



**Ministério da Justiça  
Comissão de Coordenação do Combate à Droga**



**Comité de Coordenação do Combate à SIDA**



**Escritório dos Fundos e Programas das Nações Unidas**

**ESTUDO QUALITATIVO E ESTIMATIVA DO TAMANHO DE DUAS POPULAÇÕES EM RISCO PARA  
O VIH/SIDA: USUÁRIOS DE DROGAS INJECTÁVEIS  
E PROFISSIONAIS DO SEXO**

**RELATÓRIO**

**Idrissa OUEDRAOGO  
Nélida RODRIGUES  
René Charles SYLVA  
Orlando MONTEIRO**

**Abril 2006**

# ÍNDICE

Página

LISTA DOS QUADROS .....	iii
SIGLAS .....	IV
AGRADECIMENTOS .....	v
RESUMO EXECUTIVO .....	VI
<b>I. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
1.1 CONTEXTO E JUSTIFICAÇÃO .....	1
1.2 OBJECTIVOS .....	3
1.2.1 OBJECTIVOS GERAIS .....	3
1.2.2 OBJECTIVOS ESPECÍFICOS .....	3
1.3 METODOLOGIA .....	4
1.3.1 CONCEITOS E DELIMITAÇÕES DO OBJECTO DE ESTUDO .....	4
1.3.2 GRUPOS ALVO E AMOSTRAS .....	5
1.3.3 INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS E ABORDAGENS PARA A ENUMERAÇÃO .....	6
1.3.4 RECURSOS HUMANOS IMPLICADOS NO ESTUDO .....	9
1.4 CONSIDERAÇÕES ETICAS .....	9
<b>II. DADOS GERAIS SOBRE CABO VERDE .....</b>	<b>10</b>
2.1 DADOS DEMOGRAFICOS .....	10
2.1.1 MIGRAÇÃO .....	10
2.2 DADOS SOCIO ECONOMICOS .....	11
2.2.1 ECONOMIA .....	11
2.2.2 EMPREGO .....	11
2.2.3 POBREZA .....	12
2.2.4 GÉNERO.....	12
2.2.5 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE O HIV/SIDA .....	12
<b>III. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DE TERRENO .....</b>	<b>14</b>
3.1 DADOS SOBRE OS TPS .....	14
3.1.1 NÚMERO DE TPS .....	14
3.1.2 PERFIL DOS TPS.....	20
3.1.3. DESCRIÇÃO DA PRÁTICA .....	24
3.1.4 TIPOLOGIA DOS TPS .....	26
3.1.5 ENTRADA NA PRÁTICA .....	29
3.1.6 DIFICULDADES PARA DEIXAR .....	30
3.1.7 SOCIALIZAÇÃO .....	30
3.1.8 CONHECIMENTOS E ATITUDES SOBRE AS IST E VIH/SIDA .....	32
3.2 RESULTADOS UD/UDI .....	33
3.2.1 NÚMERO DE UD /UDI .....	33
3.2.2 PERFIL DOS UD/UDI .....	38
3.2.3 DESCRIÇÃO DA PRÁTICA .....	38
3.2.4 TIPOLOGIA DOS UD/UDI .....	39
3.2.5 INÍCIO DO USO DA DROGA .....	39
3.2.6 DIFICULDADES PARA SAIR.....	42
3.2.7 SOCIALIZAÇÃO .....	44
3.2.8 PROBLEMAS ENCONTRADOS PELOS UD/UDI .....	44
3.2.9 RESOLUÇÃO DOS PROBLEMAS.....	45

3.2.10 EXPECTATIVAS DOS UD/UDI .....	46
3.2.11 CONHECIMENTO SOBRE OS IST/VIH/SIDA .....	46
<b>IV. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES .....</b>	<b>48</b>
4.1 ELEMENTOS DE CONCLUSÕES .....	48
4.2 ELEMENTOS DE RECOMENDAÇÕES .....	50
4.3 ESTRATEGIAS PROPOSTAS .....	53
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>56</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>58</b>

## LISTA DOS QUADROS

Quadro 1 : Distribuição dos TPS segundo o sexo e sítios de concentração por domínio.....	15
Quadro 2 : Estimativa de efectivos de TPS e sítios de concentração –Praia.....	16
Quadro 3 : Estimativa de efectivos de TPS e sítios de concentração - São Vicente.....	18
Quadro 4 : Estimativa de efectivos de TPS e sítios de concentração –Assomada.....	19
Quadro 5 : Estimativa de efectivos de TPS e sítios de concentração – Sal.....	20
Quadro 6: Distribuição dos UD e UDI, segundo o sexo e sítios de concentração por domínio.....	33
Quadro 7: Estimativa de efectivos de UD/UDI e sítios de concentração – Praia.....	34
Quadro 8 : Estimativa de efectivos de UD/UDI e sítios de concentração – São Vicente.....	35
Quadro 9: Estimativa de efectivos de UD/UDI e sítios de concentração – Assomada.....	36
Quadro 10 : Estimativa de efectivos de UD/UDI e sítios de concentração – Sal.....	37

## SIGLAS

CAAJ :Centro de Aconselhamento para Adolescentes e Jovens  
CCCD: Comissão de Coordenação do Combate à Droga  
CCS-SIDA: Comité de Coordenação do Combate à SIDA  
CEDEAO : Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental  
CEJ : Centro de Juventude  
CFA: Comunidade Financeira de África (Franco CFA: moeda de 14 países da África ocidental e central)  
EBI : Ensino básico Integrado  
EUA : Estados Unidos da América  
FAIMO : Frentes de Alta Intensidade de Mão de Obra  
FHI: Family Health Internacional  
ICM : Instituto Cabo-verdiano de Menores  
INE: Instituto Nacional de Estatística  
IST: Infecções Sexualmente Transmissíveis  
LSD : Droga alucinogênia (psicadélica)- Lysergic acid diethylamide  
OMCV: Organização das Mulheres de Cabo verde  
ONG: Organização Não Governamental  
ONU : Organização das Nações Unidas  
ONUSIDA: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA  
PIB: Produto Interno Bruto  
PMA : Países Menos Avançados  
RGPH: Recenseamento Geral da população e da Habitação  
SIDA: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida  
TPS : Trabalhador(a) profissional do sexo / Trabalho Profissional do Sexo  
UNAIDS: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS  
UD : Usuário de droga  
UDI : Usuário de drogas injectáveis  
VerdeFam: Associação Cabo-verdiana para a Família  
VIH: Vírus da Imunodeficiência Humana adquirida

## **AGRADECIMENTOS**

Este estudo foi realizado graças ao apoio e colaboração de diferentes instituições da Praia, Assomada São Vicente, e Sal. Uma vez mais, reiteramos os nossos agradecimentos às Câmaras Municipais, Policia Judiciaria, Policia de Ordem Publica, Instituições Prisionais, PLS, Delegacias de saúde, Hospital Baptista Sousa, Hospital Agostinho Neto, Hospital de Trindade, Centro Terapêutico de Granja- São Filipe, Instituto Cabo-verdiano de Menores, Cruz Vermelha, Centros de Juventude, CAAJ, Tendas El Shadai, e ONG's.

Agradecemos todas as pessoas que disponibilizaram o seu tempo e as informações necessárias para a realização do estudo, em particular os TPS, UD/UDI e informantes chaves pela colaboração e participação e também os agentes de terreno pela qualidade do trabalho realizado e pela preciosa contribuição neste estudo.

A todos e todas nos diferentes locais de pesquisa, que tornaram este estudo possível, os nossos mais sinceros agradecimentos.

## RESUMO EXECUTIVO

O presente relatório apresenta os resultados mais salientes do Estudo Qualitativo e Estimativa do Tamanho de duas Populações de Risco para o VIH/SIDA: usuários de drogas injectáveis e profissionais do sexo, dois grupos de maior vulnerabilidade no contexto actual da propagação do VIH, sendo de maior risco em relação à infecção pelo vírus.

Realizado pela CCCD, em parceria com o CCS-SIDA, contou com o apoio financeiro do PNUD. Pretendeu-se com este estudo contribuir para a promoção de iniciativas de enquadramento de grupos com comportamentos de alto risco, nomeadamente os profissionais do sexo e usuários de drogas injectáveis (UDI), tendo em conta a não existência de elementos necessários para diagnosticar quais as iniciativas mais pertinentes e eficazes para estas duas populações, quer no que tange às vulnerabilidades específicas que os dois grupos apresentam em relação às IST/VIH/SIDA, quer no que respeita à dimensão e características dos grupos.

A recolha de dados foi realizada durante os meses de Novembro e Dezembro de 2005. Tomou-se quatro domínios de estudo, a saber: Praia, São Vicente, Assomada e Sal. Esses locais foram previamente identificados pelas características que apresentam, nomeadamente da presença mais visível dos dois grupos alvo. Composto de duas componentes (qualitativa e quantitativa) utilizando técnicas etnográficas de pesquisa, visando obter elementos de informação sobre a vivência e elementos sócio-comportamentais e conhecimento sobre os IST/VIH/SIDA, e enumeração por estimativa, o estudo baseou-se fortemente no princípio da triangulação para a obtenção e confirmação dos dados.

Partiu-se de conceitos objectivos para a identificação dos elementos dos dois grupos alvo, os trabalhadores profissionais do sexo (TPS) e os usuários de drogas injectáveis (UDI). Com base na observação e dados recolhidos junto a informantes chave e, sobretudo junto aos elementos dos dois grupos directamente, foram elaboradas tipologias específicas em relação a cada um dos grupos, a saber:

Para os TPS foram classificados em i) prestadores ambulantes; e ii) prestadores não oficiais. Os usuários de droga foram agrupados em UD, usuários de droga e UDI, os que usam drogas sob a forma injectável. Esses tipos foram encontrados nos quatro domínios de estudo, com características mais marcantes de um tipo ou outro segundo os sítios de concentração e forma de concentração, sendo o Sal a apresentar a maior visibilidade de TPS ambulantes estrangeiras, São Vicente a apresentar os TPS mais jovens, Praia a apresentar mais expansão das casas de venda/consumo de drogas, e maior presença de UDI. Os sítios de concentração variaram em número e localização de um domínio de estudo para outro mas observou-se uma tendência à utilização do mesmo tipo de sítios: bares, discotecas, restaurantes, locais de venda de bebidas alcoólicas, ruas praças e rotundas.

Segundo os dados de estimação, o número de TPS é de cerca de 922, dos quais 504 na Praia, 72 em Assomada, 251 em São Vicente e 96 no Sal. A cidade da Praia concentra mais da metade do efectivo total. Os TPS masculinos foram observados em dois domínios de estudo (São Vicente e Sal), perfazendo um total de 25. No que se refere aos sítios de concentração, no total cerca de 150 sítios de TPS foram identificados e mapeados durante as observações dos 4 domínios de estudo. Trata-se na sua maioria de bares, pontos de venda de bebidas alcoólicas, discotecas.

Em relação à actividade de venda de sexo, registam-se nos últimos anos as seguintes alterações no perfil do TPS: i) o desaparecimento das casas estabelecidas de prostituição existentes até décadas recentes ainda; ii) uma actividade mais difusa e camuflada e a diminuição da idade de entrada na actividade, mantendo-se no entanto as TPS mais antigas em actividade também; iii) presença de TPS estrangeiros, dos países africanos vizinhos, concentrados na ilha do Sal; iv) a presença de TPS masculinos já identificados em 3 dos lugares estudados (Sal, São Vicente e Praia); v) a prática de preços muito variáveis em função de vários factores conjunturais como o tipo de TPS, o local, a nacionalidade do cliente, o uso de preservativo ou não; vi) o fraco uso de preservativo para as TPS UD; vi) mas um crescente uso das TPS que assumem a profissão, apesar de não o utilizarem com os parceiros regulares.

Um aspecto específico tido em conta é o da interligação entre a actividade de venda de sexo e a venda/consumo de droga. No universo do estudo, uma proporção de 13% das TPS mulheres é usuária de droga, com uma variação que vai de 13% na Praia a 16% em São Vicente. O trabalho do sexo é justificado pelo grupo como estratégia de sobrevivência, por falta de emprego. Muitas vezes é no entanto exercido em paralelo com outras actividades de rendimento, normalmente no mercado informal.

Os usuários de droga injectáveis foram estimados em 80, num total de 1348 usuários de drogas identificados durante o estudo, representando uma proporção de cerca 6% desse total. Os UD identificados são na sua grande maioria jovens do sexo masculino. No entanto, regista-se um número importante de TPS-UD, para as quais a dependência em relação ao consumo da droga constitui um motivo de entrada ou permanência no exercício da actividade.

O estudo identificou ainda um total de 175 sítios de concentração de UD/UDI. São encontrados nos bares, praças/jardins, discotecas, esquinas de ruas, verificando-se no entanto uma grande utilização de casas de consumo/venda de droga, particularmente na Praia. Um dos principais problemas salientados pelos UD/UDI é o da dificuldade de reintegração social, que poderia ser possibilitado pela reintegração profissional, através da obtenção de emprego.

Em relação ao fenómeno da droga as alterações nos últimos anos no perfil do consumo centra-se nos seguintes elementos: i) maior concentração de consumidores de cocaína e cannabis, sob a forma de “pedra” e “cocktail” por um lado e por outros de charro, não sendo no entanto este tido como droga pela maioria dos consumidores; ii) aparente diminuição do consumo da heroína e possivelmente das drogas injectáveis, seja heroína seja cocaína, com o aumento considerável do consumo da “pedra”; iii) diminuição progressiva da idade de entrada no consumo; iv) grande presença de mulheres como UD; v) forte presença de mulheres como UD/TPS.

Para o conjunto dos dois grupos, os conhecimentos sobre os IST/VIH/SIDA refere-se às vias de transmissão, mas os comportamentos sexuais não tomam sempre em conta os riscos ligados, devido a situações como o consumo de drogas, ou a necessidade de dispor de rendimento para assegurar a sobrevivência dos familiares. As recomendações e estratégias operacionais foram propostas tendo em conta os resultados do estudo, para a intervenção concertada dos parceiros.



# I. INTRODUÇÃO

## 1.1 Contexto e Justificação

Este relatório faz a apresentação dos resultados do Estudo Qualitativo e Estimativa do Tamanho de duas Populações em Risco para o VIH/SIDA: usuários de drogas injectáveis e profissionais do sexo. Este estudo envolveu um conjunto variado de métodos de investigação que permitissem responder aos objectivos qualitativos e quantitativos colocados pelas instituições e organizações intervenientes no domínio.

O conhecimento desses dois grupos assume maior relevância no contexto actual da propagação do VIH, constituindo-se portanto, como em outros lugares, em grupos de maior risco em relação à infecção pelo vírus. A literatura técnica e científica da área, e os vários estudos realizados a nível mundial, têm revelado elementos fortes de agravamento do risco dessas populações em relação ao VIH/SIDA, o que discutiremos mais adiante neste relatório.

As características de Cabo Verde como país arquipélago, 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.

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 no que se refere ao número de usuários mas também na sua expansão geográfica. Regista-se para além disso 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 da situação geográfica de Cabo Verde, numa das rotas estratégicas do tráfico internacional, agravado pela existência de um vasto mar na zona económica exclusiva.

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

Se em relação à droga as características de Cabo Verde são favoráveis à formação de redes internacionais, em relação aos profissionais do sexo não o é menos, restando no entanto saber se isso já se verifica em Cabo Verde, um dos aspectos que este estudo procurou também abordar. As primeiras informações do aparecimento visível de estrangeiros trabalhadores profissionais do sexo, com actividade formalmente constituída, são registadas na ilha do Sal (Santa Maria) desde 2000. Mas mais que a formação de redes, os comportamentos dos profissionais do sexo que possam ser mais favoráveis à transmissão da epidemia é uma das preocupações 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 consequente 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.

Este Estudo, realizado pela Comissão de Coordenação do Combate à Droga, em parceria com a CCS-SIDA, responde a preocupações levantadas no Plano Estratégico Nacional de Luta Contra o VIH/SIDA (2002) em relação aos grupos de risco. Em face da escassez de dados relativamente a estes dois grupos alvo, a CCCD, em conjunto com os seus parceiros, tomou a iniciativa de promover a realização deste estudo, para permitir a compreensão dos processos e contextos sócio-culturais relevantes para a transmissão do VIH no seio dos UDI e profissionais do sexo, com vista ao desenvolvimento de respostas que atinjam e mobilizem de forma eficaz os dois grupos alvo para iniciativas de prevenção, cuidados e apoio em Cabo Verde. Por outro lado, é fundamental a obtenção de uma estimativa actual e realista da dimensão desses grupos, que permita uma planificação de intervenções adaptadas às necessidades e que assegurem a necessária cobertura. Os dados obtidos contribuirão ainda para a definição de estratégias adequadas de seguimento/vigilância dos grupos e para estabelecer um padrão de referência para efeitos de monitorização e avaliação.

A partir das informações prévias, 4 domínios de estudo foram seleccionados, a saber: Praia, Assomada, São Vicente e Sal. Esses lugares são apontados como os possivelmente mais afectados pelo consumo de droga ao mesmo tempo que para a prostituição. Importante ainda sublinhar que esses quatro lugares representam 56,4% da população do país.

## **1.2 Objectivos**

### **1.2.1 Objectivos gerais**

Relativamente ao estudo qualitativo e estimativa do tamanho das 2 populações, os objectivos maiores são:

1. Melhorar o conhecimento das manifestações, expressões, determinantes e concomitantes da vulnerabilidade ao VIH entre os UDI e profissionais do sexo em Cabo Verde, incluindo atitudes, crenças, valores, costumes, padrões de organização social e relações sociais, salientando os aspectos que podem contribuir para aumentar a transmissão do VIH e também levar a respostas de prevenção mais eficazes.
2. Obter dados actualizados quanto à dimensão das duas populações, a saber o número de UDI e profissionais do sexo existentes nos domínios do estudo.

### **1.2.2 Objectivos específicos**

O estudo qualitativo com os profissionais do sexo deve permitir, entre outros;

1. Identificar os vários tipos ou categorias de trabalhadores do sexo, no sentido de conhecer a extensão do fenómeno, as modalidades de prostituição, os sítios e concentrações onde trabalham profissionais do sexo, aspectos culturais e de linguagem do grupo alvo, os seus costumes, padrões de organização social e relações sociais, as motivações, os incentivos e os contornos sócio demográficos do grupo, bem como compreender os problemas e dificuldades que afectam os elementos do grupo no seu dia a dia, em várias esferas da sua vida (social, económico, saúde, etc.);
2. Identificar os padrões de entrada, saída, reentrada e permanência no trabalho comercial do sexo;
3. Caracterizar os profissionais do sexo relativamente aos seus conhecimentos, comportamentos, valores e crenças em relação às IST/ VIH/SIDA;
4. Compreender as percepções que os profissionais do sexo têm da sua saúde, identificar os actuais padrões de comportamento de risco e estudar factores de vulnerabilidade em relação ao VIH/SIDA, nomeadamente em relação à exposição ao risco, às escolhas, aptidões e desejos para prevenção ou gestão do risco;
5. Identificar temas de interesse e necessidades do seguimento, o uso que é feito dos serviços de saúde e IST/VIH /SIDA, como base para elaborar intervenções desejadas e úteis;
6. Compreender a construção social do grupo alvo e identificar aspectos de organização social e cultural do grupo e da comunidade que constituem barreiras para intervenções de sucesso, ou permitam elaborar intervenções, tais como iniciativas de educação de pares, promoção da valorização do auto-cuidado, distribuição de materiais educativos, preservativos, etc.);

O estudo qualitativo com os UDI deve permitir, entre outros;

1. Caracterizar e compreender a cultura de consumo de drogas injectáveis e o quando, onde, como e com quem os usuários consomem drogas injectáveis, as motivações, as características partilhadas que aproximam e unem os elementos do grupo, os incentivos e os contornos sócio demográficos do grupo, e os problemas e dificuldades que afectam os elementos do grupo no seu dia a dia, em várias esferas da sua vida (social, económico, saúde, etc.);
2. Identificar os padrões de entrada, saída, reentrada e permanência no consumo de drogas injectáveis;
3. Caracterizar os UDI relativamente aos seus conhecimentos, comportamentos, valores e crenças em relação às IST/VIH/SIDA;

4. Compreender as percepções que os UDI têm da sua saúde, identificar os actuais padrões de comportamento de risco e estudar factores de vulnerabilidade em relação ao VIH / SIDA, nomeadamente como o consumo de drogas e a cultura de consumo influencia a exposição ao risco e as escolhas, aptidões e desejos para prevenção ou gestão do risco;

5. Identificar temas de interesse e necessidades do seguimento, o uso que é feito dos serviços de saúde e IST/VIH/SIDA, como base para elaborar intervenções desejadas e úteis;

6. Compreender a construção social do grupo alvo e identificar aspectos de organização social e cultural dos grupos e da comunidade que constituam barreiras para intervenções de sucesso, ou permitam elaborar intervenções, tais como iniciativas de educação de pares, promoção da valorização do auto cuidado, distribuição de materiais educativos, preservativos, seringas, etc.;

Os dados obtidos no estudo qualitativo devem orientar o levantamento no terreno de dados quanto à dimensão dos dois grupos alvo, que deve permitir;

1. Definir os nichos a contemplar;

2. Mapear cada grupo alvo, como base para a estimativa do tamanho e como referência para efeitos de seguimento;

3. Proceder à enumeração dos elementos dos dois grupos alvo e estabelecimento de uma estimativa quanto à sua dimensão nas zonas estudadas.

## **1.3 Metodologia**

### **1.3.1 Conceitos e delimitações do objecto de estudo**

Como mencionado acima, a nível dos objectivos, o estudo visa identificar alguns factores determinantes ou motivadores dos comportamentos de dois grupos alvo específicos, identificados em relação aos riscos dos seus comportamentos sobre a expansão do VIH/SIDA. Esses dois grupos são os trabalhadores profissionais do sexo e os utilizadores de drogas injectáveis. É importante pois de se começar por formular aqui as definições desses dois grupos alvo.

#### **Os trabalhadores e trabalhadoras profissionais do sexo (TPS)**

O documento «a situational analysis guide on sex work in West and Central Africa», elaborado sob a égide do ONUSIDA e do Banco Mundial, no quadro da Iniciativa Oeste Africana (IOA) para uma resposta à epidemia do VIH/SIDA, dá as seguintes definições: “todo o acordo concluído entre dois ou mais parceiros, no qual o objectivo é exclusivamente limitado ao acto sexual, que termina com esse acto e implica negociações preliminares para um preço...Logo, isso se distingue do contrato do casamento, de “patrocínio sexual” e dos acordos assinados entre duas pessoas que podem implicar os presentes em dinheiro ou em espécie.

Tal definição limita a contrapartida remuneratória ao dinheiro somente. Em certas situações, e particularmente no contexto de Cabo Verde, entendem os actores e actrizes que a remuneração pela prestação pode ser em dinheiro mas também em espécie ou troca de favores, por exemplo na possível obtenção de uma entrada nos EUA, como nos informou um conhecedor da realidade da ilha do Fogo.

Nesse contexto, pode-se definir :

**O trabalho do sexo** como todo acordo feito entre duas ou mais pessoas visando o acto sexual, sendo a prestação sexual ocorre em função de uma contrapartida em dinheiro ou em espécie, negociado entre as partes. Em certas situações, uma das partes, no caso a detentora da compensação e portanto a que solicita a prestação sexual, encontra-se em posição de força em relação às necessidades do prestador e impõe portanto o nível da remuneração.

**Um trabalhador ou uma trabalhadora do sexo** é um homem ou uma mulher, que oferece o sexo para um parceiro homem para as mulheres, para uma mulher ou a outro homem para os homens, geralmente em troca de dinheiro, mas podendo existir outras modalidades de remuneração, e que exerce esta prática como profissão, realizando-a de forma regular durante um tempo relativamente longo.

A maior parte das etiquetas atribuídas aos trabalhadores e trabalhadoras do sexo<sup>1</sup>, têm conotações negativas. No presente estudo, as considerações concernentes à actividade como modalidade ou fonte de rendimento, não tem uma apreciação ética sobre a actividade ou os actores e actrizes do trabalho profissional do sexo. É necessário acrescentar que, como o veremos na parte relativa à descrição da actividade, há relativamente menos homens prestadores de facto, explicitamente exercendo a actividade de forma comercial, mas deles faremos uma apresentação formal, em local próprio.

Do ponto de vista jurídico, não há um estatuto legal do trabalho do sexo em Cabo Verde. Isso quer dizer que o trabalho profissional do sexo, chamado de prostituição nos antigos documentos relativos aos costumes, não é nem autorizado nem proibido formalmente, não constitui um delito e os actores e actrizes não incorrem em princípio em nenhuma perseguição jurídica. O que é em princípio proibido é a formação de redes e exploração do sexo.

### **Os utilizadores de drogas injectáveis (UDI)**

O **usuário ou a usuária de droga**, é uma pessoa que faz o uso de uma ou outra dos diferentes tipos de droga, por absorção, por via bucal, por inalação, por fumo, ou por injeção.

O termo **UD** é assim utilizado para considerações globais relativas aos utilizadores e utilizadoras de droga em geral, enquanto que **UDI** se refere aos usuários de droga por via injectável. Trata-se de uma forma específica de consumo de droga (para detalhes em relação aos tipos de drogas, ver em anexo 1)

Para os TPS como para os UDI, a consideração é focalizada sobre o facto que os comportamentos de risco que apresentam são factores favorecedores da contaminação do VIH/SIDA. Isto quer dizer que o presente estudo visa prioritariamente a questão do VIH/SIDA, com os dois grupos alvo estudados como parâmetros explicativos (resposta aos questionamentos) de uma questão global sobre a propagação do VIH/SIDA.

### **1.3.2 Grupos alvo e amostras**

O estudo contém duas componentes, sendo as perspectivas no entanto complementares: uma componente quantitativa que visa determinar o número de actores e actrizes para os trabalhadores e trabalhadoras profissionais do sexo e os utilizadores e utilizadoras de drogas injectáveis, uma componente qualitativa para o qual o objectivo é identificar os comportamentos de risco relativo a

---

<sup>1</sup> Vários termos são utilizados, referentes aos TPS do sexo feminino: prostituta, puta, mulher ou menina de vida, pixinguinha, aviãozinho.

esses dois grupos, incluindo os aspectos da socialização que permitam ou ajudem a conhecer os determinantes e motivações dos comportamentos e identificar as estratégias para a mudança de comportamentos. Os objectivos associados a essas componentes são pois os aspectos quantitativos e qualitativos.

Apesar de os objectivos do estudo se relacionarem aos usuários de drogas injectáveis (os UDI), a fase exploratória da pesquisa mostrou, em relação à componente qualitativa, a necessidade de se tratar os usuários de droga em geral (os UD) para melhor compreensão do fenómeno, visto a forma injectável se apresentar como uma forma específica de consumo mas não de drogas diferentes. Para além disso, viu-se que se tratava no fundo de um grupo mais vasto de risco em relação ao VIH/Sida (os UD), tendo em conta comportamentos de risco, como em relação ao uso do preservativo, o que permitirá a definição de estratégias de intervenção mais eficazes.

Para o aspecto quantitativo, consistiu em fazer uma enumeração pelos métodos de seguida explicados e não em fazer um recenseamento. A enumeração contemplou toda a população dos dois grupos alvo, sobre os quatro domínios de estudo, possível de contar de maneira directa ou indirecta e através dos informantes chave.

Para a componente qualitativa, a principal preocupação era dispormos de todo o conjunto de informações relativas aos questionamentos ligados a cada objectivo específico. O conceito de referência na matéria é a saturação de informação: para cada questão, os mesmos alvo (TPS, UD, UDI, informadores privilegiados) são encontrados em vários lugares, diferentes fontes para as mesmas questões são assim utilizadas. A abordagem utilizada é a de recolher os dados até um ponto onde as diferentes fontes se confirmam em termos de informações e se completam. Todos os dados são assim triangulados, através cada uma das fontes e dos instrumentos de recolha de dados.

### **1.3.3 Instrumentos de recolha de dados e abordagens para a enumeração**

#### **1.3.3.1 Instrumentos de recolha de dados**

A natureza da informação à recolher permite identificar a fonte desse dado, bem como o ou os grupos alvo susceptíveis de fornecer os dados, e os instrumentos mais indicados para o fazer. Relativamente ao presente estudo, o quadro que apresenta a síntese da abordagem utilizada é apresentado em anexo 2.

Para cada um dos grupos alvo (TPS, UD/UDI, informantes chave sobre TPS e UD/UDI), um guia de recolha de dados foi concebido, estruturado à volta dos temas que enformam e decorrem das questões colocadas pelos objectivos gerais e objectivos específicos deste estudo.

As primeiras pesquisas permitiram realizar os ajustes de que esses instrumentos necessitavam e adapta-los à evolução do estudo, de forma dinâmica.

Para cada grupo alvo, foram concebidos:

- Guia de revisão documental
- Ficha de observação dos TPS e UD/UDI
- Ficha de recolha de dados dos TPS e UD/UDI
- Guia de orientação para os grupos focais de TPS e UD/UDI
- Ficha de recolha de dados informantes chaves.

O estudo permitiu a recolha de dados quantitativos e qualitativos. Os dados quantitativos correspondem à estimação do número de TPS e UD/UDI e são apresentados por bairro de residência

dos TPS e UD/UDI. Para cada bairro são ainda apresentados os pontos de concentração, que regra geral são frequentados por TPS e UD/UDI que residem noutros bairros, particularmente no caso dos TPS (ver secções respectivas dos resultados). Em relação à estimativa dos UD, ela é referida a título indicativo.

### 1.3.3.2 Abordagens para a enumeração

Se esses dois grupos fossem formalmente constituídos e se os membros dos grupos se reconhecessem como tal, seria necessário fazer um recenseamento exaustivo contando-os, segundo modalidades definidas.

É o caso por exemplo de tentativas de censo e enumeração realizados na região asiática<sup>2</sup>, sobre trabalhadoras do sexo e usuários de drogas injectáveis, cujos cálculos são feitos com base em multiplicação das médias obtidas em bordéis e sítios de consumo de droga, em função do número de sítios identificados e mapeados. Tratava-se no entanto de sítios formalizados, com grupos perfeitamente identificáveis, o que não é o caso em Cabo Verde. O que nos levou a adaptar várias metodologias para a criação de uma metodologia específica, aplicada sobre os quatro domínios de estudo.

A partir da lista dos bares, restaurantes, pontos de venda de bebidas alcoólicas, hotéis, pensões, discotecas, saída do Recenseamento Empresarial (INE, 2004) e informações preliminares sobre o assunto, a observação directa permitiu identificar os potenciais sítios de concentração das populações alvo. Sendo uma das preocupações maiores do estudo a exaustividade dos sítios de concentração dos grupos contemplados, elaboramos a listagem dos bairros e zonas para cada domínio de estudo e as equipas foram constituídas sobre a base do conhecimento do terreno.

A observação permitiu:

- ✓ Identificar todos potenciais sítios de concentração dos TPS ou UD/UDI (bares, discotecas, ruas, praças, rotundas, avenidas ...), completando a lista dos bares, restaurantes, hotéis, que não era exaustiva;
- ✓ Identificar os sítios efectivos de concentração
- ✓ Identificar aspectos comportamentais, características de cada grupo e dos indivíduos dentro do grupo
- ✓ Proceder a estimativas dos tamanhos das populações alvo.

Uma vez os sítios identificados, a estratégia adoptada consistiu na contagem dos efectivos observados durante as diferentes observações feitas num mesmo sítio em dias diferentes (dias de semana e em fins de semana) e em horários diferentes.

Não sendo os grupos dos TPS e UDI formalizados, o procedimento consistiu em encontrar as abordagens de estimativa, utilizando outras fontes de informação, a fim de completar aquelas recolhidas durante as observações. Tratou-se de:

- As pessoas contempladas (TPS e UD/UDI)
- Informantes chave
- Os diferentes estudos realizados sobre a questão.

---

<sup>2</sup> Estimating the Size of Population at Risk for HIV, issues and Methods – a joint UNAIDS/IMPACT/FHI Workshop and Conclusions Report prepared by Elizabeth Pisani, May 2002.

O princípio da triangulação foi largamente utilizado a esse nível. O conceito refere-se ao cruzamento de informações provenientes de diversas fontes e de diferentes informantes, a primeira estimativa provinda da observação, de entrevistas de TPS, e informantes chave.

Para completar a estimação dos efectivos e confrontar as informações, uma mesma questão “quanto” foi colocada a cada fonte de informação e cada resposta foi cruzada com todas as outras. Em situações onde as avaliações não se encontravam, a abordagem consistiu em encontrar médias sobre a base das informações disponíveis, tomando em consideração as fontes para as quais as variações de efectivos não apresentassem diferenças demasiado grande.

É de notar que esta metodologia pode ser mais apropriada para a estimativa de efectivos de TPS ou UDI. Mas em relação aos UD, um inquérito sobre a população geral permite uma melhor estimativa dos efectivos, o que não foi realizado neste estudo, visto não ser o objectivo de partida. Neste aspecto, a estimativa de UD pode em alguns casos apresentar-se sub estimada.

Os dados de grupo focal e sobretudo de entrevistas com TPS e UD/UDI, permitiram realizar o controle de qualidade dos dados, a partir da análise das avaliações dos efectivos e dos grupos de pertença.

É importante ressaltar que pela triangulação dos dados, os efectivos correspondem, na medida do possível, ao dos TPS ou UD/UDI, por bairro ou zona de residência.

Para o conjunto do documento, a resposta elaborada para cada questão dos objectivos específicos e para os objectivos gerais é uma síntese que resulta dos dados obtidos através de cada instrumento e por cada grupo alvo.

### **1.3.3.3 Dados qualitativos**

O estudo utilizou o método qualitativo através da técnica de etnografia, incluindo informantes chave e o princípio da triangulação.

Os dados qualitativos contemplaram os temas identificados pelos objectivos do estudo, tais como apresentados no quadro em anexo. O objectivo visado era o de aprofundar os elementos de discussão, por uma série de questões colocadas, após as primeiras respostas espontâneas.

Para cada um dos grupos alvo (TPS, UD/UDI, informantes chave dos TPS, informantes chave dos UDI), um guia de recolha de dados foi concebido, estruturado à volta dos temas que constituem os questionamentos dos objectivos gerais e objectivos específicos deste estudo.

Grupos de discussão dirigidos (ou grupos focais de discussão) foram organizados para os UD/UDI e os TPS, 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, à saber (i) as características sócio demográficas (ii) a entrada na prática TPS ou UD/UDI (iii) a socialização (iv) o conhecimento sobre os IST e VIH/SIDA, (v) os elementos de recomendação para a resolução dos problemas identificados por eles ou elas

Foram realizados 55 entrevistas aprofundadas de TPS, 45 com UD/UDI, 8 grupos focais, várias entrevistas com informantes chaves, incluindo ex-TPS e ex-UDI/UDI.



#### **1.3.4 Recursos humanos implicados no estudo**

O estudo foi realizado em estreita colaboração com os responsáveis do CCCD e do CCS SIDA. Foi executado por 4 consultores, que conceberam a metodologia, coordenaram e supervisionaram o conjunto das actividades de recolha e análise dos dados.

A recolha de dados no terreno foi realizada com o apoio de uma equipa de cerca de trinta inquiridores e inquiridoras, com conhecimento do terreno, experiência de trabalhos de terreno e pesquisa e treinados para o efeito. A formação inicial permitiu às pessoas integrantes dessa equipa compreender os diferentes instrumentos de trabalho.

#### **1.4 Considerações éticas**

Tendo em conta o aspecto delicado das informações colhidas, a estigmatização dos TPS e UD/UDI na sociedade, a recolha da informação, o tratamento dos dados e sua apresentação, deram-se no respeito dos direitos do indivíduo à confidencialidade, à liberdade de decisão de fornecer ou não as informações solicitadas, ao consentimento explícito para a recolha de dados e ao anonimato.

Neste sentido foram tomadas as seguintes precauções:

- A informação recolhida em relação a um indivíduo, um bar, uma casa de consumo, etc., é anónimo e em nenhum caso será comunicado 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 e de sexo no quadro do estudo;
- A postura de neutralidade e da não emissão de juízes de valor em relação aos UD/UDI e TPS foi tida como condição de selecção dos membros da equipa e sua permanência no estudo.

## II. DADOS GERAIS SOBRE CABO VERDE

### 2.1 Dados demográficos

No último Recenseamento Geral da População e Habitação de 2000, a população de Cabo Verde era de 434 625 habitantes, o que corresponde a uma densidade de 109,1 habitantes por Km<sup>2</sup>. Em 2005, a população é estimada a 478 100 habitantes, dos quais mais de um quarto vive na Praia (25,6%), 15,6% em São Vicente, 11,5% em Santa Catarina, 3,7% no Sal (INE, Perspectivas Demográficas, Cabo Verde 2000-2010). Trata-se de uma população muito jovem em que os menores de 25 anos representam 61,5%.

De 1990 a 2000, a taxa de urbanização passou de 44% a 54%. A cidade da Praia e a de Mindelo (São Vicente) constituem os principais centros urbanos, com respectivamente 41% da população urbana do país e uma taxa de urbanização de 94%.

Durante a década de 90, a população conheceu uma taxa de crescimento médio de 2,4%. A fecundidade continua elevada (4 filhos por mulher em 2000), apesar de uma diminuição significativa verificada durante os últimos anos (7,0 filhos/mulher em 1980 e 5,5 em 1990). A taxa específica de fecundidade dos adolescentes de 15-19 anos (54 ‰ em 1980 e 92 ‰ em 2000) constitui uma preocupação das autoridades e intervenientes em matéria de saúde reprodutiva. A prevalência contraceptiva continua fraca (37% em 1998) (INE, EDS/98). Em 2001 o preservativo representava somente 7,4% dos métodos contraceptivos utilizados.

A melhoria das condições de vida e condições sanitárias, nomeadamente o acesso das populações aos cuidados de saúde, trouxe como consequência uma diminuição progressiva da mortalidade geral, traduzindo-se numa taxa bruta de mortalidade de 5,6‰ e uma esperança de vida à nascença de 71 anos em 2000.

A sociedade cabo-verdiana sofreu grandes mudanças nos últimos anos, passando de uma estrutura familiar tradicional a uma estrutura nuclear, caracterizada por uma forte predominância de população solteira e um aumento de famílias mono parentais. De facto, uma proporção de 58,1% de homens e 50,9% de mulheres apresentam uma preferência pelo celibato. A taxa dos solteiros é de 15% entre os homens e de 23% entre as mulheres (RGPH 2000) enquanto que ela se situa à volta dos 4% nos países da sub-região oeste africana.

Em termos de nupcialidade, a união de facto é um fenómeno generalizado e revela um carácter cultural e tradicional. Ela constitui a forma de união mais utilizada e concerne cerca de 23% da população em idade superior a 12 anos, comparativamente ao casamento que concerne 17% dessa fixa etária (RGPH 2000). Se de jure o casamento é do tipo monogâmico, a poligamia de facto, associada a uma multiplicidade de parceiros ou uma monogamia em série para as mulheres<sup>3</sup>, constitui uma realidade na sociedade cabo-verdiana.

#### 2.1.1 Migração

A desigual repartição da população à qual se associa uma forte mobilidade interna, acentua o desequilíbrio entre as ilhas e o êxodo rural. A cidade da Praia, Mindelo e Sal, constituem os principais pólos de atracção. Durante a década de 90, sua população aumentou respectivamente a volta de 35 000 habitantes, 17 000 habitantes e a quase o dobro no Sal. Ultimamente a ilha de Boa Vista começa a posicionar-se como um pólo de atracção ela também, devido ao turismo e as consequências sobre o mercado da construção civil.

---

<sup>3</sup> ICM/UNICEF – A saúde das crianças menores de 5 anos – Cabo Verde, 1996.

Se até agora Cabo Verde é conhecido como um país de emigração, é importante ressaltar que nos cinco últimos anos ele passou a ter um fluxo de imigrantes vindos dos países da CEDEAO. São encontrados sobretudo na Praia, Mindelo, Santa Maria (Sal), Assomada, Boavista. As dificuldades económicas dos países de proveniência, a desvalorização do franco CFA, a paridade do Escudo em relação ao Euro e as oportunidades de trabalho, constituem factores explicativos da imigração. É no sector informal, nomeadamente no pequeno comércio e na construção civil que são encontrados. Trata-se no entanto de uma imigração intermédia pois para um número importante de imigrantes, Cabo Verde se apresenta como um país de trânsito para a Europa ou os Estados Unidos.

O repatriamento de emigrantes dos EUA conheceu um aumento considerável desde os anos 90. Trata-se na maioria de jovens que deixaram Cabo Verde muito cedo, cuja socialização se fez nos EUA. São confrontados com grandes problemas de integração social e muitas vezes largados à sua sorte numa sociedade estrangeira. Os problemas que alguns têm em relação à justiça cabo-verdiana, não facilitam a melhoria da percepção que a sociedade tem deles, num contexto de aumento da insegurança.

Tratando-se de um país de emigração, a sociedade cabo-verdiana está sujeita à influência de culturas diversas que trouxeram mudanças nas atitudes e comportamentos, nomeadamente no seio da juventude, confrontada com a violência, a delinquência, a prostituição e a toxicodependência. Por outro lado, a degradação das condições de vida dos agregados familiares levou a uma diminuição progressiva da solidariedade familiar, mas também a um recuo da ética e dos costumes.

## **2.2 Dados sócio económicos**

### **2.2.1 Economia**

A economia cabo-verdiana apresenta dificuldades estruturais, ligadas a uma fraca produtividade nos domínios da agricultura bem com da indústria. O sector dos serviços (comércio, transporte, turismo, serviços públicos) domina largamente a economia (com uma contribuição de 75,3% do PIB em 2002). O turismo é um sector em pleno crescimento e constitui um dos eixos motores do desenvolvimento. O essencial dos investimentos concentra-se no Sal e em Boavista.

Durante os anos 90, a economia teve em termos reais um crescimento médio anual da ordem dos 6,1%. O produto interno bruto real é de US dólares 1420 (2002). Em função da sua performance no domínio económico e de desenvolvimento humano, Cabo Verde encontra-se em fase de transição do grupo dos PMA para o dos países de rendimento médio baixo.

### **2.2.2 Emprego**

No que se refere ao emprego, a falta de recursos humanos qualificados é um grande constrangimento para o país, particularmente no domínio técnico e profissional. De acordo com as estatísticas oficiais, o nível de desemprego aproxima-se dos 22% (INE, Perfil de Pobreza em Cabo Verde, 2001-2002). O desemprego afecta sobretudo a população de 15-39 anos (39%) e as mulheres no meio urbano. A problemática de educação superior, a formação profissional e a inserção dos jovens no mercado do trabalho, constituem grandes desafios para o país.

### 2.2.3 Pobreza

Em matéria de desenvolvimento humano, avanços significativos foram registados nos domínios económico, da saúde e da educação. No entanto entre 1988 e 2002, a pobreza aumentou de 30% a 37% e a extrema pobreza de 14% a 20%.

A repartição da pobreza mostra que 54% da população de Santo Antão, 49% de Santiago e 42% do Fogo, vive abaixo do limite da pobreza. A cidade da Praia agrupa ela somente 13% dos pobres. São Vicente, Boavista e Sal são as ilhas menos afectadas pelo fenómeno. Com efeito, uma proporção de 26% da população de São Vicente vive na pobreza e 10% em extrema pobreza. Os indicadores de pobreza e de extrema pobreza estão estimados em respectivamente 13% e 6% para o Sal e 15% e 2% para Boavista.

### 2.2.4 Género

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.

Em relação ao emprego a taxa entre as mulheres é superior à taxa a nível nacional (24%). Ademais as mulheres se concentram principalmente nas actividades que requerem pouca qualificação, nomeadamente no comércio de varejo, na agricultura, na pecuária e no trabalho nas FAIMO.

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.

### 2.2.5 Dados epidemiológicos sobre o HIV/SIDA

Em 1989, o primeiro inquérito de seroprevalência a nível nacional realizado junto de 5790 pessoas entre os 15 e 55 anos, revelou uma prevalência de 0,46%. Desde então foi estabelecido um sistema de vigilância sentinela do VIH junto às grávidas, permitindo a identificação de taxas que vão de 0,48% em 1989 a 1,13% em 2002 (*Relatório do PLS do Ministério da Saúde, 2005*). Em 2003 e 2004, a introdução de novos sítios de colecta e o aumento do tamanho das amostras deu prevalências respectivamente de 0,89% et 0,44%. O segundo Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva (IDSR II) realizado em 2005 junto de 5588 pessoas entre os 15 a 49 anos para as mulheres e os 15 a 59 anos para os homens indica uma prevalência à volta de 0,5% (*Relatório preliminar, Janeiro de 2006*). Deste modo, os dados sobre a infecção pelo VIH na população em geral indicam que a prevalência se mantém abaixo de 1%.

Os dados por faixa etária mostram prevalências mais elevadas para as faixas dos 20 a 34 anos e dos 45 a 49 anos. Contudo, os dados dos postos sentinela de 2003 e 2004 mostram que as jovens mulheres são expostas muito cedo ao vírus, 30% das grávidas tinham entre 15 e 19 anos.

De 1986 a 2004, o número de casos de VIH/SIDA notificados continua a crescer. Do início da epidemia a Dezembro de 2005, cerca de 1669 casos de infecção pelo VIH/SIDA foram notificados, das quais 811 em homens e 810 em mulheres. Mais de metade dos casos (52%) já tinham desenvolvida o SIDA, o que indica um despiste tardio da infecção.

O modo principal de transmissão é a via sexual, que representa mais de 80% dos casos notificados. Dos 1699 casos cumulativos de VIH/SIDA notificados no país em 2005, 126 (7,5%) devem-se à transmissão vertical (de mãe para filho).

Para os grupos com elevados níveis de comportamento de risco, nomeadamente os usuários de drogas e os profissionais do sexo, não se dispõe ainda de dados fiáveis sobre a seroprevalência do VIH. Contudo os dados de uma campanha de teste voluntário realizada em 2001 junto de utilizadores de drogas injectáveis (UDI), revelou uma taxa de infecção de 6,1 %. Em 2004, o sistema de notificação de casos de VIH na população revelou que 4,2% pertencem ao grupo dos UD. A obtenção de dados sobre a seroprevalência do VIH nos grupos níveis elevados de comportamento de risco é uma prioridade e permitirá, entre outro, melhor caracterizar o tipo de epidemia de Cabo Verde. O presente estudo toma assim um relevo particular em termos de etapa prévia para o estudo da seroprevalência nos grupos identificados, na medida em que permite uma melhor compreensão dos contornos dos grupos alvo, em termos do seu perfil, localização e número estimado.

A nível do comportamento, os dados (IDSR I – 1998, BSS – 2004) mostram a forte prevalência dos comportamentos de risco na população em geral, sejam eles o número elevado de parceiros não regulares nos últimos 12 meses, ou a utilização ainda fraca do preservativo na última relação com um parceiro não regular, ou ainda a precocidade da iniciação sexual nos jovens. Desta forma, apesar da baixa prevalência do VIH em Cabo Verde, o risco de extensão pode considerar-se elevado, em vista quer dos comportamentos na população em geral e nos grupos com níveis elevados de comportamentos de risco, quer do nível socioeconómico da população geral.

### **III. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DE TERRENO**

#### **3.1 Dados sobre os TPS**

##### **3.1.1 Número de TPS**

Segundo os dados da estimativa, o número de TPS é de cerca de 922, dos quais 504 na Praia, 72 em Assomada, 251 em São Vicente e 96 no Sal. A cidade da Praia concentra mais da metade do efectivo total. Contrariamente ao Mindelo e Sal, onde se observou a existência de homens profissionais de sexo, nem as informações, nem as observações permitiram identificar tais casos em Assomada e na Praia, onde a totalidade dos TPS são mulheres. Estes comportamentos existem, mas de forma difusa. Torna-se assim difícil recolher informações sobre os efectivos, tanto mais que é bem provável que, na maioria dos casos, se trate de situações de homens que têm relações com homens, sobretudo na Praia. Há informações não confirmadas na Praia que apontam para efectivos em Ponta d'Água e Paiol, onde eventualmente existem duas casas de TPS homens.

Os TPS homens do Sal exercem as suas actividades tanto junto de mulheres turistas como de homens. Contudo, as observações feitas nas discotecas ou nas ruas indicaram apenas TPS homens em situações heterossexuais.

No que se refere aos sítios de concentração, no total cerca de 150 sítios de TPS foram identificados e inventariados durante as observações efectuadas nos 4 domínios de estudo. O que não lhe confere um carácter exaustivo. Trata-se na sua maioria de bares, pontos de venda de bebidas alcoólicas, discotecas, .... De acordo com o modo de recrutamento de clientes, estes lugares constituem verdadeiros pontos de concentração uma vez que o consumo de bebidas alcoólicas ou de tabaco faz parte integrante do ritual de aproximação para o recrutamento. Em certos casos, as empregadas de bar utilizam os estabelecimentos para entrar em contacto com os clientes.

**Quadro 1:** Distribuição dos TPS segundo o sexo e sítios de concentração por domínio

Domínio	TPS			Sítios de concentração
	Masculino	Feminino	Total	
Praia	-	504	504	74
Assomada	-	72	72	13
São Vicente	11	240	251	35
Sal	14	82	96	28
Total	25	897	922	150

Obs. (-) Informação não disponível ou inexistente.

Segundo os dados recolhidos, uma proporção de 13% de TPS mulheres é utilizadora de droga, com variações que vão de 13% na Praia a 16% em São Vicente e Sal. Em termos absolutos, corresponde a 63 TPS mulheres na Praia, 38 em São Vicente e 13 no Sal.

A Praia foi diagnosticada como o local, entre os 4 estudados, de maior concentração de TPS que são também UD, normalmente apontadas como tendo entrado na actividade de venda do sexo para poder comprar droga. Em São Vicente em particular verificou-se casos de entrada na prática de meninas muito jovens.

Relativamente aos quadros que se seguem, os efectivos não correspondem obrigatoriamente aos encontrados durante a observação nos sítios de concentração. Trata-se na medida do possível de efectivo de TPS ou UD/UDI nos seus respectivos bairros de residência.

**Quadro 2:** Estimativa de efectivos de TPS e sítios de concentração – Praia

Bairro	TPS	Sítios de concentração	Bairro	TPS	Sítios de concentração
Tira Chapéu	70	Bares	Safende	10	Frente S. Apoio Forças Armadas
		Cobom			Arredores dos Bombeiros
		Quiosque			Estrada S. Filipe/Chechénia
		Arredores casa venda mármore			Chechénia
		Casas particulares			
Fundo Cobom	20	Casa de venda bebida	Coqueiro	15	Discoteca
Prainha	-	Discoteca Capital	Terra Branca	12	Rotunda
		Rua Principal			Quiosque
		Arredores hotéis			Frente Hotel Luar
Achadinha	20	Praça Catchor	Palmarejo	5	Bares
		Rua Bossueto			Zona de Monte
		Casas particulares			
Brasil	25	Pedra Bica	São Pedro Latada	6	-
Achada S. António	75	Praça adjacente Artica Di-Nós Largo Discoteca Tropicana Bares	Fazenda	12	Bares
					Frente bomba Enacol
					Praça
					Casas particulares
Calabaceira	15	Ponte de entrada	Lém Ferreira	13	Boite/Dancing
		Bar			Dexida Tedja
Paiol	14	Ponte Paiol	Plateau	9	Pensão
		Bar			Arredores Quintal da Musica Ponta Belém
Castelão	7	Quiosque	Bela Vista	23	
Achada Mato	12	Loja, Dancing	Várzea	20	Rua São Bento
Eugénio Lima	6	Bar /Cantinho	São Filipe	10	
Achada Grande Frente	33	Ultima paragem autocarro	Pensamento	23	Bar
		Loja mista			Snack-bar
		Cais			Discoteca
Vila Nova	17	Ponte Vila Nova	Lém Cachorro	7	Junto Escola primaria
		Bares			Atrás centro de menores
		Beco Ana Brava			Rua que vai a Paiol
		Arredor casa Zê Taïam			Lojas
		Beco Ana Brava			
Ponta d'Agua	6	Rotunda	Achada Grande Atrás	15	Bares
		Bar	Sucupira	-	-
		Discoteca			
Cadeia Central	5				
<b>Total TPS</b>	<b>504</b>	<b>Total de 74 sítios de concentração</b>			

Obs. (-) Informação não disponível ou inexistente.

Apesar de uma forte presença de TPS em vários bairros da capital, a utilização de discotecas e bares para o recrutamento de clientes faz com que alguns bairros sejam procurados como sítios de concentração privilegiados. No entanto alguns bairros, como a Várzea e Tira Chapéu, são considerados como bairros de maior expressão, podendo este último ser mesmo considerado como bairro emergente quanto à actividade. Mais de um informante chave é de opinião que bairros como Vila Nova e Safende, locais de grande concentração há menos de 5 anos atrás, com presença mesmo de casas estabelecidas de TPS, estão agora a ser substituídos por Tira Chapéu e Bela Vista que vêm



ganhando expressão cada vez maior no domínio, com uma forte concentração na via principal de comunicação, no chamado “corredor até a Fábrica de refrigerantes”, sobretudo de TPS mais jovens. Esse é aliás um dos poucos sítios em que os TPS se apresentam a circular para o recrutamento de clientes, fugindo aqui à característica geral da cidade de recrutamento nas discotecas, bares e restaurantes. O segundo local onde essa circulação se verifica é a Avenida Cidade de Lisboa.

O bairro de Achada de Santo António continua tendo uma forte concentração, considerada típica e que data de há muito tempo. Esse bairro é tido como um dos primeiros a possuírem casas estabelecidas de venda do sexo, anteriormente aos anos 70, criadas sobretudo em função da tropa existente na altura. As informações confirmam a presença permanente de TPS no bairro e do bairro, apontando no entanto um aumento considerado muito grande com a mudança das características da actividade para o recrutamento de clientes em bares e restaurantes e a mudança do tipo de TPS das *“profissionalmente assumidas de há uns 20 anos para as meninas que fazem por prazer ou para se vestirem bem e ter uma vida mais luxuosa”* (depoimento de um proprietário de mercearia, morador antigo do bairro).

Os arredores dos Liceus são também apontados como sítios de recrutamento não negligenciáveis.

**Quadro 3:** Estimativa de efectivos de TPS e sítios de concentração – São Vicente

Bairro	TPS-Fem.	TPS-Masc.	Sítios de concentração
Monte Sossego	17	-	Polivalente
			Bar
			Alto Bomba
Campim	15	-	Dancing
Passarão	3	-	
Ribeira Craquinha	8	-	Casa particular
			Bares
Fonte Inês	15	-	Boite/Dancing
			Bar
Ribeirinha	25	-	Churrasqueira
			Cruzamento frente mercado
Chechénia	10	-	
Chão de Alicrim	20	-	Loja
			Bar
			Churrasqueira
			Mini mercado
Madeiralzinha	5	4	
Cruz João Évora	3	4	Junto a Praça
Bela Vista	15	-	Discoteca
Fonte Francês	8	-	Discoteca
Morada	12	3	Bares
			Esquina Hotel P. Grande
			Praça Nova
			Avenida 5 de Julho
			Discoteca e Dancing
Rua de Matijim			
Ribeira Bote	30	-	Casas particulares
Lombe Tanque	10	-	Muro do Jardim infantil
Fonte Filipe	15	-	
Ilha de Madeira	20	-	Casas particulares
Vila Nova	9	-	
<b>Total</b>	<b>240</b>	<b>11</b>	<b>35 sítios de concentração</b>

Obs: (-) Informação não disponível ou inexistente

Em São Vicente, os bairros de maior concentração de TPS quanto a proveniência são os de Ribeirinha, Ribeira Bote, Medeiralinho, Campim, Monte Sossego, Fonte Francês e Bela Vista. No entanto apesar de virem essencialmente desses bairros, utilizam como locais de concentração sítios em Morada, citados no capítulo específico. Alguns desses bairros no entanto apresentam as duas características de fornecer efectivos para outros sítios de concentração mas servir também como sítios de concentração eles mesmos, dado sobretudo os pontos estratégicos de recrutamento de clientes presentes no local, como bares/restaurantes e discotecas. São, essencialmente, os casos de Ribeirinha, Ribeira Bote, Chã de Alecrim, Madeiralzinho, Campim. A presença de TPS masculinos já é mais visível em São Vicente do que na Praia ou Assomada.

**Quadro 4** : Estimativa de efectivos de TPS e sítios de concentração -Assomada

<b>Bairro</b>	<b>TPS-Fem.</b>	<b>Sítios de concentração</b>
Portonzinho	4	Pracinha lado correio
		Discoteca / Dancing
Chão de Santo	38	Bares
		Pensões
		Casas particulares
		Discoteca
		Rua São Bento
Polom Cabral	15	Casa particular
Cubem	3	-
Nhagar	1	-
Fonte Lima (Banana)	5	Bares
Achada Tossa	3	-
Covão Ribeiro	3	Casa particular
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>13 sítios de concentração</b>

Obs: (-) Informação não disponível ou inexistente

É inegável a configuração da Zona de Chão de Santo como local privilegiado de concentração para os TPS em Assomada. Todos os informantes são unânimes em afirmar que *“todos os caminhos vão dar a Chão de Santo”*. No seu prolongamento, a rua de São Bento e discoteca próxima são os locais típicos de concentração, seja nos bares ou arredores, na rua, nos arredores das discotecas ou lojas mistas. Apesar dessa maior concentração em Chão de Santo, outros locais, sobretudo onde se localizam discotecas, apresentam-se também como pontos de concentração e recrutamento.

**Quadro 5** : Estimativa de efectivos de TPS e sítios de concentração – Sal

Bairro	TPS-Fem.	TPS-Masc.	Sítios de concentração
Preguiça	11	1	Bares
			Rua de Boavista
			Discoteca
Chão de Matias	11	0	Bar
			Discoteca
Africa 70	4	0	Bar
Zona IFH	6		Bar
Hortalão	0	0	Discotecas
Santa Maria	42	13	Rua Marcelo Leitão
			Bares
			Rua da Biblioteca
			Rua Chitcha
			Frente Hotéis
			Frente Boites/Dancing
			Arredores Restaurantes
			Frente Mercado Municipal
			Praça
Calçada e Areal			
Palmeira	8		Bar
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>14</b>	<b>28 sítios de concentração</b>

A Vila de Santa Maria apresenta-se no Sal como o local de maior concentração, com uma particularidade diferente dos outros locais estudados, a de se encontrar ruas onde os TPS se posicionam, para além das discotecas, sobretudo no caso das TPS estrangeiras, mas com presença de nacionais também. Apesar desse grande domínio de Santa Maria, as localidades de Chã de Matias e alguns sítios em Preguiça, sobretudo onde se localizam discotecas, apresentam-se também com concentrações significativas, aí já de nacionais. A concentração dos TPS do sexo masculino só se verificou em Santa Maria.

### 3.1.2 Perfil dos TPS

A nível mundial, nem sempre se dispõe de estatísticas sobre os TPS, mas algumas organizações interessadas por esta problemática fazem estimativas. A Comissão Social dos Bispos de França, que deseja chamar a atenção sobre a dimensão e as consequências negativas do fenómeno em França e outros lugares, adverte que no mundo mais de cinco milhões de seres humanos são trabalhadores de sexo, sendo dois milhões de entre estes crianças. Todos os países estariam atingidos.

Segundo o Gabinete Central para a Repressão do Tráfico de Seres Humanos (OCRTEH), o dinheiro ligado à prostituição é estimado em 923 milhões de Euros na Europa e 6,200 milhares de Euros no mundo, o que corresponde a metade dos fluxos de dinheiro ligados à droga. Em todos os continentes o tráfico de Seres Humanos aumenta, ligado às mesmas redes do que as da droga e do branqueamento de capitais.

A Comissão adianta que continuam a chegar da África ou da América mulheres que vêm trabalhar em França, que se afundam todos os dias, juntamente com as demais, no ciclo infernal da droga e do TPS, frequentemente para além de qualquer prudência sanitária.

## **A evolução do TPS na África Ocidental**

O TPS na África Ocidental não é um fenómeno recente, mas a sua organização sofreu mudanças consideráveis no decorrer dos últimos anos. Entre o final do período colonial e o início da independência, o TPS na África Ocidental foi dominado pela presença de mulheres nigerianas. Contudo, no início dos anos 80, esta predominância nigeriana deu lugar às mulheres ganesas na maioria dos países, à excepção da Nigéria. Esta mutação explica-se em grande parte pelas mudanças ocorridas no plano económico a nível destes dois países. Por um lado, a economia da Nigéria conheceu uma importante expansão na sequência da descoberta dos poços petrolíferos, despertando a atenção das antigas migrantes para o regresso ao país natal. No entanto, ao mesmo tempo, o Gana entra numa profunda crise económica, que incitou muitos dos seus habitantes a emigrar para os países vizinhos.

As Ganesas rapidamente adoptaram o estilo de TPS Nigerianas, bem que contribuindo para uma maior hierarquização. Cada grupo étnico nomeia uma responsável pelo grupo, e cada grupo vive sob as ordens directas do chefe da comunidade ganesa que, na maioria das vezes, é um homem.

Ao longo dos anos, outras formas de TPS expandiram – se, nomeadamente a TPS de rua ou de bar e o TPS a tempo parcial. As mulheres que praticam esta forma de TPS são geralmente muito competitivas e não têm coesão de grupo. Não se definem como prostitutas e não confiam nas intervenções de saúde pública, em particular no que diz respeito à prevenção do VIH/SIDA e das outras IST. Como elas não trabalham na mesma zona onde residem, torna-se difícil encontra-las quando não estão a trabalhar. Os proxenetas e os proprietários dos bordéis desempenham um papel importante neste tipo de TPS.

As mudanças no campo do TPS continuam a decorrer na África Ocidental. Actualmente as mulheres ganesas desaparecem aos poucos devido à elevada taxa de morbilidade e mortalidade ligada ao VIH. Para além disso, dado que o Ghana pouco a pouco se levanta da sua crise económica, as mulheres regressam para praticar a sua profissão no seu país.

### **3.1.2.1 Idade**

As pessoas entrevistadas mencionam idades que vão dos 13 aos 39 anos. Na grande maioria dos casos a idade das TPS situa-se entre 15 e 25 anos.

A idade varia em função das modalidades de entrada: as jovens da Várzea, na Praia, iniciam o exercício da profissão de TPS mais cedo, sendo as drogas um forte determinante. A idade em São Vicente é mais baixa que nos outros lugares, com uma precocidade de entrada na actividade de venda do sexo, seja como actividade principal e assumida como profissão, seja, como é a maioria dos casos, na prática da actividade, somente como forma de conseguir adquirir coisas mais caras e uma apresentação mais sofisticada no seio do grupo.

O principal comentário que se pode fazer diz respeito à precocidade da actividade sexual nas raparigas, apontada como ocorrendo em média aos 16 anos na população em geral (IDSR I - 1998), aplicando-se o mesmo no caso específico do trabalho profissional do sexo. Outros estudos recentes apontam uma precocidade ainda maior em relação a grupos específicos, como é o caso das crianças e adolescentes, meninas e rapazes, em situação de vulnerabilidade<sup>4</sup>. Efectivamente também neste estudo agora realizado, encontramos nesses grupos rapazes de 10 e 11 anos que dizem já ter iniciado

---

<sup>4</sup> ICM/CCS-Sida – Diagnóstico da Situação de Vulnerabilidade das Crianças em Situação de Rua face às IST/VIH/SIDA. Cabo Verde. Janeiro/Fevereiro 2005.

alguma actividade sexual, seja entre eles mesmos seja com adultos, nacionais e estrangeiros, bem como informantes chave que se referem a meninas com idades entre 11 e 15 anos com vida sexual também já iniciada. Todos eles à força ou por troca de favores. Este aspecto da violência ou aliciamento dos menores para a prática do sexo em troca de dinheiro ou favores, já tinha sido aliás salientado no estudo realizado pelo ICM, supra citado. A precocidade da actividade sexual é um aspecto salientado como preocupando o ICM em São Vicente, pelo facto de meninas muito jovens se verem de repente num ambiente propício à prática da venda do sexo por se verem expulsas de casa, na sequência de algum comportamento considerado menos correcto pelos pais. Trata-se das faixas etárias em que as jovens deveriam estar na escola ou formação profissional. A precocidade da actividade sexual, e do trabalho profissional do sexo, é assim de forma evidentemente um handicap para o sucesso nos estudos e o abraço de uma carreira profissional normal.

### **3.1.2.2 Educação**

A maior parte das raparigas TPS tem o nível primário de escolaridade. Contudo, nota-se que algumas frequentaram ou frequentam o secundário e nalguns casos algumas não têm instrução.

### **3.1.2.3 Nacionalidade**

Tanto os TPS mulheres como homens (onde estes existem) são, de forma geral, de nacionalidade cabo-verdiana. Dos 4 domínios visitados, apenas o Sal acolhe alguns TPS homens e mulheres de outras nacionalidades que não a cabo-verdiana: o cruzamento das diferentes fontes de dados indica a existência (no momento do estudo) de 17 trabalhadoras do sexo de origem Nigeriana, embora uma se apresente como originária da Gambia, duas dúzias (para as que se assumem sem receio da estigmatização) de nacionalidade cabo-verdiana, uma dúzia de TPS homens, sendo metade oriundos do Senegal, da Gambia e da Guiné-bissau.

A população dos TPS no Sal é flutuante devido a 2 factores: o turismo e a migração clandestina. Os momentos em que os barcos para a emigração clandestina passam correspondem também aos períodos de aumento do número de TPS, quer sejam barcos vindos ou indo à Boavista ou São Vicente, tendo como destino Marrocos, as ilhas Canárias, a Itália e a Espanha.

Na Praia, Assomada e São Vicente, não se identificaram TPS estrangeiras: é provável que algumas TPS de origem Nigeriana tentem abordar o mercado da Praia antes de ir para o Sal, mas como nos demais domínios, não encontram espaços para o recrutamento de clientes, tendo as TPS nacionais elaborado estratégias de recusa do espaço. Existem duas formas de recrutar a clientela, nomeadamente fazendo-o na rua através de abordagens específicas (ver a descrição a nível da secção correspondente), ou recorrendo a intermediários. Em cada caso, é necessário que o cliente tenha sido identificado, que no geral é estrangeiro e, exceptuando o Sal onde estes são visíveis como clientes potenciais, o mesmo não ocorre nos demais domínios.

Deve se notar que o fenómeno de protecção do espaço vital, através inclusivamente da agressão às concorrentes, é um fenómeno conhecido no contexto do TPS. Deu azo por exemplo a um filme realizado pela Population Services International (PSI), descrevendo o universo do TPS em Abidjan, Costa do Marfim, como uma selva onde só os grupos organizados e defendidos por homens são capazes de resistir à fúria da concorrência.

É de resto sintomático notar que mesmo no Sal, as poucas estrangeiras que existem apenas recrutam a sua clientela entre os turistas, maioritariamente europeus, o que é um caso único na sub-região: em cidades como Abidjan, Dacar, Lagos, Cotonu, Douala, principalmente, mas também em outras cidades da Africa Ocidental e Central, as TPS são recrutadas por toda a gente, sem distinção de nacionalidade.

No Sal, apenas os Europeus são procurados pelas estrangeiras, mas também pelas Cabo-verdianas, por causa dos preços elevados que aceitam pagar. A isso acrescenta-se a procura pelas mulheres (estrangeiras ou locais) de uma associação com homens que lhes permitam uma eventual partida. Alias parece que todas as estrangeiras encontradas no Sal são antes de mais candidatas à migração para a Europa. Algumas já foram expulsas, e recorrem a Cabo Verde como um último recurso, e neste contexto estão preparadas a fazer de tudo para partir. As Nigerianas entrevistadas explicaram por exemplo que, independentemente do estado de saúde ou da idade de um branco, se este lhes propuser casamento, estariam prontas para ir tendo em conta as vantagens certas.

No entanto estas estratégias das estrangeiras correspondem a uma segunda agenda em relação ao seu percurso inicial: com efeito, em geral estão sob o patronato de homens que lhes servem de protectores e para quem trabalham. Estes homens estão no Sal ou na Praia e esta proximidade explica porque é que as Nigerianas no Sal se recusam a ter namorados africanos regulares (boy friend), pois este último teria todos os direitos sobre ela: dormir com ela sem preservativo, recuperar o dinheiro que ganham.

A polícia e outras pessoas entrevistadas dizem que estas raparigas não estão inseridas em redes, mas é esta segunda agenda escondida das moças que leva a pensar isso. Na verdade, os seus protectores esperam obter vantagens das suas idas para a Europa, e em certos casos, os protectores têm receptores na Europa, para colocar as raparigas à chegada.

Verifica-se que os rendimentos angariados no Sal são bem diferentes dos que podem ser obtidos noutras cidades africanas, e isso pode decidir algumas raparigas a querer aí permanecer por períodos mais prolongados. Viriam inicialmente considerando o Sal como uma etapa transitória e de curta duração, mas face as vantagens comparativas, e na dúvida de chegar um dia à Europa, permanecem mais tempo para arrecadar tanto dinheiro quanto possível. Mas regista-se que este tempo não ultrapassa dois anos, e que existe portanto um renovar constante da população de TPS.

#### **3.1.2.4 Profissão**

Apesar de se configurar como uma actividade económica em termos do conceito utilizado neste estudo, em Cabo Verde poucas pessoas que a praticam, a assume como profissão, sejam homem sejam mulher, sobretudo no que concerne os nacionais. Mesmo quando assumida e praticada como a única fonte de rendimento, como é o caso das TPS de São Vicente (Morada – Praça e Rua 5 de Julho), nem sempre é assumida como profissão mas mais como uma fonte informal de complemento de rendimento, visto que a maioria exerce outra actividade profissional paralela. Aliás, reside nisso também a forma como é tratada pelas autoridades e intervenientes no domínio, pois não se pode falar em actividade de venda do sexo como profissão em Cabo Verde, nem em relação à legislação, nem em relação a medidas específicas no que se refere a cuidados de saúde para esse grupo.

As TPS estrangeiras identificadas não praticam oficialmente nenhuma outra profissão. São as próprias que proclamam consagrar-se exclusivamente ao que referem como um «business», não querendo fazer nada que comprometa os negócios.

Para as TPS de origem cabo-verdiana, a pratica de uma profissão existe em função da tipologia descrita, mas podemos notar que no conjunto, não exercem profissões nos sectores formais. Desempenham as actividades de domésticas, vendedeiras ambulantes ou rabidantes, peixeiras, servidoras de bares e restaurantes e estudantes. Entre as prestadoras ambulantes, encontramos algumas pessoas que trabalham como assalariadas em locais onde ocorre precisamente o recrutamento dos TPS (hotéis, bares, restaurantes, discotecas), mas são em número relativamente

reduzido e o rendimento auferido é pequeno. Exceptuando os TPS masculinos que exercem pequenos ofícios no sector informal, podemos dizer que a maioria dos TPS prestadores ambulantes, e a totalidade das demais, não têm profissões que sejam fonte de rendimento. A entrada na prática do TPS explica-se de resto para muitas por essa inexistência de outras fontes acessíveis e garantidas de rendimento monetário para ela.

### **3.1.2.5 Estatuto Matrimonial e Filhos**

A maior parte das TPS são mulheres solteiras. As estrangeiras têm todas um namorado que é seu protector, ou a pessoa que as colocou na prática ou que ajuda a coloca-las. Com estes últimos não utilizam o preservativo aquando das relações sexuais. A maioria diz ter um noivo ou amigos nos países de origem.

As TPS de origem cabo-verdiana ou são mulheres solteiras que vivem sozinhas, ou são mulheres separadas do seu cônjuge (com quem viviam em união de facto) com um «pai-de-filho» que as vem visitar de vez enquanto e ver as crianças. Algumas delas têm um noivo residente numa ilha diferente daquela em que exercem a actividade de prostituição. Encontrou-se ainda na Praia, São Vicente e Sal, algumas TPS mulheres casadas ou com um companheiro e filhos, que não se reconhecem como prostitutas, e praticam a actividade de forma muito oculta, ao ponto de nem o cônjuge estar a par. A quase totalidade das mulheres com este perfil tem um companheiro usuário de drogas ou de álcool, enquanto que elas não. Saem com 2 ou 3 clientes, normalmente no fim-de-semana, e utilizam preservativo com eles, mas não com o cônjuge. Justificam a entrada pela necessidade de levar dinheiro para casa para assegurar a alimentação e educação dos filhos. Com efeito, a maioria das TPS cabo-verdianas têm 2 a 3 filhos.

Algumas das TPS estrangeiras dizem igualmente ter filhos e algumas explicam que a entrada na profissão também é determinada pela necessidade de dispor de recursos financeiros para assumir a educação, e outros custos, para estes filhos.

### **3.1.3. Descrição da prática**

#### **3.1.3.1 Locais de recrutamento**

Os principais locais onde os TPS recrutam os seus clientes são bares e discotecas, para além de alguns locais públicos (ruas, praças e rotundas). O modo privilegiado de recrutamento para as estrangeiras do Sal é a Rua Marcelo Leitão, em Santa Maria. Somente em Santa Maria, e na Morada, em São Vicente e na Rua São Bento em Assomada, em certas horas da noite, encontramos as TPS a fazer o recrutamento de clientes directamente na rua.

Em São Vicente, são essencialmente dois os locais, a Praça Nova, perto do Mindel Hotel e alguns bares e discotecas próximos da praça, em particular o «Clube Náutico» frente ao porto antigo, utilizando uma pensão próxima como local de recepção de clientes. No entanto, a utilização das discotecas como lugar de recrutamento de clientes é muito mais frequente e praticada, sobretudo pelas TPS mais jovens.

Esta é aliás a prática que vamos encontrar como mais frequente de recrutamento em todos os locais estudados. Em Assomada, o local de maior recrutamento a par dos bares e discotecas, é nos arredores da Rua de São Bento.

Na Praia, o recrutamento faz-se principalmente a partir das discotecas e, mais tarde, em certos locais quando não conseguiram encontrar clientes nas discotecas. Nos fins-de-semana, a praia e beira-mar,



bem como a Avenida Cidade de Lisboa e o corredor da fábrica de Coca-Cola até à Shell, parecem ser locais públicos onde o recrutamento ocorre.

Outra técnica bastante utilizada para o recrutamento, sobretudo na Praia e em São Vicente, mas também a começar no Sal, é o da “boleia”. A TPS, sobretudo as mais jovens posicionam-se à noite nas vias de maior circulação de viaturas e pedem “boleia” aos condutores, que depois de parar para as fazer entrar começam a receber o assédio sexual. Nessa prática no entanto, casos de furto de que esses condutores são vítimas, têm sido registados.

No que se refere às TPS que são UD, o recrutamento de clientes é também praticado nos locais de venda / consumo de droga, sobretudo na Praia. Não podemos ainda negligenciar o recrutamento feito junto aos estabelecimentos de ensino secundário em relação aos condutores de táxi e hiace.

### **3.1.3.2 Número de clientes**

O número de clientes varia muito em função do tipo de TPS. Como dissemos, para aquelas que não assumem a actividade e a fazem de forma escondida, como forma de complementar a renda familiar, dizem contentar-se com 2 a 3 clientes por semana, normalmente aos fins-de-semana, sexta e sábado, em função do movimento encontrado nas discotecas e bares, dependendo da maior presença de estrangeiros ou emigrantes ou visitantes de outra ilha. Para as ou os que a praticam como profissão o número de clientes é maior, em média de 10 a 15 por semana, podendo no entanto situar-se acima de 20 por semana para alguns, em certas circunstâncias de mercado favorável. Aliás, constatamos o facto de em São Vicente de forma acordada e explícita, definirem o domingo como dia delas, para o seu divertimento pessoal e saída com o namorado. Nesse dia a frequência das discotecas é para divertimento pessoal e não para recrutamento de clientes.

Já as TPS que são UD, podem ter uma variação maior de clientes, devido ao baixo preço praticado, sobretudo quando se encontram em estado de falta da droga.

### **3.1.3.3 Custos praticados**

Os preços praticados variam em função de um conjunto de factores. Sal parece ser a ilha onde os custos são mais elevados. Os preços praticados são muito variáveis, também em função do tipo de TPS, de ser com um estrangeiro ou um nacional, do tipo de relação sexual que o cliente quer, da duração da estada com o cliente, da utilização de preservativo ou não.

O número de clientes varia muito em função do tipo de TPS. Para aquelas que não assumem a actividade e a fazem de forma escondida, o número é de 2 a 3 clientes por semana. Para os que a praticam como profissão, o número de clientes pode variar entre 10 a 15 por semana como média, havendo no entanto as que dizem ter 20 ou mais clientes por semana, nos momentos altos de bom mercado. A dependência à droga e em particular o estado de falta, implica para os TPS-UD a pratica de preços baixos (de 80 ate 300 escudos) e um número importante de clientes. Para todos no entanto, os preços praticados flutuam consoante o local de origem (da cidade ou não) e nacionalidade dos clientes, sendo Santa Maria, o lugar com preço mais elevado (5.000 a 10.000 escudos). Geralmente situam-se entre 1.000 e 5.000 escudos na Praia, Assomada e São Vicente. Esporadicamente encontra-se referência à prática de preços acima dos 20.000 escudos com estrangeiros de algumas nacionalidades (como japoneses em São Vicente), ou em função de prestações especiais, como o da opção pelo não uso do preservativo pelo cliente, ou permanecerem a noite toda a dormir com o cliente no seu hotel, entre outras.

O preço mais baixo é efectivamente aquele praticado pela TPS que é também UD, encontrado como prática nos quatro lugares, mas com maior evidência na Praia e em São Vicente.

Sejam os homens sejam as mulheres, em todos esses lugares adoptaram a prática de cobrar antes para garantir o pagamento, sobretudo os que se assumem como TPS. Quando isso não acontece e por ventura o cliente se recusar a pagar, confirmam apreender objectos de valor do cliente, como telemóvel, carteira, óculos. Alguns há que, para garantir o pagamento, procuram antes do acto e sem que o cliente se aperceba, apoderar-se de algum objecto de valor que possa servir de compensação, em caso de recusa de pagamento por parte do cliente. Alguns relatos mostram até a intervenção da polícia, a pedido do TPS, a obrigar o cliente apagar o acordado.

De salientar no entanto que, seja na Praia, seja em São Vicente, muitos informantes chave relatam casos de simulação de interesse sexual com o único objectivo da prática do furto, chegando a identificar pequenas redes de moças que se organizam para isso.

### 3.1.4 Tipologia dos TPS

Os estudos sobre esta matéria realizados na África Ocidental e Central sob a égide da ONUSIDA e demais agências apadrinhadoras (análises da situação no eixo Abidjan-Lagos, nos países da bacia do rio Congo, e nos países da bacia do Lago Tchad), ou por outras agências tais como a GTZ (Programa Regional SIDA da GTZ para a África Ocidental e Central - Série *Estudos em Saúde Sexual*) indicam que em muitos países, o trabalho profissional do sexo é ainda designado pelo conceito de «prostituição», tratando-se de uma prática estigmatizada em praticamente todas as comunidades, pelo que as TPS preferem trabalhar em zonas ou locais onde não são nem conhecidas nem serão reconhecidas, por pessoas da sua família próxima ou distante, ou simplesmente por pessoas que as conhecem.

Até aos últimos anos, as internacionais da profissão eram as ganesas, seguidas das nigerianas e togolesas, encontradas em todos os países da sub-região oeste africana. Actualmente, mesmo ignorando o fenómeno da prostituição dita «prostitution larvée (prostituição de sobrevivência)» que afecta muitas jovens e mulheres nos países cuja conjuntura económica é difícil, cada país tem as suas trabalhadoras locais e estrangeiras. Desde as crises armadas na Serra Leoa e na Libéria, encontram-se trabalhadoras do sexo destes países nas zonas em que se desenvolvem tradicionalmente nigerianas, ganesas e togolesas, nomeadamente na Costa do Marfim. As camaronesas trabalham sobretudo no seu país, mas mudando de zona linguística.

Em Cabo Verde, como já notado, apenas as nigerianas conseguiram iniciar uma instalação no mercado, não obstante informações recolhidas sobre a passagem rápida de mulheres brasileiras na Praia e a prospecção do mercado do Sal por 6 italianas.

De forma geral, as TPS exercem abertamente, o que significa que têm espaços de evolução conhecidos pela sua clientela, modalidades e locais de recrutamento. Nalgumas cidades africanas, fala-se de bairros especializados no comércio do sexo, como acontecia no caso da Pigalle ou St Denis em Paris, ou ainda a Rue Princesse em Abidjan (mas também frente a todos os hotéis), todo o quarteirão Joncquet em Cotonu, os hotéis de Kodjoviakopé em Lomé, a Avenida Kwamé Nkrumah em Ouagadougou, a Rue de Koulikoro em Bamako, os arredores do Dancing le Bataclan em Brazzaville, enquanto que em Accra, Douala e Lagos, são várias as ruas e praças.

A principal característica desta ocupação do espaço tem por base os movimentos das actrizes. Os espaços citados são locais de encontro e abordagem, o consumo da prestação sexual faz-se no geral nas casas de passe, ou quartos alugados pelas TPS.

Os estudos já realizados mencionam três tipos de TPS, uma tipologia baseada nas variações das modalidades de exercício da profissão, sendo a constante comum a prestação contra remuneração, como é mencionado na secção inicial relativa à definição dos conceitos. Esses três tipos são:

- As arrendatárias de casas fechadas, identificáveis porque localizadas num espaço conhecido e reconhecido como desempenhando essa actividade;
- As prestadoras ambulantes, que aceitam expor-se;
- As prestadoras não oficiais, dado que nem sempre são reconhecidas como tais, e que nem sempre se auto reconhecem como TPS.

Em Cabo Verde, esta tipologia não se aplica no que toca as prestadoras em casas fechadas ou à TPS que recebe os clientes à vez e a um preço fixo, sem ir ela própria buscá-los ou procurá-los. Algumas TPS dos bairros economicamente vulneráveis (ex: Várzea, Vila Nova, Tira Chapéu na Praia, Ribeirinha, Ribeira Bote em São Vicente, Chã de Matias no Sal, Rua São Bento em Assomada) recebem os clientes nas suas casas, mas isto é diferente das casas fechadas tal como existiam, porque a principal função da casa fechada é a sua utilização para a actividade sexual, mesmo se a TPS, sempre arrendatária, reside lá durante o período em que o aluga. Em Cabo Verde, as jovens e as mulheres que recebem na casa dos seus pais, ou de suas amiga, não estão em situação de arrendamento. Em contrapartida a tipologia aplica-se para as demais categorias, mas convém salientar as diferenças ou nuances face às descrições feitas para outros países.

#### **3.1.4.1 Os prestadores ambulantes**

É o tipo predominante em Cabo Verde, devido ao modo de recrutamento da clientela, e são sobretudo cabo-verdianas que se encontram nesta tipologia, embora acompanhadas também por algumas estrangeiras do Sal: com efeito a clientela no geral é recrutada nas boates, dancings e discotecas, ou nos bares, ou nalgumas praças e ruas. No conjunto dos vários sítios, a abordagem implica ir a estes locais, pagar os direitos de entrada, fazer-se notar e recrutar por um homem. O local de consumo das relações sexuais é ou em casa da TPS, ou do cliente, quer este esteja na sua casa regular, quer tenha alugado uma casa de forma pontual ou se encontre num hotel.

Uma característica principal destas TPS é que nalguns casos, embora sem reivindicar de forma formal o seu estatuto, o expõem e na verdade o assumem. É o caso em particular das TPS locais do Sal, São Vicente, das estrangeiras no Sal, algumas utilizando mesmo o conceito de «prostituta», isto é para se auto descrever. Da mesma forma, é de referir a maneira como um TPS homem reivindicou em São Vicente o carácter normal do trabalho do sexo, tanto das mulheres como dos homens, enquanto «um modo de obter rendimento, como outro modo qualquer».

Como consequência do facto de aceitarem expor-se, as suas estratégias de recrutamento incluem atitudes corporais: quando se encontram nos locais onde podem encontrar clientes, fazem a ronda dos locais, executando uma espécie de repertório de convite à actividade sexual: para além da indumentária que deixa a descoberto algumas partes «ditas» íntimas (a roupa de cima deixa à vista parte dos seios, o umbigo está a descoberto, a saia quase ao nível das cuecas), a abordagem consiste em «fazer valer os argumentos», ou seja balancear as nádegas numa cadência determinada, apresentar um sorriso em toda e qualquer circunstância. Quando o cliente potencial passa ou está próximo, toda esta atitude lhe é «dedicada», com o acréscimo de um convite oral em boa e devida forma para que beneficie de ou aceite uma companhia galante.

As nigerianas do Sal contentam-se em andar para frente e para trás, e convidar qualquer transeunte potencial, mas sobretudo os turistas, e de preferência os turistas brancos, supostamente mais

afortunados e menos agarrados relativamente aos preços propostos, que podem ir até 100 Euros por noite, ou algumas horas.

#### 3.1.4.2. Os prestadores não oficiais

As informações recolhidas no conjunto dos quatro domínios, mas também as obtidas em relação ao resto do território com o apoio de pessoas recurso que trabalham localmente, mostram que a utilização do sexo como fonte de rendimento, ou como moeda de troca para pagar prestações, é um fenómeno comum. É certo que o «qualificativo» profissional não tem a mesma envergadura e regularidade que na tipologia anterior, mas encontramos novamente o aspecto «sexo em troca de dinheiro ou outra compensação».

Sob este prisma, as pessoas aqui incluídas não se reconhecem sistematicamente como TPS, e algumas estão mesmo longe de se auto caracterizar como tal. É o caso de algumas estudantes do liceu, recrutadas por adultos, a quem oferecem essas prestações para poder pagar os custos com a sua escolaridade, ou comprar material escolar ou roupas, ou simplesmente ter alguém que lhe pague um jantar ou leve a uma discoteca. De forma geral, as liceais não têm muitos parceiros sexuais, por um lado porque têm um «namorado» titular, sempre cioso de guardar só para si a sua parceira. Contudo, as moças mudam de «namorado», ou podem ter outros. Algumas informações apontam para o aproveitamento que condutores de táxi e de hiace fazem da situação de pobreza de algumas moças, para ter relações sexuais com elas, em troca de transporte gratuito nos seus veículos, entre a escola e casa.

Para além das liceais, há que referir as jovens, ou mães de família, UD, que utilizam o sexo de forma mais sistemática como fonte de rendimento, para fazer face às suas necessidades financeiras, em particular para a aquisição de droga. Nesta categoria, encontramos «as TPS de 80 escudos», ou seja as que estão em estado de carência, e incapazes de negociar tarifas melhores. Quando a carência de droga as pressiona, estão dispostas a aceitar qualquer preço, desde que lhes permita aceder à droga. Informações recolhidas atestam, em certas casas da Praia, de prestações sexuais contra droga. Alguns homens fazem recair toda a violência sobre as raparigas/mulheres, e um bom número de raparigas/mulheres exibem no corpo as traças desta violência.

Mas é ainda o caso das mulheres que utilizam a actividade como complemento de salário ou como fonte única de rendimento para prover às necessidades da família, sem que sejam usuárias de droga: *«saio com homens para alimentar os meus filhos porque o pai não traz nada para casa, têm de comer e de ir para a escola. Se ficasse à espera de alguma coisa do meu companheiro nunca se comia»*. Para este tipo de mulher a actividade de trabalhadora profissional do sexo não existe, ela faz um «expediente» sem conhecimento da família, nem mesmo do marido ou companheiro, para arranjar dinheiro para a família. Estas mulheres praticam preços de 2.000 a 5.000 escudos, com 2 ou 3 clientes por semana, durante a sexta-feira e sábado, a partir das discotecas, onde encontram os clientes.

É de salientar que se na primeira tipologia encontramos prestadores cuja actividade sexual é uma actividade económica relativamente próspera, o mesmo não se verifica para os prestadores nesta categoria: a comparação pode ser feita à semelhança do trabalho no sector formal e informal. Os prestadores «não oficiais» ou «informais» estão numa categoria que em outras paragens é denominada de prostituição de sobrevivência: para muitas, o dia em que o sexo não rende nada, é um dia em que não se come e não têm como assegurar comida para os filhos.

### 3.1.5 Entrada na prática

Antes de chegar ao Sal, já tínhamos informações sobre a existência de TPS de origem nigeriana em Sta. Maria. À chegada foi feita uma visita de reconhecimento para avaliar a sua visibilidade. Identificamos uma rapariga à beira mar e um elemento da equipa aproximou-se. A conversa foi iniciada em francês. Ela apresentou-se como originária da Serra Leoa e o investigador como senegalês. No primeiro dia falou-se da cidade, sem entrar em detalhes. 3 inquiridores tinham sido localizados e identificados como elementos da polícia, aumentando a desconfiança. Foi pedido um encontro para o dia seguinte, questão de diminuir o receio e estabelecer a confiança. No dia seguinte o encontro foi em torno de uma bebida e café. Começou-se por dizer que se sabe que ela não é da Serra Leoa mas sim da Nigéria, enunciando algumas das razões que permitiram identifica-la como tal. Ela não negou e nesse dia falou-se sobretudo das outras pessoas. Só no encontro do terceiro dia é que ela aceitou contar a sua história, após se ter assegurado que não lhe faríamos mal. Pediu ao seu protector, que vive na Praia, para falar com o investigador ao telefone, e foi na sequência disso que aceitou relatar a sua história. No geral, estas pessoas têm várias identidades, em função da pessoa com quem estão.

#### *História de vida tipo de uma TPS*

*«Sou do leste da Nigéria, e tenho 22 anos. Sou a única filha do meu pai, que morreu quando eu era criança. A minha mãe tem outros filhos, mas não os conheço todos, não olhamos uns pelos outros.*

*Aos 17 anos tive um filho, e foi nessa altura que começaram os problemas, pois tinha de me ocupar dele. Ia aos mercados longe da minha cidade para comprar carne que vinha vender na vila, isso permitia-me ter algum dinheiro. Mas um dia o nosso carro foi assaltado por bandidos, que nos roubaram. Tentei fugir e atiraram para cima de mim, bem como para cima de outras pessoas. Depois tiraram o dinheiro de cada um de nós, cobriram-nos com folhas de bananeira porque estávamos todos caídos ou deitados, e foram-se embora. Mais tarde, pessoas que passavam viram o carro e pensaram primeiro num acidente, mas ao levantar as folhas de bananeira descobriram os cadáveres, mortos a tiro. Felizmente para mim, ainda não tinha morrido, e fui conduzida ao hospital, onde fiquei muito tempo.*

*Quando voltei a estar com saúde, já não queria fazer o mesmo trabalho, porque estava com medo. Quis então partir, porque não suportava não poder comprar nada para o meu filho. Pedi a um dos meus meios-irmãos instalado em Paris para me ajudar, para que eu pudesse ir ter com um outro familiar na Holanda. Ele aceitou enviar-me dinheiro, tomei o itinerário dos clandestinos rumo à Europa. Alguém me arranjou um passaporte do Gana, passei pelo Benin, Burkina e Mali e, juntamente com outros conseguimos chegar a Marrocos. A seguir conseguimos chegar a Itália por barco. Vomitei o tempo todo no barco. Mas finalmente fomos apanhados em Itália e expulsos para África.*

*Foi então que me falaram da fileira cabo-verdiana. Fui a Dacar onde fiquei um ano a trabalhar como profissional do sexo, antes de ir para Cabo Verde. Fui vítima de burla por parte de uma pessoa que dizia querer ajudar-me, mas consegui chegar à Praia, e finalmente ao Sal. Somos neste momento 16 pessoas no meu grupo aqui, todas à espera de uma ocasião para partir para a Europa. Duas de nós acabam de encontrar maridos brancos, com muita idade, mas partir é o que conta. Nos procuramos dinheiro, não temos outra vida».*

### 3.1.6 Dificuldades para deixar

A expressão da vontade de deixar a actividade é manifestada somente pelas TPS/UD e por aquelas que utilizam a actividade com a justificação de procurar uma forma de alimentar e educar os filhos, ou seja como actividade não assumida e tida como estratégia de sobrevivência. As primeiras, não se assumindo também, mais facilmente assumem o uso de droga e aí a referência à vontade de mudar de vida é mais explicitamente referida em relação à saída da droga que em relação à saída da actividade de venda do sexo. As outras, justificando-se com o facto de não terem profissão, manifestam vontade de deixar por a considerarem uma actividade não recomendável, expressando inclusive alguma vergonha por a praticar. Vêm como recurso para a deixar encontrarem outra alternativa de fonte de rendimento, “*encontrarem trabalho.*”

De resto, tanto os homens quanto as mulheres que se assumem como TPS, utilizando a venda de sexo como estratégia de sobrevivência, mesmo quando dizem que poderiam sair “*se encontrassem um trabalho*”, ao aprofundar a discussão assumem as vantagens financeiras da actividade. As nacionais que praticam preços mais elevados, as estrangeiras e os homens, não mostraram muito interesse em deixar a actividade. Exprimem o facto de que dificilmente poderão encontrar outra profissão que lhes dê o mesmo nível de rendimento, para os objectivos que têm e que os fez entrar na actividade de venda de sexo. Muitos encontram-se a realizar investimentos com objectivos concretos do tipo construção de habitação própria, criação de uma poupança, pagar os estudos superiores do filho no exterior, casamento com um estrangeiro, e mostram como possibilidade de deixar o atingir da sua meta. As estrangeiras exprimem como objectivo a emigração para a Europa ou o casamento com um estrangeiro europeu, exprimindo elas também como possibilidade de saída o momento de realização de uma dessas metas.

Mesmo assim, un(a)s e outro(a)s vão sugerindo às instituições responsáveis pelo estudo, ajudar a arranjar emprego ou alternativa de vida para as pessoas. Exprimem no entanto a opinião de que o maior problema em Cabo Verde é a droga e não a actividade de venda do sexo.

### 3.1.7 Socialização

A prática da actividade em grupos de 2, 3 ou mais pessoas é muito frequente entre os TPS femininos, seja como forma de se apoiarem seja como garantia de segurança, em muitos casos. A frequência a bares e discotecas por exemplo, e circulação em ruas de concentração, é normalmente feita em grupos pequenos de até 5 a 6 pessoas. Muitas vezes, no caso ainda dos TPS femininos, o grupo se forma também a partir da casa de uma delas considerada amiga, onde algumas dormem em caso de necessidade, como as menores quando expulsas da casa dos pais, podendo às vezes receber aí os namorados. É também onde o grupo se reúne. É esse mesmo grupo que sai junto também para a diversão de domingo e se entreja em situações de necessidades como doença e no aprovisionamento em preservativos. São muitas vezes pessoas do mesmo bairro ou de bairros próximos que se deslocam juntas para os pontos de concentração/recrutamento. No caso das estrangeiras, essa formação de grupo se dá mais por nacionalidade de origem. Estas no entanto já pertencem a grupos de recrutamento de TPS que têm por trás um homem, também ele estrangeiro, da mesma nacionalidade que elas ou de outra nacionalidade.

Enquanto que as estrangeiras dizem não ter namorado ou companheiro, as nacionais normalmente têm namorado ou um companheiro fixo, mesmo quando não moram juntos. Para as que assumem a profissão, muitas vezes esse companheiro é visível, guardando o privilégio de dormir com ela sem preservativo. A relação com o resto da família, como filhos e pais está também presente, havendo muitos casos em que é ela que sustenta a família toda, incluindo os pais e logo tem direito até de receber os clientes em casa.

A existência de grupos evidencia por outro lado a rivalidade entre grupos, sobretudo das mais velhas em relação às mais jovens (verificado em São Vicente) ou das mulheres em relação a alguns homens, como no Sal, por exemplo. As já estabelecidas consideram que as meninas estão na profissão *“por desporto, nem sabem fazer, acabam por aceitar qualquer coisa e tiram-lhes cliente”*. A concorrência com os TPS masculinos só aparece quando não são delas conhecidos anteriormente, ou disputam o mesmo espaço e clientes de forma a retirar-lhes possibilidades. Mas no geral dizem não ter problemas com a concorrência deles, consideram-se normalmente colegas e amigos, conhecem-se, têm territórios e clientela demarcados.

Essa percepção depreciativa em relação às TPS mais jovens pelas mais antigas na profissão, é encontrada em todos os domínios do estudo. A mesma depreciação é expressa em relação às TPS/UD, dizendo que *“se vendem muito barato, têm má apresentação, desvalorizam o mercado.”* Para além disso consideram a droga como coisa suja e má. Têm consciência dos preconceitos com que a sociedade os vê, mas os profissionais parecem pouco importar-se. Já as que não assumem a actividade mostram grande preocupação com a opinião dos outros e a imagem da TPS na sociedade. Expressam muito receio da família e conhecidos saberem.

Dizem-se muitas vezes vítimas de violência entre eles e pelos clientes, mas a maior violência expressa é a praticada pelo companheiro para aquelas que o têm, no que se refere aos TPS não usuárias de droga. Já para as TPS/UD a violência é muito presente, seja por parte dos clientes, muitas vezes também eles usuários ou dos dealers, ou ainda da polícia. Elas apresentam aliás sinais visíveis de violência em várias partes do corpo, como a cara e os braços. Dizem-se ainda vítimas de violência por parte da polícia, mas aparentemente essa violência é mais ligada ao facto de serem usuárias de droga do que de serem TPS.

Aliás, as TPS não UD dizem ter problemas com a polícia somente quando há alguma briga no grupo, ou num bar ou discoteca onde estejam, não devido ao exercício da actividade de venda de sexo. Chegam a recorrer à polícia em casos de abuso dos clientes ou de não pagamento. Uma boa percepção é expressa também em relação ao profissional de saúde, deslocando-se às estruturas hospitalares sem problema em caso de necessidade em urgências ou mesmo para outros serviços como o de saúde reprodutiva. Manifestaram no entanto pouco conhecimento em relação ao CCS-SIDA, com raras excepções de algumas que vão aí buscar preservativos e seropositivos que de alguma forma já ouviram falar do Comité. A mesma coisa em relação à CCCD que é pouco referida por esse grupo, também com excepções de algumas TPS/UD que dizem ter alguma vez recorrido à Comissão em momentos em que tentaram deixar a droga.

### 3.1.8 Conhecimentos e atitudes sobre as IST e VIH/SIDA

Os TPS mulheres e homens expressam de forma geral algum conhecimento em relação às IST e ao VIH/SIDA, mesmo se nem sempre adoptam as melhores atitudes de prevenção. Em relação às IST exprimem os nomes populares normalmente utilizados, como “esquentamento” e outros, dizem já ter alguma vez contraído alguma, não tendo sempre recorrido aos serviços de saúde para tratamento.

Citam normalmente as vias de transmissão mais conhecidas do VIH/SIDA, nomeadamente a sexual sem preservativo, a transfusão de sangue não seguro e a troca de seringas. As estrangeiras e as nacionais profissionais demonstram maior conhecimento. Essas, diferentemente das TPS/UD dizem usar sempre o preservativo, indicaram mesmo os locais onde se aprovisionam. No entanto chama a atenção o fato de, para as nacionais, dizerem utilizar preservativo somente com os clientes e não com o namorado ou companheiro e ainda o relato de casos de não uso do preservativo por preferência do cliente. São casos no entanto menos frequentes entre as profissionais, mas muito frequentes entre as TPS/UD.

Manifestaram abertura em relação a fazer o teste do VIH/SIDA, havendo mesmo alguns, sobretudo entre os profissionais, que dizem já o ter feito. Acham no entanto que há muita dificuldade em fazer o teste. Em relação ao pessoal de saúde, dizem ser deles que acham melhor ouvir informações/orientações sobre saúde, IST/VIH/SIDA ou outros assuntos de saúde. Apesar de nos terem apontado TPS/UD como sendo seropositivas, elas não se assumiram como tal nas entrevistas.

De forma geral não demonstraram rejeição à convivência com seropositivos, seja colegas sejam outros, como no caso de convivência com UD que sabem ser seropositivos. Em grupo de discussão afirmaram conhecer colegas que dizem que devem estar contaminadas pelo VIH/SIDA e que lhes aconselham a fazer o teste e a utilizar o preservativo. Mas reconhecem que há pouco preocupação em o usar.



## 3.2 Resultados UD/UDI

### 3.2.1 Número de UD /UDI

Relativamente aos UDI, a observação e o reagrupamento das informações saídas de diferentes fontes, permitiram uma estimativa de 80 UDI, sendo que durante o processo se estimou em 1348 os consumidores de drogas. Assim sendo o efectivo de UDI representa uma proporção de 6%. É de realçar que os efectivos do quadro não incluem os TPS usuários de droga.

Em termos relativos Praia reagrupa cerca de 57% dos casos de UD, repartidos por 30 Bairros. Trata-se na sua grande maioria de jovens do sexo masculino. Todavia foi sublinhado um número considerável de TPS-UD para o qual a dependência ao consumo de drogas constitui um motivo de entrada ou de permanência no exercício da sua actividade.

A cidade do Mindelo (São Vicente) contém um efectivo de 397 consumidores de drogas, seguido do Sal 102 e de Assomada com um efectivo de 83 UD.

Os dados indicam que Praia e São Vicente apresentam 73% dos casos de UDI com respectivamente 37 e 21 casos. Em contrapartida, Sal e Assomada concentram respectivamente 15% e 8% de UDI, se se compara o número de UDI aos do UD. Estes resultados testemunham a amplitude do consumo de drogas injectáveis nestas duas cidades.

**Quadro 6:** Distribuição dos UD e UDI, segundo o sexo e locais de concentração por domínio

Domínio	UD	UDI	Total UD	% UDI/total UD	Locais de concentração
Praia	730	37	767	5	70
Assomada	76	7	83	8	28
São Vicente	376	21	397	5	61
Sal	87	15	102	15	16
<b>Total</b>	<b>1268</b>	<b>80</b>	<b>1348</b>	<b>6</b>	<b>175</b>

O estudo também identificou um total de 175 locais de concentração de UD/UDI. São encontrados nos bares, praças/jardins, discotecas, esquinas de ruas. A existência de casas de consumo oferece a possibilidade de consumo e permanência aos pequenos grupos de usuários ou individualmente, mediante pagamento pela utilização, durante algum tempo. A nível dos bairros como a Várzea, Achadinha, Safende, Achada de Santo António (na Praia) e rua São Bento (em Assomada), existe uma concentração expressiva de pontos de venda, bem conhecidos pela população. É importante sublinhar que uma boa parte dos bares e "lojas mistas" são apontados como estando implicados na distribuição de substâncias psicoactivas e por conseguinte frequentados pelos usuários.

**Quadro 7: Estimativa de efectivos de UD/UDI e locais de concentração - Praia**

Bairro	UD	UDI	Sítios de concentração	Bairro	UD	UDI	Locais de concentração
Tira Chapéu	50	-	Arredores casa venda mármore	Eugénio Lima	50	-	Praça
			Casas de venda				Local do Mercado Municipal
			Casas de consumo				Rua cidade de deus
			Casa particular				Rua casino/favelas
Prainha	8	-		Várzea	36	-	Arredores Estádio do Coco
Terra Branca	8	1	Jardim Infantil (Praça)				Rua Lavadouro
Palmarejo	15			Achadinha	10		Cutelo babosa
Fundo Cobom	18	2	Casas de venda				Rua quiosque Julinha
Brasil	18	-	Lojas				Rua Bossueto
			Pedra Bica				Rua da Lama
Achada S. António Prédio	15	-	-	Bela Vista	50	-	Chafariz
Achada S. António	19	-	Di-Nós	Vila Nova	50	-	Loja casa Beata
			Boca Fumo				
			Bares				Placa desportiva
Plateau	20	2	Ténis				Ponte Vila Nova
			Ponta Belém				Atrás campo futebol
Paiol	22		Bar	Calabaceira	45	-	Arredores Chafariz
			Pedra Bica				Polivalente
			Arredores escola primária				Casa de venda
Lém Ferreira	8	-	Bar	Ponta d'Água	20	-	Bar
			Boite/Dancig	São Filipe	14	-	
			Junto polivalente	Achada Grande Frente	70	1	Fundo baixo
	Bar						
Castelão	9	-					Cais
Fazenda	18	1	Largo Parque 5 Julho	Pensamento	30	-	Atrás de um Bar
			Taiti				Snack-bar
			Arredores Centro SR				Discoteca
			Parque 5 Julho				
Coqueiro	10	-		São Pedro Latada	20	-	Monte Gonzalo Afonso
Safende	15	15	Tchechénia (casa capele)	Achada Grande Atrás	25	1	Paredes armazém Adega
			Casas de venda e consumo	Cadeia Central		13	Cadeia
Lém Cachorro	8	1	Junto escola primária	Sucupira	49	-	Ao lado centro 1 de Maio
			Lado Centro Menores				Caminho Ponta Belém
			Casas particulares				
			Rua que vai a Paiol				
<b>Total</b>	<b>730</b>	<b>37</b>	<b>Total 70sites de concentration</b>				

Obs.: (-) Informação não disponível ou inexistente

A distribuição/localização dos sítios de concentração apresentam-se de forma mais dispersa na Praia, com casas de venda/consumo em quase todos os bairros. Segundo alguns informantes chave “na Praia não há uma rua em que não haja alguém a vender droga”. Exageros à parte, a verdade é que se detecta uma realidade um pouco diferente na Praia em relação aos outros locais, a existência da venda consumo bastante espalhada nos bairros residenciais, apesar da existência de locais de maior concentração citados por todos os informantes chaves e ex-usuários, como Tchetchenia em Safende, Ponta Chicharro em Achadinha, Achada Grande de Trás e Cais.

**Quadro 8 : Estimativa de efectivos de UD/UDI e sítios de concentração - São Vicente**

Bairro	UD	UDI	Locais de concentração	Bairro	UD	UDI	Locais de concentração		
Monte Sossego	36	-	Polivalente	Ribeira Craquinha	15	-	Sapataria		
			Covada/atrás cemitério				Casa de venda e consumo		
			Cova				Dancing		
			Cachimbeiro frente Campo de Bitim				Bar		
Campim	64	-	Dancing de Campim				Bairro		
Passarão	8	2	Mercearia						
Ribeirinha	20	-	Bar				Hospital B. Sousa		
Chechénia	10	-	-				Pensão		
Madeiralzinho	13	3	Casa de venda de Droga	Morada	19	2	Frente Retimar		
			Bar				Zona Mercado de Peixe		
Cruz João Évora	7	-	Praça				Rua Matijim		
			Polivalente					Bar	
Fonte Inês	20	-	Mercado Ribeirinha				Discoteca		
			Bar /Mercearia	Fonte Francês	9	-	Discoteca		
			Discoteca	Cadeia Civil	5	-	Cadeia		
			5 casa de consumo						
			Jon d'Teca	Ribeira Bote	25	12	-		
Chã de Alecrim	16	-	Perto campo futebol	Ilha de Madeira	35	1	8 Casas de venda e consumo		
			Ribeira Funda	Vila Nova	19	1	Bar		
			Quebrada						Atrás da escola
			Polivalente	Bela Vista					Discoteca
			Alto Paris		15	-			Beco atrás PMI
			Lajinha- Lado Electra	Lombo de Tanque	10	-			Perto de uma loja
			Alto Doca	Fonte Filipe	30	-			Casa Nova
			Loja/Mini mercado						
Ex-Dancing Nhafa									
Santa Filomena									
<b>Total</b>	<b>376</b>	<b>21</b>	<b>61 sítios de concentração</b>						

Obs.: (-) Informação não disponível ou inexistente

Alguns sítios de concentração são mais citados em São Vicente, como Tchetchénia, Chã de Alecrim, Ilha de Madeira e Campim. Ribeira Bote é referido como lugar que já foi de grande concentração mas que mudou de perfil, “os grupos que aí existiam ou desfizeram-se, ou mudaram de lugar, ou se trata de pessoas que conseguiram iniciar algum tipo de recuperação” (um informante chave, morador do bairro). Chama-se ainda a atenção para a zona de largo de Retimar/Cais de Alfândega, como de forte concentração do consumo, explicado pelos informantes chave pela frequente presença de estrangeiros, sobretudo vindos nos iates que aí ancoram.

**Quadro 9:** Estimativa de efectivos de UD/UDI e locais de concentração - Assomada

Bairro	UD	UDI	Locais de concentração
Portãozinho	11	1	Pracinha lado correio
			Zona Sucupira
Chão de Santo	34	1	Discoteca
			Bares
			Rua São Bento
Polon Cabral	-	-	Casa particular
			Casa de consumo
Tchada Galego	-	-	Loja
			Bar perto Chafarriz
			Casa logo na entrada
Tchada Igreja	-	4	Tchumbusco
			Terraço do mercado
Picos Acima	-	-	Plantações, venda, consumo
Centro de Assomada	7	-	Lado Museu Tabanka
			Cadeia
Cutelo	1	-	Casa Branca
			Casa de Ana
			Loja de Rosa
Nhagar	2	1	-
Fonte Lima	10		Bares
			Casas abandonadas
Fundura	9	-	Vizinhança de Bares
			Libron
Tchada Lem	-	-	Bar
Cruz Grande	-	-	Instalação Antigo correio
			Local antigo Jardim infantil
Tchada Tossa	1	-	Garagem
Bolanha	1	-	Atrás Bar
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>7</b>	<b>28 locais de concentração</b>

Obs.: (-) Informação não disponível ou inexistente.

Em Assomada, apesar da zona de Sucupira ser sempre apontada como a de maior concentração, *“lugar perigoso, com muita concentração de grupos a usarem droga, sobretudo à noite”* (depoimento de informante chave do sector saúde), há outros locais tidos também como de forte concentração da venda/consumo e concentração de consumidores, a zona da Rua São Bento/Chão de Santo, coincidentemente o local de maior concentração de TPS. Aliás essa zona também é apontada como sendo de residência de alguns vendedores de droga de nacionalidade estrangeira, que utilizam suas casas para a venda e às vezes consumo.

Chamam ainda a atenção referências feitas ao Liceu e arredores, como local de venda e consumo de droga.

**Quadro 10** : Estimativa de efectivos de UD/UDI e locais de concentração - Sal

Bairro	UD	UDI	Locais de concentração
Preguiça	13	6	Bar
			Rua Boavista
			Frente Escola Ribeira Funda
			Praça da Liberdade
Chão de Matias	21	0	Bares
			Discoteca
Africa 70	3	0	Bar restaurante
Santa Maria	50	9	Frente aos Correios
			Rua Marcelo Leitão
			Rua TChicha
			Praia
			Praça
			Rua de Salina
			Atrás Mercado Municipal
Imediações Hotéis			
Total	<b>87</b>	<b>15</b>	<b>16 locais de concentração</b>

No Sal, embora Santa Maria seja apontada, por todos os informantes chave (depois confirmado pelas observações de terreno), como local de mais forte concentração de consumidores, não se pode descurar a importância de outros locais, como Chã de Matias e alguns locais em Espargos (Preguiça). De salientar no entanto o facto de no Sal, talvez mais que nos outros locais do estudo, as discotecas serem os locais de concentração por excelência de consumidores, do consumo e mesmo da venda, seja dentro dos estabelecimentos, seja nos seus arredores. A presença de usuários estrangeiros é visto como abrindo um mercado favorável, o que não quer dizer que os nacionais não sejam também usuários. Ao contrário, a observação dos locais mostrou uma grande concentração de nacionais juntamente com estrangeiros, em Santa Maria e somente nacionais, em Chã de Matias e Preguiça.

Para além dos usuários e ex-usuários de droga encontrados nos centros de acolhimento/tratamento, eles foram ainda encontrados nas discotecas, nas praças, nas ruas, nos bares, enfim, no quotidiano, em cada um dos 4 domínios, sendo primeiramente identificados para posterior confirmação, alguns pelos sinais físicos ou por pedirem dinheiro com insistência para a aquisição de droga (particularmente em São Vicente), justificando no entanto com a compra de comida, ou ainda identificados pelos informantes-chave. Se em relação aos usuários de cannabis<sup>5</sup> e cocaína em cachimbo ou cocktail ou inalado (aqui chamados de UD) não apresentaram problemas para os identificar, muito receio houve na identificação dos usuários de injectáveis (aqui tratados por UDI). Porque alguns usuários e ex-usuários que funcionaram também como informantes chave apresentaram uma certa resistência em aproximar-se dos UDI, dizendo sempre que existiam, mas já não são muitos e outros mostraram receio de os indicar. Os usuários de outras formas de droga mostram esse receio, deixando entender que essa forma de uso é um nível já muito perigoso, de que *“preferem manter distância”*. Mesmo no que se refere a alguns informantes chave (particularmente na Praia), só depois de muita insistência e explicações assumiam entrar em contacto com os UDI de uma determinada zona ou local de concentração, dizendo sempre *“Ah, isso é mais delicado, é melhor eu não me meter nisso”*.

<sup>5</sup> Em cannabis conhecida como “padjinha” (na Praia e Assomada) ou “erva” (em São Vicente e Sal) ou “ganza” (às vezes também usado um pouco nos 4 lugares).

### 3.2.2 Perfil dos UD/UDI

A idade dos usuários varia entre os 15 e 55 anos, com uma forte concentração entre 15-25 anos. Constata-se que a maioria dos consumidores de drogas injectáveis tem idade mais avançada, tendo em conta o percurso que eles tiveram no consumo de drogas, desde o início até a chegada às drogas injectáveis. Em matéria de educação, o nível mais frequente é o EBI, seguido do nível secundário. Em casos muito raros são analfabetos.

Os UD/UDI do universo de estudo, são quase que exclusivamente cabo-verdianos. Os consumidores estrangeiros resumem-se essencialmente a europeus de passagem. Em contrapartida, os nigerianos são os mais implicados no tráfico. De acordo com as informações recolhidas em Santa Maria, o consumo da droga injectável está difundida no seio dos turistas, mas encontram-se também nacionais entre os consumidores.

A maioria dos homens UD encontra-se em sectores informais de trabalho, nomeadamente em ocupações do tipo: lavagem de carros, transporte de Hiace, pesca. Um bom número de estudantes liceais encontram-se também entre os consumidores.

Mesmo quando detentora de uma profissão, a maioria dos UD/UDI dizem-se no desemprego, «*sem nada que fazer*». Os UD/UDI deste estudo são na sua maioria solteiros, sem filho.

### 3.2.3 Descrição da prática

É opinião unânime dos informantes chave que o perfil do uso da droga em Cabo Verde vem mudando nos últimos 2 a 3 anos, com a grande generalização do uso da cocaína sob a forma de “pedra” ou “base”, ou sob a forma de “cocktail” (misturado com erva), continuando no entanto a haver um grande consumo de erva ou padjinha. O consumo da heroína ou haxixe é hoje menos referido e menos encontrado, devido ao seu preço elevado e à dificuldade de se conseguir abastecer o mercado com produto de qualidade, sobretudo no que se refere à heroína. Mesmo os utilizadores da forma injectável dizem preferir usar a cocaína a utilizar a heroína de má qualidade que ultimamente circula no mercado nacional, diferentemente da década anterior em que houve um aprovisionamento em produto de melhor qualidade a partir de São Vicente.

A aquisição da droga é normalmente feita directamente nas casas de venda/consumo, nos casos da Cidade da Praia, Assomada e São Vicente, nas boîtes, discotecas e rua no caso do Sal. Em Assomada verifica-se ainda a venda directa ao consumidor em alguns sítios de concentração, como o caso de Sucupira. Apesar da maior prática de um desses tipos em cada um desses domínios como salientado, todos esses dois tipos de venda são encontrados ao mesmo tempo em todos esses locais. A concentração das casas de venda é muito maior na Praia, havendo bairros que possuem pelo menos uma em cada rua, casas comuns de moradores dos bairros que vendem e podem também ser alugadas para consumo e prática do sexo. Já em São Vicente os pontos de venda encontram-se concentrados em alguns locais conhecidos, 3 a 4 os mais frequentados, havendo no entanto alguns pontos isolados em alguns locais da cidade.

Os locais e momentos de grande concentração, como os festivais, espectáculos, são locais onde também a realização da compra é referida.

Os custos variam entre esses 4 domínios, sendo a Praia o domínio onde se encontram os preços mais baixos, justificado pelos próprios consumidores pela maior disponibilidade. Mas de forma geral encontram-se facilmente aos seguintes preços 150\$00 uma dose de “pedra”; 200 a 300\$00 um cachimbo; 50\$00 a 80 um charro; 1.000 a 2.000\$00 a dose de cocaína.

Assomada está localizada no Concelho indicado como o maior produtor de cannabis no país (segundo fontes policiais), seguido do Concelho de Ribeira Grande de Santiago, anterior Praia rural. Nem por isso a “padjinha” é mais barata em Assomada, seja em forma de “erva”, seja já em “charro” ou “taco”.

### 3.2.4 Tipologia dos UD/UDI

Como já referido anteriormente tratamos aqui por UD os usuários de drogas em geral, particularmente os que utilizam cannabis e cocaína ou outro tipo de droga sob a forma de fumo ou inalação. Enquanto que tratamos por UDI os que utilizam a droga injectada, embora possam também utilizar as drogas como acima referido.

Nesse primeiro tipo encontramos a maioria dos usuários entrevistados, observados ou cujo conhecimento obtivemos através de informantes chave, nos quatro domínios do estudo.

De forma geral, ao menos metade dos UDI são pessoas que ou viveram no estrangeiro, como os retornados dos EUA, ou tiveram alguma passagem pelo estrangeiro, como estudantes de instituições superiores no Brasil e em Portugal, que começaram a usar drogas nesses países. Muitos ao chegarem a Cabo Verde continuaram a se injectar, tendo no entanto mudado para a injeção de cocaína em vez de heroína devido “a pouca qualidade desta em Cabo Verde”, na sua opinião, e ainda pela dificuldade de acesso no mercado cabo-verdiano. Alguns UDI chegam a afirmar que deixou de haver mercado para a heroína o que tem feito com que quase desapareça o produto do mercado. Os próprios *dealers* com quem conversamos dizem não ser atractivo o mercado da heroína em Cabo Verde. Mesmo a cocaína dizem não ser sempre boa para esse tipo de consumo, o que os leva às vezes a diminuir a forma injectada, utilizando as outras formas durante algum tempo, até conseguirem heroína de boa qualidade.

Nos casos dos UDI entrevistados, raros são os que ainda se encontram no seio familiar, e menos ainda os que se encontram empregados. Os ex-usuários de drogas injectáveis assumem mais explicitamente, e lamentam, ter chegado a formas que consideram negativas de acesso à droga, como o furto e o comércio do sexo.

Fora estes aspectos muito específicos referente aos UDI, é de salientar que os outros aspectos assinalados daqui em diante se aplicam aos UDI da mesma forma que aos UD, não havendo variações significativas quanto aos comportamentos de consumo, formas de entrada e saída na prática, salvo caso excepcionais que serão assinalados quando verificados.

### 3.2.5 Início do uso da droga

De uma maneira geral, as mulheres e homens abordados, começaram a consumir drogas muito jovens. A entrada no consumo é referido pelos usuários e ex-usuários como tendo ocorrido em grupos de amigos ou colegas, ou com turistas ou parentes próximos que já consumiam, ou no exterior. Os momentos de diversão em discotecas com grupos de amigos e festivais são também referidos como momentos em que tomaram contacto com a droga e experimentaram. O percurso parece seguir uma abordagem iniciática, ou seja, adquirindo progressivamente o conhecimento/domínio da utilização, por uma série de etapas correspondentes aos níveis de maturidade no consumo. Infelizmente estes níveis são proporcionais à propensão à dependência física, psicológica e muitas vezes à decadência física. Essa é a trajectória claramente traçada por ex-UDI, devido sobretudo a factores citados como sendo comportamentos habituais dos tóxico-dependentes, ou seja a má alimentação, pouco descanso e dormir pouco, pouca higiene pessoal.

Encontra-se ainda nesse universo estudado, na maior parte das vezes uma etapa prévia à utilização dos estupefacientes, a do consumo sem moderação do tabaco e dos álcoois fortes, nomeadamente o “Grog”, que é destilado localmente. Isso verifica-se sobretudo em São Vicente e Sal. Na Praia, não são todos que começam pelo álcool ou tabaco, muitos começaram o seu uso após se terem iniciado no consumo da droga, com um complemento dito “necessário”.

*“Passei a fumar e a beber mas não gosto de estar em nenhum deles pois são ambos prejudiciais. Fumo pede-me logo a bebida, tenho que procurar algo em casa para ir vender, muitas vezes apanhei roupas dos meus filhos para ir vender e comprar droga. Quando venho em mim de novo, fico triste, mas não sou eu, é algo que não está em mim. Mas eu não apanho coisas de ninguém, eu não conheci polícia nem tribunal devido a fumo. Apanho coisas lá em casa mesmo, sendo coisas dos outros.”* (depoimento de um UD na Praia).

Seguidamente vem o momento de iniciação propriamente dito, que começa com a marijuana fumada, enrolada num papel, depois a cocaína e os injectáveis como última etapa, em relação à qual será necessário um passo suplementar a dar pelo usuário, que no entanto não acontece sempre, por “medo de não poder voltar atrás, percepção de que é uma forma já mais perigosa de usar a droga, droga perigosa” como classificada por muitos dos entrevistados, usuários e ex-usuários. Como se pode constatar mais à frente, existe uma rejeição das drogas injectáveis, e os utilizadores e utilizadoras desta forma de consumo da droga são estigmatizados no grupo de consumidores de outras drogas, eles mesmos escondem-se para fazê-lo. Alguns casos, como este que foi relatado pelos jovens do «Parque 5 de Julho» dá-nos conta de um retornado dos Estados Unidos da América que se injectava à luz do dia e à frente de todos na Praia, no mercado de Sucupira, como prova da sua virilidade ou ainda das crianças de rua em Mindelo que contaram que um estrangeiro o fazia em Retimar ou ainda um estrangeiro no Sal, segundo os informantes. Entre os dois extremos de utilização de drogas, há um certo número de formas e produtos intermediários, nomeadamente uma mistura de cocaína cozida com outros produtos que se denomina “pedra” ou “base”, ou a utilização juntamente com a cannabis que se denomina « cocktail ».

Uma pessoa em vias de iniciar o seu tratamento, deu o seguinte depoimento: *«Tentei pela primeira vez aos 13 anos, foi a padrinha. Foi durante as férias e eu estava com os amigos. Um deles falou-me dela. Experimentei para ver, por curiosidade. Mas não senti nada. Experimentei uma segunda vez e não senti nada. Foi somente à terceira vez que senti alguma coisa e a partir daí comecei a fumar. Um dia alguém veio da Holanda e me propôs cocaína. Eu queria experimentar para ver. Para mim experimentar uma droga é uma coisa normal. Disseram-me que a droga leva à loucura mas para mim é uma coisa normal. Fumei cocaína de tempos em tempos até aos 17 anos, mas também a marijuana mais regularmente. Aos 17 anos fui a uma discoteca com os amigos, que me propuseram cocaína. Também tive que esperar a terceira tentativa para poder sentir alguma coisa. Quando cumpri o serviço militar fui levado a fumar o crack. Num fim-de-semana um amigo disse-me que ele tinha algo melhor do que eu tinha utilizado até agora. Fomos então a uma casa onde aprendi a fumar, para poder fumar o crack. Foi aí que tudo vacilou, não podia ficar sem fumar. Comecei a roubar para fumar. Naquela altura os meus pais não queriam saber de mim. Fui juntar-me a um gang. Podíamos ficar sem comer e sem dormir ...na Assomada juntamo-nos 8-10 para fumar o tempo todo, a maioria dos jovens o fazem».*

Nota-se que as pessoas abordadas em São Vicente no quadro dos grupos de discussões (com idade entre os 34 e 50 anos), indicam ter começado o consumo de drogas na Europa, nomeadamente em Portugal, França e na Holanda, ou oferecida por familiares ou amigos que vieram desses países.

A entrada no consumo da droga faz-se no quadro de relações quotidianas, a partir de círculo restrito de amigos, de parentes ou de colegas. Todas as pessoas encontradas mencionaram o (a) amigo (a), o(a) colega de classe, companheira, no quadro do trabalho profissional de sexo, o irmão, o tio, o (a) cônjuge ou mesmo a mãe que lhes propôs fumar. A principal motivação para aceitar o convite é a curiosidade, na maioria dos casos. É de notar que ninguém assumiu a entrada no consumo de drogas com



conhecimento de causa e efeito possível de tal comportamento. Todos, sem exceções sublinharam a expressão “experimentar para ver” ou a animação do momento. No Sal foi-nos dito por dois informantes-chaves que o período do festival de Santa Maria é propício à iniciação na droga para muitos jovens que se encontram em grupo e são convidados pelos amigos que já são consumidores frequentes. Muitos começam durante o festival, quando fazem a primeira tentativa e continuam depois.

A partir desta primeira tentativa, a maioria disse ter tido uma sensação agradável e quiseram repetir. «*Sinto-me bem, sentia-me bem e por isso quis recomeçar*». Em geral ainda, as pessoas que forneceram o primeiro “taco” voltam a fazê-lo alguns dias ou mesmo algumas semanas mais tarde, fornecendo gratuitamente o produto. Os utilizadores relataram casos em que foram aliciados para o consumo de drogas pelos amigos *dealers* que lhes forneceram gratuitamente a droga para experimentar e para os primeiros consumos.

A provisão gratuita vai até ao grau em que o fornecedor verifica que a pessoa que experimentou mordeu a isca, quer dizer, começa a sentir a droga como uma necessidade, como um produto sem o qual não pode viver. Neste momento, as pessoas que o forneciam gratuitamente deixam de fazê-lo e o consumidor tem a obrigação de pagar-lhe o seu dinheiro ou de contribuir no quadro de um grupo de consumidores ou consumidoras.

É importante sublinhar que os mais jovens, particularmente as crianças de e na rua, apesar de saberem que é uma droga ilícita, dizem que não consideram a marijuana como uma droga. «*Isto cura*», dizem eles. Esta apreciação foi feita na maioria dos locais do estudo. Dizem as crianças de rua, isto não cria dependência, é menos perigoso que fumar cigarro e principalmente isto cura: “*há um senhor perto do local onde dormimos à noite, que tinha uma tosse muito forte no peito e utilizava «erva» para se tratar. Eu também tive uma gripe muito forte uma vez e fumei «erva» para me curar é verdadeiramente bom para isto, quando se tem problema de estômago, dores de barriga, muitas coisas*”.

Em muitas situações, a sensação de bem-estar que o utilizador ou utilizadora sentem impele-os a querer partilhar esta experiência com os seus próximos, mas isso não é verdadeiro para os “*dealers*” cuja única motivação é aumentar a sua receita, levando os utilizadores à dependência.

Pelo aspecto partilhado, pode-se notar que chega um momento em que o utilizador sabe que é um risco para a sua saúde, a decadência física, que acompanha algumas vezes o consumo é bastante visível. Numa situação desta, há como que uma vontade de partilhar a decadência e a morte, porque um utilizador não suporta ver outro utilizador abandonar o grupo sem tentar recuperá-lo. «*Posso largar de vez em quando, já cheguei a ficar uns tempos sem drogar, mas depois os amigos ficam a tentar-me de novo e aí os problemas ficam na cabeça e fazem-me voltar. Neste momento estou a tentar largar, estou a fazer tratamento na Trindade, vou uma vez por semana tomar a injeção. Mas não gosto porque tenho medo da agulha. Quando penso no mal que estou a fazer aos meus filhos, à minha família, a mim mesma. Mas sobretudo quando penso nos meus filhos... Temos momentos fortes, momentos fracos, neste momento estou a sentir-me forte pois estou a controlar com o médico...mas há sempre um que vem me oferecer e me diz ...fulana, agora estás fina, já não queres? Não conseguem ver a gente a tentar deixar*”. (UD de sexo feminino, num dos bairros da Praia).

Quando o utilizador toma consciência dos riscos, nomeadamente quando se dá conta que estes riscos podem levar à morte, ele tem como que uma impressão de querer partilhar esta morte próxima, para não perecer sozinho. Esta observação não se aplica aos *dealers*, que continuam lúcidos e quase nunca consomem a droga, precisamente pela condição de prosperidade financeira tem que estar lúcido para executar correctamente todas as transacções. Mas o “*correio*” que faz a distribuição de pequenas quantias é manipulado por ele através do consumo que ele lhe proporciona para melhor o controlar, até o momento em que ele começa a consumir muito e já não serve mais.

A utilização de drogas injectáveis é menor do que as outras drogas, porque existe uma estigmatização que está ligada a esta forma de consumo. Não só porque não é tão prático como as outras formas de utilização, mas também porque não é sempre fácil encontrar seringas. Por outro lado exige condições financeiras que nem sempre são possíveis, como nos disseram jovens consumidores em Assomada «*eu e meus amigos gostaríamos de experimentar drogas injectáveis mas não temos capacidade financeira para isso, isto é para os que podem fazê-lo, é muito caro*».

Entretanto esse fenómeno verifica-se de tempos em tempo nas localidades como Sal (sobretudo em Santa Maria) e São Vicente (sobretudo na Ribeirinha, Chã de Alecrim, Madeiralzinho e Ribeira Bote).

### 3.2.6 Dificuldades para sair

As crianças de e na rua, seja em São Vicente, seja na Praia, não fazem referência à necessidade de parar, a maioria são somente utilizadores de marijuana. Apenas um mostrou a intenção de parar o consumo. Ele começou a fumar mas não está interessado em continuar. São os pequenos consumidores que não estão ao corrente dos problemas que poderão surgir que pretendem ir mais longe e alguns consideram que perseverar no consumo da droga, incluindo o acesso às drogas mais duras, lhes permite afirmar-se.

Além dessas crianças, nota-se que todas as outras pessoas abordadas disseram que queriam parar o uso de drogas mas não sabem o que fazer para parar devido aos obstáculos que são enormes. À pergunta “*como fazer para parar?*», a principal resposta é «*não sei*».

Eles querem parar por causa dos seus filhos, outras pessoas disseram que basta, que já estavam cansados do uso de drogas, que alguns elementos da família insistem para pararem. Para os UDI em particular, a morte dos próximos ou de amigos, constituiu uma grande motivação para parar. É preciso sublinhar que estas pessoas do grupo morreram de SIDA, o que constitui uma motivação suplementar.

*«É sobretudo a própria decadência, seguida de questões de respeito, de perda de emprego. A maior preocupação é verdadeiramente o facto de se ver numa determinada situação e em seguida partir á procura de ajuda. O uso de drogas acaba por cansar principalmente as injectáveis. O cansaço do início não é suficiente para ajudar a sair mas contribui para isso. Depois quando se dorme pouco, não se toma banho, não se faz mais nada, além de procurar a droga, isso acabo por cansar .....a um dado momento, pica-se, pica-se, isto começa a doer muito por todos os lados....abrir uma porta é como caminhar 5 quilómetros. Difícil, mas pelo menos neste momento toma-se a consciência que é necessário fazer qualquer coisa, que as coisas não estão bem».*

A necessidade de parar começa com a tomada de consciência da engrenagem, da armadilha que consome todas as receitas, consome a vida, destrói as relações sociais: «*Um dia, às 7 da manhã, disse a mim mesmo: tudo o que ganho, perco-o. Pedi à minha irmã que me acompanhasse às Tendas do El Shaddai. Com efeito, um dos seus amigos tinha-lhe dito que as Tendas mudam a consciência*», conta um interno do centro religioso de recuperação Tendas do El Shaddai.

Mas às vezes as repentinas tentativas para procurar ajuda e deixar a droga, seja ligando para a linha SOS Droga, seja procurando um médico ou estrutura de saúde ou mesmo a Polícia, ou ainda denunciando quem lhe vendeu a droga, ocorre em fugazes momentos de problemas ocasionais ou “*porque a família descobriu de repente que o filho/filha está a usar droga*” (constatação de um psicólogo que faz o acompanhamento de usuários em recuperação e se diz muito procurado por pais aflitos), ou por problemas com a Polícia, ou problemas no emprego, ou outro problema similar que lhe faz ter uma primeira, ou várias tentativas, de procurar ajuda. Esses momentos, na maior parte dos

casos citados seja por usuários eles mesmos, seja por informantes chave, não significaram verdadeiros momentos de tomada de consciência, logo essas tentativas de procura de ajuda apresentam-se muito fugazes e sem resultados de continuidade.

A primeira dificuldade vem daqueles que ainda não fizeram a opção de parar e não toleram que os camaradas queiram deixar o grupo. Estas pessoas fazem tudo para que os candidatos e candidatas à saída da droga possam continuar no consumo. E como a dependência já criada joga contra o desejo de parar, basta uma proposta de produtos aos candidatos ou candidatas e o ciclo infernal recomeça.

O grande problema para estas pessoas é ter um itinerário terapêutico para deixar de uma forma eficaz e definitiva o consumo de drogas.

Os UD mostram um fraco conhecimento dos mecanismos existentes para acolhimento e tratamento. Alguns fizeram referência ao Hospital de Trindade (Praia), ao Dr. Manuel Faustino (psiquiatra do Centro da Trindade), outros às Tendas do El Shaddai ou à CCCD, mas a maioria disse que quer parar mas não sabe como. Mesmo aqueles que fizeram referência a um lugar ou pessoa ligados ao tratamento mostram que não conhecem os mecanismos para chegar a eles.

No momento do estudo, a Comunidade Terapêutica da Granja de São Filipe, começou suas actividades, todavia não existem ainda dados disponíveis sobre os casos de sucesso na recuperação. Os Centros de Saúde ou Delegacias de Saúde contactados, referem os números de casos que acolheram, com aparente aumento da procura mas não apresentam ainda também eles a avaliação dos casos conseguidos, o que talvez seja necessário para uma avaliação mais eficaz das ofertas de tratamento existentes. As Tendas do El Shaddai propõe uma abordagem espiritual, apreciado pelos internos que nós encontramos, mas de igual modo não dispõe de avaliação sobre a situação dos recuperados.

No entanto, convém notar que todas as pessoas que frequentaram a Tenda disseram que pararam de usar a droga depois que lá chegar. As razões avançadas pelas pessoas fazem referência a «Deus» como sendo o interveniente que os ajudou a livrar-se da necessidade de drogas.

Mas estas mesmas pessoas dizem que se regressarem ao seu ambiente habitual, podem recomeçar a usar drogas. Tendo em conta a pressão de “amigos” utilizadores e utilizadoras de drogas.

Os responsáveis da Comunidade Terapêutica notaram igualmente esta dimensão religiosa como contribuindo para vencer a necessidade de consumo e o ambiente social como lugar por excelência da recaída. Num tal contexto, o programa de acolhimento na Comunidade Terapêutica inclui no início um isolamento total do utilizador durante 2 meses em relação ao quadro exterior, antes que retomem os contactos, no quadro de um tratamento seguido pelos conselheiros da Comunidade, durante 9 meses. Eles utilizam o «Modelo Minnesota» que tem por base os grupos dos Alcoólicos Anónimos(AA), utilizando os grupos de entreajuda. Mas, tratando-se de um tratamento psicoterapêutico, começa somente após o tratamento de desintoxicação feito pelo Hospital de Trindade, no caso da Praia, pelo Serviço de Saúde Mental do Hospital Baptista de Sousa, para o caso de São Vicente, ou pelos Hospitais regionais e Delegacias de Saúde para as outras municipalidades.

Diferentemente das Tendas do El Shaddai, a Comunidade Terapêutica também acolhe mulheres, mas no momento do estudo só estavam em tratamento 12 homens. Em São Vicente a Cruz Vermelha apoia também um projecto de apoio a recuperação de um grupo de usuários (essencialmente UDI), mas não segue um modelo de tratamento propriamente dito, oferece apoio psicossocial (com assistência de médicos do Hospital Baptista de Sousa, local de estadia e alimentação).

### 3.2.7 Socialização

Em geral a utilização da droga se faz em grupo, e os inquéritos do terreno confirmaram este facto, foram encontradas grupos com cerca de 1 a 10 pessoas. É provável que grupos de algumas pessoas, principalmente de posição social elevada o façam de forma solitária ou isoladamente. Não se pode falar de grupos organizados, os utilizadores e utilizadoras dizem que se trata de uma convivência pontual, nascida do consumo e que desaparece quando cada um termina o consumo.

Esta apreciação feita pelas pessoas entrevistadas deve ser relativizada pois constatou-se no terreno que, apesar de não existirem grupos organizados, os encontros entre usuários que se conhecem, que se frequentam, são bastante regulares.

Nota-se particularmente que os grupos de UDI de São Vicente são relativamente homogêneos, e que a morte de um membro do grupo leva à tomada de consciência dos riscos que correm. Têm procurado os centros de recuperação mesmo fora de São Vicente, no caso a Tenda El-Shaddai e Comunidade Terapêutica na Praia (em 2000 havia cerca de 30 elementos UDI, somente 50% continuaram em 2005).

Os jovens e crianças do Parque 5 de Julho, por exemplo apresentam-se como grupo solidário, mas unicamente sobre a base da sua identidade «*crianças de/na rua*» e não para o consumo de droga. Eles evocam uma solidariedade que desenvolvem entre eles com um ou os líderes, para se proteger reciprocamente. Neste contexto eles partilham tudo o que é consumível, nomeadamente a comida mas também a droga.

### 3.2.8 Problemas encontrados pelos UD/UDI

Como se verificou anteriormente, uma resposta estruturada que abarca um grande número de pessoas está ainda na fase inicial e as respostas propostas anteriormente não foram globais. As pessoas dependentes se sentem então abandonadas quando tentam encontrar uma porta de saída do problema.

Outro aspecto evocado pelas pessoas entrevistadas como um problema maior é a perda de consideração da sociedade, começando pela família. Os utilizadores e utilizadoras de drogas são rejeitados e eles sabem, na medida em que essa rejeição começa pelos pais. Quando a família é o primeiro a rejeitar, ela não se empenha na reintegração social e isto é vivido como um problema, pelas pessoas que encontramos. Raros são os que contam ainda com ajuda da família e que, com o seu apoio conseguiram procurar tratamento.

Depois da questão da dependência e dificuldade de reintegração social, um outro problema mencionada é à violência: esta vem tanto da parte dos *dealers* como de outros utilizadores, mas também da Polícia. Os utilizadores dizem que a Polícia os trata pior que os traficantes, coisa que eles não compreendem. Acrescentam que a Polícia faz-lhes chantagem, ameaça-os para que possam dizer os nomes dos traficantes, mantendo-os sem acesso às suas doses de drogas. *“Eles nos deixaram lá à noite toda, cheios de pancada, com falta de uma dose, sem comida, a tremer e a gritar. Quando tentei explicar-lhes que era viciado em droga forte e que precisava injectar-me, troçavam ou diziam para lhes dizer quem me vendia que me soltavam. É uma humilhação. Nessa hora a gente solta qualquer nome”* (depoimento de um UDI na Praia).

Segundo alguns usuários, *“...esse tratamento é pior quando há pelo meio algum objecto roubado, é sempre quem usa droga que é culpado e pressionam-nos para dizermos para quem o vendemos ou onde está. As vezes nem somos nós.”* (afirmam as crianças de rua na Praia e em São Vicente).

Os UDI mencionaram a dificuldade de aceder às seringas. Para obter seringas em São Vicente há uma Farmácia que as fornece aos UDI gratuitamente e as outras já começaram a vender- seringas com

mais facilidade. Na Praia eles dizem que continuam a ter problemas de acesso às seringas, o que acham que não é correcto. Sobre este aspecto é necessário dizer que o acesso às seringas não é contemplada pela legislação nacional vigente.

Um outro problema mencionado é a dificuldade de emprego para aqueles que já passaram pela droga. Mesmo se fizeram um tratamento e já não consomem, a falta de confiança impede as pessoas de lhes dar trabalho. « *Eu por exemplo sou pintor de parede, sei pintar casas muito bem, dantes fazia isso, tenho colegas aí que entendem de canalização, outros são carpinteiros, outros trabalhavam na construção, nós somos capazes de fazer um bom trabalho mas as pessoas não nos deixam mostrar a nossa capacidade, mesmo no nosso caso em que há mais de 9 meses que não usamos nada*” (um UDI em São Vicente, em fase de recuperação) Para além do trabalho, na sua opinião é a principal condição para saírem quando optaram por deixar a droga.

Um outro grande problema mencionado é a estigmatização. Os jovens, mas de uma forma geral as pessoas que não utilizam marijuana, não fazem a mesma apreciação deles mesmos que os utilizadores e utilizadoras. As pessoas nesta situação consideram que fumar a marijuana é tão natural como fumar um cigarro que geralmente não a consideram uma droga. Os utilizadores de outras drogas se sentem rejeitados e eles mesmos se consideram em situação de desvio social. Se por ignorância certos utilizadores experimentaram para ver, depois se afundam, a rejeição da família, depois da sociedade lhes dá a convicção que não são socialmente aceites. As drogas injectáveis são qualificadas de «*sujas*» e os UDI submetem-se por vezes à rejeição da sociedade e mesmo à rejeição dos colegas utilizadores de outras drogas.

### **3.2.9 Resolução dos Problemas**

Para os problemas de saúde os UD fizeram referência às instituições de saúde de suas municipalidades, normalmente os Bancos de Urgência. Por vezes a referência feita a um profissional de saúde específica, um médico ou enfermeiro. Noutros casos fazem referência a um centro, como o caso do Centro de Lém cachorro na Praia para aqueles que vivem nos bairros próximos ou por aqueles que tem os seus filhos como internos neste Centro. Outros ainda fizeram referência a ONGs, como a OMCV na Assomada, ou VerdeFam na Várzea/Praia, ou ao Centro de Juventude, como o CAAJ em São Vicente ou o CEJ na Assomada. Foram ainda feitas referências à CCCD, ao Hospital de Trindade, ao Serviço de Saúde Mental do Hospital Baptista de Sousa.

Foram igualmente referenciadas a família, com observações que «*a família não quer saber de mim, eles já estão cansados*». Muitos dentre eles, sobretudo aqueles que procuraram o tratamento dizem que compreendem a atitude da família, outros ainda esperam que a família os ajude, pois é ajuda mais importante, também para os UD que estão presos, seja em São Vicente, em Assomada ou na Prisão Central de São Martinho.

Tivemos ainda algumas referências à Linha SOS Droga ou aos apelos directos à CCCD. Trata-se de momentos mais difíceis onde procuram socorros e quando têm um problema com um parente, com a Polícia, no trabalho, ou em raros momentos de consciência da necessidade de deixar a droga. Estes apelos podem dar seguimento à procura de tratamento ou não.

De uma forma geral podemos dizer que a referência mais frequente para a resolução dos problemas é feita às instituições de saúde.

### 3.2.10 Expectativas dos UD/UDI

Fazendo o ponto dos problemas evocados, a necessidade prioritária que ressalta é a reinserção social, conseguida sobretudo pela reinserção profissional por um lado e familiar por outro. Esta necessidade foi identificada de forma unânime pelas pessoas abordadas.

Do ponto de vista dos usuários de droga, a reinserção diz respeito ao facto de encontrarem trabalho, de ganharem a confiança da família e a consideração social, enquanto única maneira de conseguir de uma vez por todas a saída da droga é ter uma melhor capacidade de evitar a recaída.

Mais enquanto esperam a reinserção, julgada muito difícil por causa da falta ou insuficiência de estruturas de acolhimento, alguns UD e UDI contactados, particularmente num Centro de recuperação, solicitaram que se mude a legislação ou as práticas policiais, que o consumidor seja visto como uma vítima e tratada como tal e não como criminosos; *«nós somos tratados como criminosos e não como pessoas que são vítimas da droga e dependentes. Nós é que somos criminosos, não os que nos venderam e fazem a distribuição, é atrás de nós que eles vêm. Porque não vão apanhar aqueles que metem a droga em Cabo Verde?»* (um UDI em recuperação).

Alguns internos das Tendas do El Shaddai embora achem, como todos aliás, que é importante o que a Tenda faz, acham-na muito rígida como estrutura, dizem sentir-se às vezes tratados como crianças.

### 3.2.11 Conhecimento sobre os IST/VIH/SIDA

O conhecimento sobre os IST/VIH-SIDA entre os entrevistados mostrou-se muito fraco, sobretudo entre os usuários de drogas não injectáveis. De forma geral os UDI, talvez pela informação de conhecidos seus, antigos colegas que se encontram infectados pelo VIH, dizem ter adquirido uma crescente tomada de consciência do risco, apesar de não terem tomado medidas preventivas quando as deviam ter tomado, em muitos momentos do consumo. Os UDI em fase de tratamento sobretudo, mostram ter um maior conhecimento das formas de transmissão do VIH-SIDA, que os usuários das outras formas de droga, mesmo se em tratamento também. Mas a avaliação da sua percepção e relacionamento com os seropositivos não mostrou diferenças entre os usuários e ex-usuários dos diferentes tipos de droga, sejam injectáveis, sejam as não injectáveis.

No entanto a consciência do risco é mais claramente expressa pelos UDI, seja em relação ao perigo da troca de seringas seja em relação ao não uso do preservativo. De forma geral, os UDI entrevistados, seja os em tratamento, seja os usuários activos ainda, seja em centros de recuperação, seja nas prisões, fizeram referência espontânea ao perigo da transmissão do VIH através de agulhas infectadas e sexo desprotegido, o que regra geral não se verificou em relação aos usuários de outras formas de droga.

Em relação aos UD, tivemos que muitas vezes estimular a reacção face às formas de transmissão do VIH/SIDA por não serem referidas de forma espontânea. E claramente foi assumido pelos dois tipos (UDI e UD) que não utilizam o preservativo para se proteger, seus colegas não usam, nem sempre por desconhecimento, mas, como afirmam, *“quando estamos a procurar a droga só uma coisa nos interessa é achar a dose, não importa o que tenhamos de fazer para isso. Eu cheguei a apanhar seringa no chão mais de uma vez, mesmo sabendo que podia estar infectada, não me importei, acho que foi dessa forma que me contaminei. Hoje tomo cuidado com o uso de preservativo porque sei que sou seropositivo, mas dantes não me importava. Tantas vezes vi meninas e rapazes fazerem sexo de qualquer maneira, sem preservativo, muitas vezes sem saber com quem deitavam? Não quer dizer que todos não sabiam que era perigoso, simplesmente a gente não ligava. Eu hoje tomo precaução porque*

*tenho mais consciência mas sei de antigos amigos meus que ainda consomem, na Praia e em São Vicente que simplesmente continuam não usando o preservativo”.*

Ao menos 1/3 dos UDI ou ex-UDI entrevistados encontram-se infectados pelo VIH/SIDA, todos dizem ter sido “por uso de seringas utilizadas de forma não adequada”. É nesse grupo ainda que a prática de realização do teste é mais frequente, excepto entre os que se encontram nas prisões. Estes expressam no entanto consciência dos comportamentos de risco e a necessidade de realizarem o teste de despistagem do VIH, tendo solicitado o apoio das instituições como o CCS-SIDA, a CCCD ou o Ministério da Saúde para que possam ter acesso a ele, no próprio estabelecimento prisional onde se encontram.

Os ex-usuários em recuperação, particularmente os UDI, expressaram a convicção de poderem ajudar na prevenção seja da droga seja do VIH/SIDA por terem hoje uma vivência que lhes permite falar de forma directa aos jovens, utilizando as histórias de vida para tocar os jovens.

## IV. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

### 4.1 Elementos de conclusões

Relativamente aos objectivos do estudo, podemos dizer que a maior parte dos pontos foram suficientemente cobertos, porque os dados recolhidos permitem responder às questões contidas nos objectivos específicos.

Tal como noutros países de África, as principais causas determinantes da epidemia do VIH/SIDA são os factores que induzem em comportamentos de risco nas populações, comportamentos que amplificam a vulnerabilidade:

- Pobreza (precariedade sócio-económica), que se manifesta por uma série de inacessibilidade: inacessibilidade (cultural, financeira) às informações, e aos meios de prevenção e de cuidados que induzem a comportamentos de risco,
- Mobilidade (económica, socio-política): nos seus comportamentos, as pessoas em situação de migração ou de deslocação não respeitam as barreiras sociais que impedem certas práticas, isto é particularmente válido para os comportamentos sexuais que se tornam completamente livres,
- Factores sócio-culturais: para além dos problemas de inacessibilidade acima mencionados, muitas crenças nas populações contribuem para aumentar a propagação do VIH: nomeadamente o caso das pessoas que não têm consciência de todos os riscos que envolvem os comportamentos sexuais, que minimizam estes riscos pela falta conhecimento.

No caso dos UD (e muitos TPS), outros factores específicos podem ser tidos em conta: no plano do comportamento, a principal consideração que se pode fazer em relação aos riscos e vulnerabilidade é que quando a droga é consumida, desaparece o medo de tudo.

Do mesmo modo as tipologias nos estudos realizados sobre a migração indicam que uma das características dos TPS, é a fúria para fazer muito dinheiro rapidamente e custe o que custar. Quando se acrescenta o consumo de drogas, os riscos aumentam.

Actualmente, em Cabo Verde a taxa de prevalência do VIH é relativamente baixa em comparação aos outros países da sub-região ocidental africana, mas tendo em conta os comportamentos de risco identificados, é urgente generalizar as intervenções preventivas, no conjunto das ilhas. Apesar da existência de intervenções pontuais, as pessoas encontradas apontam a necessidade de informações mais sistemáticas e de preservativos a preços acessíveis. Caso contrário, a epidemia corre o risco de tomar proporções que serão então difíceis de conter.

Somente alguns dos TPS estrangeiros e nacionais não podem ser incluídos na categoria dita de TPS de sobrevivência. De notar que muitos TPS estão nesta categoria e que será útil acrescentar às estratégias de prevenção componentes económicas, como AGR, para esta categoria.

Os riscos são elevados, devido à natureza do consumo da droga, mas também e sobretudo ao facto de apesar dos dispositivos existentes, os alvos não serem sempre atingidos no sentido de beneficiarem de uma informação sistemática sobre a prevenção e os cuidados (Droga, SIDA). No que respeita às estruturas de atendimento, é importante notar que os TPS e UD encontrados dizem que não são eficazes. Tal apreciação pode não corresponder à apreciação dos responsáveis das instituições, mas é útil ter conta essa observação, em especial é útil que os TPS e UD saibam que as estruturas são concebidas para eles. Sob tal perspectiva, será necessário reexaminar o dispositivo de comunicação entre as instituições e os beneficiários.



Um dos elementos do dispositivo será as abordagens participativas, de modo a que os alvos fiquem cientes de que não há um lado que é o das instituições, e o outro lado que é o deles, mas que as instituições existem para eles, para os servir.

Os dados recolhidos no estudo confirmam a hipótese levantada pelas informações exploratórias de que tanto o perfil do consumo de droga quanto o da actividade de venda de sexo vêm sofrendo alterações nos últimos anos, com os seguintes elementos:

**Em relação ao consumo de droga:**

- i) maior concentração de consumidores de cocaína e cannabis, sob a forma de "pedra" e "cocktail" por um lado e, por outro, de charro, não sendo no entanto este tido como droga pela maioria dos consumidores;
- ii) aparente diminuição do consumo da heroína e possivelmente das drogas injectáveis, seja heroína seja cocaína, com o aumento considerável do consumo da "pedra";
- iii) diminuição progressiva da idade de entrada no consumo;
- iv) grande presença de mulheres como UD;
- v) forte presença de mulheres como UD/TPS.

**Em relação à actividade de venda de sexo:**

- i) o desaparecimento de casas estabelecidas de prostituição, existentes até décadas recentes;
- ii) uma actividade mais difusa e camuflada; a diminuição da idade de entrada na actividade, mantendo-se no entanto as TPS mais antigas em actividade também;
- iii) presença de TPS estrangeiras, dos países da sub-região africana, concentrada na ilha do Sal;
- iv) a presença de TPS masculinos em 3 dos domínios estudados (Sal, São Vicente e Praia);
- v) a pratica de preços muito variáveis em função de vários factores conjunturais como o tipo de TPS, o local, a nacionalidade do cliente, o uso de preservativo ou não;
- vi) o fraco uso de preservativo pelas TPS/UD;
- vii) mas um crescente uso do preservativo pelas TPS que assumem a profissão, apesar de não o utilizarem com os parceiros regulares.

De forma geral, nota-se um deficiente uso do preservativo pelos usuários de droga em particular, justificação apresentada como sendo não somente pela insuficiente informação geral sobre o VIH/SIDA, mas também pela pouca consciência do risco, sobretudo no meio onde se encontram em que a maioria das pessoas frequentadoras não o utilizam. Por outro lado, o objectivo imediato é o da obtenção da droga, logo se houver a prática de sexo pelo meio, o uso do preservativo, segundo informações recolhidas nas entrevistas, é a última coisa em que a pessoa pensa ou com que se preocupa. De qualquer forma, é de se assinalar a pouca disponibilidade de preservativos em termos gerais e, particularmente, nos horários e locais frequentados por estes dois grupos.

Os números obtidos nas estimativas realizadas, com base na metodologia atrás explicitada, indica-nos a existência de 922 TPS em termos globais, 504 para Praia, Assomada 72, 251 para São Vicente, 96 Sal, concentrados em bares, discotecas, ruas, praças... Quanto aos UDI foram estimados a 80 sendo Praia e São Vicente com 73% com respectivamente 37 e 21 casos. Ainda com a metodologia do estudo foi estimado um efectivo global de 1348 UD, sendo 767 para Praia, 83 para Assomada, 397 para São Vicente, e 102 para o Sal, que toma como pontos de concentração não só os locais de venda mas também os bares e discotecas.

Regista-se o aparecimento de “bairros emergentes” em relação à prostituição, particularmente na Praia, tais como os casos de Tira-Chapéu e da Bela Vista.

A venda de sexo nem sempre é assumida como profissão, mas como uma fonte informal de complemento de rendimento, visto que a maioria exerce outra actividade profissional paralela. Aliás, reside nisso também a forma como é tratada pelas autoridades e intervenientes sociais, pois não se pode falar em actividade de venda do sexo como profissão, nem em relação à legislação, nem em relação a medidas específicas em relação aos cuidados de saúde. No que se refere à legislação específica, que poderá prever cuidados específicos em termos de saúde e outros, cabe às instituições analisar e propor o tipo de enquadramento legal que o país deverá ter em relação a esta matéria.

## **4.2 Elementos de Recomendações**

Tendo em conta as constatações feitas, a principal conclusão que resume todo o estudo é a de que é imperioso que em Cabo Verde a resposta à epidemia do VIH/SIDA seja abrangente e sistemática a todo o conjunto das ilhas. Vários factores determinam a infecção pelo VIH/SIDA: a sua presença no ambiente (existência de pessoas seropositivas) e os comportamentos de risco das pessoas não infectadas em interdependência com as pessoas infectadas. As recomendações relativas à implementação de estratégias têm vários níveis.

### **1. Acompanhar e curar as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**

No que respeita aos riscos de transmissão, os estudos mencionam vários níveis de relações: há uma relação sinérgica entre as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e o VIH/SIDA, as IST clássicas facilitam a aquisição e a transmissão do VIH/SIDA. Foi assinalado que no caso de uma IST que cause ulceração genital, como a sífilis, herpes genital ou cancroide, o risco de transmissão do VIH é multiplicado de 4 a 10, assim como uma IST caracterizada por perdas brancas como a blenorragia e as infecções de Chlamydia, multiplica-se de 2 a 4. Assim, a incidência elevada e a predominância das IST contribuem para uma incidência e uma prevalência da infecção do VIH mais elevadas. Estudos feitos na África sub-sahariana mostram que a proporção de infecções do VIH ligadas às úlceras genitais é muito elevada. Estima-se que esta proporção representa 90% nos homens e 30% nas mulheres.

### **2. Intervir nos comportamentos sexuais**

Os factores comportamentais que contribuem para a probabilidade de um indivíduo ser exposto a um parceiro sexual infectado pelo VIH podem ser classificados em duas categorias: os factores relativos às mudanças de parceiros sexuais e os relativos à probabilidade de que entre os parceiros escolhidos, alguns sejam infectados pelo VIH. Um factor de comportamento muito importante é o modelo da relação sexual entre grupos de diversos graus de actividade sexual, e/ou grupos que têm outros comportamentos de risco como o uso da droga por via intravenosa. Neste grupo de factores comportamentais é importante assinalar, no caso de Cabo Verde, uma grande mudança de parceiros, quer para os homens quer para as mulheres, ainda que não seja num contexto de poligamia oficial, mas é necessário registar a existência de poligamia *de facto*, ao mesmo tempo que se verifica uma grande liberdade da mulher em termos de comportamento sexual, que favorece a mudança de parceiros e, por conseguinte, o ambiente mais favorável à transmissão do VIH.

A SIDA é uma infecção sexualmente transmissível, mas existem outros modos de transmissão, ou seja, pelo sangue de uma mulher infectada à sua criança recém-nascida, através do leite materno ou ainda pela utilização de objectos contaminados por uma pessoa sã (o caso de seringas para as drogas

injectáveis). De salientar contudo, que o VIH é propagado principalmente pela via sexual, o que conduziu às seguintes estratégias que visam os esforços para prevenir a transmissão sexual, e se baseiam no facto do indivíduo estando informado das vias e modos de transmissão possa adoptar um comportamento sexual sem risco, ou com menos riscos:

- A abstinência, ou a redução do número de parceiros, assegurando-se de que o parceiro não é infectado;
- A promoção da utilização correcta e sistemática dos preservativos em cada relação com um(a) parceiro(a) não regular;
- O controlo das infecções sexualmente transmissíveis.

Estas estratégias de prevenção são aplicadas principalmente pelos programas nacionais de luta contra o SIDA, em termos de:

- Programas de comunicação para a mudança de comportamentos (de antigos programas de informação, de educação e de comunicação);
- Intervenções integradas que visam grupos específicos que tenham um comportamento de risco.

### **Nota sobre a abstinência e a fidelidade**

A redução do número de parceiros implica os conceitos de abstinência, de fidelidade um(a) único(a) parceiro(a). Estes programas de abstinência, neste momento apoiados pelos fundos da presidência americana, orientam os jovens e colocam a hipótese de que eles/elas podem e querem abster-se de relações sexuais até ao casamento. Os dados recolhidos no âmbito do presente estudo, mas também outros (IDSR 1998) mostram que, em Cabo Verde, a actividade sexual nos jovens começa muito cedo. Além disso, para o caso específico de Cabo Verde, o casamento não é a instituição mais encontrada. A isto é necessário acrescentar os jovens que, por razões de estudo, permanecem solteiros até a uma idade relativamente avançada, e não se abstêm de relações sexuais. Se esta componente das estratégias é considerada útil e estará no mesmo pé de igualdade que outras, em especial por que é possível que pais e filhos lhe sejam favoráveis, deveria ser promovida, mas sabendo que os alvos que tocaria de maneira eficaz não são os mais significativos.

A questão da fidelidade a um(a) único(a) parceiro(a) inscreve-se na mesma perspectiva de escolha individual. Muitos homens não vêem porque continuariam a ser fiéis a uma parceira longe deles durante muito tempo, quando se deslocam no âmbito do seu trabalho. Além disso, os diferentes estudos sobre a migração notam como o tempo de migração é um tempo fora de controlo do ambiente social habitual, e muitos homens aproveitam para ter parceiras pontuais ocasionais sem temerem a estigmatização. Mais, como foi sublinhado pelas mulheres, em muitas situações (em Cabo Verde, mas também noutros países onde este tipo de estudos foi levado a cabo), o venda do sexo constitui a única alternativa acessível para muitas delas como fonte rendimento, na medida em que único investimento à partida é a sua própria vontade e a aceitação de que o seu corpo pode ser utilizado para tal.

Nota-se contudo que esta estratégia, juntamente com outras, pode ser promovida particularmente nas escolas e liceus, com benefícios para os alunos,. É importante ajudar os jovens que desejam orientar-se neste sentido, fornecendo-lhes muitas informações úteis sobre todas as estratégias. De realçar que o estudo salientou um ambiente favorável a um tipo de prostituição entre jovens dos liceus e das escolas secundárias em Cabo Verde.

## **Nota sobre a utilização dos preservativos**

A utilização correcta de preservativos sempre que a relação sexual com o parceiro ocasional ocorrer é apresentada como tendo um impacto na redução da incidência do VIH/SIDA. É útil notar que esta afirmação não é unanimemente partilhada e que em especial certos círculos religiosos não a partilham. A ideia aqui não é dizer que é a única ou melhor estratégia, mas a eficácia da utilização do preservativo é maior em relação à contaminação do VIH/SIDA, num contexto onde a abstinência e a fidelidade não são praticadas.

Deve-se salientar que os alvos do presente estudo são grupos nos quais a actividade sexual é quase a única actividade económica e a abstinência e a fidelidade não são aplicáveis. É por isso importante que nesses grupos existam estratégias eficazes de acesso aos preservativos e informações para que a utilização seja por sua vez correcta e sistemática.

A disponibilidade do preservativo deve ser reforçada, já que foi observado que os preservativos não estão disponíveis e acessíveis em todo o lado.

Mas devemos salientar aqui que a utilização sistemática do preservativo enfrenta vários obstáculos que devem ser mencionados, para que possam ser ultrapassados. Os principais são todos os preconceitos sobre a eficácia do produto, ou a diminuição do prazer, e sobretudo a sua disponibilidade e acessibilidade quando se quer e onde se precisa. Há por isso espaço para se incluírem nas informações sobre a sua disponibilidade, outras que visem a sua aceitabilidade.

Os resultados dos estudos sobre a utilização dos preservativos mostram que há um numero de factores cruciais para permitir ao seu aumento: os preservativos devem estar facilmente disponíveis, acessíveis e aceites pelos utilizadores e utilizadoras; a educação deve envolver os cônjuges ou outros parceiros sexuais, já que as decisões sexuais são dominadas pelos homens; os esforços respeitantes à educação devem ser contínuos e repetitivos.

O aumento do apoio social e psicológico exigido para que os preservativos façam parte da vida sexual normal e o estabelecimento de um ambiente social onde as mulheres possam negociar a sua utilização, exigirá de ambos estratégias inovadoras. Simultaneamente, a disponibilidade e a acessibilidade do preservativo feminino e dos espermicidas podem ajudar as mulheres nos seus esforços para reduzir os riscos. Contudo, reside a questão de se saber se as mulheres de certos meios económicos vulneráveis vão fazer uso dos preservativos, devido aos custos e a uma incorrecta apreciação dos riscos envolvidos.

## **Constrangimentos correntes à estratégia de utilização do preservativo**

A utilização inconsequente coloca diariamente um problema. Observámos que mesmo os trabalhadores sexuais que aumentaram o uso do preservativo após intervenções focalizadas, não o utilizam com os seus parceiros regulares. Isto foi relatado no âmbito de uma intervenção focalizada em Nairobi, no Kénia, onde a utilização dos preservativos aumentou, mas a seroprevalência do VIH não diminuiu, porque o preservativo não foi utilizado com todos os parceiros. A não utilização do preservativo com parceiros regulares foi também detectada em Cabo Verde, mesmo entre os profissionais do sexo que habitualmente os utilizam com os clientes.

A mensagem de prevenção “utilize o preservativo” opõe-se à forte tradição cultural, transmitida de geração em geração que consiste na reprodução e em ter filhos. Isto constitui, na maior parte dos países da Ásia e da África, uma parte crucial da vida da aldeia e da comunidade, um símbolo de força e de poder dos domínios económico e sexual. Em certas comunidades africanas, o facto de um homem

ter varias concubinas, cada uma tendo filhos, é uma fonte de orgulho. Para as mulheres, os filhos constituem símbolos de fertilidade e uma fonte de orgulho. Conferem aos pais e avós um estatuto. Os adultos sem filhos são rejeitados pelos seus pares da sua aldeia ou cidade. Para as mulheres infectadas a mensagem “ se for infectada não tenha filho, eles serão uma carga para vocês e para a sociedade” não faz sentido. Existem várias razões racionais para manter a tradição cultural que quer que se tenham filhos. Sem filhos não haverá pessoas para perpetuarem o nome da família nem sustentar a família na velhice.

Para certas mulheres, o maior obstáculo às relações sexuais sem risco através do uso do preservativo são as expectativas sociais que querem que as mulheres que respeitam os seus homens desempenhem um papel submisso nas relações, sobretudo nas actividades sexuais, que tenham filhos e que permaneçam fieis ao seu parceiro. Frequentemente, a tradição impõe que as relações sexuais sejam controladas pelo homem. Mesmo as estratégias de prevenção baseadas na utilização do preservativo são focalizadas sobre o domínio do homem em relação à sexualidade. Na Trinidad, as mulheres manifestaram o seu fraco entusiasmo para pedirem aos homens que utilizassem os preservativos com medo que eles as considerassem imorais.

### **3. Ter em conta as questões do género ao nível das estratégias**

Ser mulher pode ser também considerado como um factor de risco para se ser infectado. Diversas pesquisas confirmaram uma maior transmissibilidade do VIH do homem para a mulher. As mulheres mais jovens, sobretudo as adolescentes, são mesmo expostas a um maior risco. Pensa-se que a imaturidade do colo do útero das adolescentes e a relativa fraca produção de muco vaginal não constituem uma barreira ao VIH. Em certos países, as jovens de 12 anos podem estar casadas com homens que tem três vezes a sua idade. Estes homens podem ter sido sexualmente activos durante muito tempo e por conseguinte mais sujeitos a serem infectados.

É necessário sublinhar que em Cabo Verde as mulheres podem ter acesso à interrupção voluntária da gravidez, sem risco, nos hospitais centrais e existe legislação favorável a tal. Tal não quer dizer que não se pratique o aborto clandestino, o que expõe as mulheres a um risco acrescido.

Constatamos que mesmo os meios eficazes como a rádio não atingem todas as populações. Os outros métodos clássicos (imprensa escrita nomeadamente e a TV) são ou inacessíveis ou algumas vezes ineficazes. As estratégias a implementar devem comportar dimensões de comunicação interpessoal, onde as trocas serão ocasiões para explicar aprofundadamente elementos como o modo de transmissão da VIH/SIDA, os métodos de prevenção, e sobretudo os comportamentos de risco.

### **4.3 Estratégias propostas**

As estratégias seguintes são propostas no objectivo "de reduzir os comportamentos sexuais de riscos no que diz respeito ao VIH/SIDA nos TPS e nas pessoas em interacção com eles no conjunto das ilhas do Cabo Verde".

**Estratégia 1: Comunicação para a mudança de comportamento junto dos TPS, dos UD, e das pessoas em interacção com estes grupos.**

- Educação de pares
- Comunicação interpessoal
- Utilização dos meios de comunicação social (TV, rádio, jornais)
- Utilização de prospectos e de folhetos

- Counselling
- Integração nos currículos das escolas secundárias e superiores

**Principais Actividades:**

1. Conceber e implementar campanhas de comunicação que visem primeiramente os TPS, os UD, mas também outras componentes da população, em cada uma das localidades.
2. Instaurar centros de escuta e de discussão equipados com materiais de informação sobre as IST/VIH/SIDA em prol dos TPS, UD, e de outras pessoas interessadas (tendo em conta o modelo já existente no CCCD)
3. Organizar fóruns de discussão a nível nacional e local, com a implicação dos TPS, UD e PVVIH.

**Estratégia 2: Reforço das capacidades das estruturas sanitárias e de outras estruturas institucionais implicadas na prevenção e nos cuidados de saúde:**

**Principais Actividades:**

1. Equipar as estruturas sanitárias, e outras estruturas de prevenção e de cuidados, de modo a que estejam conforme as normas na matéria;
2. Formar o pessoal das estruturas implicadas nas questões de prevenção e de cuidados, o pessoal das estruturas sanitárias sobre as IST/VIH/SIDA, o diagnóstico sintomático das IST e o tratamento;
3. Instaurar unidades de despistagem e tratamento da IST nas Estruturas sanitárias existentes;
4. Instaurar unidades de counselling e de despistagem voluntária das IST/VIH/SIDA;
5. Organizar um diagnóstico precoce e o tratamento da tuberculose e de outras doenças oportunistas ligadas ao VIH;
6. Tornar disponíveis os medicamentos genéricos para o tratamento das IST e das infecções oportunistas;
7. Dotar de equipamentos que permitem assegurar a segurança transfusional nas estruturas sanitárias.

**Estratégia 3: Promoção do aconselhamento voluntário, da despistagem, do tratamento das IST e do acesso ao preservativo para prevenir a transmissão das IST/VIH/SIDA em todas as ilhas do país**

**Principais Actividades:**

1. Detectar e tratar precocemente as IST;
2. Tornar aceitável e disponível o preservativo masculino e feminino;
3. Criar pontos de venda de preservativos masculinos e feminino em pensões, bares, mercados, quiosques, farmácias, entre outros;
4. Assegurar a despistagem / conselho voluntário do VIH/SIDA.
5. Promover a despistagem/conselho voluntário do VIH/SIDA e os cuidados das pessoas infectadas e/ou afectadas pelo VIH/SIDA

## **Estratégia 4: Implicação dos líderes políticos, comunitários, religiosos**

### **Principais Actividades:**

1. Elaborar e implementar as estratégias de plaidoyer para a implicação e o compromisso político dos responsáveis nacionais e locais sobre as questões das IST/VIH/SIDA;
2. Elaborar e implementar estratégia de plaidoyer para a implicação e o compromisso dos líderes religioso, dos líderes comunitários, sobre as questões das IST/VIH/SIDA;

## **Estratégia 5: Mobilização comunitária**

### **Principais Actividades:**

1. Promover e apoiar a formação de associações de base comunitária: associações de Jovens, de mulheres, de PVVIH;
2. Reforçar as capacidades dos(das) TPS e UD's e das pessoas em interacção com elas para o desenvolvimento de resposta local;
3. Apoiar as ONG implicadas na luta contra as IST/VIH/SIDA
4. Fazer plaidoyer para a criação de redes associativas para a luta contra o SIDA (rede de PVVIH)
5. Favorecer a criação de actividades geradoras de rendimentos, sobretudo para as mulheres e as jovens raparigas.

Estas são apenas algumas estratégias globais propostas no quadro do estudo. O aprofundamento dos resultados do estudo pelos intervenientes directos poderão levar à formulação de estratégias mais específicas e operacionais. No entanto, essas e outras estratégias só poderão levar a resultados palpáveis se desenvolvidas em concertação e articulação com os parceiros directos (governamentais e não governamentais). Recomendamos assim aos dois parceiros principais, CCCD e CCS-SIDA, que promovam uma sessão especial de trabalho entre os parceiros para esse aprofundamento, definição de estratégias operacionais, clarificação de papéis e responsabilidades e zona/grupo de intervenção de cada interveniente.

A esse respeito, alertamos para o facto de, em todos os lugares do estudo termos encontrado ideias de projectos já esboçadas ou em curso de experimentação em relação aos grupos alvo, como é o caso de uma ideia de desenvolvimento de um trabalho de atendimento específico dos(as) TPS, no seu local de trabalho, por uma das delegacias de saúde. Ideias que vale a pena por em discussão, à luz dos resultados ora apresentados.

Pela delicadeza dos temas aqui tratados, confidencialidade das informações obtidas, relembramos que o acesso à base de dados sobre os sítios, deve ser concedida somente mediante a assinatura de um termo de responsabilidade e protocolo de colaboração entre o CCCD, CCS/SIDA e cada parceiro em cada local e/ou grupo de intervenção.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anarfi J. et Pappoe M. : The dynamics and Health Implications of Emigration of females from the Manya and Yilo Krobo Areas, August 1999.

Anarfi, J.K.: The Conditions and Care of AIDS victims in Ghana: AIDS sufferers and their relations. *Health Transition Review*, vol 5, pp. 253-263,1995.

Ankrah, M., Mhloyi, M., Manguyu, M., et al. (1994). Women and Children and AIDS. *AIDS in Africa*, pp. 533-547, 1994.

Bocquier et Traoré : Réseau Migrations et Urbanisation en Afrique, Synthèse régionale, Etudes et Travaux du CERPOD No 15, 1999.

CCS/SIDA - Inquérito à Vigilância Comportamental ( IVC) Behavioural Surveillance Survey (BSS)- Vendedoras nos mercados e Forças em uniforme. Cabo Verde 2004

CREHPA: A situation assessment of sex workers in Katmandu Valley. A focused Ethnographic study; Katmandu, 2001.

De Bruyn, M. (1992). Women and AIDS in Developing Countries. *Social Science and Medicine*, 34 (3), pp. 249-262, 1992.

Decosas et al: Migration and Aids, *The Lancet*, vol 346, No 8978, London, 1995/

Decosas, J. : Migration et sida en Afrique de l'ouest. *Le journal du sida*, no. 86, pp. 97-103. 1996.

Diop, W. : *Femmes, pauvreté et sida*. Rapport de l'atelier thématique du 8 juillet 1993 organisé par le projet "Support à la lutte contre le sida au Sénégal". Société de Développement International Desjardins. Québec, 1993.

Du Guerry, J., Sjoberg, E. : *Inter Relationship Between Gender Relations and the HIV-AIDS Epidemic: Some Possible Considerations for Policies and Programmes*. United Nations Office at Vienna - Center for Social Development and Humanitarian Affairs, Division for the Advancement of Women, Autriche, 20p. 1992

Estimating the Size of Population at Risk for HIV, issues and Methods – a joint UNAIDS/IMPACT/FHI Workshop and Conclusions Report prepared by Elizabeth Pisani, May 2002

FHI: Mapping of comercial sex points and service outlets in Maharashtra; Maharashtra ,2001.

FHI: Mapping and census of female sex worker in Addis Ababa; Ethiopia, 2002.

FHI, and USAID: The "Corridor of Hope" - Regional assessement prepared by Professor David Wilson and the project Support Group; 1999.

ICM/UNICEF – A saúde das crianças menores de 5 anos – Cabo Verde, 1996

ICM/CCS-Sida – Diagnóstico da Situação de Vulnerabilidade das Crianças em Situação de Rua face às IST/VIH/SIDA. Cabo Verde. Janeiro/Fevereiro 2005 (mimeo)



ICM/CCS-SIDA, ANJOS, José Carlos e VARELA, José Carlos – Diagnóstico da Situação de Vulnerabilidade das Crianças em Situação de Rua face às IST/VIH/SIDA. Cabo Verde. Fev 2005

JOSÉ, José Carlos - A sexualidade sob olhares cruzados: jovens imigrantes e a xenofobia em Cabo Verde.

Matilda Pappoe: the status of prostitution in Ghana. Studies in sexual health n°2. GTZ Aids Programme for West and Central Africa. Accra, 1996.

Messan A. et Beguy A. : Mobilité et Sida, résultats d'une enquête de base auprès des routiers et travailleuses de sexe au Togo, Rapport de recherche, URD, 1999.

ONUSIDA : Le Sida en Afrique, Forum 2000 pour le Développement de l'Afrique ; Genève, 2000.

Oppong, C., Wéry, R.: *Women's Roles and Demographic Change in Sub Saharan Africa*, IUSSP, Policy and Research papers, 1994

Ouédraogo I. et Akolatse A. : Migration et VIH/SIDA, Analyse de la situation sur l'axe routier de la Côte Ouest Africaine reliant Abidjan à Lagos. EIP/ONUSIDA, Abidjan, 2000.

UNAIDS: Reducing Women's Vulnerability. Points of View. UNAIDS, Washington, 2000.

West African Initiative for a response to the HIV/AIDS Epidemic (June 2000): situational analysis guide on sex work in west and central Africa. World Bank, UNAIDS, June 2000.

# ANEXOS

## 1. Classificação das droga

Uma droga é uma substância de origem natural ou sintética, que uma vez absorvida age sobre a actividade mental, as sensações, o comportamento, podendo provocar distúrbios psicológicos e físicos. São também designados de “substâncias psicoactivas”.

As drogas podem ser classificadas em função do seu efeito ou da sua periculosidade :

### **Em função dos seus efeitos:**

Elas estão classificadas em três grandes categorias, em função dos seus efeitos sobre o sistema nervoso central:

**Os sedativos ou depressores** que retardam o funcionamento do sistema nervoso: álcool, opiáceos (heroína, metadona, ...), medicamentos tranquilizantes (barbitúricos, benzodiazepinas, ...).

**Os estimulantes** que estimulam o funcionamento do sistema nervoso : Tabaco, Cocaína, Crack, medicamentos estimulantes (anfetaminas e outros dopantes), ecstasy, GHB.

**Os alucinógenos ou perturbadores** que perturbam o funcionamento do sistema nervoso : Cannabis e produtos derivados, L.S.D., produtos voláteis (colas e solventes, anestésicos voláteis, Ketamina, etc...), PCP, plantas alucinógenas (cogumelos, datura, iboga, etc.).

### **Em função da sua periculosidade :**

Segundo a legislação em Cabo Verde (Lei nº 78/IV/93), as drogas estão classificadas em 3 categorias segundo o grau de risco para a saúde: drogas de alto risco (Quadro I: cannabis, resina de cannabis, Cocaína, heroína, Metadona,... e Quadro II: Codeína, ...), drogas de risco (Quadro III : preparação de codeína, etilmorfina, ...) e precursores que são componentes necessárias na fabricação dos estupefacientes (Quadro IV). Esta classificação retoma em grande parte, as regras de classificação internacionais, fixadas pelas três convenções internacionais de 1961, 1971 e 1988 sobre o controle das drogas, regras que definem quatro listas de I (as mais perigosas) a IV (as menos perigosas). Estas convenções foram ratificadas por Cabo Verde.

**Os estupefacientes** são os produtos mais tóxicos. A produção, a distribuição e o uso dos estupefacientes são severamente regulamentados e, para alguns dentre eles nomeadamente a heroína, totalmente interditos.

A lista dos estupefacientes integra mais de 170 plantas e substancias, dos quais :

- Os estupefacientes da convenção de 1961: coca, opium, cannabis e seus derivados (morfina, heroína, metadona, cocaína, resina de cannabis, etc...)
- Certos psicotrópicos da convenção de 1971: alucinógenos, amfetaminas, a MDMA (ecstasy), etc...
- Os cogumelos alucinógenos, o khat, dois precursores químicos: a fenilacetona e o ácido lisérgico (precursor do LSD)
- As novas drogas de síntese: MBDB, 4-MTA, ketamina, etc...

**Os psicotrópicos** correspondem às substâncias da convenção de 1971 não classificadas estupefacientes: benzodiazepina, barbitúricos, zalepone, zopiclone, etc ...

## 2. Instrumentos de recolha de dados

### a) GUIA DE OBSERVAÇÕES PARA AS TPS

Este guia é concebido para ajudar a fazer observações sobre os sítios (bares, dancings, discotecas, restaurantes, ruas, casas, praias, portos, etc.) onde se encontram TPS. Serve sobretudo para registar e confirmar que certos lugares identificados como potenciais o são efectivamente. Seguidamente, entrevistas individuais terão lugar com as TPS ou informadores/informadoras chave que as conhecem para precisar algumas das informações, nomeadamente o número de pessoas, sabendo que certas pessoas podem frequentar o mesmo lugar várias vezes.

Data: .....Horas (Observações feitas entre ...H.... e .... H.....

Inquiridor: .....Supervisor: .....

1. Ilha : .....
2. Município: .....
3. Nome do lugar : .....
4. Descrição do lugar
- 4.1. Claro ou escuro

- 4.2. Atmosfera do meio (movimentado, indicar mediante as horas)
- 4.3. Quem está presente (homens, mulheres, jovens) ? Estrangeiros/Estrangeiras, ou locais (nacionais)?
- 4.4. Quantos eles/elas são?
- 4.5. Quem são eles (habitam no bairro, vêm de outros lugares, neste caso de onde vêm, o que é que vêm fazer)?
- 4.6. Presença de Trabalhadoras de sexo : à que hora, de onde vêm, como é que podemos reconhecê-las ?
- 4.7. Como é que estão vestidas ?
- 4.8. A partir de onde é que elas operam (nos passeios das estradas, no interior dos bares ou discotecas) ?
- 4.9. Como é que elas recrutam os clientes?

## b) GUIA DE OBSERVAÇÕES PARA OS UD/UDI

Este guia é concebido para ajudar a fazer observações sobre os sítios onde se encontram UDI. Serve sobretudo para registar e confirmar que certos lugares identificados como potenciais o são efectivamente. Seguidamente, entrevistas individuais terão lugar com os UDI ou informadores/informadoras chaves que os conhecem para dar com precisão algumas das informações.

Data: ..... Horas (Observações feitas entre ...H.... e .... H.....  
 Inquiridor: ..... Supervisor: .....

1. Ilha : .....
2. Município: .....
3. Nome do lugar : .....
4. Descrição do lugar
  - 4.1. Claro ou escuro
  - 4.2. Atmosfera do meio (movimentado, indicar mediante as horas)
  - 4.3. Quem está presente (homens, mulheres, jovens) ? Estrangeiros/Estrangeiras, ou locais (nacionais)?
  - 4.4. Quantos são eles/elas?
  - 4.5. Quem são eles (habitam no bairro, vêm de outros lugares, neste caso de onde vêm, o que é que vêm fazer)?
  - 4.6. Presença de UDI : à que hora, de onde vêm, como é que podemos reconhecê-las ?
  - 4.7. A partir de onde é que eles operam () ?
  - 4.9. Como é que são recrutados?

## c) GUIAS DE RECOLHA DE DADOS COM AS TRABALHADORAS PROFISSIONAIS DO SEXO

### Nota à pessoa encarregada da realização das entrevistas:

Este guia não é um questionário, é concebido para trocar com os informadores e informantes chaves dos profissionais do sexo, para recolher informações relativas aos TPS. Os pontos conseguintes sempre serão aprofundados durante as discussões, tanto quanto possíveis.

Identifique um lugar que apresenta garantia de segurança e de discrição, para vocês e para a interlocutora. Antes de começar a entrevista, apresenta-se indicando que trabalha neste caso preciso para o Ministério da Saúde, e apresenta o objecto da entrevista: trata-se de conhecer melhor a prática do trabalho de sexo para ver como o Estado Cabo-verdiano pode melhor adaptar as suas intervenções neste grupo específico.

Asseguram-nos que a entrevistada compreende, e sinte-se à vontade. Diga o que a sua participação é voluntária, que ele/pode parar a entrevista em qualquer momento, mas que esta participação é importante para melhorar os programas actuais e futuros que visam este grupo.

Agradeça e pede a permissão para começar.

### Ambiente de trabalho

Date:.....Hora:.....  
 Inquiridor:..... Supervisor:.....  
 Nome do bairro :.....  
 Nome do lugar:.....  
 Tipo de TPS:.....

## **IDENTIFICAÇÃO E TIPOLOGIA**

Idade

Educação (nível de instrução )

Naturalidade

Nacionalidade (se estrangeiro)

Quais deslocações (constantes, ocasionais, cíclicos)?

Quais são todos os países onde ela residiu?

Se mudanças de países, sondar porque

Quais são todas as ilhas onde residiu?

Se mudança de ilha, sondar porque

Quais são todas as cidades onde residiu?

Se mudanças ocorridas, sondar porque

Qual a residência actual (indicar o bairro ou zona)?

Qual a profissão (para além do TPS)?

Se é casada

Quantas crianças?

1. Quantos são vocês a praticar esta actividade?
2. Pratica esta actividade todos os dias da semana?
3. Quais os dias da semana mais apropriados?
4. Pratica esta actividade no mesmo lugar todos os dias?
5. Quais os lugares onde pratica habitualmente esta actividade?
5. Porque essas mudanças de lugares?

## **Prática permanente ou ocasional**

7. Onde recebe os clientes ?

Deixar falar e se necessário sondar os pontos seguintes: casas pessoais do TPS, quartos de casas de passagem, zonas especializadas para vários TPS que têm quartos em comum, nos automóveis, casa do cliente,...

8. Quantos clientes por dia, por semana?

9. Qual a variação no número de clientes em função dos dias, dos períodos?

10. Quanto custa a prestação?

11. Em função de que este preço é fixado?

12. O preço depende da utilização do preservativo?

13. Quanto ganha por dia, semana, meses?

14. Em que é utilizado (O que faz com) este rendimento (ver se utilizado pela própria TPS, ou se entregue à uma outra pessoa. Quem é esta pessoa)?

## **ENTRADA**

15. Desde quando pratica essa actividade?

16. Podia explicar-me como é que tudo começou?

Deixar primeiramente responder, e se necessário, sondar conforme respostas:

- Escolha pessoal (segundo as causas - decepções, outro – segundo as motivações – é um bom trabalho que permite ganhar dinheiro de mesma maneira que qualquer outro trabalho)
- Patrocínio de um(a) amigo (a), ou um(a) parente
- Recrutamento numa rede

17. Para os dois últimos casos, quem lhe contactou, o que é que lhe disse? Fez-lhe alguma promessa? Foi convencida pela que lhe disse? O que faz actualmente corresponde as suas expectativas?

18. Alguma vez abandonou essa prática, mesmo momentaneamente ? (se sim, sondar as ocasiões e as motivações)?

19. Porque voltou a essa prática ?

20. Alguma vez pensou em abandonar a prática ?

21. Em que condições e quando ?

22. Que iniciativas tomou para deixar esta prática ?

23. Porque não conseguiu ?

24. O que é que pensa que podemos fazer para ajudar você (o que, por quem, como) : sondar ajudas psicológicas, espirituais, financeiras, apoio moral)?

25. Actualmente qual é o seu sonho concernente a família, ao trabalho, ou outro ?

## **SOCIALIZAÇÃO**

26. Pertence um grupo ou uma organização (origem geográfica, étnica, religiosa, outro)?

27. Quantas pessoas constituem a organização?

28. Quais as ocasiões onde reencontra-se com os membros do grupo?

29. Com que vocês come?

30. Quem você visita?

31. Tem um parceiro/namorado regular (ver se diferente do apoiante)?

32. Quando um cliente não quer pagar, o que faz?

33. Quando têm um problema (saúde, falta ou insuficiência de dinheiro, necessidade de ter notícias da família), à quem dirige-se?

34. Quando um membro do grupo está doente, como é que os outros ocupam-se dela?

35. Quais são os seus lazeres?

36. Como são geridas as questões de violências físicas?

37. Procura notícias da família ? Se sim, porque (deixar responder, e sondar para ver se não tem contactos com a família e porque)

38. Quais são os problemas quotidianos que mais enfrenta ?

Deixar falar e sondar : a falta ou insuficiência de clientela (ver o que determina essa resposta. ver se é o rendimento/salário)

39. Como é que procede para gerir a concorrência com as outras (TPS como você, ou TPS mascaradas) ?

40. Pensa que o seu trabalho é socialmente aceitável ou o faz contra a sua vontade ?

41. Sente-se que é aceita pelas pessoas da sua vizinhança ou sente-se rejeitada ?

42. Alguma vez foi vítima de violência física ?

43. Por quem e em que ocasião (sondar para ver se trata do patrocinador, em que ocasiões) ?

44. Tem medo da polícia ?

Sondar porque : de ser presa, de ser violada

45. Quais relações tem com o pessoal de saúde (sondar se tem confiança ou não, estigmatização)

## **CONHECIMENTO IST E VIH/SIDA**

46. Quais os seus conhecimentos sobre o SIDA ?

Deixar responder e sondar as vias de transmissão (sexo, sangue, TMC)

47. Quais as outras IST que conhece?

48. Que precauções toma para se proteger ou proteger os seus parceiros do VIH?

49. Que precauções toma para se proteger ou proteger os seus parceiros das outras IST?

50. Alguma vez pensou em fazer um teste de VIH/SIDA ?

51. Porque ?

52. Alguma vez pensou que pode correr o risco de ser contaminada pelo vírus de SIDA?

53. Pensa que esse risco é elevado ou baixo?

54. Porque é que faz essa apreciação?

55. Utiliza um preservativo em todas as relações sexuais?

56. Se não, quais os clientes com quem não utiliza preservativo (deixar falar, depois sondar sobre o preço proposto, sobre o conhecimento do cliente, se o cliente é um amigo)?

57. Quem lhe falou do SIDA ?

58. De maneira geral, de quem gostaria receber conselhos sobre o SIDA?

59. Porque essa fonte ?

60. De quem gostaria receber tratamento (estruturas médicas públicas, estruturas privadas, ONG's Associações, medicina tradicional)?

61. Porque?

## **d) GUIAS DE RECOLHA DE DADOS COM OS UD/UDI**

### **Nota à pessoa encarregada da realização das entrevistas:**

Este guia não é um questionário, é concebido para dialogar com os utilizadores de drogas injectáveis, para recolher informações que lhes dizem respeito. Os aspectos mais importantes serão sempre aprofundados durante as discussões, tanto quanto possível.

Identifique um lugar que apresenta garantia de segurança e de discrição, para você e para a interlocutora.

Antes de começar a entrevista, apresenta-se indicando que trabalha neste caso preciso para o Ministério da Saúde, e apresenta o objecto da entrevista: trata-se de conhecer melhor a prática do consumo de drogas injectáveis para ver como o Estado Cabo-verdiano pode melhor adaptar as suas intervenções neste grupo específico.

Garante-se que o interlocutor compreendeu, e se sente à vontade. Diga-lhe que a sua participação é voluntária, que ele pode parar a entrevista em qualquer momento, mas que esta participação é importante para melhorar os programas actuais e futuros que visam este grupo.

Agradeça e pede a permissão para começar a entrevista.

### **Ambiente de trabalho**

Date:.....Hora:.....  
Inquiridor:..... Supervisor:.....  
Nome do bairro:.....  
Nome do lugar:.....

### **IDENTIFICAÇÃO E TIPOLOGIA de UDI**

Idade do UDI  
Educação (nível de instrução )  
Naturalidade  
Nacionalidade (se estrangeiro) ou ilha de origem  
Que deslocações (constantes, ocasionais, cíclicos)  
Quais os países onde residiu  
Se mudanças de países, sondar porque  
Profissão  
Situação matrimonial (vive com uma mulher ou não)  
Crianças

Prática de consumo de drogas injectáveis permanente ou ocasional

1. Onde (bairro, zona) procurar a droga?
2. Quem são os fornecedores (idade, sexo, nacionalidades, profissões, etc.)?
3. Onde é que consome a droga?

### **ENTRADA**

4. Como é que se faz para ter acesso na CDI ?

Deixar primeiramente responder, e se necessário, sondar conforme respostas:

- Escolha pessoal (segundo quais causas, segundo quais motivações)
- Patrocínio de um(a) amigo (a), ou um(a) parente
- Recrutamento numa rede

5. Com quem costuma consumir?  
Quantos amigos/camaradas?
6. Pode-se abandonar essa prática, mesmo momentaneamente ? (sondar porque)
7. O que é que pensa que podemos fazer para ajudar você (o que, por quem, como) : sondar ajudas psicológicas, espirituais, financeiras, apoio moral)?

### **SOCIALIZAÇÃO**

8. Pertence um grupo ou uma organização (origem geográfica, étnica, religiosa, outro)?
9. Quando têm um problema (saúde, falta ou insuficiência de dinheiro, necessidade de ter notícias da família), à quem dirige-se?
10. Quando um membro do grupo está doente, como é que os outros ocupam-se dele?
11. Quais são os seus lazeres?
12. Como são geridas as questões de violências físicas?

### **CONHECIMENTOS e ATITUDES EM RELAÇÃO as IST e VIH/SIDA**

13. Que conhecimentos possui sobre o VIH/SIDA ?  
Deixar responder e sondar as vias de transmissão (sexo, sangue, transmissão Mãe-filho)?
14. Quais são as outras IST que conhece?
15. Quais precauções toma para proteger-se ou proteger o(s) seu(s) parceiros contra o VIH/SIDA
16. Quais precauções toma para proteger-se ou proteger os vossos parceiros contra outras IST
17. Alguma vez fez o teste do VIH/SIDA?
18. Alguma vez pensou fazer o teste de despistagem do VIH/SIDA
19. Pensa que corre o risco de apanhar a SIDA?
20. Pensa que este risco é elevado ou fraco?  
Porque esta apreciação (risco elevado ou fraco)?
21. Utiliza uma seringa para uma única pessoa e para uma única utilização?  
Se não, em quais ocasiões você procede de forma diferente (sondar como é feita e porque)?
22. Onde/com quem ouviu falar de SIDA?
23. Em geral, onde/de quem gostaria de receber conselhos sobre a SIDA?  
Porque esta pessoa/fonte?
24. Onde deseja receber cuidados (estruturas médicas públicas, estruturas privadas, ONG Associações, curandeiro)?  
Porque neste lugar?

### **e) GUIAS DE RECOLHA DE DADOS COM OS INFORMANTES CHAVE DOS TPS**

#### **Nota à pessoa encarregada da realização das entrevistas:**

Este guia não é um questionário, é concebido para trocar com os informadores e informantes chaves dos profissionais do sexo, para recolher informações relativas às TPS. Os aspectos mais importantes serão sempre aprofundados durante as discussões, tanto quanto possível.

Identifique um lugar que apresenta garantia de segurança e de discrição, para você e para a interlocutora. Antes de começar a entrevista, apresenta-se indicando que trabalha neste caso preciso para o Ministério da Saúde, e apresenta o objecto da entrevista: trata-se de conhecer melhor a prática do trabalho de sexo para ver como o Estado Cabo-verdiano pode melhor adaptar as suas intervenções neste grupo específico.

Garante-se que a interlocutora compreendeu, e sinta-se à vontade. Diga-lhe que a sua participação é voluntária, que ele pode parar a entrevista em qualquer momento, mas que esta participação é importante para melhorar os programas actuais e futuros que visam este grupo.

Agradeça e pede a permissão para começar.

#### **Ambiente de trabalho**

Date:.....Hora:.....  
 Inquiridor:..... Supervisor:.....  
 Nome do bairro :.....  
 Nome do lugar:.....

Nome e Nome da CI (Facultativo)

Função e Profissão

Endereço (onde reencontrar a pessoa para confirmar ou certificar certos dados)

NB. As informações pedidas referem-se à TPS e não ao informador/informante

### **Identificação e tipologia sobre o TPS**

Idade

Educação (nível de instrução)

Naturalidade

Nacionalidade (se estrangeiro) ou ilha de origem

Quais deslocações (constantes, ocasionais, cíclicos)

Quais são todos os países onde ela residiu

Se mudanças de países, sondar porque

Quais são todas as ilhas onde residiu

Se mudança de ilha, sondar porque

1. Quais são todas as cidades onde residiu?

Se mudanças ocorridas, sondar porque

2. Qual a profissão (para além do TPS)

Se é casada

Quantas crianças

### **Prática permanente ou ocasional**

3. Onde recebe os clientes ?

Deixar falar e se necessário sondar os pontos seguintes: casas pessoais do TPS, quartos de casas de passagem, zonas especializadas para vários TPS que têm quartos em comum, nos automóveis, casa do cliente,...

4. Quantos clientes por dia, por semana?

5. Qual a variação no número de clientes em função dos dias, dos períodos?

6. Quanto custa a prestação?

7. Em função de que este preço é fixado?

8. O preço depende da utilização do preservativo?

9. Quanto ganha por dia, semana, meses?

10. Em que é utilizado (O que faz com) este rendimento (ver se utilizado pela própria TPS, ou se entregue à uma outra pessoa. Quem é esta pessoa)?

11. Em geral quem são os clientes?

Quantos grupos? Quantos membros em cada grupo?

### **Entrada**

12. Como se faz a entrada no TPS?

Deixar primeiramente responder, e se necessário, sondar conforme respostas

Escolha pessoal ( segundo as causas - decepções, outro de acordo com quais motivações – é um bom trabalho, que permite ganhar dinheiro de mesma maneira que qualquer outro trabalho)

Patrocínio de um(a) amigo (a), ou um(a) parente

Recrutamento numa rede

13. Pode-se seguidamente deixar a prática, mesmo temporariamente? (sondar porque).

14. Quais são as relações, se necessário, com as redes de criminalidade (ver se as TPS constituem um dos elementos chaves, por exemplo o elemento de ligação económica para gerar directamente dinheiro, ou para distribuir a droga, ou para levar armas ligeiras, etc.).

15. O que é que pensa que podemos fazer para ajudar você (o que, por quem, como) : sondar ajudas psicológicas, espirituais, financeiras, apoio moral)?

### **Socialização**

16. Pertença um grupo ou uma organização (origem geográfica, étnica, religiosa, outro)?

17. Quantas pessoas constituam a organização?

18. Quais as ocasiões em que reencontra-se com os membros do grupo

19. Com quem comem?

20. Quem visitam?

21. Têm parceiros/namorados regulares (ver se diferente do apoiante)

22. Quando um cliente não quer pagar, o que fazem?

Quando têm um problema (saúde, falta ou insuficiência de dinheiro, necessidade de ter notícias da família), à quem dirigem-se?



23. Quando um membro do grupo está doente, como os outros ocupam-se dela?  
Os seus lazeres
24. Como são geridas as questões de violências físicas

### **Atitudes**

25. Que precauções toma para se proteger ou proteger os seus parceiros
26. Se faz (fazem) teste do VIH/SIDA
27. Se pensa(am) que tem (têm) risco de ser (serem) contaminados pelo vírus do VIH/SIDA

## **f) GUIAS DE RECOLHA DE DADOS COM OS INFORMANTES CHAVE DOS UD/UDI**

### **Nota à pessoa encarregada da realização das entrevistas:**

Este guia não é um questionário, é concebido para discutir com os informantes chaves dos usuários de drogas injectáveis, para recolher informações relativas a este grupo. Os pontos mais importantes serão sempre aprofundados durante as discussões, tanto quanto possível.

Identifique um lugar que apresenta garantia de segurança e de discrição, para você e para a interlocutora. Antes de começar a entrevista, apresenta-se indicando que trabalha neste caso preciso para o Ministério da Saúde, e apresenta o objecto da entrevista: trata-se de conhecer melhor as práticas de consumo de drogas injectáveis para ver como o Estado Cabo-verdiano pode melhor adaptar as suas intervenções neste grupo específico de UDI.

Garanta-se que o (a) interlocutor(a) compreende, e sinta-se à vontade. Diga-lhe que a sua participação é voluntária, que ele(a) pode parar a entrevista em qualquer momento, mas que esta participação é importante para melhorar os programas actuais e futuros que visam este grupo. Agradeça e pede a permissão para começar.

### **Ambiente de trabalho**

Date:.....Hora:.....Inquiridor:.....  
Supervisor:..... Nome do bairro :.....  
Nome do lugar:.....

Nome e Apelido do IC (Facultativo)

Função e Profissão

Endereço

NB. As informações solicitadas referem-se aos UDI e não ao informador/informante

### **Identificação e tipologia sobre os UDI**

Idade

Educação (nível de instrução)

Naturalidade

Nacionalidade (se estrangeiro) ou ilha de origem

Quais deslocações (constantes, ocasionais, cíclicos)

Quais são todos os países onde residiu

Se mudanças de país, sondar porque

Profissão

Situação matrimonial (vive em união com uma mulher ou não)

Tem crianças?

1. Uso de droga injectável permanente ou ocasional?

2. Onde (bairro, sector) obtêm-se droga?

3. Quem são os distribuidores (idade, sexo, nacionalidades, profissões, etc.) onde faz-se o consumo

4. Em geral que são os consumidores? Onde encontram-se e quantos estão?

### **Entrada**

5. Como se faz a entrada no CDI?

Deixar primeiramente responder, e se necessário, sondar conforme respostas:

- Escolha pessoal ( quais as causas- motivações)
- Patrocínio de um(a) amigo (a), ou um(a) parente
- Recrutamento numa rede

6. Pode-se seguidamente deixar a prática, mesmo temporariamente? (sondar porque).

7. O que é que pensa que podemos fazer para ajudar você (o que, por quem, como) : sondar ajudas psicológicas, espirituais, financeiras, apoio moral)?

### Socialização

8. Pertence a um grupo ou uma organização (origem geográfica, étnica, religiosa, outro)?

9. Quando têm um problema (saúde, falta ou insuficiência de dinheiro, necessidade de ter notícias da família), à quem dirige-se?

10. Quando um membro do grupo está doente, como os outros ocupam-se dele

11. Quais os seus lazeres?

12. Quantos grupos ? quantos membros em cada grupo?

13. Como são geridas as questões de violências físicas?

### Atitudes

14. Que precauções tomam para proteger-se ou proteger os seus parceiros?

15. Algumas fazem a despistagem do VIH/SIDA?

16. Pensam que são pessoas a riscos em relação ao VIH/SIDA?

### g) GUIA DO GRUPO DE DISCUSSÕES DIRIGIDAS COM OS(AS) PROFISSIONAIS DO SEXO

Data.....Hora/Início.....Hora/Fim.....

Tipo de PS.....

Número de pessoas no grupo.....

Número de ordem	Idade	Nacionalidade ou ilha	Religião
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			

Lugar:.....

Animado por.....

Relatado por.....

### I. Entrada na profissão

1. Como é que se entra no “trabalho” de trabalhadeira profissional de sexo?

Sondar por relatório

- Escolha pessoal
- Patrocínio de um (e) amigo (e), ou um (e) parente (e)
- Recrutamento numa rede

2. Uma vez que começada, como é que se faz para parar?

Sondar para

- Aprofundar as dificuldades para deixar?
- Ver se pessoas no grupo já deixaram esta prática, mesmo temporariamente, olhando às ocasiões e motivações?
- Porque retornaram?
- Ver se tem a intenção de deixar a prática um dia: em que condições e quando?

## II. Socialização

3. Existem grupos ou organizações (origem geográfica, étnica, religiosa, outro) aos quais adere?

Sondar

- Quantos membros na organização
- As ocasiões em que os membros do grupo reencontram-se

4. Quando tem um problema (saúde, falta ou insuficiência de dinheiro, necessidade de ter notícias da família), à quem dirige-se?

5. Quais são os problemas diários que mais encontra

Deixar responder e sondar:

Falta ou insuficiência de cliente (ver o que determina esta resposta. Ver se é o rendimento/salário)

A violência (sondar origem e envergadura)

6. Considera que o vosso trabalho é socialmente aceitável ou o faz contra a sua vontade?

Sente-se que é aceita pelas pessoas da vizinhança, ou sente-se rejeitada?

7. O que é que pensa que se pode fazer para ajudar você (o quê, quem, como)?

Sondar ajudas psicológicas, espirituais, financeiras, apoio moral.

Ver o que elas recomendam contra a violência

8. Actualmente qual é o vosso sonho no que diz respeito a família, ao trabalho, ou a vida em geral?

## III. Conhecimentos dos IST e VIH/SIDA

9. Quais são os seus conhecimentos sobre o SIDA ?

Deixar responder e sondar as vias de transmissão (sexo, sangue, TMC)

10. Quais as precauções que toma para proteger-se ou proteger os vossos parceiros

11. Alguma vez pensou que pode existir um risco de ser contaminada pelo SIDA ?

Sondar

A estimação do tamanho do risco

As motivações desta apreciação

12. Porque é que na vossa profissão não se utiliza preservativo para todas as relações sexuais?

Deixar falar, seguidamente sondar a nível do preço proposto, do conhecimento do cliente, pelo facto do cliente ser um amigo

13. Em geral, por quem gostaria de ser aconselhada, e receber tratamentos sobre o SIDA ?

Sondar as infra-estruturas de saúde públicas, estruturas privadas, ONG's Associações, medicina tradicional sondar as motivações

Fazer o síntese para terminar, e agradecer.

## h) GUIA DO GRUPO DE DISCUSSÕES DIRIGIDAS COM OS UTILIZADORES DE DROGAS e UTILIZADORES DE DROGAS INJECTÁVEIS

Data.....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.			
11.			
12.			

Lugar:.....  
Inquiridor.....  
Relatado por.....

## **I. Entrada na utilização de drogas injectáveis**

1. Como é que se entra na utilização de drogas injectáveis?

Sondar por relatório

- Escolha pessoal (em que data, ocasião, porque)
- Patrocínio de um (a) amigo (a), ou de um parente (em que data, ocasião, porque)
- Outro (em que data, ocasião, porque)

2. Uma vez que começada, como é que se faz para parar?

Sondar para

- Aprofundar as dificuldades para deixar?
- Ver se pessoas no grupo já deixaram esta prática, mesmo temporariamente, olhando às ocasiões e motivações?
- Porque retornaram?
- Ver se tem a intenção de deixar a prática um dia: em que condições e quando?

## **II. Socialização**

3. Existem grupos ou organizações (origem geográfica, étnica, religiosa, outro) aos quais adere?

Sondar

- Quantos membros na organização
- As ocasiões em que os membros do grupo reencontram-se

4. Quando tem um problema (saúde, falta ou insuficiência de dinheiro, necessidade de ter notícias da família), à quem dirige-se?

5. Quais são os problemas diários que mais enfrenta?

Deixar responder e sondar:

Falta ou insuficiência de drogas (ver o que determina esta resposta. Ver se é o rendimento/salário, ou o tipo de droga ao qual está habituado não está disponível no mercado)

A violência (sondar origem e envergadura)

6. Considera que o vosso trabalho é socialmente aceitável ou o faz contra a sua vontade?

Sente-se que é aceito(a) pelas pessoas da vizinhança, ou sente-se rejeitado(a)?

7. O que é que pensa que se pode fazer para ajudar você (o quê, quem, como)?

Sondar ajudas psicológicas, espirituais, financeiras, apoio moral, aprofundando as motivações dessas escolhas, nomeadamente sobre as dimensões espirituais.

Ver o que ele(s) a(s) recomendam contra a violência

8. Actualmente qual é o vosso sonho no que diz respeito a família, ao trabalho, ou a vida em geral?

## **III. Conhecimentos dos IST e VIH/SIDA**

9. Quais são os seus conhecimentos sobre o SIDA ?

Deixar responder e sondar as vias de transmissão (sexo, sangue, TMC)

10. Quais as precauções que toma para proteger-se ou proteger os vossos parceiros

11. Alguma vez pensou que pode existir um risco de ser contaminada pelo SIDA ?

Sondar

A estimação do tamanho do risco

As motivações desta apreciação

12. Porque é que na vossa prática não se utiliza seringas descartáveis

13. Em geral, por quem gostaria de ser aconselhada, e receber tratamentos sobre o SIDA ?

Sondar as infra-estruturas de saúde públicas, estruturas privadas, ONG's Associações, medicina tradicional

Fazer o síntese para terminar, e agradecer

### 3. As convenções internacionais sobre a droga

Os anos 60 conheceram um agravamento do consumo de drogas como a LSD, as anfetaminas e o cannabis. Para lutar contra este fenómeno, são criadas várias convenções sob a égide das Nações Unidas (O.N.U):

- 1961: a convenção única sobre os narcóticos, alterada por um protocolo em 1972.
- 1971: a convenção sobre as substâncias psicotrópicas.
- 1988: a convenção contra o tráfico ilícito de narcóticos e de substâncias psicotrópicas.

Estas convenções, pelas quais é proibido a produção, o comércio, a detenção e o uso das drogas (excluindo para fins médicos) influenciou as leis nacionais dos países signatários.

Actualmente, a nossa legislação encontra essencialmente as suas fontes na lei de 31 de Dezembro de 1970, várias vezes actualizada depois disso.

A 1 Novembro de 2002, 179 países tinham ratificado a convenção de 1961, 172 a de 1971 e 166 a de 1988.

O utilizador ou utilizadora de droga é uma pessoa que faz uso de uma ou outra das diferentes categorias de drogas, por absorção por via oral, por inalação ou por injeção. Em relação ao comportamento no consumo da droga, distingue-se:

- I. o uso simples de substâncias psico-activas que não provocam nem complicação, nem prejuízo ligado à saúde do consumidor, excepto de ordem penal ou social;
- II. o abuso (uso nocivo) caracterizado por uma frequência de consumo que pode provocar prejuízos somáticos, psico-afectivos ou sociais. Por conseguinte, envolve um carácter patológico;
- III. a dependência ou a dependência farmacológica, que é um estado psíquico e em certos casos físico, caracterizado por modificações de comportamento que empurram o indivíduo a um consumo contínuo ou periódico de droga com o objectivo de reencontrar efeitos físicos ou de evitar a indisposição da privação.