?

Sim..... 1

Não..... 2

SECÇÃO H: CONHECIMENTO SOBRE O VIH/SIDA e AS IST's

40. Você já ouviu falar do VIH/SIDA?

Sim..... 1

Não..... 2 → Ir a P41

40 a) Como é que se pode contrair o vírus da SIDA? (ANOTE TODAS AS RESPOSTAS)

	SIM	NÃO
Relação sexual anal e/ou vaginal não protegida.....	1	2
Partilhando material de injeção de drogas (agulhas, filtros, água, ...)	1	2
Na gravidez (mãe para filho)	1	2
Durante o parto.....	1	2
Pela amamentação (mãe para filho).....	1	2
Recebendo transfusão sanguínea.....	1	2
Beijando na boca.....	1	2
Usando agulhas/seringas não esterilizadas.....	1	2
No assento da sanita.....	1	2

Através de objectos cortantes infectados.....1 2
 Outro1
 (ESPECIFIQUE)
 Não sabe..... 1

41) Existe algo que se possa fazer para evitar contrair o vírus da SIDA?

Sim.....1
 Não.....2
 Não Sabe.....3

41 a) Ter um único parceiro não infectado que não tem outra parceira, é uma forma de se proteger do vírus da SIDA?

Sim.....1
 Não.....2
 Não Sabe.....3

41 b) Utilizar preservativo/camisinha sempre que tiver relações sexuais é uma forma de se proteger do vírus da SIDA?

Sim.....1
 Não.....2
 Não Sabe.....3

41 c) Deixar de ter relações sexuais é uma forma de se proteger do vírus da SIDA?

Sim.....1
 Não.....2
 Não Sabe.....3

41 d) Não compartilhar agulhas e outros materiais utilizados para a injeção de drogas é uma forma de se proteger do vírus da SIDA?

Sim.....1
 Não.....2
 Não Sabe.....3

42. Você já ouviu falar de infecções sexualmente transmissíveis (IST)?

Sim..... 1
 Não..... 2 → Ir a P43

42a) Quais são os sinais ou sintomas que a(o) levam a pensar que um homem tem uma doença/infecção que pode ser transmitida através das relações sexuais? (ANOTE TODAS AS RESPOSTAS)

	SIM	NÃO
Dores abdominais	1	2
Corrimento	1	2
Corrimento com mau cheiro	1	2
Dor/ardor urinária	1	2
Avermelhado/inflamação da zona genital	1	2
Ferida/ulcera na zona genital	1	2
Verrugas na zona genital	1	2
Comichão	1	2
Urinar com sangue	1	2
Perda de peso	1	2
Impotência	1	2
Outro	1	
(ESPECIFIQUE)		
Não há sintoma	1	
Não sabe	1	

42b) Quais são os sinais ou sintomas que a(o) levam a pensar que uma mulher tem uma doença/infecção que pode ser transmitida através de relações sexuais? (ANOTE TODAS AS RESPOSTAS)

SIM		NÃO	
Dores abdominais	1		2
Corrimento vaginal	1		2
Corrimento vaginal com mau cheiro	1		2
Dor/ardor urinária	1		2
Avermelhado/inflamação da zona genital	1		2
Ferida/ulcera na zona genital	1		2
Verrugas na zona genital	1		2
Comichão vaginal	1		2
Urinar com sangue	1		2
Perda de peso	1		2
Dificuldade em ficar grávida	1		2
Outro	1		
(ESPECIFIQUE)			
Não há sintoma	1		
Não sabe	1		

43. Alguma vez fez um exame de sangue para saber se está infectado(a) pelo VIH?

Sim..... 1
 Não..... 2 → Ir a P 44

43 a) Você sabe qual foi o resultado?

Não sabe o resultado.....1
 VIH Negativo.....2
 VIH positivo..... 3
 Aguarda resultado.....4
 Recusou responder.....5

SECÇÃO I :ACESSO AS DROGAS DURANTE AS LICENÇAS PRECÁRIAS /LABORAL

44) Desde a sua detenção, você teve alguma licença precária/ laboral ?

Sim.....1
 Não..... 2 →FIM DA ENTREVISTA

44) a) Durante a sua última licença, você teve relações sexuais?

Sim.....1
 Não..... 2 → Ir a P 45

44) b) Você teve relações sexuais?

Só com parceiro(a) regular.....1
 Outros parceiros.....2

44) c) Usou preservativos?

Sim.....1
 Não..... 2

45) Quais drogas você usou durante sua última licença precária? (ANOTE TODAS AS RESPOSTAS)

	SIM	NÃO
Padjinha	1	2
Haxixe/Hax.	1	2
Heroína, castanha, brown.....	1	2
Cocaína (pedra, crack, base).....	1	2
Anfetaminas (anfetamina, metanfetamina, ecstasy).....	1	2
Sedativos e tranquilizantes(barbitúricos).....	1	2
Alucinógenos (LSD, chá de diabo, comprimido, pastilha).....	1	2
Solventes e Inalantes (cola de sapateiro).....	1	2
Álcool.....	1	2

Outras drogas _____1
(ESPECIFIQUE)
Não usou nenhum.....1 → FIM DA ENTREVISTA

46) Durante sua última licença de precária/laboral, você injectou drogas?

Sim.....1
Não..... 2 → FIM DA ENTREVISTA

46) a) Você usou seu próprio material de injeção (seringa, colher, filtro, água)?

Sim.....1
Não..... 2

Obrigado pela sua cooperação nesta pesquisa

Estudo Sobre a Situação das Drogas em Cabo Verde e Sua Relação com o VIH/SIDA

Rapid Situation Assessment (RSA) - Método de Avaliação Rápida

QUESTIONÁRIO PARA COMUNIDADES E INSTITUIÇÕES DE TRATAMENTO

Nº DO QUESTIONÁRIO.....
Nome do Inquiridor:
Data: ___ / ___ / 2006
Verificado pelo supervisor:
Data: ___ / ___ / 2006
Ilha:
Concelho:
Cidade/Vila.....
Bairro/Zona.....
Nome da Instituição.....

INTRODUÇÃO

Estamos a desenvolver uma pesquisa promovida pela Comissão de Coordenação do Combate à Droga (CCCD) em parceria com o Escritório de Nações Unidas contra a Droga e o Crime sobre o uso de drogas no país.

A sua participação neste inquérito é voluntária, mas de extrema importância. Suas respostas nos ajudarão a analisar a situação da droga em Cabo Verde, servindo de base para desenvolver programas de prevenção. Esperamos que aceite participar neste inquérito pois, a sua opinião como a de muitas outras pessoas que vamos entrevistar é extremamente importante.

Esta entrevista tomará apenas 15 minutos. Suas respostas vão absolutamente ser tratadas de forma **CONFIDENCIAL** e **ANÓNIMA**.

Você tem alguma questão ou quer pedir algum esclarecimento sobre o inquérito?
Posso lhe fazer algumas perguntas?

O (A) inquirido(a) aceitou responder 1 ; O (A) inquirido(a) recusou responder..... 2 → Fim



SECÇÃO A: DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

1. Sexo do(a) inquirido(a)

Masculino..... 1

Feminino.....2

2. Em que mês e ano nasceu?

Mês.....

Ano..... 1 9

Idade (em anos completos)..... anos

3. Você vive no meio urbano ou rural?

Urbano..... 1

Rural..... 2

4. Qual é a cidade/zona/lugar de sua residência permanente?

Zona/Bairro.....

5. Qual é o nível de ensino que você completou?

Nenhum1

Pré escolar.....2

Alfabetização.....3

EBI.....4

Secundário..... 5

Curso médio..... 6

Superior.....7

6. Qual é actualmente sua principal ocupação? (UMA ÚNICA RESPOSTA)

Desempregado(a).....1

Empregado (a).....2

Estudante.....3

Reformado (a).....4

Incapacitado (a).....5

Outro..... 6

(ESPECIFIQUE)

7. Qual é o seu estado civil?

Solteiro(a)..... 1

Casado(a)..... 2

União de facto..... 3

Divorciado(a)..... 4

Separado(a)..... 5

Viúvo(a).....6

8. Qual é a sua religião?

Católica.....1

Protestante.....2

Adventista.....3

Testemunho de Jeová.....4

Sem religião.....5

Outra..... 6

(ESPECIFIQUE)

9. Qual é a sua nacionalidade?

Caboverdiana.....1

Dupla nacionalidade.....2

Outra (ESPECIFIQUE).....3

SECÇÃO B: PADRÕES DE CONSUMO

Agora eu vou lhe perguntar sobre o uso de substâncias psicoativas. Por favor lembre-se que tudo o que você me disser é estritamente confidencial, e ninguém mais saberá o que você informou aqui:

10. Quais as drogas que já experimentou na sua vida? (LEIA AS MODALIDADES E ANOTE TODAS AS RESPOSTAS)

	SIM	NÃO
Padjinha.....	1	2
Haxixe/Hax.....	1	2
Heroína, castanha, brown.....	1	2
Cocaína (pedra, crack, base).....	1	2
Anfetaminas (anfetamina, metanfetamina, ecstasy).....	1	2
Sedativos e tranquilizantes(barbitúricos).....	1	2
Alucinógenos (LSD, chá de diabo, comprimido, pastilha).....	1	2
Solventes e Inalantes (cola de sapateiro).....	1	2
Álcool.....	1	2
Outras drogas.....	1	

(ESPECIFIQUE)

11. De que forma costuma consumir drogas? (ANOTE TODAS AS RESPOSTAS)

	SIM	NÃO
Fumada.....	1	2
Inalada.....	1	2
Injectada.....	1	2
Via oral.....	1	2
Outro.....	1	

(ESPECIFIQUE)

12. Você usou uma dessas substâncias nos últimos 12 meses?

Sim.....1

Não.....2 → IR para a pergunta 14 b)

13. Qual a droga que mais usou, nos últimos 12 meses?

Padjinha.....	1
Haxixe/Hax.....	2
Heroína, castanha, brown.....	3
Cocaína (pedra, crack, base).....	4
Amfetaminas (anfetamina, metanfetamina, ecstasy).....	5
Sedativos e tranquilizantes(barbitúricos).....	6
Alucinógenos (LSD, chá de diabo, comprimido, pastilha).....	7
Solventes e Inalantes (cola de sapateiro).....	8
Outras drogas.....	9

(ESPECIFIQUE)

14 a) Com que frequência em média você usou drogas, nos últimos 12 meses?

Pelo menos uma vez por dia.....	1
Uma vez por semana.....	2
Mais de uma vez semanalmente.....	3
Algumas vezes por mês.....	4
uma única vez.....	5
Outro.....	6

(ESPECIFIQUE)

14 b) Com que idade iniciou o consumo de drogas?

Idade (em ano completo) _____ anos

15 Qual foi a droga que consumiu pela primeira vez?

- Padjinha.....1
 - Haxixe/Hax2
 - Heroína, castanha, brown.....3
 - Cocaína (pedra, crack, base).....4
 - Anfetaminas (anfetamina, metanfetamina, ecstasy).....5
 - Sedativos e tranquilizantes(barbitúricos).....6
 - Alucinógenos (LSD, chá de diabo, comprimido, pastilha).....7
 - Solventes e Inalantes (cola de sapateiro).....8
 - Outras drogas.....9
- (ESPECIFIQUE)

16. Qual o motivo para você usar drogas? (ANOTE TODAS AS RESPOSTAS)

- | | SIM | NÃO |
|--|-----|-----|
| Relaxar..... | 1 | 2 |
| Esquecer os seus problemas..... | 1 | 2 |
| Por diversão..... | 1 | 2 |
| Está acostumado(a) a tomar drogas..... | 1 | 2 |
| Sente-se mais confiante..... | 1 | 2 |
| Porque está aborrecido(a)..... | 1 | 2 |
| Levar a extremo os seus sentimentos agressivos..... | 1 | 2 |
| Para pertencer ao grupo..... | 1 | 2 |
| É pressionado(a) a usar drogas por outras pessoas..... | 1 | 2 |
| Não sabe..... | 1 | |
| Outro..... | 1 | |
- (ESPECIFIQUE)

SECÇÃO C: USO DE DROGAS INJECTÁVEIS

17. Você alguma vez injectou alguma droga?

Sim..... 1

Não..... 2 → IR a pergunta P 29 a)

18. Quantos anos tinha quando iniciou a injeção de drogas?

Idade (em anos completos)..... anos

19. Nos últimos 12 meses, com que frequência injectou drogas?

- Pelo menos uma vez por dia.....1
 - Uma vez por semana.....2
 - Mais de uma vez semanalmente.....3
 - Algumas vezes por mês.....4
 - uma única vez.....5
 - Nenhuma vez.....6
 - Outro.....7
- (ESPECIFIQUE)

20. Quando você injecta drogas, fá-lo sozinho ou em grupo?

Sozinho.....1

Em grupo.....2

21. Habitualmente em que lugar injecta drogas? (UMA ÚNICA RESPOSTA)

- Casa (própria ou de amigos)..... 1
Casas de venda/consumo.....2
Edifício abandonado..... 3
Praças públicas.....4
Esquina/beco..... 5
Beira mar..... 6
Espaço de diversão..... 7
Outro..... 8
(ESPECIFIQUE)

22. Em quais partes do corpo você injecta? (ANOTE TODAS AS RESPOSTAS)

- | | SIM | NÃO |
|--------------|-----|-----|
| Braços..... | 1 | 2 |
| Pés..... | 1 | 2 |
| Mãos..... | 1 | 2 |
| Pescoço..... | 1 | 2 |
| Outro..... | 1 | |
- (ESPECIFIQUE)

23. No último mês, você teve problemas como: (ANOTE TODAS AS RESPOSTAS)

- | | SIM | NÃO |
|--|-----|-----|
| Abcessos/infecções derivadas da injeção..... | 1 | 2 |
| Cicatrizes e marcas negras facilmente notáveis, feridas..... | 1 | 2 |
| Dificuldades de injeção..... | 1 | 2 |
| Coágulos de sangue e Tromboses..... | 1 | 2 |

24. Você costuma compartilhar agulhas/seringas com outros usuários de drogas? (mais de uma pessoa usa a mesma agulha ou seringa)

- Não, nunca..... 1
Raras vezes.....2
Às vezes..... 3
Frequentemente..... 4
Quase sempre..... 5

25. Alguma vez compartilhou outros materiais como água, algodão, colher, ... com outros consumidores?

- Não, nunca..... 1
Raras vezes..... 2
Às vezes..... 3
Frequentemente..... 4
Quase sempre..... 5

26. Você limpa as suas agulhas?

- Sim..... 1
Não..... 2 → IR a pergunta P 28

27. O que utiliza para limpá-las?

- Lixívia..... 1
Vinagre.....2
Água.....3
Álcool.....4
Outro.....5
(ESPECIFIQUE)

28. Onde você adquire as suas agulhas?

- Farmácia.....1
Traficante de drogas..... 2
Amigos..... 3
Outro.....4
(ESPECIFIQUE)

SECÇÃO D: COMPORTAMENTO SEXUAL

29 a) Você teve relações sexuais nos últimos 3 meses?

Sim..... 1

Não..... 2 → IR para a P 30

29. b) Nos últimos três meses, usou camisinha quando você teve relações sexuais?

Não, nunca..... 1 → IR para a P 31

Raramente..... 2

Às vezes..... 3

Frequentemente..... 4

Quase sempre..... 5

30. Se você usa camisinha, você fá-lo quando se relaciona com:

a) Parceiro regular (companheiro(a), namorado/namorada)?

Sim..... 1

Não..... 2

Não tinha parceiro regular.....3

b) Parceiro Ocasional?

Sim..... 1

Não.....2

Não tinha parceiro ocasional....3

c) Trabalhador Profissional do Sexo (TPS)?

Sim..... 1

Não..... 2

Não frequentou TPS....3

SECÇÃO E: CONHECIMENTO SOBRE O VIH/SIDA E IST's

31. Você já ouviu falar do VIH/SIDA?

Sim..... 1

Não..... 2 → IR para a P 33

31 a) Como é que se pode contrair o vírus da SIDA? (ANOTE TODAS AS RESPOSTAS)

	SIM	NÃO
Relação sexual anal e/ou vaginal não protegida.....	1	2
Partilhando material de injeção de drogas (agulhas, filtros, águas, ...)	1	2
Na gravidez (mãe para filho)	1	2
Durante o parto.....	1	2
Pela amamentação (mãe para filho).....	1	2
Recebendo transfusão sanguínea.....	1	2
Beijando na boca.....	1	2
Usando agulhas/seringas não esterilizadas.....	1	2
No assento da sanita.....	1	2
Através de objectos cortantes infectados.....	1	2
Outro _____	1	
(ESPECIFIQUE)		
Não sabe.....	1	

32) Existe algo que se possa fazer para evitar contrair o vírus da SIDA?

Sim.....1

Não.....2→ IR para a P 33

Não Sabe.....3→ IR para a P 33

32 a) Ter um único parceiro não infectado que não tem outra parceira, é uma forma de se proteger do vírus da SIDA?

Sim.....1

Não.....2
Não Sabe.....3

32 b) Utilizar preservativo/camisinha sempre que tiver relações sexuais é uma forma de se proteger do vírus da SIDA?

Sim.....1
Não.....2
Não Sabe.....3

32 c) Deixar de ter relações sexuais é uma forma de se proteger do vírus da SIDA?

Sim.....1
Não.....2
Não Sabe.....3

32 d) Não compartilhar agulhas e outros materiais utilizados para a injeção de drogas é uma forma de se proteger do vírus da SIDA?

Sim.....1
Não.....2
Não Sabe.....3

33. Você já ouviu falar de infecções sexualmente transmissíveis (IST)?

Sim..... 1
Não..... 2 → IR para a P 34

33a) Quais são os sinais ou sintomas que a(o) levam a pensar que um homem tem uma doença/infecção que pode ser transmitida através das relações sexuais?

(MENCIONE TODAS AS RESPOSTAS)

	SIM	NÃO
Dores abdominais	1	2
Corrimento	1	2
Corrimento com mau cheiro	1	2
Dor/ardor urinária	1	2
Avermelhado/inflamação da zona genital	1	2
Ferida/ulcera na zona genital	1	2
Verrugas na zona genital	1	2
Comichão	1	2
Urinar com sangue	1	2
Perda de peso	1	2
Impotência	1	2
Outro	1	

(ESPECIFIQUE)

Não há sintoma1
Não sabe1

33 b) Quais são os sinais ou sintomas que a(o) levam a pensar que uma mulher tem uma doença/infecção que pode ser transmitida através de relações sexuais?

(ANOTE TODAS AS RESPOSTAS)

	SIM	NÃO
Dores abdominais	1	2
Corrimento vaginal	1	2
Corrimento vaginal com mau cheiro	1	2
Dor/ardor urinária	1	2
Avermelhado/inflamação da zona genital	1	2
Ferida/ulcera na zona genital	1	2
Verrugas na zona genital	1	2
Comichão vaginal	1	2

Urinar com sangue1 2
 Perda de peso1 2
 Dificuldade em ficar grávida1 2

Outro _____1
 (ESPECIFIQUE)

Não há sintoma1
 Não sabe1

34 Alguma vez fez um exame de sangue para saber se está infectado(a) pelo VIH?

Sim..... 1
 Não..... 2 → IR para a P 35

34 a) Você sabe qual foi o resultado?

Não sabe o resultado.....1
 VIH Negativo.....2
 VIH positivo..... 3
 Aguarda resultado.....4
 Recusou responder.....5

SECÇÃO F: TRATAMENTO

35. Você alguma vez recebeu tratamento devido a um problema de drogas?

Sim..... 1
 Não..... 2 → IR para P 36 c)

35 a) Quem tomou a iniciativa?

Ele próprio1
 Amigo.....2
 Familiar.....3
 Outro _____4
 (ESPECIFIQUE)

36. Você recebeu tratamento nos últimos 12 meses?

Sim..... 1
 Não..... 2 → IR para a P 36 c)

36 a) Pode me dizer qual foi a instituição onde recebe(u) o tratamento?

CCCD.....1
 Tendas El-Shadai.....2
 Hospital Trindade.....3
 Centro terapêutico Granja S. Filipe.....4
 Hospital Baptista de Sousa.....5
 Estabelecimento de Saúde.....6
 Outro _____7
 (ESPECIFIQUE)

36 b) Uma vez que você tentou o tratamento antes, poderia me dizer o motivo da recaída? (ANOTE TODAS AS RESPOSTAS E CONTINUE COM A SECÇÃO G)

	SIM	NÃO
Tratamento ineficaz.....	1	2
Muito difícil ficar limpo.....	1	2
Pressão de amigos.....	1	2
Fácil conseguir drogas.....	1	2
Falta de ocupação.....	1	2
Rejeição social.....	1	2
Falta de apoio.....	1	2
Outro _____1		

(ESPECIFIQUE)

36 c) **SE NÃO A P36. Fale-me das razões pelas quais você nunca recebeu/procurou tratamento?**

- Não quer.....1
- Tratamento ineficaz.....2
- Não precisa.....3
- Custos elevados.....4
- Não conseguiu aderir.....5
- Muito difícil desistir de drogas.....6
- Não Sabe.....7

37. Se você quisesse tentar o tratamento, sua família o(a) encorajaria?

- Sim.....1
- Não.....2
- Não tem mais nenhum contacto com a família.....3
- Não sabe.....4

38. Conhece alguma instituição onde se pode fazer o tratamento?

- Não.....1
 - CCCD.....2
 - Tendas Al-Shadai.....3
 - Hospital Trindade.....4
 - Centro terapêutico Granja S. Filipe.....5
 - Hospital Baptista Sousa.....6
 - Outros estabelecimentos de Saúde.....7
 - Outro.....8
- (ESPECIFIQUE)

SECÇÃO G: USO DE DROGAS E CRIME

39. Alguma vez, esteve preso(a) devido a crimes resultantes do abuso de drogas?

- Sim..... 1
- Não..... 2 → IR para a P 40

39 a) Quantas vezes já esteve detido(a) devido a crimes resultantes do abuso de drogas?

Número de vezes.....

39 b) Você esteve preso(a) devido a crimes resultantes do abuso de drogas, nos últimos 12 meses?

- Sim..... 1
- Não..... 2 → IR para a P 40

Quantas vezes esteve preso(a) devido a crimes resultantes do abuso de drogas?

Número de vezes.....

40. Foi alguma vez, condenado(a) devido a crimes resultantes do abuso de drogas?

- Sim..... 1
- Não..... 2 → FIM da entrevista

Quantas vezes você já esteve condenado(a) devido a crimes resultantes do abuso de drogas?

Número de vezes.....

40 a) Você foi, condenado(a) devido a crimes resultantes do abuso de drogas nos últimos 12 meses?

- Sim..... 1
- Não..... 2 → FIM da entrevista

Quantas vezes você esteve condenado(a) devido a crimes resultantes do abuso de drogas?

Número de vezes.....

Obrigado pela sua cooperação nesta pesquisa.

- GUIA DE OBSERVAÇÕES PARA OS UD -

Este guia é concebido para apoiar nas observações dos locais onde se encontram ou se concentram UD. Deve servir para confirmar se os lugares identificados como potenciais o são efectivamente.

Nome do Inquiridor:
Data: ___ / ___ / 2006 Horário ___ H ___
Nome do supervisor:
Ilha:
Concelho:
Cidade/Vila.....
Nome do lugar.....

1. Descrição do lugar
- 1.1. Claro ou escuro
- 1.2. Atmosfera do meio (movimentado, indicar mediante as horas)
- 1.3. Quem está presente (homens, mulheres, jovens)? Estrangeiros/Estrangeiras, ou locais (nacionais)?
- 1.4. Quantos são eles/elas?
- 1.5. Quem são eles (habitam no bairro, vêm de outros lugares, neste caso de onde vêm, o que é que vêm fazer)?
- 1.6. Presença de UD : a que hora, de onde vêm, como é que podemos reconhecê-los ?

- GUIA DE RECOLHA DE DADOS COM OS INFORMANTES CHAVE -

Este guia é concebido para discutir com os diferentes informantes chaves ligados à cena de uso de drogas (usuários de drogas, responsáveis das instituições de tratamento e serviços psicossociais bem como aos dirigentes das prisões e outros identificados nas comunidades).

Deve-se ter sempre em atenção, os objectivos propostos do estudo e o papel de cada informante chave em facultar informações fundamentais para se alcançar os resultados.

O inquiridor/supervisor deve identificar um espaço que garanta a segurança e discrição, para si e o entrevistado. Antes de iniciar a entrevista, o entrevistador deve se apresentar, afirmando que trabalha neste caso na pesquisa da Comissão de Coordenação do Combate à Droga e do Escritório de Nações Unidas contra a Droga e o Crime sobre o uso de drogas no país, de forma a servir de base para desenvolver programas de prevenção.

Garanta-se que o (a) interlocutor(a) compreende, e sente-se à vontade. Diga-lhe que a sua participação é voluntária, que ele(a) pode parar a entrevista em qualquer momento. Reforce que a sua participação, assim como de outros homens e mulheres é de elevada importância para as estratégias de prevenção do uso de drogas e do VIH/SIDA no país.

Ambiente de Trabalho
Nome do Inquiridor:.....
Data: ___ / ___ / 2006 Horário ___ H ___
Nome do supervisor:
Ilha:.....
Concelho:.....
Cidade/Vila.....

Nome e Apelido do Informante Chave (**Facultativo!!**)
Seu papel e funções na comunidade

Endereço

As questões abaixo devem ser adaptadas de acordo com o informante chave

I. Factores de Risco

1. Quais são as causas que incentivam a entrada no uso de drogas?
2. O que mais motiva a entrada?
3. O que determina a entrada e a permanência?
4. É possível deixar o abuso de drogas, ainda que temporariamente?
5. Qual o factor que mais influencia a permanência e a recaída?

II. Factores de Protecção

1. O que pode prevenir o uso de drogas nesse local?
2. O que mais contribui para a prevenção do uso abusivo de drogas nesse local?
3. O que deve ser feito para se preservar esse factor?
4. Quem deve ajudar os toxicodependentes?
5. O que deve ser feito a respeito do uso abusivo de drogas?

NB: O inquiridor/supervisor deve deixar o informante chave primeiramente responder e de seguida, quando for o caso, sondar e estimular, conforme as respostas. **Outras questões surgirão no decorrer da entrevista com os diferentes informantes chave**, sempre tendo em conta os objectivos da entrevista uma vez que esses devem estar claros antecipadamente e comunicados no início de cada entrevista

III. Socialização/ Reinserção Social

1. Os UD pertencem a um grupo ou uma organização (origem geográfica, étnica, religiosa, outro)?
2. Quando têm um problema (saúde, falta ou insuficiência de dinheiro, necessidade de ter notícias da família), a quem dirige-se?
3. Quais são os problemas e dificuldades diários que enfrentam os UD?
4. Quais são os lazeres dos UD?
6. Qual é a relação dos UD com a família?
7. O que poderá ser feito para se evitar a rejeição da comunidade?
8. Quais são as expectativas dos UD?
9. O que deve ser feito para se ajudar os UD?
10. Quais são as intervenções mais importantes na reinserção social dos UD?

- GUIA PARA AS DISCUSSÕES EM GRUPOS FOCAIS -

Este guia é concebido para as diferentes sessões de grupos focais com os UD nas comunidades, prisões e instituições de tratamento.

Deve-se ter sempre em atenção, os objectivos propostos do estudo e o papel dos participantes de cada sessão em facultar informações fundamentais para se alcançar os resultados. O inquiridor/supervisor deve ter presente todos os requisitos necessários para a preparação, realização e avaliação das sessões de grupos focais, apresentados na formação RSA (material suporte).

Antes de iniciar cada sessão, o entrevistador deve se apresentar, afirmando que trabalha neste caso na pesquisa da Comissão de Coordenação do Combate à Droga e do Escritório de Nações Unidas contra a Droga e o Crime sobre o uso de drogas no país, de forma a servir de base para desenvolver programas de prevenção.

Garanta-se que os participantes de cada sessão compreendem os objectivos e sentem-se à vontade. Dizer-lhes que a sua participação é voluntária e confidencial. Reforce que sua participação, assim como de outros homens e mulheres é de elevada importância para as estratégias de prevenção do uso de drogas e do VIH/SIDA no país.

Nome do Inquiridor:
 Data: ___ / ___ / 2006 Hora/Início.....Hora/Fim.....
 Número de pessoas no grupo.....

Número de ordem	Idade	Nacionalidade ou ilha	Religião
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Lugar:
 Inquiridor.....
 Relatado por.....

I. Factores de Risco

1. Quais são as causas que incentivam a entrada no uso de drogas?
2. O que mais motiva a entrada?
3. O que determina a entrada e a permanência?
4. É possível deixar o abuso de drogas, ainda que temporariamente?
5. Qual o factor que mais influencia a permanência e a recaída?

II. Factores de Protecção

5. O que pode prevenir o uso de drogas nesse local?
6. O que mais contribui para a prevenção do uso abusivo de drogas nesse local?
7. O que deve ser feito para se preservar esse factor?
8. Quem deve ajudar os toxicodependentes?
5. O que deve ser feito a respeito do uso abusivo de drogas?

Nota-se que outras questões surgirão no decorrer de cada sessão de grupo focal.

O inquiridor/supervisor deve sempre ter em conta os objectivos da entrevista uma vez que esses devem estar claros antecipadamente e comunicados no início de cada sessão.

III. Socialização/ Reinserção Social

1. Pertencem a um grupo ou uma organização (origem geográfica, étnica, religiosa, outro)?
2. Quando têm um problema (saúde, falta ou insuficiência de dinheiro, necessidade de ter notícias da família), a quem dirige-se?
3. Quais são os problemas e dificuldades diários que enfrentam no dia a dia?
4. Quais são os seus lazeres?
6. Qual é a vossa relação com a família?
7. O que poderá ser feito para se evitar a rejeição da comunidade?
8. O que mais gostam de fazer?
9. Quais são as vossas expectativas?
10. O que deve ser feito para ajudá-los?
11. O que espera da família, amigos e companheiros?
12. Qual é o vosso sonho no que diz respeito ao trabalho e vida no geral?