

# **Estimativa da prevalência e padrões de consumo problemático de drogas em Portugal**

**Relatório apresentado ao Instituto Português da Droga e  
Toxicodependência**

**Universidade do Porto  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação  
Centro de Investigação em Psicologia do Comportamento Desviante e Saúde**

**Julho de 2002**



Autor: Jorge Negreiros

Relatório final apresentado ao Instituto Português da Droga e Toxicoddependência

Universidade do Porto, Julho de 2002

## **Agradecimentos**

A realização dos vários estudos incluídos neste Relatório só foram possíveis devido à colaboração de diversas entidades e pessoas às quais gostaríamos de agradecer (por ordem alfabética):

Direcção-Geral dos Serviços Prisionais

Direcção Nacional do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência, na pessoa do seu Presidente, Dr. Nuno Miguel

Direcção Nacional da Polícia de Segurança Pública

Directores e técnicos do Estabelecimento Prisional do Porto, Estabelecimento Prisional de Beja, Estabelecimento Prisional de Faro e Estabelecimento Prisional de Paços de Ferreira

Direcção da Associação Norte Vida

Direcção do Centro de Saúde de Viseu

Directores da Comunidade Terapêutica do Meilão e Comunidades Terapêuticas da Dianova - casa Azul e casa Grande

Dr. Lucas Wiessing (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência)

Dr<sup>a</sup>. Paula Marques (Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência)

Dr. Fernando Paços (Gabinete de Psicologia da Polícia de Segurança Pública)

Dr<sup>a</sup>. Fernanda Feijão, Dr<sup>a</sup> Carla Antunes e Dr<sup>a</sup> Maria Vasconcelos Moreira (Instituto Português da Droga e Toxicodependência)

Dr. Richard Hartnoll (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência)

Instituto Nacional de Medicina Legal na pessoa do seu Presidente, Prof. Duarte Nuno Vieira

Prof. Doutor Gordon Hay (Centre for Drug Misuse Research da Universidade de Glasgow)

Prof. Doutor Ludwig Kraus (Institute for Therapy Research de Munique)

Responsáveis e agentes das esquadras da PSP de Aveiro, Viseu, Oeiras, Beja e Olhão

Serviço de Epidemiologia do Centro Regional de Saúde Pública do Norte, em especial à Dr<sup>a</sup> Ana Maria Correia

Técnicos da Adeima e dos Gabinetes de Apoio Social dos Bairros da Biquinha, Seixo, Custóias e S. Gens (Matosinhos)

Técnicos e coordenadores dos Centros de Apoio a Toxicodependentes de Matosinhos, Aveiro, Viseu, Oeiras, Beja e Olhão

Técnicos do Centro de Acolhimento Temporário de Vila Nova

## **Preâmbulo**

O presente relatório compreende duas partes distintas. Na primeira parte, descrevem-se os resultados de diferentes estudos cujo principal objectivo consiste em proceder a estimativas da prevalência da população de consumidores problemáticos de drogas em Portugal.

Na segunda parte deste relatório, apresentam-se os resultados de uma investigação destinada a caracterizar de um modo aprofundado, os padrões e natureza do consumo de drogas ilícitas numa amostra de consumidores problemáticos .

Esta investigação estudo constitui, assim, uma extensão da investigação sobre as prevalências dos consumos problemáticos de drogas na medida em que “prolonga” os resultados das estimativas do número de consumidores ao fornecer informações sobre os padrões de consumo, comportamentos de risco e necessidades dos consumidores.

A expressão “consumidores problemáticos de droga” é frequentemente utilizada como de um grupo homogêneo se tratasse. A realidade é, no entanto, bem distinta.

Com efeito, a população-alvo de um estudo sobre “consumidores problemáticos de drogas” pode incluir, no mínimo, três grupos distintos: a) os consumidores definidos em função da frequência do consumo de drogas; b) os consumidores definidos em termos do risco médico, psicológico ou social associado, directa ou indirectamente, ao consumo de drogas; c) os dependentes de drogas, definido em termos de critérios como a tolerância, existência de síndrome de abstinência e da impossibilidade de parar os consumos.

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CDI-10<sup>o</sup> revisão), o uso problemático de drogas pode ser definido como “um consumo pernicioso ou uma dependência de substâncias psicoactivas” (WHO, 1992).

O consumo pernicioso é definido como “um padrão de consumo de substâncias psicoactivas que causa prejuízos para a saúde física ou mental”.

Por outro, o síndrome de dependência é definido como “um conjunto de fenómenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após o uso repetido de substâncias e que incluem tipicamente um forte desejo de consumir a droga, dificuldades em controlar o seu uso, persistência do consumo apesar das consequências negativas, uma prioridade elevada atribuída ao uso de drogas em detrimento de outras actividades e obrigações, aumento da tolerância e possibilidade de ocorrência de estados de privação”.

O presente estudo tem como população-alvo os consumidores problemáticos de drogas. A definição do conceito de consumo problemático de drogas integra, como se viu, aspectos que se prendem com o padrão de consumo utilizado pelo consumidor (e.g., consumo regular) mas igualmente com as consequências que estão associadas a esse padrão de consumo (aos níveis médico, social e psicológico).

Uma dimensão essencial da definição de consumo problemático diz igualmente respeito ao tipo de drogas utilizadas. Determinadas substâncias em virtude não só das suas propriedades farmacológicas mas igualmente dos modos de utilização cultural que lhes estão associados, constituem, indubitavelmente, um sério problema para o indivíduo e para a sociedade.

Impõe-se, no entanto, a adopção de uma definição mais operacional de “uso de drogas problemático” já que a maioria da informação epidemiológica não permite a aplicação de definições mais elaboradas e complexas. Esta limitação é particularmente evidente em certas fontes de informação por nós contactadas as quais pela própria natureza da sua actividade (e.g. polícias, tribunais) tornam inviável a adopção de definições mais elaboradas do conceito de “uso problemático de drogas”.

Deste modo, a definição de “Consumo problemático de droga” adoptada neste relatório coincide com a que é proposta pelo Observatório Europeu das Drogas e Toxicodependência (EMCDDA, 2000; 1997).

Assim, o consumo problemático de drogas é definido como o uso de drogas por via intravenosa ou o uso regular/de longa duração de drogas opiáceas, cocaína e/ou anfetaminas. A definição exclui, assim, o consumo de ecstasy e de cannabis bem como os consumidores de drogas opiáceas, cocaína e anfetaminas desde que

sejam consumidos numa base irregular. As drogas opiáceas incluem os opiáceos prescritos como a metadona.

Para produzir as estimativas sobre a prevalência dos consumidores problemáticos de drogas em Portugal foram utilizados os seguintes métodos:

- Três métodos multiplicação baseados, respectivamente, nos dados da polícia, em dados sobre os toxicodependentes em tratamento e em dados referentes à mortalidade relacionada com drogas;

- O método *Back-calculation* e;

- O método captura-recaptura

Relativamente a cada um destes métodos serão enunciados os requisitos básicos associados à sua utilização bem como os resultados obtidos no que se refere à sua aplicação à realidade nacional.

## Índice

<b>Preâmbulo</b>	<b>6</b>
<b>PARTE I - Estimativa da prevalência dos consumidores problemáticos de drogas em Portugal</b>	<b>11</b>
<b>Capítulo 1. Introdução</b>	<b>12</b>
1.1 Características gerais da população portuguesa	12
<b>Capítulo 2. Métodos multiplicadores</b>	<b>14</b>
2.1 Método multiplicador utilizando dados sobre o tratamento	14
2.2 Método multiplicador utilizando dados da polícia	22
2.3 Método multiplicador com base nos dados sobre a mortalidade relacionada com drogas	27
<b>Capítulo 3. Método baseado nos dados epidemiológicos da infecção VIH (<i>Back-calculation</i>)</b>	<b>31</b>
3.1 Introdução	31
3.2. O método <i>Back-calculation</i>	32
3.3 A infecção VIH/Sida em Portugal	33
3.4 A aplicabilidade da fórmula a nível nacional	34
3.5 Metodologia	39
3.6 Resultados	42
3.7 Conclusão	56
<b>Capítulo 4. Método captura-recaptura</b>	<b>59</b>
4.1 Aplicação do método	59

4.2 Procedimentos	61
4.3 Fontes de informação	62
4.4 Critérios de inclusão e codificação dos dados	65
4.5 Resultados	66
<b>Capítulo 5. Síntese e discussão</b>	<b>107</b>
<b>PARTE II- Padrões e natureza do consumo problemático de drogas</b>	<b>111</b>
<b>Capítulo 1. Introdução</b>	<b>112</b>
<b>Capítulo 2. Método</b>	<b>114</b>
2.1 Sujeitos	114
2.2 Procedimentos	116
<b>Capítulo 3. Resultados</b>	<b>118</b>
3.1 Padrões de consumo	118
3.2 Modos de administração das drogas	122
3.3 Comportamentos de risco e prevenção	127
3.4 Percepções relativas ao risco de contrair VIH/SIDA	130
3.5 Efeitos das campanhas de prevenção na modificação de comportamentos em relação às drogas	136
3.6 Saúde e tratamento	140
3.7 Actividade delituosa	150
3.8 Expectativas em relação à evolução do consumo de drogas	152
<b>Capítulo 4. Discussão e conclusões</b>	<b>160</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>163</b>
<b>Anexos</b>	
Anexo 1 Captura-recaptura: ficha para a recolha dos dados	170
Anexo 2 Guião de entrevista	174

## **PARTE I**

### **Estimativas da prevalência dos consumidores problemáticos de drogas em Portugal**

## Capítulo 1. Introdução

### 1.2 Características gerais da população portuguesa

Os resultados do censo 2001 (INE, 2001) revelam que Portugal tem uma população de 10 318 084 indivíduos (Quadro 1.1). Por outro lado, a população que se situa na faixa etária dos 15-64 anos totaliza 6 790 140 indivíduos.

Os resultados do censo 2001 mostram ainda que o número de mulheres mantêm-se superior ao número de homens (Quadro 1.1). Com efeito, a proporção é de 100 mulheres para 93 homens.

**Quadro 1.1 Distribuição da população portuguesa**

	<i>1991</i>	<i>2001</i>	<i>Variação (%)</i>
<b>TOTAL</b>	9 867 147	10 318 084	+ 4.6
<b>Homens</b>	4 756 775	4 988 060	+ 4.9
<b>Mulheres</b>	5 110 372	5 330 024	+ 4.3

(Fonte: INE, 2001)

No Quadro 1.2 pode observar-se a distribuição da população em função das diferentes regiões do país. Apresenta-se, para fins comparativos, o número da habitantes existente em 1991.

Exceptuando a década de 1960-70, tem-se verificado um aumento gradual da população residente em Portugal. Na última década, em particular, registou-se um aumento de 450 900 pessoas. Este aumento parece ficar a dever-se quer ao fluxo de trabalhadores migrantes bem como a um aumento natural da população.

**Quadro 1.2 População portuguesa por região**

<i>Região</i>	<i>N</i> <i>1991</i>	<i>N</i> <i>2001</i>	<i>Variação</i> <i>%</i>
<b>Norte</b>	3,472,715	3,680,378	6
<b>Centro</b>	1,721,650	1,782,286	3,4
<b>Lisboa e Vale do Tejo</b>	3,290,795	3,447,173	4,8
<b>Alentejo</b>	549,362	534,365	-2,7
<b>Algarve</b>	341,404	391,819	14,8

(Fonte: INE, 2001)

## Capítulo 2. Métodos multiplicadores

### 2.1 Método multiplicador utilizando dados sobre o tratamento

#### 2.1.1 Aplicação do método

Este método faz uma extrapolação do número de consumidores problemáticos de drogas durante um determinado período de tempo, usualmente um ano. O factor de extrapolação é a taxa estimada de indivíduos em tratamento e deve basear-se em inquéritos junto de consumidores problemáticos de drogas (EMCDDA, 2000; 1999).

Assim, se T for o total estimado de consumidores problemáticos de drogas e B o número total de consumidores problemáticos que recorreram ao tratamento num determinado ano, e C a taxa estimada de indivíduos em tratamento, então :

$$T = B/C.$$

A aplicação deste método envolve, deste modo, diferentes etapas:

#### Etapa 1 – Cálculo do marcador (“benchmark”)

Esta etapa implica efectuar um levantamento do número de consumidores problemáticos registados nas instituições de tratamento de toxicodependentes. Para tal é necessário que o país disponha de uma sistema de âmbito nacional de tratamento para toxicodependentes.

#### Etapa 2- Estimativa do multiplicador

Trata-se, como já se referiu, de efectuar uma estimativa da taxa de consumidores problemáticos em tratamento (i.e., a percentagem da população toxicodependente que esteve a receber tratamento num determinado ano).

Idealmente, para se efectuar a estimativa deste multiplicador seria necessário ter acesso a uma amostra aleatória de consumidores de drogas. Facilmente se reconhece a dificuldade de uma tal tarefa a qual implicaria a obtenção de uma lista de todos os consumidores de drogas a partir da qual se seleccionaria a referida amostra.

As entrevistas a terapeutas constituem outro método utilizado para calcular a taxa de consumidores problemáticos em tratamento. Este método apresenta, no entanto, óbvias limitações que se prendem com o modo idiossincrático como os profissionais percebem o número de consumidores problemáticos de drogas em tratamento. Admite-se igualmente que essa percepção possa traduzir uma sobrestimativa do número de consumidores de drogas que recorrem ao tratamento.

A estimativa do multiplicador pode ainda basear-se numa “amostragem local”. Neste método, um certo número de consumidores de drogas são seleccionados em uma ou mais regiões geográficas, nos locais onde se concentram e inquiridos acerca da possibilidade de terem recorrido a um tratamento para o seu problema com as drogas (Taylor, 1997).

A população de indivíduos que recorrem ao tratamento é utilizada como multiplicador para fornecer uma estimativa do número total de consumidores de drogas tomando como critério os dados sobre a proporção de indivíduos que recorreram a centros de tratamento.

Etapa 3 - Estimativa do número de consumidores

A terceira e última etapa associada à aplicação do método multiplicador utilizando dados do tratamento, implica o cálculo da estimativa do número de consumidores problemáticos de drogas, de acordo com a fórmula  $T=B/C$ .

### **2.1.2 Aplicação do método em Portugal**

Portugal, à semelhança de outros países Europeus, desenvolveu nos últimos anos um sistema de tratamento destinado especificamente a consumidores problemáticos de drogas. De acordo com diferentes estimativas, cerca de 10-80% do número total de toxicodependentes recorrem aos serviços desse sistema de tratamento (Simon, 1997).

Em Portugal esse sistema inclui a rede nacional de Centros de Apoio a Toxicodependentes (CAT's) a qual proporciona uma elevada cobertura em termos da prestação de serviços de tratamento para consumidores problemáticos de drogas.

Em 2000, o número de CAT s atingia 50 (SPTT, 2000). Simultaneamente, o número de comunidades terapêuticas ascendia a sessenta e sete, das quais sessenta e quatro são privadas mas com financiamento público (Quadro 2.1).

Importa sublinhar que os utentes dos Centros de Apoio a Toxicodependentes integram uma população de consumidores problemáticos de drogas muito heterogénea. Alguns aspectos ressaltam, todavia, em termos da caracterização dos utentes destes serviços públicos de apoio a toxicodependentes.

Verifica-se, por exemplo, uma nítida predominância de indivíduos do sexo masculino, os quais representavam, em 1999, 84% dos utentes que recorriam aos CAT's (SPTT, 2000).

**Quadro 2.1 Comunidades terapêuticas**

	1998	1999	2000
<b>Número total de CT's</b>	62	63	67
<b>Número total de consumidores de drogas em tratamento</b>		3372	3965

(Fonte: SPTT, 2000)

Uma vasta maioria dos utentes tem idades que se situam entre os 20 e os 39 anos. O escalão etário mais representado é o dos indivíduos com idades compreendidas entre os 25 e os 29 anos (cerca de 28% em 1999), seguindo-se os indivíduos que se situam na faixa etária dos 30-34 (24.5% em 1999). O escalão etário dos 20 aos 24 anos representou, no referido ano, cerca de 20% da totalidade dos utentes que recorreram a um CAT.

No que diz respeito ao perfil do utente do CAT em termos dos seus padrões de consumo de drogas, verifica-se que a maioria dos indivíduos consome heroína (cerca de 84% com base em dados recolhidos durante o primeiro semestre de 1999, SPTT, 2000). A percentagem de consumidores de cocaína é, contudo, elevada já que, de acordo com as mesmas fontes, cerca de 43% dos utentes consumiu essa droga durante o período mencionado.

Embora cada CAT utilize o seu sistema de registo de dados, a partir de 1998, foram adoptados alguns critérios comuns de registo, particularmente os relacionados com: a) o número total de consultas; b) o número de pedidos de primeiras consultas; c) o número de consumidores problemáticos activos em tratamento.

Essa informação aparece sumariada no Quadro 2.2. Como se verifica, os dados referentes ao número total de consumidores activos em tratamento num determinado ano bem como o número de indivíduos que efectuaram primeiras consultas nos CAT's só estão disponíveis a partir de 1998.

Importa ainda destacar o facto de se ter registado um acentuado aumento do número de consumidores activos em tratamento nos CAT's de 1998 para 1999 o qual passou de 23.654 para 27.759 utentes. De 1999 para 2000 o aumento é, no entanto, menos acentuado. Este dado poderá ter inúmeras interpretações sendo a mais óbvia a que se relaciona com o próprio crescimento da oferta de CAT's.

**Quadro 2.2. Dados sobre os Centros de Apoio a Toxicodependentes (1994-2000)**

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
<b>Número total de consultas</b>	93.850	133.009	171.952	207.405	300.485	278.047	229.102
<b>Número de Centros de Apoio a Toxicodependentes</b>	26	32	35	39	45	50	50
<b>Número de consumidores activos em tratamento</b>					23.654	27.750	29.204
<b>Número de primeiras consultas</b>					8935	9991	9559

(Fonte: SPTT, 2000)

No que se refere ao número de primeiras consultas, observa-se igualmente um nítido aumento de 1998 para 1999 e uma ligeira diminuição do número de primeiras consultas de 1999 para o ano 2000. Estes resultados dificilmente poderão ter uma interpretação unívoca sendo problemático, por exemplo, concluir que exprimam uma estabilização do número de consumidores problemáticos de drogas.

O Quadro 2.3 mostra a distribuição dos consumidores activos em tratamento por região geográfica, referente aos anos de 1998-2000.

Como se verifica, a região do Norte e a de Lisboa e Vale do Tejo representaram, nos três anos considerados, cerca de 2/3 do número total de consumidores problemáticos de drogas activos em tratamento nos CAT's.

**Quadro 2.3 Consumidores activos em tratamento por região geográfica**

	1998	1999	2000
<b>Norte</b>	8 069	8 938	9 573
<b>Centro</b>	4 337	4 816	4 973
<b>Lisboa e Vale do Tejo</b>	8 298	10 615	10 914
<b>Alentejo</b>	920	1 231	1 448
<b>Algarve</b>	2 030	2 150	2 296
<b>Total</b>	23 654	27 750	28 204

(Fonte: SPTT, 2000)

De salientar ainda o facto de o aumento gradual já referido em termos do número de toxicodependentes activos que recorrem aos CAT's não registar discrepâncias assinaláveis em função das várias regiões do país.

### **2.1.3 Estimativa do multiplicador**

Com vista a proceder a uma estimativa da taxa de indivíduos em tratamento, procedemos a um estudo em “meio natural” o qual recorreu a uma amostra de trinta e oito consumidores problemáticos de droga, residentes em diferentes bairros sociais do Concelho de Matosinhos.

#### *Caracterização geral da amostra*

Para serem incluídos na amostra, os sujeitos tinham que ser consumidores de drogas por via endovenosa ou consumidores de longa duração/uso regular de

drogas ilícitas. Incluíram-se igualmente os sujeitos abstinentes de drogas há menos de 12 meses ou ainda em tratamento em programas de metadona.

Para sinalizar os indivíduos toxicodependentes nos bairros sociais foram adoptados os seguintes procedimentos:

- a) Recorrendo ao apoio dos técnicos de serviço social, os quais identificaram os toxicodependentes nos processos existentes nos gabinetes de apoio social.
- b) Com base no conhecimento das assistentes sociais acerca das famílias com elementos com toxicodependentes residentes nos bairros;
- c) Através da indicação de toxicodependentes entrevistados os quais permitiram aceder ao contacto de conhecidos ou familiares seus, também toxicodependentes;
- d) Mediante a informação dada por pessoas não consumidoras residentes nos bairros.

Foi elaborado um guião de entrevista destinado a recolher informação muito diversificada sobre os padrões de consumo de drogas, comportamentos e necessidades dos entrevistados (Cf. Anexo 1) .

O guião de entrevista utilizado abordava, entre outras áreas, aspectos que se prendem genericamente com a saúde e o tratamento. Uma questão indagava se o indivíduo tinha recorrido, durante o último ano, a qualquer modalidade de tratamento para o seu problema com as drogas e, em caso afirmativo, qual o tipo de instituição/serviço a que recorreu.

Dos trinta e oito indivíduos entrevistados, trinta e cinco eram do sexo masculino e três do sexo feminino. A média das idades era de 31 anos, apresentando os entrevistados idades que oscilavam entre os 17 e os 47 anos. Cerca de 95% por cento dos sujeitos tinham como habilitações literárias máximas o 6º ano de escolaridade; 73% encontrava-se desempregado à data da realização das entrevistas.

As principais drogas utilizadas pelos entrevistados eram a heroína e a cocaína. A heroína era consumida por 44,7% dos sujeitos. O consumo de cocaína aparecia sempre associado ao uso de heroína e representava, nesta amostra, cerca de 31,5% dos sujeitos.

A cannabis foi a droga de início para 92.1% dos entrevistados. Três sujeitos, admitem, no entanto, que a heroína foi a droga de início. Para 94,7% dos sujeitos, a heroína constitui a droga de abuso principal. Somente um entrevistado considerou a cocaína como a droga de abuso principal e outro a cocaína e a heroína.

Dos trinta e oito sujeitos entrevistados, vinte e quatro referiram que recorreram a um CAT, nos últimos 12 meses, para receber apoio para o seu problema com as drogas. Os vinte e quatro consumidores representam uma proporção de 24/38 e conduzem a um multiplicador de 0.63. Atendendo ao tamanho reduzido da amostra bem como à ausência de informações sobre esta questão noutras regiões do país, pareceu-nos razoável estabelecer um intervalo de 0.60-0.70.

A aplicação deste multiplicador ao número total de consumidores de drogas que recorreram ao tratamento num CAT durante o ano 2000, conduz a uma estimativa da população de consumidores que oscila entre 41 720 se o multiplicador for 70% e 48 673 se o multiplicador for 60%.

Se considerarmos o grupo etário com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (6 790 140 indivíduos), obtem-se uma taxa de prevalência de consumidores problemáticos que oscila entre 4.0 – 4.7 consumidores por mil habitantes.

#### **2.1.4 Sumário**

O Quadro 2.4 sumariza a informação básica referente à aplicação deste método multiplicador com vista a uma estimativa do uso problemático de drogas em Portugal.

Importa referir que a estimativa do multiplicador foi efectuada com base nas respostas dadas por uma amostra bastante restrita de consumidores. De futuro, será necessário constituir uma amostra que integre consumidores provenientes de diferentes áreas do país.

**Quadro 2.4 Aplicação do método de multiplicação com base nos dados sobre o tratamento**

<i>Ano</i>	<i>2000</i>
<b>Método</b>	Método multiplicador utilizando dados do tratamento
<b>Definição da população-alvo</b>	Consumidores de drogas por via intravenosa ou longa duração/uso regular de opiáceos, cocaína e /ou anfetaminas
<b>Fonte</b>	Centros de Apoio a Toxicodependentes
<b>Estimativa da prevalência</b>	41 720 - 48 673
<b>População total</b>	6 790 140
<b>Idade</b>	15-64
<b>Taxa /1000</b>	6.1 – 7.1

Convirá igualmente ponderar a possibilidade de recorrer a outros métodos mais precisos para a obtenção da taxa de indivíduos consumidores problemáticos que recorre aos CAT's, como o que se baseia nos dados fornecidos pelo método captura-recaptura.

## **2.2 Método multiplicador utilizando dados da polícia**

### **2.2.1 Aplicação do método**

Neste método, utiliza-se o número de consumidores de drogas registados pela polícia, num determinado ano, obtendo-se uma estimativa da prevalência dos consumidores de acordo com a fórmula (EMCDDA, 2000; 1999):

T = total estimado de consumidores problemáticos de drogas

B = número de consumidores de drogas registados num determinado ano

C = proporção de consumidores de drogas que entram em contacto com a polícia

$$T = B/C$$

As etapas envolvidas na aplicação deste método, são, assim, idênticas às já referidas a propósito do método multiplicador utilizando dados do sistema de tratamento, nomeadamente:

#### Etapa 1

O marcador representa o número de consumidores problemáticos de drogas registados pela polícia. Se não existir um sistema de registo policial a nível nacional torna-se necessário estimar a taxa de cobertura para extrapolar para todo o país.

#### Etapa 2

Nesta etapa, trata-se de proceder à estimativa da proporção de consumidores de drogas que foram detectados pela polícia.

#### Etapa 3

A etapa 3 envolve efectuar os cálculos de acordo com a fórmula  $T = B/C$ .

### **2.2.2 Aplicação do método em Portugal**

Este método multiplicador baseia-se nos registos efectuados pela polícia no que se refere à prática de crimes de consumo, tráfico/consumo e tráfico. Em Portugal, esta tarefa compete à Polícia Judiciária.

O Quadro 2.5 apresenta o número de total de intervenções policiais e em função do tipo de delito, durante os anos de 1998-2000.

**Quadro 2.5 Número de intervenções e tipo de delitos relacionados com as drogas**

<i>Ano</i>	<i>Tráfico</i>	<i>Tráfico-consumo</i>	<i>Consumo</i>	<i>TOTAL</i>
<b>1998</b>	1 831	2 654	6 910	11 395
<b>1999</b>	1 790	3 200	8 030	13 020
<b>2000</b>	2 478	3 806	7 592	14 274 *

(Fonte: Polícia Judiciária, 1999; 2000)

\* Este número inclui 400 casos cuja distribuição por tipo de delito não foi possível efectuar

Como se constata, verifica-se um nítido aumento do número de intervenções policiais relacionadas com drogas. Em 1998, a polícia, efectuou 11 395 intervenções relacionadas com drogas, valor que atinge 13 020 casos em 1999 e 14 274 em 2000.

Importa ainda sublinhar que, apesar disso, de 1999 para 2000 diminuiu o número de intervenções policiais relacionadas estritamente com delitos de consumo de drogas.

### **2.2.3 Estimativa do multiplicador**

Para proceder a uma estimativa deste multiplicador, recorreremos a duas amostras purpositivas constituídas por consumidores problemáticos de drogas.

A primeira, incluiu a já referida amostra de trinta e oito consumidores problemáticos de droga, residentes em diferentes bairros sociais do Concelho de Matosinhos. A segunda foi seleccionada num Centro de Apoio a Toxicodependentes situada na mesma área geográfica.

### *Caracterização geral da amostra*

Para serem incluídos na amostra, os sujeitos tinham que ser consumidores de drogas por via endovenosa ou consumidores de longa duração/uso regular de drogas ilícitas. Incluíram-se igualmente os sujeitos abstinentes de drogas há menos de 12 meses ou ainda em tratamento em programas de metadona.

No total foram entrevistados setenta e oito consumidores, sendo quarenta provenientes de um CAT e os restantes da já referida amostra de consumidores problemáticos residentes em bairros sociais.

No seu conjunto, os sujeitos apresentavam uma média de idades de 30.8 anos. Cerca de 96% dos entrevistados eram do sexo masculino.

Para 93.5% dos entrevistados a heroína constituía a droga de abuso principal. O modo de administração predominante era o fumado, sendo praticado por 66.6% dos consumidores problemáticos de drogas entrevistados.

Para 84.6% dos sujeitos o cannabis foi a droga de início, sendo a média das idades em que começaram a consumir a droga de início os 16.4 anos.

O guião da entrevista incluía uma secção destinada a avaliar a eventual prática de actos delituosos. Uma lista de infracções e crimes era apresentada ao sujeito no sentido de averiguar se alguma vez terá sido acusado ou condenado pela práticas desses delitos.

A maioria dos entrevistados tinha antecedentes no que se refere à prática de actos delituosos. Cerca de 60% dos entrevistados reconheceu já se ter envolvido em actividade ilegais para obter drogas. Uma percentagem idêntica de sujeitos (59.3%) referiu ter já sido acusado ou condenado pela prática de furtos (sem arma e sem ameaça de violência sobre a pessoa). Os crimes de roubo (com utilização de uma arma ou ameaça de violência sobre a pessoa) foram praticados por 23.2% dos inquiridos.

Tendo em vista proceder à estimativa do multiplicador, os 77 consumidores foram inquiridos sobre duas questões essenciais: 1) quantos dos seus amigos/as usaram drogas regularmente, nos últimos 12 meses e; 2) quantos desses amigos/as foram detectados pela polícia nos últimos 12 meses.

A análise das respostas a estas duas questões permitiu estabelecer um multiplicador de 0.22. Atendendo ao tamanho reduzido da amostra bem como à

ausência de informações sobre esta questão noutras regiões do país, pareceu-nos razoável estabelecer um intervalo de 0.20 - 0.25.

Aplicando este multiplicador à população de consumidores problemáticos de drogas que esteve em contacto com a polícia no ano de 2000, devido a consumo e/ou tráfico/consumo, obtem-se uma estimativa da população de consumidores problemáticos de drogas de 58 980, se for utilizado o multiplicador de 20%, e de 47 184, se 25% for adoptado como multiplicador.

#### 2.2.4 Sumário

O Quadro 2.6 sumariza a informação básica referente à aplicação deste método multiplicador com vista a uma estimativa da prevalência do uso problemático de drogas em Portugal.

**Quadro 2.6 Aplicação do método multiplicador com base nos dados policiais**

<i>Ano</i>	<i>2000</i>
<b>Método</b>	Multiplicador recorrendo aos dados da polícia
<b>População-alvo</b>	Consumidores de opiáceos, cocaína, cannabis
<b>Fonte</b>	Registos da Polícia judiciária
<b>Estimativa da prevalência</b>	47 184 – 58 980
<b>População total</b>	6 790 140
<b>Idade</b>	15-64
<b>Taxa /1000</b>	6.9 – 8.6

## **2.3 Método multiplicador com base nos dados sobre a mortalidade relacionada com drogas**

### **2.3.1 Aplicação do método**

Este método tem sido extensivamente utilizado para efectuar estimativas da prevalência do consumo de drogas (e.g., Frischer, 1987; Puchel, 1997; Saetan, 1997; Hammersley et al., 1995).

A estimativa é baseada no número total de mortes relacionadas com drogas num determinado período e na taxa de mortalidade dos consumidores problemáticos de drogas (EMCDDA, 2000; 1999):

T = total estimado de consumidores problemáticos de drogas

B = número de mortes relacionadas com drogas

C = taxa de mortalidade

$T = B/C$

As etapas envolvidas na aplicação deste método, são, assim, idênticas às já referidas a propósito do método multiplicador utilizando dados do sistema de tratamento e da polícia, a saber:

#### **Etapa 1**

Procede-se ao estabelecimento do número total de mortes relacionadas com drogas o qual pode ser determinado através dos registos nacionais ou regionais sobre o número de óbitos.

#### **Etapa 2**

O estabelecimento de uma taxa de mortalidade anual (i.e., a percentagem de mortes por ano entre grupos específicos de consumidores de droga) pode ser obtida através de estudos de cohort junto de consumidores em tratamento (Davoli, 1997) ou através dos resultados da literatura centrados na estimativa das taxas de mortalidade. Dum modo geral, os estudos apontam para taxas de mortalidade

anual que oscilam entre 1-2%. O multiplicador é, assim, calculado com base na taxa de mortalidade.

### Etapa 3

A etapa 3 envolve efectuar os cálculos de acordo com a fórmula  $T = B/C$ .

### **2.3.2 Aplicação do método em Portugal**

Este método multiplicador baseia-se nos registos sobre o número total de mortes relacionadas com drogas num determinado período de tempo, usualmente um ano. Em Portugal, esta tarefa compete ao Instituto Nacional de Medicina Legal.

Importa sublinhar que as estimativas efectuadas com base neste método basearam-se nos registos de mortes relacionadas com drogas dos posteriormente extintos Institutos de Medicina Legal do Porto, Coimbra e Lisboa. Nesse sentido, os dados apresentados não têm um âmbito nacional reflectindo, unicamente, a situação nas zonas abrangidas pelas referidas instituições.

O Quadro 2.7 apresenta o número de mortes relacionadas com drogas em Lisboa, Porto e Coimbra, desde 1994.

As drogas envolvidas na maioria mortes são a heroína, isoladamente ou em conjunto com a cocaína. Por exemplo, análises toxicológicas conduzidas no Instituto de Medicina Legal do Porto permitiram concluir que das 115 mortes registadas nesse ano, quarenta e quatro foram causadas exclusivamente pelo consumo de heroína e cinquenta e três pelo consumo cumulativo de heroína e cocaína.

Verificou-se igualmente que a vasta maioria dos óbitos eram de indivíduos pertencentes ao sexo masculino. Assim, 101 sujeitos eram homens e quatro eram mulheres.

Uma dificuldade associada à utilização deste método prende-se com o facto de os antigos três Institutos de Medicina Legal não partilharem um sistema comum de classificação das causas de morte relacionadas com drogas.

Em 2000, por exemplo, o Instituto de Medicina Legal do Porto, utilizou o seguinte sistema de classificação: a) overdose (32 indivíduos); b) causas naturais (48); c) suicídio (7); d) homicídio (4) e; e) acidente (9). As mortes por overdose

registadas nesse Instituto representaram no ano 2000 cerca de 30% da totalidade das mortes relacionadas com drogas.

**Quadro 2.7 Mortalidade relacionada com drogas (todos os tipos de causas)**

<i>Região</i>	<i>1994</i>	<i>1995</i>	<i>1996</i>	<i>1997</i>	<i>1998</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>
<b>Porto</b>	20	65	80	73	95	115	100
<b>Coimbra</b>	17	18	30	34	24	38	49
<b>Lisboa</b>	105	112	121	126	212	214	169
<b>Total</b>	143	198	232	235	337	369	318

Fonte: Institutos de Medicina Legal

Em todo o caso, os dados existentes nos antigos Institutos de Medicina Legal referem-se a todos os tipos de causas de mortes relacionadas com o consumo de drogas.

### **2.3.3 Taxas de mortalidade relacionada com drogas**

No ano 2000, o número de mortes relacionadas com drogas, nas cidades do Porto Coimbra e Lisboa, foi de 318. Aplicando a taxa de mortalidade de 1% às 318 mortes relacionadas com drogas registadas em 2000, obtem-se uma estimativa de 31 800 consumidores problemáticos; aplicando o multiplicador de 2% obtem-se uma estimativa de 15 900 toxicodependentes, para as três zonas urbanas consideradas.

Por último, importa salientar que esta estimativa refere-se, quase exclusivamente, a consumidores de drogas injectáveis não incluindo, assim, os consumidores problemáticos que recorrem a outros modos de administração das drogas como o fumado.

## **2.4 Sumário**

O Quadro 2.8 sumariza a informação básica referente à aplicação deste método multiplicador com vista a uma estimativa do uso problemático de drogas em Portugal.

**Quadro 2.8 Aplicação do método multiplicador utilizando dados sobre a mortalidade relacionada com drogas**

<i>Ano</i>	<i>2000</i>
<b>Método</b>	Método multiplicador com base nos dados sobre mortalidade relacionada com drogas
<b>População-alvo</b>	Consumidores de drogas opiáceas, cocaína, anfetaminas, cannabis e álcool
<b>Fonte</b>	Institutos de Medicina Legal
<b>Estimativa da prevalência</b>	15 900 - 31 800
<b>População total</b>	6 790 140
<b>Idade</b>	15-64
<b>Taxa /1000</b>	2.3 – 4.6

Foram já enunciadas algumas limitações deste método multiplicador aplicado à situação portuguesa. De facto, a estimativa apresentada exclui a população de consumidores problemáticos que não habita nas zonas do Porto, Coimbra e Lisboa, representando, por isso, uma subestimativa acentuada da prevalência dos consumidores problemáticos existentes em Portugal.

Para além disso, a população-alvo compreende, essencialmente, consumidores de drogas por via endovenosa, o que constitui outra razão para o valor tão baixo que foi encontrado.

Acresce que nem todas as mortes relacionadas com drogas são identificadas e registadas nas zonas onde funcionavam os antigos Institutos de Medicina Legal.

Por último, a codificação das causas de morte relacionada com drogas não tem sido uniforme em Portugal, um aspecto que se espera venha a ser ultrapassado com a reorganização em curso e a adopção de um sistema de codificação baseado no ICD-10.

## **Capítulo 3. Método baseado nos dados epidemiológicos da infecção VIH (*Back-calculation*)**

\* Capítulo elaborado por Marina Prista Guerra (U.P.)

### **3.1 Introdução**

Este relatório, que se insere no projecto “Estimativa da Prevalência do Consumo Problemático de drogas em Portugal, circunscreve-se a um estudo parcelar baseado no método *Back-calculation*.

Desenvolver-se-á em duas partes. A primeira parte dará conta da revisão da literatura em geral, abordando em primeiro lugar, a explicação do método referido, normalmente conhecido, por *Back-calculation*. Seguidamente apresentaremos a situação da infecção VIH/Sida e as repercussões do conhecimento das informações oficiais disponíveis, para finalizando esta primeira parte, expormos a aplicabilidade da fórmula do método referido no nosso País numa integração desses conhecimentos.

A segunda parte será dedicada à metodologia geral adoptada nesta investigação, extensível a seis sub-estudos que serão efectuados em função dos Distritos estudados bem como a um sétimo estudo a nível nacional. Abordará os participantes, material e procedimentos assumidos.

Seguindo os passo da metodologia explicada, apresentará os resultados e a discussão dos seis estudos prévios e da estimativa final do número de toxicodependentes que usam a via injectável por Distrito e a nível nacional. Por último, será feita a discussão final onde se apresentam as principais conclusões e se enfatizam as limitações deste método.

### 3.2. O método *Back-calculation*

O método “back – calculation” (Método multiplicador baseado nos dados epidemiológicos da infecção VIH), procura determinar a estimativa do número de toxicodependentes que usam via injectável a nível nacional .

O referido método tem sido usado em vários países e baseia-se em conhecimentos epidemiológicos da propagação do vírus VIH na população geral e na população toxicodependente que usa via endovenosa com o objectivo estimar essa população (Sartor., Walckiers, Sasse e Bils, 2001; European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2001).

Recentemente a denominação, *Back-calculation*, foi alterada para “Reformulated multiplier method based on VIH statistic”, tratando-se, portanto, da versão actualizada do método *Back-calculation* a que apresentamos neste relatório.

A aplicação do método pode ser resumida através da seguinte fórmula:

- »  $n_{IDU} = n_{IDU/VIH}$  (Número de toxicodependentes entre os casos de VIH/Sida)
- » (VIH/IDU) (proporção de infectados pelo VIH numa amostra representativa de toxicodependentes que usem via endovenosa)
- »  $n_{IDU}$ =(número estimado de toxicodependentes que usam via endovenosa) “intravenous drug users”.

A aplicação deste método implica a recolha de informação sobre a proporção de contaminação VIH/Sida entre os toxicodependentes que usam via endovenosa através da selecção de uma amostra representativa da população toxicodependente do país (denominador). Implica igualmente conhecer o número de toxicodependentes entre os casos declarados de Sida ou VIH a nível nacional (numerador).

Para se poder estimar esse número e prosseguir com a investigação é necessário, primeiro, analisar cuidadosamente a situação da infecção VIH/Sida em Portugal, não só a nível nacional, mas a nível regional pois as discrepâncias detectadas são muitas.

### **3.3 A infecção VIH/Sida em Portugal**

Ao longo dos anos temos acompanhado a evolução da epidemia Sida, em Portugal e no Mundo e as repercussões na adaptação das pessoas seropositivas e da sociedade (Guerra, 1989, 1991, 1992,1994, 1995, 1997a, 1997b, 1997c,1998a, 1998b).

Desde o início da epidemia, tem havido evoluções diferentes, nos grupos tradicionalmente mais atingidos, a nível mundial: heterossexuais, homossexuais e toxicod dependentes que não é constante nas diversas regiões do globo.

Portugal é um dos países da Europa Ocidental que tem, desde o início da epidemia, uma das proporções acumuladas mais elevada de seropositivos e/ ou com Sida que são toxicod dependentes utilizadores da via endovenosa.

A percentagem deste grupo é presente e cumulativamente de 49,5% para os casos de Sida e de 55,3% para os portadores assintomáticos, e 46,2% para o complexo relacionado com a sida.

Comparativamente, o grupo dos heterossexuais apresenta, relativamente aos casos de doença declarada, uma percentagem de 24% e para os seropositivos de 28,4 % e para os casos de complexo relacionado com a sida de 28% (CNLCS, 2001a).

Ao longo deste relatório, trataremos conjuntamente portadores assintomáticos, sida declarada e complexo relacionado com a sida pois todas estas condições pressupõem a infecção do VIH desde os estados iniciais até mais desenvolvidos necessárias à aplicação do método.

Somente Itália e Espanha têm, entre os doentes de Sida ou seropositivos, uma percentagem de toxicod dependentes que usem via endovenosa superior à de Portugal. (CNLCS, 2001b; European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS.2001).

Em Portugal verificou-se um crescimento, desde o início da epidemia, da percentagem de pessoas portadoras do vírus que são toxicod dependentes, tendo começado só recentemente a diminuir, mas mantendo ainda uma percentagem cumulativa crescente. Este aumento é extensivo aos heterossexuais (embora estes últimos em muito menor percentagem). Inicialmente o grupo mais atingido

(homossexuais) apresenta agora percentagens muito mais reduzidas o que indicia que a prevenção tem sido mais eficaz que nos outros grupos.

Os dados epidemiológicos existentes levantam questões práticas sobre a eficácia da prevenção na população em geral e em determinados grupos com comportamentos de risco apesar de todos os esforços desenvolvidos pelos órgãos competentes e das respectivas campanhas de sensibilização ao público em geral (e.g. uso de preservativos e troca de seringas).

Uma explicação possível vem associada às crenças do grupo e ou pessoa da vulnerabilidade que percebem ter face à aquisição de uma doença explicada no modelo de crenças de saúde (Rosenstock; Becker et al. in Ogden, 1999). Assim, os homossexuais verificaram grandes perdas no início da epidemia e em função de se sentirem altamente vulneráveis organizaram-se no sentido de criar associações, solidariedade e envolvimento genuíno na prevenção. O mesmo não se verificou nos grupos de toxicodependentes e heterossexuais.

O estigma criado primeiro das ligações da sida com homossexualidade e depois com a toxicodependência terão favorecido uma maior passividade junto do grupo constituído por heterossexuais. Assim, o facto dos toxicodependentes e heterossexuais não reagirem ou aderirem à prevenção, tem explicações diferentes.

Os heterossexuais não se consideram vulneráveis à doença e nos consumidores problemáticos de drogas existem as pressões e características inerentes ao percurso da vida toxicodependente, como a dificuldade de angariar dinheiro para o consumo por um lado, (e.g. prostituição) ou aos efeitos da própria droga que quando sob efeito permitem uma maior desinibição ou apatia conducentes a experiências diversificadas e promíscuas (Guerra, 1991, 1998).

### **3. 4 A aplicabilidade da fórmula a nível nacional**

Os dados para o preenchimento do numerador podem ser obtidos através da consulta dos boletins oficiais da Comissão Nacional de Luta Contra a Sida que é o órgão responsável em articulação com o Ministério da Saúde, através do Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis sobre os casos declarados em Portugal da infecção VIH/Sida.

Contudo, este mesmo órgão oficial, reconhece que em vez dos 16. 731 casos efectivamente declarados a nível nacional até ao fim do ano 2000, (dos quais cerca de 50% são toxicodependentes), a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima globalmente para Portugal, valores compreendidos entre 29.000 e 43. 000 (CNLCS, 2001a).

Portugal, apesar de ter um pequeno território, tem uma grande diversidade de estilos de vida, hábitos culturais e concentrações demográficas. Sendo composto por duas Regiões Autónomas Açores e Madeira e por 18 Distritos verificámos que a infecção VIH/SIDA está concentrada essencialmente em quatro Distritos: Lisboa, Porto, Setúbal e Faro.

Estas particularidades tem que ser analisadas e tidas em conta, especialmente quando verificámos que entre os 16 731 casos declarados até ao fim de 2000, 13 314 pertencem aos quatro Distritos anteriormente mencionados o que significa quase 80% do total dos casos registados.

No entanto, convém ainda referir que a percentagem de toxicodependentes entre os portadores de VIH, não é constante para os referidos Distritos , nem coincide com a percentagem nacional (CDLCS, 2000, 2002a,2002b).

Apesar de Lisboa e Porto serem os dois Distritos com maior população no País o mesmo não se verifica, por exemplo, relativamente a Faro. Segundo os dados do INE, referentes ao último Censo, Faro, por exemplo, tem quase um terço da população do Distrito de Aveiro e mesmo assim tem quase o quádruplo dos casos notificados VIH/Sida relativamente a Aveiro.

Torna-se, pois, evidente que os casos de Sida ou seropositividade estão distribuídos de forma muito irregular pelo território nacional, quer globalmente quer por categoria de transmissão. Estes dados levantam questões sobre recolha de amostras verdadeiramente representativas desta população.

Correia (2001) analisou comparativamente a distribuição percentual dos casos VIH/Sida entre Portugal e a Região Norte e concluiu que para as três principais categorias Toxicodependência, Heterossexualidade e Homossexualidade as diferenças são todas significativas tendo a região Norte um predomínio da toxicodependência e valores inferiores ao Nacional nas outras duas categorias. A título de exemplo, referimos que a percentagem observada para a região Norte só de portadores assintomáticos é de 72.8% enquanto que a nível nacional essa percentagem desce para 55.3%.

O método que utilizámos é indicado para ser usado em países onde exista uma grande percentagem de seropositivos que sejam toxicodependentes, à semelhança do que se verifica em Espanha e Itália. No entanto, a extrapolação a uma população nacional será sempre difícil até porque as prevalências por Distrito variam muito bem como dentro do próprio Distrito conforme as zonas residenciais (CDLCS, 2000, 2001; CDLCS, 2002a, 2002b, 2002c, 2002d, 2002e; CNLCS, 2001a).

No preenchimento da fórmula do *Back-calculation* é necessário saber, em primeiro lugar, qual a percentagem de toxicodependentes entre os casos declarados de Sida ou VIH. Estes dados podem ser obtidos através das publicações da Comissão Nacional de Luta contra a Sida e através das Comissões Distrais.

Enfatizamos ainda que adicionais dúvidas se nos colocam. Por um lado, quer em Portugal quer na Europa as categorias por modo de transmissão incluem, entre outras, toxicodependentes que usem via endovenosa e homossexuais com comportamento toxicodependente semelhante. Isto significa que ou somamos os dois percentuais ou incluímos nos toxicodependentes que usem via endovenosa um outro comportamento explícito de risco – a homossexualidade.

Dada a reduzida percentagem nesta última categoria, optámos no nosso estudo por considerar apenas a categoria dos toxicodependentes. Por outro lado, desconhecemos também nos casos catalogados em outras categorias (e.g. heterossexuais, tranfusionados, desconhecido) a existência associada ou não de comportamentos toxicodependentes via injectável.

Ainda, possuímos informação sobre o estado vital das pessoas infectadas. Assim sabemos que entre os casos notificados até ao fim do ano de 2000 só estão vivos 11 712. Decidimos considerar todos os indivíduos infectados independentemente do seu estado vital, apesar de Sartor., Walckiers, Sasse, e Bils (2001) usarem apenas os dados referentes aos seropositivos vivos no momento da avaliação.

A justificação para essa decisão baseia-se em dois pressupostos essenciais. O primeiro é que a contaminação demora o seu tempo a concretizar-se sendo, portanto, provável que pessoas já falecidas tenham contaminado outras que só agora são declaradas. O segundo é que sabemos *à priori* que os números de que dispomos são também inferiores aos números reais das pessoas contaminadas,

devido entre outros factores a grandes atrasos nas notificações e ao sub-diagnóstico.

Pareceu-nos mais correcto utilizar as estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) já que se tratam de números mais próximos do real, até porque essas estimativas e os números das notificações oficiais que estão disponíveis no momento só se reportam até ao fim do ano de 2000. Ainda pretendemos saber os dados cumulativos e não apenas num dado momento específico.

Através desses documentos é possível saber o número de toxicodependentes infectados entre todos os casos declarados de VIH/Sida pois estes são agrupados por via de infecção.

A outra variável que precisamos saber para preencher o denominador é a percentagem de infecção VIH/Sida que se obtém numa amostra representativa de toxicodependentes que usem via endovenosa.

A maioria dos estudos até agora conduzidos em Portugal verificou, em amostras alargadas, essa percentagem em centros oficiais de tratamento da toxicodependência (CATs) nos seus utentes, mas escassos foram os estudos que discriminaram entre toxicodependentes que usem via endovenosa e outras vias como a fumada ou inalada.

Acresce ainda a dúvida de que a população em centros de tratamento seja ou não representativa da população toxicodependente.

Para a utilização da fórmula é necessária a percentagem só em toxicodependentes que usem a via endovenosa.

Numa revisão da literatura sobre os dados disponíveis em Portugal, verificámos que um estudo do SPTT durante o ano de 2000 (SPTT, 2000) constatou que a proporção de seropositivos ou com Sida em todos os centros de tratamento (com internamento) para toxicodependentes era aproximadamente 14%.

Este número é muito semelhante ao obtido por Félix da Costa, (1997) 13.7% quando constatou através de uma amostra recolhida nos centros de tratamento especializados. Ainda outro estudo conduzido pelo SPTT (2001) encontrou uma taxa de infecção de VIH/Sida de 16.5% em 4000 toxicodependentes inseridos em comunidades terapêuticas.

Estes estudos não diferenciam entre a via de administração utilizada na toxicodependência. No entanto, outros estudos (Costa et al., 1996; Gonzalez et

al., 2000) referem que a percentagem de toxicodependentes que usam via endovenosa entre a população toxicodependente em tratamento é de 45%. Nestes estudos a principal droga de eleição era a heroína. Contudo, um estudo mais recente já referido (Correia, 2001), sobre os indicadores de infecção pelo VIH nos utentes dos CAT do Distrito do Porto, indica uma proporção de contaminação no CAT Boavista no ano de 2000 de 34%, no CAT Ocidental relativamente ao mesmo ano de 27,1%, para as primeiras consultas, e que no ano anterior nas mesmas condições a proporção tinha sido de 19,9%.

No CAT de Matosinhos a proporção encontrada foi de 23,2% sobre todos os utentes inscritos e rastreados (n=1414). O mesmo estudo, refere outras percentagens inferiores e mais condizentes com a proporção encontrada a nível nacional para o CAT de Cedofeita, relativamente ao ano de 1998 e CAT de Vila Nova de Gaia sobre todos os utentes inscritos e rastreados de igual valor, 17%.

A Unidade de Desabilitação de Cedofeita reporta para o ano de 1999, uma proporção de 11,1% e para o ano 2000 de 16%. Todos estes dados também não especificam a via de administração da droga.

Através dos CATs, sobre os quais dispomos de alguns dados longitudinalmente, podemos concluir que a prevalência de infecção tem vindo a aumentar entre os seus utentes. Esta constatação não significa que a incidência continue efectivamente<sup>1</sup> a aumentar. Os efeitos da epidemia não são automáticos, após o contacto com o vírus, havendo um período de janela até esta poder ser diagnosticada.

Além disso, os seus efeitos só são observados a longo prazo e verificam-se atrasos nas notificações. Por outro lado, actualmente há uma preocupação de um rastreio mais sistemático, do que em anos anteriores. A conjugação destes factores parece conduzir à conclusão de que actualmente apenas temos mais dados sobre esta realidade que no fundo já existia há mais tempo.

---

<sup>1</sup> De acordo com o boletim CNLCS, (2002) entre 1997-2001 foi observada uma tendência proporcional decrescente no grupo de toxicodependentes portadores assintomáticos

### **3.5 Metodologia**

#### **Sujeitos**

Os dados de pessoas toxicodependentes foram recolhidos em múltiplas fontes e zonas distritais do país, abrangendo uma multiplicidade de dados caracterizadores desta população para o projecto global.

Os dados essenciais que necessitámos para a amostra específica deste estudo (via de administração da droga e conhecimento do estatuto de seropositividade ao vírus da sida) transformaram uma amostra de 1301 pessoas em 401.

Assim, foram seleccionados da amostra alargada de 1301 toxicodependentes residentes nos Distritos do Porto, Lisboa, Faro, Aveiro Viseu e Beja, 903 sujeitos que tinham sido submetidos ao teste de despistagem do VIH/Sida e eram conhecedores dos seus resultados na altura do inquérito (69.4%).

Apenas 519 toxicodependentes usavam a via injectável, só ou em associação com outras vias, o que significa 39,9% do total da amostra. Verificamos assim, pelo cruzamento das duas informações necessárias (uso da via injectável e conhecimento do teste VIH/Sida) que a amostra ficou reduzida no seu total a 401 indivíduos, que sabendo o resultado do teste VIH/Sida eram concomitantemente utilizadores da via injectável.

Observámos que na nossa amostra 77.2% dos toxicodependentes que usam a via injectável tinham já efectuado o teste de despiste.

Apresentamos seguidamente o Quadro 3.1 onde caracterizamos a amostra dos seis Distritos.

**Quadro 3.1 Caracterização da amostra global**

<i>Distritos</i>		<i>Fonte</i>		<i>Droga principal de abuso</i>		<i>Sexo</i>	
<b>Porto</b>	142	Prisão	33				
<b>Lisboa</b>	57	Clínicas de Tratamento	318	Heroína	383		
<b>Faro</b>	20	Centros de Saúde	15	Cocaína	11	Masculino	359
<b>Aveiro</b>	65	S. Sociais	4	Desconhecida	7	Feminino	42
<b>Beja</b>	109	Centros Acolhimento	31				
<b>Viseu</b>	8						
<b>Total</b>	401	Total	401	Total	401	Total	401

Assim, observámos que nesta amostra a maioria dos inquiridos que era conhecedor do seu estatuto de seropositividade, pertencia a clínicas de tratamento (79.3%) e a droga principal usada era a heroína (95.5%). O sexo predominante era o masculino (89.5%) e a idade corresponde ao intervalo de 17-48 anos.

### Procedimentos

Recorreu-se a entrevistas aos toxicodependentes e consultas dos respectivos processos sempre que integrados em instituições.

Os participantes foram questionados além dos dados sócio-demográficos, sobre a via de administração da droga e estatuto de seropositividade face ao teste de despistagem do VIH/Sida.

Para se obter a estimativa são utilizados dois indicadores diferentes: a percentagem entre os toxicodependentes utilizadores de via endovenosa que são seropositivos ao vírus VIH na amostra e a proporção de toxicodependentes e utilizadores de via endovenosa entre todos os seropositivos ao vírus VIH.

O objectivo deste estudo era conseguir uma proporção única representativa dos toxicodependentes portugueses infectados no universo dos toxicodependentes, através da amostra do estudo, e outro indicador nacional ilustrativo da proporção de toxicodependentes entre os casos de infecção VIH declarados no país.

Na realidade estes dois indicadores não podem ser obtidos facilmente, pois estão interrelacionados. Apesar de sabermos que 50% das pessoas seropositivas em Portugal são toxicodependentes, verificámos já, que em cada Distrito a taxa de infecção é muito dispar bem como a percentagem de toxicodependentes entre as pessoas infectadas.

A metodologia utilizada começou por inquirir os participantes em cada Distrito, na recolha das informações necessárias. Seguidamente analisou-se a situação nos Distritos que mais contribuem para a infecção Sida no País e onde paralelamente recolhemos a nossa amostra, Porto, Lisboa e Faro. Mais tarde, optámos pela recolha de outros Distritos aleatórios que foram Aveiro, Beja e Viseu procurando ter um quadro mais fidedigno do nosso País.

Os dados foram tratados quer no programa Excel para o cálculo das sucessivas proporções, sem se proceder a arredondamentos parcelares nos cálculos, para reduzir a margem de erro final, quer no SPSS (Statistical Package for Social Sciences) para a caracterização da amostra e cruzamento de variáveis.

A análise de dados revelou-se tão discrepante que foi nossa decisão apresentar em primeiro lugar a caracterização destes indicadores por Distrito<sup>2</sup>, para seguidamente na apresentação deste relatório fazermos um cálculo tendo em conta a ponderação a nível nacional desses indicadores.

Assim são apresentados seis estudos, cada um referente a cada Distrito, seguidos de uma estimativa nacional. Os passos adoptados são os mesmos para cada estudo, começando por caracterizar a sub-amostra do mesmo, no que

---

<sup>2</sup> A CNLCS apresenta os relatórios oficiais, por local de residência, em que a divisão por Distritos é utilizada. O INE, no último Census não refere a população por Distritos, e só utiliza os concelhos e regiões o que dificultou a tarefa de integração, obrigando-nos a proceder à soma das populações dos concelhos que

respeita a via de administração da droga, resultados do teste, fonte (local onde foram inquiridos), sexo e idade.

Seguidamente é apresentada a taxa de infecção VIH/Sida entre a amostra recolhida de toxicodependentes no Distrito e aplicada a fórmula *Back-calculation* para a estimativa de toxicodependentes em cada Distrito e finalmente para Portugal.

### **3.6 Resultados**

#### **3.6.1 Distrito do Porto**

Para determinarmos o primeiro indicador recorreu-se a uma amostra de 435 toxicodependentes que foi entrevistada e era proveniente de quatro fontes diferentes (prisão, clínicas de tratamento pertencentes ao estado, Centro de acolhimento temporário e zonas residenciais sinalizadas) com o objectivo de se apurar a via de administração da droga e o conhecimento do seu estado relativamente à eventual contaminação VIH/Sida (Negreiros, 2001).

Optámos pela recolha em fontes diferentes pois assumimos que poderá ser mais representativa do universo dos toxicodependentes na região do Porto. Temos razões para crer que haverá diferenças entre os consumidores que já se encontram em tratamento e outros que se encontram em prisões, nomeadamente quanto à prevalência da infecção VIH/Sida. Assim as zonas residenciais mais desfavorecidas foram também uma fonte de recolha de dados bem como o Centro de acolhimento temporário de Vila Nova.

O segundo indicador foi obtido através das estimativas oficiais para Portugal pela Organização Mundial de Saúde bem como os outros dados declarados da situação da infecção VIH/Sida no Distrito do Porto (CNLCS, 2001, CDLCS; 2001).

#### **Caracterização da amostra**

Dos 435 indivíduos inquiridos, só 306 (70,3%) tinham informação dos resultados do teste VIH/Sida e 170 (39%) são toxicodependentes utilizadores da via endovenosa.

---

integram cada Distrito. Assim, utilizámos a divisão por Distritos pois oficialmente é a forma de garantirmos um termo de comparação regional no que se refere à infecção Sida essencial na utilização deste método.

Após esta primeira triagem que engloba o cruzamento dos 306 sujeitos, com os 170 utilizadores de via injectável, só dispomos de informação conjunta em 142 dos participantes, cuja amostra caracterizamos no quadro seguinte.

**Quadro 3.2 - Características da amostra do Porto**

<i>Fonte</i>	<i>Droga principal de abuso</i>		<i>Sexo</i>		
<b>Prisão</b>	26				
<b>Clínicas de Tratamento</b>	81	Heroína	14	Masculino	136
<b>S. Sociais</b>	4	Cocaína	2	Feminino	6
<b>Centro Acolhimento</b>	31				
<b>Total</b>	142	Total	16	Total	142

A maioria dos inquiridos pertencia a clínicas de tratamento (57,04%), o sexo era predominantemente masculino (95,8%) e o intervalo de idade onde se registaram estes casos está compreendido entre os 20 e os 47 anos de idade.

### **Apresentação e discussão dos resultados**

A proporção de infecção nesta amostra reduzida de 142 sujeitos é de 64%, ( $91 \cdot 100 / 142$ ) englobando 91 sujeitos seropositivos ao vírus da Sida entre os toxicodependentes que usam a via endovenosa. Os dados por nós obtidos são condizentes com o estudo de Padre-Santo et al, (1999) que obteve na região de Setúbal uma proporção de 67% de infecção (VIH/Sida) entre os toxicodependentes (maioritariamente heroinómanos) de um centro público de atendimento a toxicodependentes. O relatório do Observatório Europeu de Drogas e Toxicodependências do ano 2000 aponta também para uma taxa de infecção entre os toxicodependentes entre os 25% e os 50% em Portugal..

É importante realçar que Porto e Setúbal são centros de grande prevalência de infecção à semelhança de Lisboa e Faro.

Contudo, o Distrito do Porto apresenta uma proporção de infecção demasiado elevada tendo em conta estudos anteriores nacionais que apontam para uma percentagem que varia entre 13.7 e 16.5% (SPTT, 2000; Félix da Costa, 1997; SPTT, 2001). No entanto, estes estudos referem-se a todos os toxicodependentes, não discriminando a via de administração da droga.

Pressupomos que esses resultados englobam os indivíduos que, apesar de utilizarem droga, não a administram por via endovenosa. Este facto justifica em parte uma discrepância de resultados, pois se considerarmos a amostra do nosso estudo de toxicodependentes conhecedores do seu estatuto VIH (N= 306) a percentagem de infecção desce para 29.7% ( $91 \times 100 / 306$ ).

Esta interpretação dos resultados está em consonância com Correia (2001) sobre os indicadores de infecção pelo VIH nos utentes dos CAT do Distrito do Porto, onde as proporções variaram entre 16% e 34% para o ano 2000.

#### **Estimativa do número de toxicodependentes que usam via endovenosa no Distrito do Porto**

O Distrito do Porto contabiliza 4 143 pessoas infectadas com VIH/Sida (CDLCS, 2000) correspondendo a 24.76 % dos 16731 casos declarados nacionalmente, (CNLCS 2001).

Para este cálculo considerámos a estimativa da OMS supracitada de 29.000 a 43.000, e concluímos que, a manter-se a mesma proporção nos casos estimados, só no Distrito do Porto devem existir entre 7 181 ( $29000 \times 0.2476$ ) a 10 646 ( $43000 \times 0.2476$ ) pessoas infectadas VIH/Sida por todos os modos de transmissão categorizados.

Contudo, como já foi atrás referido, o Porto tem entre os seropositivos infectados uma das proporções mais altas do país pelo modo de transmissão toxicodependente: 72.68% de acordo com os boletins editados no ano de 2001 pela Comissão Distrital de Luta contra a Sida CDLCS (2000).

Partindo destes conhecimentos, só no Porto deveriam existir entre 5 219 ( $7181 \times 0.7268$ ) a 7 739 ( $10646 \times 0.7268$ ) toxicodependentes infectados com o VIH/Sida que de acordo com a fórmula, (*Back-calculation*) atrás referida divididos pela taxa de contaminação presente na nossa amostra dos toxicodependentes que usam a via endovenosa, chegaríamos a uma estimativa de toxicodependentes

utilizadores de via injectável mínimo de 8 155 (5219/0.64) e máximo de 12 091(7739/0.64).

Como podemos observar o efeito matemático entre a taxa de contaminação e o número a estimar significa que se a taxa fosse mais baixa, por exemplo metade (32%), o número estimado seria o dobro, entre 16 310 e 24 182. Daqui constatámos que os dados desanimadores de uma elevada contaminação entre os toxicodependentes do Porto, condicionam felizmente a existência de mais utilizadores de droga injectável.

### 3.6.2 Distrito de Lisboa

#### Caracterização da amostra

A amostra era constituída por 236 sujeitos dos quais só 172 (72.8%) tinham efectuado o teste de despiste VIH/Sida e tinham conhecimento dos resultados. Os toxicodependentes utilizadores de via endovenosa eram nesta amostra 75 (31.8%). Em relação a estes 75 sujeitos, só se dispõe de resultados VIH/Sida em 57 casos que se caracterizam no Quadro 3.3.

**Quadro 3.3 - Características da amostra de Lisboa**

<i>Fonte</i>	<i>Droga principal de abuso</i>		<i>Sexo</i>		
<b>Centros de Saúde</b>	11	Heroína	46	Masculino	43
		Cocaína	4		
<b>Clínicas de Tratamento</b>	46	Desconhecida	7	Feminino	14
	<b>Total</b>	57	<b>Total</b>	57	<b>Total</b>

A maioria dos inquiridos pertencia a clínicas de tratamento (80.7%), o sexo era predominantemente masculino (75.4%) e o intervalo de idades destes casos varia entre 18 e 48 anos.

### **Apresentação e discussão dos resultados**

A taxa de infecção nesta amostra de toxicodependentes utilizadores de droga injectável, foi de 47.36% ( $27 \cdot 100 / 57$ ), observámos a existência de 27 sujeitos seropositivos.

Esta proporção é significativamente mais baixa que a encontrada no Porto, mas não dispomos de estudos comparativos a nível regional. De qualquer forma, é também ela superior a outros estudos que nos precederam a nível nacional (e.g. 16.5%, SPTT, 2001).

Reforçamos a ideia que, a maioria dos estudos, não discriminou sobre a via de administração da droga. No entanto, se englobássemos todos os toxicodependentes que tinham conhecimento do seu estatuto face ao VIH/Sida, independentemente da via de administração da droga, essa proporção desceria para 15.7% ( $27 \cdot 100 / 172$ ) o que estaria em consonância com os estudos referidos.

#### **Estimativa do número de toxicodependentes que usam a via endovenosa no Distrito de Lisboa**

O Distrito de Lisboa contribui com 38.22% dos casos de VIH/Sida a nível nacional. Assim, Lisboa deverá ter entre 11 083 ( $29000 \cdot 0.3822$ ) a 16 433 ( $43000 \cdot 0.3822$ ) de casos genéricos de infecção VIH do país. A proporção de toxicodependentes entre os casos de VIH/Sida é de 44.9% no Distrito de Lisboa<sup>3</sup>. Estimamos que existam 4976 ( $11\ 083 \cdot 0.4490$ ) a 7378 ( $16\ 433 \cdot 0.4490$ ) toxicodependentes infectados com o vírus da Sida.

Aplicando a taxa de infecção encontrada para essa amostra de 47.36%, a estimativa do número total de toxicodependentes que usem a via injectável para este Distrito é de um mínimo de 10587 ( $4976 / 0.47$ ) a um máximo de 15697.

---

<sup>3</sup> A CNLCS de Lisboa só disponibilizou os dados distritais referentes ao ano de 2002. Vamos admitir que a proporção deve ser ligeiramente mais baixa nos dois últimos anos, mas que cumulativamente desde o início da infecção não deve haver diferenças significativas.

Por estes resultados obtidos, comparativamente ao Distrito do Porto, verificámos a discrepância que a proporção de infecção encontrada nesta amostra faz variar a estimativa para Lisboa, aumentando o número de utilizadores de droga endovenosa, apesar dos casos existentes desta população infectada ser ainda menor que no Porto. É de realçar que a percentagem da amostra que usa via endovenosa em Lisboa (31.8%) é ligeiramente inferior à do Porto (39%).

### 3.6.3 Distrito de Faro

#### Caracterização da amostra

A amostra deste Distrito é composta por 78 sujeitos dos quais só 30 (38,5%) tinham efectuado o teste de despiste VIH/Sida e tinham conhecimento dos resultados. O número total de toxicodependentes utilizadores de via endovenosa é 22 (28.2%)<sup>4</sup>. Contudo só dispomos de informação cruzada para 20 sujeitos. Apresentamos no Quadro 3.4 os dados caracterizadores desta amostra.

**Quadro 3.4 - Características da amostra de Faro**

<i>Fonte</i>		<i>Droga principal de abuso</i>		<i>Sexo</i>	
<b>Clínicas de Tratamento</b>	20	Heroína	20	Masculino	18
				Feminino	2
<b>Total</b>	20	Total	20	Total	20

Todos os toxicodependentes que usam a via endovenosa e que eram conhecedores do resultados do teste VIH/Sida, pertenciam a clínicas de

<sup>4</sup> Neste Distrito os casos em que não foi dada a informação sobre a via de administração engloba 44 casos (56,4%).

tratamento. O sexo era predominantemente masculino (90%) e o intervalo de idades destes casos varia entre os 17 e os 42 anos.

### **Apresentação e discussão dos resultados**

Constatámos que a proporção de infecção na amostra reduzida dos 20 sujeitos era de 10% ( $2 \cdot 100 / 20$ ) pois só dois indivíduos eram seropositivos ao vírus da Sida. Esta proporção é a mais baixa entre os Distritos referidos como mais afectados relativamente aos casos de infecção VIH/Sida global a nível nacional.

#### **Estimativa do número de toxicodependentes que usam a via endovenosa no Distrito de Faro**

O Distrito de Faro corresponde a 5,28% dos casos totais de infecção em Portugal. Considerando a estimativa da OMS de 29000 a 43 000, Faro deve ter entre 1 531 ( $29000 \cdot 0,0528$ ) a 2 269 ( $43\ 000 \cdot 0,0528$ ) casos por todos os modos de transmissão da doença. A proporção de toxicodependentes entre os casos de infecção é de (51.52%) de acordo com o boletim da CDLCS, (2002)<sup>5</sup>. Prevê-se que existam entre 789 ( $1\ 531 \cdot 0,5152$ ) e 1 169 ( $2\ 269 \cdot 0,5152$ ) toxicodependentes infectados.

Aplicando a taxa de infecção encontrada na amostra dos toxicodependentes que usam a via injectável (10%), estima-se que no Distrito de Faro existam entre 7 886 ( $789 / 0,10$ ) e 11 693 ( $1169 / 0,1$ ) toxicodependentes que usem a via endovenosa.

Novamente sublinhamos que quanto menor for a taxa de infecção, em função do número elevado de casos em relação ao global nacional, mais elevado será o valor da estimativa do número de consumidores problemáticos de drogas.

#### **3.6.4 Distrito de Aveiro**

---

<sup>5</sup> A CNLCS só disponibilizou os dados mais recentes que se reportam ao ano de 2002, cumulativos, adoptamos o mesmo raciocínio, utilizado para o Distrito de Lisboa

### Caracterização da amostra

A amostra deste Distrito engloba 253 sujeitos dos quais 177 (69.9%) tinham efectuado o teste de despiste VIH/Sida e tinham conhecimento dos resultados. O número total de toxicodependentes utilizadores de via endovenosa é 82 (32.4%).

Contudo só dispomos de informação cruzada para 65 sujeitos. Apresentamos no Quadro 3.5 os dados que caracterizam esta amostra.

**Quadro 3.5 - Características da amostra de Aveiro**

<i>Fonte</i>	<i>Droga principal de abuso</i>		<i>Sexo</i>		
<b>Clínicas de Tratamento</b>	65	Heroína	61	Masculino	56
		Cocaína	4	Feminino	9
<b>Total</b>	65	Total	65	Total	65

Todos os toxicodependentes que usam a via endovenosa e que eram conhecedores do resultados do teste VIH/Sida, pertenciam a clínicas de tratamento. O sexo era predominantemente masculino (86.1%) e o intervalo de idades destes casos varia entre os 17 e os 45 anos.

### Apresentação e discussão dos resultados

A taxa de infecção nesta amostra de toxicodependentes utilizadores de via injectável, foi de 6.15% ( $4 \times 100 / 65$ ) observando-se a existência de quatro sujeitos seropositivos ao vírus da Sida.

### **Estimativa do número de toxicodependentes que usam a via endovenosa no Distrito de Aveiro**

O Distrito de Aveiro corresponde a 1.43% dos casos totais de infecção VIH/Sida no País. Considerando a estimativa da OMS de 29000 a 43000, Aveiro deve ter entre 414 ( $29\ 000 \cdot 0.0143$ ) e 614 ( $43\ 000 \cdot 0.0143$ ) casos VIH/Sida por todos os modos de transmissão da doença. A proporção de toxicodependentes entre os casos de infecção é de (31,58%) de acordo com o boletim da CDLCS, (2002)<sup>6</sup>. Prevê-se assim, que existam entre 131 ( $414 \cdot 0.3158$ ) e 194 ( $614 \cdot 0.3158$ ) toxicodependentes infectados neste Distrito.

A taxa de infecção encontrada na amostra de Aveiro foi de 6.15% e aplicando-se à fórmula *Back-calculation*, estima-se que no Distrito de Aveiro existam entre 2 127 ( $131/0.0615$ ) e 3 154 ( $194/0.0615$ ) toxicodependentes que usam a via endovenosa.

Novamente concluímos que quanto menor for a taxa de infecção, em função do número elevado de casos em relação ao global nacional, maior será a estimativa dos toxicodependentes.

### **3.6.5 Estudo 5. Distrito de Beja**

#### **Caracterização da amostra**

O estudo de Beja inquiriu 209 sujeitos toxicodependentes, dos quais 182 (87.08%) tinham já efectuado o teste de despiste do VIH/Sida e eram conhecedores dos respectivos resultados. Eram toxicodependentes utilizadores de via endovenosa 109 sujeitos (52.15%). Observámos que todos os toxicodependentes utilizadores de via endovenosa tinham feito o rastreio para a infecção VIH/Sida.

---

<sup>6</sup> A CNLCS só disponibilizou os dados mais recentes que se reportam ao ano de 2002, cumulativos, adoptamos o mesmo raciocínio, utilizado para o Distrito de Lisboa e Faro.

Apresentamos no Quadro 3.6 os dados referentes à amostra utilizada neste Distrito.

**Quadro 3.6 - Características da amostra de Beja**

<i>Fonte</i>	<i>Droga principal de abuso</i>		<i>Sexo</i>		
<b>Prisão</b>	7				
	Heroína	109	Masculino	99	
<b>Clínicas de Tratamento</b>	102		Feminino	10	
<b>Total</b>	109	Total	109	Total	109

A maioria dos toxicod dependentes que usam a via endovenosa e que eram conhecedores do resultados do teste VIH/Sida, pertenciam a clínicas de tratamento. O sexo era predominantemente masculino (86.1%) e o intervalo de idades destes casos variava entre os 17 e os 45 anos.

### **Apresentação e discussão dos resultados**

A taxa de infecção nesta amostra de toxicod dependentes utilizadores de via injectável, foi de 6.4% ( $7 \cdot 100 / 109$ ) observando-se a existência de sete sujeitos seropositivos ao vírus da Sida.

#### **Estimativa do número de toxicod dependentes que usam a via endovenosa no Distrito de Beja**

O Distrito de Beja corresponde a 0.62% dos casos totais de infecção VIH/Sida no País. Considerando a estimativa da OMS de 29000 a 43 000, Beja deve ter entre 179 ( $29\ 000 \cdot 0.0062$ ) e 265 ( $43\ 000 \cdot 0.0062$ ) casos VIH/Sida por todos os modos de transmissão da doença. A proporção de toxicod dependentes entre os

casos de infecção é de (58.72%) de acordo com o boletim da CDLCS (2002)<sup>7</sup>. Prevê-se assim, que existam entre 105(179\*0.5872) e 155 (265\* 0.5872) toxicodependentes infectados neste Distrito.

A taxa de infecção encontrada na amostra de Beja foi de 6.4% e aplicando-se à fórmula *Back-calculation*, estima-se que no Distrito de Beja existam entre 1 638 (105/0.064) e 2 429 (155/0.064) toxicodependentes que usam a via endovenosa.

### 3.4.6 Distrito de Viseu

#### Caracterização da amostra

A amostra inicial compreendeu 110 sujeitos. Contudo só dezasseis pessoas tinham realizado o teste VIH/Sida, verificando-se uma taxa de rastreio de apenas 14,5%. Os toxicodependentes utilizadores de via endovenosa eram 45 (40,9%). Observámos que a maioria dos toxicodependentes utilizadores de via endovenosa não tinham feito o rastreio para a infecção VIH/Sida, pois só se conhecia em oito destes os respectivos resultados.

Apresentamos no Quadro 3.7 os dados referentes à amostra utilizada neste Distrito.

**Quadro 3.7 - Características da amostra de Viseu**

<i>Fonte</i>	<i>Droga principal de abuso</i>		<i>Sexo</i>		
<b>Centros de Saúde</b>	4	Heroína	7	Masculino	7
<b>Clínicas de Tratamento</b>	4	Cocaína	1	Feminino	1
<b>Total</b>	8	Total	8	Total	8

<sup>7</sup> A CNLCS só disponibilizou os dados mais recentes que se reportam ao ano de 2002, cumulativos, adoptamos o mesmo raciocínio, utilizado para o Distrito de Lisboa e Faro.

Todos os toxicodependentes que usam a via endovenosa e que eram conhecedores do resultados do teste VIH/Sida, pertenciam a clínicas de tratamento ou a centros de saúde. O sexo era predominantemente masculino (86,1%) e o intervalo de idades destes casos varia entre os 17 e os 45 anos.

### **Apresentação e discussão dos resultados**

A taxa de infecção nesta amostra de toxicodependentes utilizadores de via injectável, foi de 12.5% ( $1 \cdot 100/8$ ) observando-se a existência de um sujeito seropositivo ao vírus da Sida.

#### **Estimativa do número de toxicodependentes que usam a via endovenosa no Distrito de Viseu**

O Distrito de Viseu corresponde a 0.91% dos casos totais de infecção VIH/Sida no País. Considerando a estimativa da OMS de 29000 a 43000, Beja deve ter entre 265 ( $29\ 000 \cdot 0,0091$ ) e 393 ( $43\ 000 \cdot 0.0091$ ) casos VIH/Sida por todos os modos de transmissão da doença.

A proporção de toxicodependentes entre os casos de infecção é de (34,38%) de acordo com o boletim da CDLCS (2002)<sup>8</sup>. Prevê-se assim, que existam entre 91 ( $265 \cdot 0.3438$ ) e 135 ( $393 \cdot 0.3438$ ) toxicodependentes infectados neste Distrito.

Na amostra de Viseu a taxa de infecção encontrada na amostra de toxicodependentes que usam a via endovenosa foi de 12.5%, aplicando-se à fórmula do *Back-calculation* estima-se entre 729 ( $91/0.125$ ) e 1081 ( $135/0.125$ ) toxicodependentes.

#### **3.6.7 Resultados com base na amostra global dos seis Distritos.**

A amostra recolhida no País em seis Distritos diferentes não deu indicadores semelhantes, como verificámos na apresentação dos estudos parcelares por Distritos.

---

<sup>8</sup> A CNLCS só disponibilizou os dados mais recentes que se reportam ao ano de 2002, cumulativos, adoptamos o mesmo raciocínio, utilizado para o Distrito de Lisboa e Faro.

Tratando a amostra como única, a taxa de infecção nesta amostra de toxicodependentes utilizadores de via injectável, foi de 32,9% ( $132 \cdot 100 / 401$ ) observando-se a existência de 132 sujeitos seropositivos ao vírus da Sida.

### **Estimativa do número de toxicodependentes que usam a via endovenosa nos seis Distritos**

A contribuição dos referidos seis Distritos a nível nacional para a infecção VIH/Sida é de 71,2% dos casos totais de infecção VIH/Sida no País. Considerando a estimativa da OMS de 29 000 a 43 000, a amostra global deverá variar entre 20 653 ( $29000 \cdot 0,712$ ) e 30 622 ( $43000 \cdot 0,712$ ) casos VIH/Sida por todos os modos de transmissão da doença.

A proporção de toxicodependentes entre os casos de infecção é de 54%, de acordo com os boletins da CDLCS (2000); CDLCSa (2002),<sup>9</sup> CDLCSb (2002), CDLCSc (2002), CDLCSd (2002), CDLCSe (2002). Prevê-se assim, que existam entre 11 153 ( $20 653 \cdot 0,54$ ) e 16 536 ( $30 622 \cdot 0,54$ ) toxicodependentes infectados nos seis Distritos.

Na amostra total a taxa de infecção encontrada entre os toxicodependentes que usam a via endovenosa foi de 32.9% aplicando-se à fórmula do *Back-calculation* estima-se entre 33 899 ( $11 153 / 0,329$ ) e 50 262 ( $16 536 / 0,329$ ) toxicodependentes nos seis Distritos.

### **Estimativa Nacional**

Importa sublinhar que os Distritos estudados contribuem com 71.2% do total de casos nacionais da infecção VIH/Sida. Se assumíssemos que os restantes 29.8% do País que abrangem os 12 Distritos restantes mais as duas regiões autónomas (Madeira e Açores) se comportavam da mesma forma, o total estimado nacionalmente seria um valor compreendido entre 47 610 ( $33 899 / 0,712$ ) e 70 592 ( $50 262 / 0,712$ ) de toxicodependentes que usam a via injectável.

Como este método é baseado na infecção VIH/Sida só os Distritos mais afectados são bons indicadores do cálculo da estimativa de toxicodependentes

---

<sup>9</sup> A CNLCS só disponibilizou os dados mais recentes que se reportam ao ano de 2002, cumulativos, adoptamos o mesmo raciocínio, utilizado para o Distrito de Lisboa e Faro.

que usem a via endovenosa. O exemplo de Beja é elucidativo já que apesar da amostra recolhida ser relativamente grande em relação à população do Distrito, o facto da proporção de infecção ser muito baixa, implica um número muito elevado de toxicodependentes estimados.

Se analisarmos apenas os Distritos de Porto, Lisboa e Faro, que contribuem com 68,3% dos casos de infecção VIH/Sida, a estimativa para estes Distritos terá um valor mínimo de 26 547 e um valor máximo de 39 362. Calculando a proporção para os 100% a nível nacional obteríamos 38.838 ( $26547/0.683$ ) e 57 6310 ( $39 362/0.683$ ) toxicodependentes estimados utilizadores de via endovenosa. Verifica-se, assim, que desce a estimativa substancialmente na relação da taxa de infecção observada na amostra dos Distritos referidos.

Se usarmos apenas os Distritos de Porto e Lisboa, os quais contribuem com 63% dos casos de infecção VIH/Sida, a estimativa para estes Distritos terá um valor mínimo de 18 661 e um valor máximo de 27 669. Calculando a proporção para os 100% a nível nacional obteríamos uma estimativa de 29 620 ( $18 661/0,63$ ) e 43 966( $27 699/0.63$ ) toxicodependentes utilizadores de via endovenosa no País.

Porto e Lisboa são os Distritos em que a infecção entre os toxicodependentes da amostra é mais elevada (64% e 47.36%, respectivamente ) o que faz descer a estimativa substancialmente excluindo Faro.

Tudo indica que os números mais prováveis estimados coincidem com os Distritos em que há maior infecção entre os toxicodependentes o que corresponde a Porto e Lisboa. A fórmula *Back-calculation* tem como pressuposto um grau elevado de contaminação VIH/Sida, para que a estimativa possa ser o mais fiável possível .

### **3.7 Conclusão**

Nos Distritos de Beja, e Viseu a via predominante de administração da droga é a injectável. Nos Distritos do Porto, Aveiro e Lisboa são outras vias que predominam especialmente a fumada. No Distrito de Faro é superior o número em que a via de administração é desconhecida (56.4%).

Em todos os Distritos a droga de eleição é a heroína, quer como única droga ou associada a outras como cocaína, haxixe e ecstasy. As taxas de rastreio VIH/Sida diferem muito de Distrito para Distrito sendo Faro e Viseu as regiões que

apresentam a taxa mais baixa (38.5% e 14.5% respectivamente). Faro e Viseu foram os Distritos em que as amostras obtidas são muito pequenas precisamente porque eram poucas as pessoas que tinham efectuado o teste de despiste VIH/Sida.

É ainda de observar que verificámos registo de contaminação VIH/sida (apesar de não incluirmos na amostra deste estudo) em utilizadores de droga por via fumada. No Distrito de Beja, num total de nove casos seropositivos, dois deles não usavam a via injectável (22,2%); no Distrito de Lisboa em 36 casos de infecção, nove não usam via injectável (25%).

Este facto vem suportar a ideia de Guerra (1991, 1994 e 1998) segundo a qual a contaminação entre os toxicodependentes não é exclusiva da via de administração mas pode eventualmente estar associada a outras vias como a sexual. Como reflexão sabemos que o sub-diagnóstico é elevado, e que só a longo prazo se verificam as contaminações.

As proporções de infecção entre os toxicodependentes utilizadores de via injectável, mais elevadas, foram observadas nos Distritos de Porto, Lisboa, e as mais baixas em Aveiro e Beja. A taxa de infecção entre os toxicodependentes não está em relação directa com o uso preferencial da via endovenosa, este facto não pode ser justificado a partir dos dados encontrados. Distritos em que a via fumada é maioritária como Porto e Lisboa são Distritos onde a taxa de infecção é mais elevada. Viseu é o único Distrito em que esses dados são congruentes, mas, infelizmente, a amostra operacional é tão pequena que dela não devemos extrair grandes ilações.

Observámos que os Distritos tem comportamentos diferentes quando à infecção VIH/Sida nem sempre relacionada com a via de administração endovenosa. Como não podemos assumir a amostra de 401 recolhida em seis Distritos diferentes do País como representativa de Portugal foi nossa intenção apresentar os estudos parcelares e as análises das particularidades de cada região, justificando a prudência que se deve empreender na análise das estimativas nacionais apresentadas.

Reforça-se que o método utilizado nesta investigação necessita de altas taxas de infecção para poder ser o mais rigoroso possível nas estimativas subsequentes dos toxicodependentes existentes, bem como só se pode utilizar os

toxicodependentes que utilizam a via endovenosa e que tenham conhecimento dos resultados do teste VIH/Sida.

Assim, constatámos que de uma amostra de 1301, somente 401, são elegíveis para os cálculos deste método o que limitou bastante a representatividade do universo dos toxicodependentes utilizadores de via injectável. As diferenças distritais relativamente à problemática da toxicodependência no que se refere à via preferencial de administração e infecção nesta população foram analisadas cuidadosamente, bem como a taxa de infecção em cada Distrito.

Quadro 3.8 Aplicação do método *Back-calculation* (estimativa nacional)

<i>Ano</i>	<i>2000</i>
<b>Método</b>	Método multiplicador baseado nos dados epidemiológicos da infecção VIH
<b>População-alvo</b>	Consumidores de drogas opiáceas por via endovenosa
<b>Fonte</b>	Consumidores de drogas injectadas portadores de Sida/HIV
<b>Estimativa da prevalência</b>	26 920 – 43 966
<b>População total</b>	6 790 140
<b>Escalão etário</b>	15-64
<b>Taxa /1000</b>	4.0 – 6.4

Concluimos então, que a estimativa que indicia os números mais fiáveis é baseada nos dados obtidos em Porto e Lisboa, extrapolando o seu contributo à população nacional, o que significa um valor mínimo de 29 620 (18 661/0,63) a um máximo de 43 966 (27 699/0,63) toxicodependentes estimados utilizadores de via endovenosa no País (Quadro 3.8).

Desta forma o número estimado a nível nacional é inferior à soma dos Distritos 33 899 (11 153/0,329) e 50 262 (16 536/0,329). Este facto, aparentemente discrepante, pode ser explicado pelas baixas taxas de infecção verificadas nas amostras de toxicodependentes utilizadores de via endovenosa recolhidas

sobretudo em Aveiro, Beja e Faro que introduzem um viés acentuado na utilização do método *Back-calculation*.

Deste modo, a inacessibilidade na recolha de amostras que pudessem ser utilizadas para a fórmula *Back-calculation* foi a maior dificuldade sentida. Se por um lado Aveiro e Beja tem as proporções de infecção VIH/Sida mais baixas, que são uma limitação à utilização do método *Back-calculation*, por outro lado, Faro e Viseu tem amostras muito reduzidas que inviabilizam a mesma operacionalidade.

Reiteramos que a estimativa nacional deve ser baseada nas amostras de Porto e Lisboa, porque são extraídas de grandes centros populacionais e de representatividade na infecção VIH/Sida a nível nacional.

## **Capítulo 4. Método captura-recaptura**

Este método é um dos mais utilizados para efectuar estimativas da prevalência do uso de drogas a nível local ( Hickman et al., 1999; Frisher, 1998; Bello e Chêne, 1998; EMCDDA,1997; 1999).

Mais recentemente, os métodos de captura-recaptura têm vindo progressivamente a ser utilizados para efectuar estimativas a nível nacional. Admite-se, dum modo geral, que a adequação do método a este objectivo será tanto maior quanto menor for o país e mais simples for a sua estrutura administrativa.

Importa ainda referir que o método captura-recaptura, foi, no presente estudo, utilizado numa perspectiva de fornecer estimativas locais dos consumos problemáticos referentes a diferentes cidades/zonas do país.

Nesse sentido, procedemos a seis estudos baseados neste método nos Concelhos de Matosinhos, Aveiro, Viseu, Oeiras, Beja e Olhão, dos quais resultaram estimativas da população de consumidores problemáticos nos referidos Concelhos com excepção de Olhão.

O método captura-recaptura foi já utilizado no nosso país para efectuar estimativas locais do número de consumidores problemáticos de drogas, particularmente no Concelho de Setúbal (Godinho et al., 1998).

### **4.1 Aplicação do método**

As estimativas de prevalência são baseadas na análise de tabelas que incluem dados referentes as duas ou mais amostras. Essas tabelas são incompletas no sentido de que a célula sem dados corresponde aos indivíduos que não foram registados em nenhuma das listas que compunham as amostras.

O recurso a este método requer a observância de alguns princípios gerais, a saber:

- a) As amostras/listas são representativas da população em estudo

Este princípio implica que as pessoas que incluem as listas apresentem características idênticas às que não foram observadas. Implica igualmente que se proceda a uma definição consistente dos sujeitos nas diferentes amostras, particularmente em relação ao período de tempo, área geográfica, uso de drogas e idades.

b) A estimativa implica uma população fechada

Este princípio significa que as listas de indivíduos são amostras aleatórias de uma população fechada, entendendo-se por tal uma população em que os indivíduos não entram ou abandonam a população durante o período em que decorre o estudo.

b) As listas são homogêneas e mutuamente independentes

A observância deste princípio requer a existência de pelo menos três amostras. De facto, um dos principais problemas associados à utilização deste método recorrendo somente a duas amostras consiste em violar o princípio segundo o qual as duas amostras são independentes. Do mesmo modo, o recurso a duas amostras impede avaliar se aquele princípio é inválido.

Para ultrapassar este problema utilizam-se, quando tal se afigura possível, três ou mais fontes de informação. A informação adicional presente na terceira amostra pode ser utilizada para examinar se as dependências estão ou não presentes nas fontes de informação, e, no caso de estarem presentes, permitir efectuar uma estimativa do tamanho total da população com o devido ajustamento.

## 4.2 Procedimentos

### *Negociação do acesso às instituições*

Deverá sublinhar-se que cada uma das instituições identificadas para fornecer a informação tem a sua perspectiva própria acerca do que representa um estudo sobre prevalência dos consumos problemáticos.

Do mesmo modo, as instituições que não intervêm directamente na toxicodependência podem facilmente considerar o pedido como representando uma carga adicional de trabalho (EMCDDA, 1999).

A questão da confidencialidade dos dados é igualmente importante. A confidencialidade pode, no entanto, relacionar-se quer com o acesso aos processos individuais quer com a divulgação de dados sobre os utentes das instituições.

Começamos, assim, por efectuar um levantamento exaustivo de todas as instituições através das quais os consumidores problemáticos de drogas dos seis Concelhos envolvidos nesta investigação (i.e., Matosinhos, Aveiro, Viseu, Oeiras, Beja e Olhão) pudessem ser contactados.

Tendo presente as questões atrás referidas, foi efectuado um contacto preliminar com o responsável de cada instituição/fonte de informação cuja finalidade consistiu em explicar claramente os objectivos e eventual utilidade do estudo.

Posteriormente, foi solicitada, às diferentes entidades envolvidas, a respectiva autorização para consultar o processo dos utentes.

Em todos os casos, sublinhou-se o carácter anónimo e confidencial da informação a recolher bem como o facto de a análise dos dados e sua divulgação não envolver a indicação do nome de qualquer utente das referidas instituições ou mesmo o seu padrão de consumo de drogas.

Após a identificação das fontes de informação existentes nos diferentes Concelhos, foi recolhida informação retrospectiva sobre todos os consumidores problemáticos de drogas que entraram em contacto essas instituições, durante o ano de 2000 (no Concelho de Matosinhos a informação reporta-se ao ano 1999), e que se encontravam a residir nos respectivos Concelhos.

Os registos referentes às diferentes fontes de informação reportam-se, assim, ao ano de 1999 no que se refere ao Concelho de Matosinhos e ao ano 2000 no que diz respeito aos restantes Concelhos.

#### **4.3 Fontes de informação**

Embora uma percentagem de consumidores de drogas permaneça escondida, existem locais e momentos em que os consumidores estão mais “visíveis”. Estão nesta situação, por exemplo, os locais onde os consumidores compram e vendem as drogas, os locais onde habitualmente se reúnem ou as instituições que procuram para resolver problemas das áreas médica, social e/ou psicológica.

Desde logo se reconheceu, no entanto, que seria crucial recolher informações provenientes de, pelo menos, três fontes distintas. Este procedimento justifica-se na medida em que cada fonte de informação utilizada num estudo “captura-recaptura” fornece unicamente um quadro parcial da situação de consumidores de drogas. O recurso a duas fontes de informação produz igualmente uma estimativa baixa do número total de consumidores de drogas.

Reconheceu-se que algumas das fontes de informação não dispunham de dados relativos à frequência do consumo (ocasional, regular, etc.), como seria o caso dos dados da PSP ou dos referentes aos Estabelecimentos Prisionais, e somente algumas (e.g., instituições de tratamento) estariam em contacto com os consumidores mais problemáticos.

Idealmente, para permitir uma maior cobertura da população-alvo, seria desejável combinar métodos directos com dados já previamente recolhidos pelas instituições para os seus próprios fins. No entanto, o acesso directo aos consumidores de drogas foi efectuado unicamente no Concelho de Matosinhos através de técnicos (psicólogos e assistentes sociais) em bairros camarários do Concelho.

O levantamento das diferentes entidades susceptíveis de fornecer dados sobre os consumidores problemáticos existentes nos vários Concelhos abrangidos conduziu à identificação das seguintes fontes de informação:

- a) Concelho de Matosinhos

Este levantamento conduziu à identificação de quatro fontes de informação sobre os consumidores problemáticos de drogas no Concelho de Matosinhos: 1) Centro de Apoio a Toxicodependentes de S. Mamede- Matosinhos; 2) Gabinetes de Serviço Social a funcionar em quatro bairros do Concelho; 3) Estabelecimento Prisional do Porto e; 4) Centro de Acolhimento Temporário (Centro de Vila Nova).

Importa referir que esta última instituição tem uma intervenção sobre o fenómeno do abuso de drogas mais de um ponto de vista social do que médico, podendo, por isso, atrair um número mais representativo de consumidores de drogas.

Trata-se, além disso, de uma instituição que está localizada numa área de charneira entre os Concelhos de Matosinhos e do Porto, a ela recorrendo indivíduos que habitam em ambos os Concelhos.

Assim, foram consultados todos os processos referentes a indivíduos identificados como consumidores de heroína e que recorreram ao Centro de Apoio Temporário (Casa de Vila Nova) em 1999. No CAT de Matosinhos, todos os casos referentes ao ano de 1999 foram retirados dos registos informatizados desta instituição.

No Estabelecimento Prisional do Porto, foram consultados os processos relativos a 1999 de indivíduos a habitar no Concelho de Matosinhos e posteriormente avaliados a fim de identificar os consumidores problemáticos de drogas.

Por último, foram consultados os processos referentes a indivíduos que recorreram aos serviços de apoio social existentes nos diversos bairros camarários deste Concelho, em 1999, e que foram identificados como consumidores problemáticos de drogas.

b) Concelhos de Aveiro, Viseu, Oeiras, Beja e Olhão

O levantamento conduziu à identificação de quatro fontes de informação sobre os consumidores problemáticos de drogas nos restantes Concelhos: 1) Centros de Apoio a Toxicodependentes; 2) Estabelecimentos prisionais; 3) Tribunais; 4) Centros de saúde.

Nos Centros de Apoio a Toxicodependentes de Aveiro, Viseu, Beja, Oeiras e Olhão, todos os casos referentes ao ano de 2000 foram retirados dos registos informatizados destas instituições.

No que se refere aos tribunais, os casos abrangidos incluem, unicamente, as condenações por crimes de consumo e tráfico/consumo de drogas dos indivíduos residentes nos Concelhos de Aveiro, Viseu, Beja, Oeiras e Olhão, independentemente dos tribunais onde ocorreram as condenações estarem sediados nestes Concelhos.

Estes dados, que foram disponibilizados através do Instituto Português da Droga e Toxicodependência (IPDT), referem-se aos indivíduos que foram condenados no ano 2000 cujas sentenças deram entrada no IPDT até Março de 2001.

Nos Estabelecimentos Prisionais de Paços de Ferreira, Caxias, Beja, Viseu, foram consultados os processos, relativos ao ano 2000, de indivíduos a habitar nos Concelhos de Aveiro, Viseu, Beja, Oeiras e Olhão, sendo posteriormente avaliados a fim de identificar os consumidores problemáticos de drogas.

Na Polícia de Segurança Pública foram consultados os processos relativos ao ano 2000 de indivíduos indiciados por crimes de consumo e tráfico/consumo de drogas residentes nos Concelhos de Aveiro, Viseu, Beja, Oeiras e Olhão.

Em Viseu e Oeiras foram ainda consultados os processos dos utentes dos respectivos Centros de Saúde relativos ao anos 2000.

#### **4.4 Critérios de inclusão e codificação dos dados**

Embora este método assuma que o número de consumidores de drogas se mantém relativamente estável ao longo do período de tempo que está a ser estudado, esse período de tempo tem que ser suficientemente longo para fornecer números razoáveis de cada fonte de informação.

Neste estudo, utilizou-se um período de tempo correspondente a 12 meses, tendo-se tomado a precaução de identificar os sujeitos que recorreram às instituições nos primeiros seis meses e os sujeitos que recorreram nos últimos seis meses.

Os critérios de inclusão utilizados foram os seguintes:

- a) residir no respectivo Concelho

- b) figurar nos processos de 2000 no que se refere às diferentes fontes de informação seleccionadas;
- c) os ficheiros individuais incluírem elementos de identificação dos sujeitos, que permitissem, nomeadamente, uma identificação a partir do nome do utente.

Com vista a assegurar procedimentos consistentes de recolha de dados foi elaborado um questionário (Cf. Anexo 1) destinado a obter a seguinte informação:

1. Idade
2. Sexo
2. Primeira letra do 1º nome
3. Primeira letra do último apelido
4. Data de nascimento
5. Município de residência
6. Nacionalidade
7. Habilitações
8. Estado civil
9. Ano em que se encontra referido no ficheiro
10. Semestre em que se encontra referido no ficheiro
11. Droga de abuso principal
12. Droga de abuso secundária
13. Via de administração actual da droga de abuso principal

Estes elementos foram suficientes para identificar os indivíduos que estiveram em contacto com mais do que uma fonte de informação.

Os registos em duplicado ou com informação incompleta foram identificados e removidos por forma a compilar um registo dos consumidores problemáticos do respectivo Concelho que contactaram as instituições participantes no estudo.

Este processo envolveu “limpar” os dados referentes a cada fonte de informação, isto é, eliminar dados errados, verificar se todos os indivíduos preenchem os critérios previamente definidos, se consomem drogas e se residem no respectivo Concelho.

Nesta fase foi já possível elaborar algumas análises estatísticas descritivas para cada fonte de informação as quais incluíram: a) o número de utentes; b)

média das idades; c) repartição em função do sexo e; d) padrões de consumo de drogas.

A informação referente a cada instituição foi registada da mesma forma, tendo sido utilizado, para o efeito, o programa SPSS, versão 10.

## **4.5 Resultados**

### **4.5.1 Concelho de Matosinhos**

#### **a) Amostra**

O Concelho de Matosinhos tem uma população residente de 167 026 indivíduos (Censo, 2001). Destes, 80 959 pertencem ao sexo masculino. Trata-se de um Concelho situado no litoral-norte do país. A população residente no Concelho com idades compreendidas entre 15-64 anos é de 60 912 indivíduos.

Neste Concelho foi obtida uma amostra de 448 indivíduos, proveniente do Centro de Apoio a Toxicodependentes (CAT de S. Mamede), do Estabelecimento Prisional do Porto, dos Serviços Sociais dos bairros camarários e do Centro de Acolhimento Temporário (Centro de Vila Nova). Treze sujeitos foram excluídos da amostra por não terem a data de nascimento.

O Quadro 4.1. mostra algumas características dos utentes identificados nas quatro fontes de informação.

Cerca de 90% dos sujeitos são do sexo masculino. A média das idades oscila entre os 29.4 anos nos Serviços de Apoio Social (Bairros camarários) e os 34.1 anos na amostra da prisão.

Noventa e cinco por cento dos sujeitos identificados nas várias fontes de informação têm como droga de abuso principal a heroína. Cerca de quarenta e três por cento utilizavam a via endovenosa para consumir a(s) substância(s) e 51.5% a via de administração fumada; 4.5% recorriam a ambos os modos de administração.

**Quadro 4.1 Características dos utentes identificados nas diferentes fontes de informação do Concelho de Matosinhos**

<b>Centro de tratamento</b>	
Número de utentes identificados	231
Média das idades (anos)	31.18
Sexo	
Homens	212
Mulheres	19
Droga de abuso principal	
Heroína	219
Cocaína	10
Ecstasy	1
Álcool	1
<b>Prisão</b>	
Número de utentes identificados	42
Média das idades (anos)	34.14
Sexo	
Homens	42
Mulheres	0
Droga de abuso principal	
Heroína	37
Cocaína	1
Heroína/cocaína	4
<b>Centro de Acolhimento Temporário</b>	
Número de utentes identificados	76
Média das idades (anos)	30.96
Sexo	
Homens	64
Mulheres	12
Droga de abuso principal	
Heroína	75
Cocaína	1
<b>Serviços Sociais (Bairros)</b>	
Número de utentes	87
Média das idades	29.46
Sexo	
Homens	80
Mulheres	7
Droga de abuso principal	
Heroína	33
Ecstasy	1

A população identificada nestas quatro fontes de informação é maioritariamente masculina. Assim, no Centro de Apoio a Toxicodependentes (CAT de S. Mamede) a percentagem de mulheres que integravam a amostra desta instituição é de 8.2%; no Centro de Apoio Temporário (Casa da Vila Nova), a percentagem de mulheres atinge 15.7%; nos bairros do Concelho, a percentagem de mulheres é de 8% e nas prisões nenhuma mulher está representada.

Os resultados relativos ao nível de escolaridade dos utentes das várias instituições pode ser observado no Quadro 4.2.

A maioria dos utentes apresenta um nível médio-baixo de escolaridade. Com efeito, cerca de 70% dos sujeitos tem uma escolaridade que não excede os anos. De notar igualmente a elevada percentagem de inquiridos que não têm instrução e/ou não completaram o nível primário.

**Quadro 4.2 Nível de escolaridade (Concelho de Matosinhos)**

	<i>% da amostra</i>
<b>Sem instrução/não completou a primária</b>	7.1
<b>Primária</b>	37.9
<b>Até ao 6º ano</b>	32.9
<b>9º-12º ano</b>	21.6
<b>Superior</b>	0.2

No que se refere aos padrões de consumo, 383 sujeitos identificados nas várias fontes de informação do Concelho de Matosinhos forneceram informação relativa à droga de abuso principal. Destes, 364 têm como droga de abuso principal a heroína, o que corresponde a 95% dos consumidores problemáticos que integravam esta amostra.

Por outro lado, 321 indivíduos inquiridos forneceram informação sobre a droga de abuso secundária que utilizavam. Destes, 288 reconheceram que a cocaína representava a droga de abuso secundária. Este valor corresponde a

89.7% dos consumidores problemáticos que forneceram informações sobre esta questão particular. Paralelamente, o haxixe/marijuana só foi considerado droga de abuso secundária para 5% dos sujeitos.

No Quadro 4.3 indicam-se os resultados relativos aos modos de administração da droga de abuso principal nos consumidores problemáticos contactados no Concelho de Matosinhos.

Do total da amostra de 435 sujeitos, 355 forneceram indicações sobre esta questão. Como se constata, a percentagem de consumidores que recorrem ao modo fumado é claramente superior à percentagem de indivíduos que utilizam a via injectável.

**Quadro 4.3 Modos de administração da droga de abuso principal (Concelho de Matosinhos)**

<i>Modo de administração</i>	<i>% da amostra</i>
<b>Oral</b>	.6
<b>Injectado</b>	43.4
<b>Fumado</b>	51.5
<b>Injectado e fumado</b>	4.5

No entanto, se adicionarmos os sujeitos que recorrem aos dois tipos de administração da droga de abuso principal (i.e., injectada e fumada) aos sujeitos que utilizam a via injectável, obtêm-se percentagens muito próximas daqueles que encontramos para a via de administração fumada.

## **b) Resultados**

Para o cálculo da estimativa, começou por se efectuar uma tabela de sobreposições (Quadro 4.4). Esta tabela indica o número de indivíduos registados e não registados nas quatro listas de consumidores de drogas em Matosinhos.

No total, foram identificados 402 indivíduos nas quatro fontes de informação. Apesar de muitas células apresentarem valores de zero (ver Quadro 3.2), procedeu-se, mesmo assim, a uma análise log-linear por forma a testar vários modelos de interacção entre as amostras.

Um modelo de regressão log - linear aplicado aos dados permite efectuar uma estimativa de  $x$ , isto é, da chamada população escondida. Diferentes modelos log - lineares podem ser aplicados aos dados por forma a analisar interacções entre as fontes de informação.

**Quadro 4.4 Sobreposições entre os dados das quatro fontes de informação**

		Fonte 1	Presente	Presente	Ausente	Ausente
		Fonte 2	Presente	Ausente	Presente	Ausente
Fonte 3	Fonte 4					
Presente	Presente		0	0	0	3
Presente	Ausente		0	2	0	37
Ausente	Presente		1	0	13	58
Ausente	Ausente		9	71	208	0

Fonte 1= Serviços Sociais

Fonte 2= Centro de tratamento

Fonte 3=Prisão

Fonte 4 = Centro de Apoio Temporário

Um meio de avaliar se as interacções estão presentes consiste em examinar um valor conhecido pela designação de “desviância” ( $G^2$ ). Este valor mede o grau em que os dados observados se adequam ao modelo, sendo similar aos valores do  $X^2$  (qui quadrado) correntemente utilizado para examinar tabelas de contingência.

A escolha do modelo mais apropriado pode ser efectuada com base em diferentes métodos. Um dos mais utilizados, e ao qual se recorreu no presente estudo, consiste no Akaike Information Criterion (AIC). Este método permite avaliar se as interacções devem ser incluídas nos modelos, sendo, pois, de grande utilidade para escolher o “melhor” modelo.

Os seis modelos mais adequados, tendo por base um modelo independente, podem observar-se no Quadro 4.5.

Dos modelos log - linear testados, o que se mostra mais adequado é o que inclui a interacção entre a amostra do CAT e da prisão e a amostra dos Serviços Sociais e do Centro de Apoio Temporário.

Com base neste modelo, a população estimada de consumidores de drogas “escondidos” é de 1129 ; no total, a população toxicodependente estimada para o Concelho de Matosinhos seria de 1. 531 indivíduos. O intervalo de confiança a 95% é, para a população escondida de [737-1. 755] e para a população total de [1.139-2.157]

**Quadro 4.5 Resultados das análises nas quatro amostras**

<i>Modelo</i>	<i>Desviância</i>	<i>Gl</i>	<i>Estimativa</i>	<i>Total</i>	<i>P</i>	<i>AIC</i>
<b>Amostras independentes</b>	20.71	10	1579	1981	0.023	0.71
<b>S2xS3</b>	9.15	9	1265	1667	0.424	-8.85
<b>S2xS3+S1xS2</b>	8.51	8	1323	1725	0.385	-7.49
<b>S2xS3+S3xS4</b>	8.77	8	1144	1546	0.012	-7.23
<b>S2xS3+S1xS3</b>	6.93	8	1631	2033	0.362	-9.07
<b>S2xS3+S1xS4</b>	5.86	8	1129	1531	0.544	-10.14
<b>S2xS3+S2xS4</b>	9.15	8	1260	1662	0.663	-6.85

Dado existirem muitas células com zeros e os dados provenientes da prisão só incluírem elementos do sexo masculino, combinaram-se os dados das amostras do Serviço Social (bairros camarários) e do Centro de Tratamento numa única fonte de informação. Paralelamente, a análise foi efectuada unicamente com os sujeitos do sexo masculino.

Obteve-se a tabela de sobreposições indicada no Quadro 4.6.

**Quadro 4.6 Sobreposições entre os dados de três fontes de informação (Só elementos do sexo masculino)**

	Fonte 1	Presente	Presente	Ausente	Ausente
	Fonte 2	Presente	Ausente	Presente	Ausente
Fonte 3					
Presente		0	12	3	48
Ausente		2	266	37	0

Fonte 1 = Serviço Social e Centro de Tratamento

Fonte 2 = Prisão

Fonte 3 = Centro de Apoio Temporário

A população conhecida, após estas alterações, atinge os 368 consumidores de drogas. Os resultados das análises nas três amostras (só homens), podem ser observados no Quadro 4.7.

**Quadro 4.7 Resultados das análises nas três amostras (só homens)**

<i>Modelo</i>	<i>Desviância</i>	<i>Gl</i>	<i>Estimativa</i>	<i>Total</i>	<i>P</i>	<i>AIC</i>
<b>Amostras independentes</b>	7.34	3	1494	1862	0.062	1.34
<b>S1xS2</b>	5.76	2	1672	2040	0.056	1.76
<b>S2xS3</b>	0.88	2	976	1344	0.644	-3.12
<b>S1xS3</b>	5.46	2	2412	2780	0.065	1.46
<b>S1xS2+S2xS3</b>	0.30	1	1064	1432	0.584	-1.70
<b>S1xS2+S1xS3</b>	1.30	1	4921	5289	0.254	-0.70
<b>S1xS3xS2xS3</b>	0.18	1	592	960	0.671	-1.82
<b>Saturado</b>	0.00	0	0	368		0.00

Dos modelos log - linear testados, o que se mostra mais adequado é o que inclui a interacção entre a amostra da prisão e do Centro de Apoio Temporário.

Com base neste modelo, a população estimada de consumidores de drogas “escondidos” é de 976, conduzindo a uma estimativa da população total de 1344 consumidores de drogas (sexo masculino). O intervalo de confiança para esta população escondida é de [543-1 802], sendo de [911-2 170] para a população total.

Com base nesta análise, com três amostras, é ainda possível calcular uma estimativa ponderada, recorrendo ao método conhecido pela designação de “weighted Bayesian estimate”.

A aplicação deste procedimento sugere que o tamanho da população toxicod dependente do Concelho de Matosinhos é de 1690 indivíduos do sexo masculino. O intervalo de confiança associado a esta estimativa ponderada é de [1 079-3 333].

#### 4.5.2 Sumário

No quadro 4.8 apresenta-se informação básica referente à aplicação do método captura -recaptura com vista a efectuar uma estimativa da população de consumidores problemáticos de drogas no Concelho de Matosinhos.

**Quadro 4.8 Aplicação do método captura-recaptura (Matosinhos)**

<i>Ano</i>	<i>1999</i>
<b>Método</b>	Captura - recaptura
<b>População-alvo</b>	Consumidores de opiáceos, cocaína,
<b>Fonte</b>	Centro de tratamento, prisão, centro de redução de danos e serviços sociais
<b>Estimativa da prevalência</b>	1 690 [1 079-3 333]
<b>População total</b>	166 275
<b>Idade</b>	15-24: 23 972 25-64: 95 681
<b>Taxa/1000</b>	10.0

Assim, o número estimado de consumidores problemáticos de drogas referente ao ano de 1999 no Concelho de Matosinhos é de 1690 indivíduos, o que corresponde a uma taxa de prevalência de 1% da população total residente no referido Concelho.

Considerando unicamente aos indivíduos incluídos na faixa etária dos 15-64, verifica-se que a prevalência de consumidores problemáticos neste Concelho atinge 1.4%.

#### **4.5.2 Concelho de Aveiro**

##### **a) Amostra**

O Concelho de Aveiro tem uma população residente de 73 335 indivíduos (Censos, 2001). Destes, 35 219 pertencem ao sexo masculino. Trata-se de um Concelho situado no Centro/litoral do país.

A população residente no Concelho com idades compreendidas entre 15-64 anos é de 50 784 indivíduos.

Em Aveiro foi obtida uma amostra de 267 indivíduos, provenientes do CAT de Aveiro (N=220), do Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo (N=34), da Polícia de Segurança Pública (N=3) e dos Tribunais (N=10).

O Quadro 4.9 mostra algumas características dos utentes identificados nas quatro fontes de informação.

**Quadro 4.9 Características dos utentes identificados nas diferentes fontes de informação do Concelho de Aveiro**

<b>Centro de tratamento</b>	
Número de utentes identificados	220
Média das idades (anos)	28.33
Sexo	
Homens	183
Mulheres	37
Droga de abuso principal	
Heroína	210
Cocaína	7
Haxixe	1
<b>Prisão (E.P. St. Cruz do Bispo)</b>	
Número de utentes identificados	34
Média das idades (anos)	33.71
Sexo	
Homens	34
Mulheres	0
Droga de abuso principal	
Heroína	16
Cocaína	1
<b>Tribunais</b>	
Número de utentes identificados	10
Média das idades (anos)	26.4
Sexo	
Homens	9
Mulheres	1
Droga de abuso principal	
Heroína	-
Cocaína	-
<b>Polícia de Segurança Pública</b>	
Número de utentes	3
Média das idades	
Sexo	
Homens	2
Mulheres	1
Droga de abuso principal	
Heroína	3

Cerca de 85% dos sujeitos são do sexo masculino. A maioria dos indivíduos tem nacionalidade portuguesa (89.9%); cerca de 5% dos sujeitos são provenientes das antigas colónias portuguesas. Outras nacionalidades estão representadas em percentagens muito baixas.

A maioria dos sujeitos são solteiros (69.6%); 15.6% são casados; 9.6% encontram-se separados e cerca de 5% a viver em “união de facto”.

A média das idades oscila entre os 26.4 anos na amostra dos tribunais e os 33.71 anos na amostra da prisão. Na amostra do CAT, a média das idades dos utentes registados no ano 2000 nessa instituição é de 28.33 anos.

Para a vasta maioria dos consumidores que integravam a amostra do Concelho de Aveiro, a droga de abuso principal é a heroína.

Os resultados relativos ao nível de escolaridade dos utentes das várias instituições pode ser observado no Quadro 4.10.

**Quadro 4.10 Nível de escolaridade (Concelho de Aveiro)**

<i>Nível de escolaridade</i>	<i>% da amostra</i>
<b>Sem instrução/não completou a primária</b>	2.0
<b>Primária</b>	10.0
<b>Até ao 6º ano</b>	35.7
<b>9º-12º ano</b>	49.8
<b>Superior</b>	2.4

A maioria dos utentes apresenta um nível médio-baixo de escolaridade. Com efeito, cerca de 50% dos sujeitos tem entre 9 a 12 anos de escolaridade.

No que se refere aos padrões de consumo, 238 sujeitos identificados nas várias fontes de informação do Concelho de Aveiro forneceram informação relativa à droga de abuso principal. Destes, 229 têm como droga de abuso principal a heroína.

No entanto, como se pode observar no Quadro 4.11, as situações de consumo cumulativo de diferentes substâncias são bastante comuns. Uma associação frequente é o consumo heroína com o de cocaína. Paralelamente,

cerca de 17% dos sujeitos consomem cumulativamente mais do que três tipos de drogas distintas.

Para 57.7% dos sujeitos, a cocaína é a droga de abuso secundária, seguida do haxixe que é droga de abuso secundária para 19.2% dos utentes.

**Quadro 4.11 Tipos de drogas (Concelho de Aveiro)**

	<i>% da amostra</i>
<b>Heroína</b>	42.7
<b>Cocaína</b>	.4
<b>Heroína e cocaína</b>	19.4
<b>Heroína e haxixe</b>	10.7
<b>Heroína, cocaína e haxixe</b>	7.1
<b>Heroína, cocaína, haxixe, anf./ecstasy, alucinogéneos, sedativos, álcool</b>	17.4
<b>Heroína, sedativos e álcool</b>	2.4

No Concelho de Aveiro, só foi possível obter informação relativa aos modos de administração das drogas no Centro de Apoio a Toxicodependentes de Aveiro e no estabelecimento prisional (E. P. de Santa Cruz do Bispo). Os resultados obtidos podem ser observados no Quadro 4.12.

Verifica-se um claro predomínio do modo de administração fumado o qual atinge cerca de 56.5% das situações. O recurso ao modo de administração fumado e injectado foi efectuado unicamente por 9.1% dos utentes das referidas fontes de informação.

**Quadro 4.12 Modos de administração da droga de abuso principal (Concelho de Aveiro)**

<i>Modo de administração</i>	<i>% da amostra</i>
<b>Injectado</b>	34.4
<b>Fumado</b>	56.5
<b>Injectado e fumado</b>	9.1

Uma elevada percentagem dos utentes do CAT de Aveiro (68,2%) tinham já efectuado o teste ao VIH. Os dados mostram que somente para 2.3% dos utentes dessa instituição o resultado foi positivo.

#### **a) Resultados**

Nas quatro fontes de informação do Concelho de Aveiro, foram identificados 257 registos válidos de consumidores problemáticos de drogas. Dado muitas células apresentarem valores de zero, combinaram-se os dados da Polícia com os dados do Tribunal.

No Quadro 4.13 indica-se o número de indivíduos registados e não registados nas três fontes de informação assim constituídas: 1) Prisão; 2) Centro de tratamento e; 3) Polícia e tribunal.

Procedeu-se, de seguida, a uma análise log-linear por forma a testar vários modelos de interacção entre as amostras.

A escolha do modelo mais apropriado pode ser efectuada com base em diferentes métodos. Para além do Akaike Information Criterion (AIC), já referido a propósito do estudo captura-recaptura efectuado no Concelho de Matosinhos, existe outro método destinado a apoiar a selecção do modelo mais adequado, designado Bayesian Information Criterion (BIC), o qual pode assumir duas formas diferentes, designadas respectivamente como SIC e DIC (EMCDDA,1997).

Quadro 4.13 Sobreposições entre os dados das fontes de informação no Concelho de Aveiro

	Fonte 1	Presente	Presente	Ausente	Ausente
	Fonte 2	Presente	Ausente	Presente	Ausente
Fonte 3					
Presente		0	0	5	8
Ausente		4	30	210	0

Fonte 1 = Prisão

Fonte 2 = Centro de tratamento

Fonte 3 = Polícia e Tribunal

As fórmulas para estes métodos são as seguintes:

$$AIC = G2 - 2(gl),$$

$$SIC = G2 - (\ln Nobs) (gl),$$

$$DIC = G2 - (\ln Nobs/2Phi) (gl),$$

Em que G2 é a desviância e o número de graus de liberdade associados ao modelo, Nobs é a população “conhecida” de consumidores e ln representa a função do logaritmo natural. Quando se utiliza qualquer um destes critérios, o modelo com o valor mais baixo nesse critério deve ser o escolhido.

Os oito modelos obtidos podem observar-se no Quadro 4.14. Dos modelos log-linear testados (i.e., AIC, SIC e DIC) o que se mostra mais adequado é o modelo independente o qual inclui a interacção entre a amostra do Centro de Tratamento, a amostra da prisão e a amostra da polícia/tribunal. O valor mais baixo foi obtido através do método SIC.

**Quadro 4.14 Resultados das análises nas três amostras**

<i>Modelo</i>	<i>Desviância (G2)</i>	<i>GI</i>	<i>Estimativa</i>	<i>Total</i>	<i>P</i>	<i>SIC</i>
<b>Amostras independentes</b>	4.20	3	984	1239	0.241	-12.42
<b>S1xS2</b>	0.37	2	1658	1913	0.832	-10.72
<b>S2xS3</b>	1.18	2	368	623	0.554	-9.90
<b>S1xS3</b>	3.63	2	950	1205	0.163	-7.45
<b>S1xS2+S2xS3</b>	0.15	1	7929528	7929528	0.700	-5.39
<b>S1xS2+S1xS3</b>	0.00	1	1583	1838	1.000	-5.54
<b>S1xS3xS2xS3</b>	0.00	1	317	572	1.000	-5.54
<b>S1xS3xS2xS3</b>	0.00	0	2374	2629		0.00

Com base neste modelo, a população de consumidores problemáticos estimada para o Concelho de Aveiro é de 1 239 indivíduos. O intervalo de confiança a 95% é, para a população total de [719-2 523].

#### 4. 5.3 Sumário

No Quadro 4.15 apresenta-se informação básica referente à aplicação do método captura - recaptura com vista a efectuar uma estimativa da população de consumidores problemáticos de drogas no Concelho de Aveiro.

Assim, o número estimado de consumidores problemáticos de drogas referente ao anos de 2000 no Concelho de Aveiro é de 1 239 (W-SIC) indivíduos, o que corresponde a uma taxa de prevalência de 17/1000 ou seja de 1.7% da população total residente no referido Concelho.

Quadro 4.15 Aplicação do método captura-recaptura (Aveiro)

<i>Ano</i>	<i>2000</i>
<b>Método</b>	Captura - recaptura
<b>População-alvo</b>	Consumidores de opiáceos, cocaína,
<b>Fonte</b>	Centro de tratamento, prisão, polícia e tribunal
<b>Estimativa da prevalência</b>	1 282 [719 -2 523].
<b>População</b>	73 335
<b>Idade</b>	15-24 anos: 10 563 25-64 anos: 40 221
<b>Taxa/1000</b>	17.0

Considerando unicamente aos indivíduos incluídos na faixa etária dos 15-64, verifica-se que a prevalência de consumidores problemáticos neste Concelho atinge um valor particularmente elevado: 2.4% (24/1000).

#### 4.5.3 Concelho de Viseu

##### a) Amostra

O Concelho de Viseu tem uma população residente de 93 502 indivíduos (Censos, 2001). Destes, 44 751 pertencem ao sexo masculino.

A população residente no Concelho de Viseu com idades compreendidas entre 15-64 anos é de 63 459 indivíduos.

Neste Concelho, foi obtida uma amostra de 110 consumidores problemáticos de drogas, provenientes do CAT de Viseu (N=25), do Centro de Saúde de Viseu (N=11), da Polícia de Segurança Pública (N=50) e dos Tribunais (N=14).

Cerca de 91% dos sujeitos são do sexo masculino. No Centro de Apoio a Toxicodependentes (CAT de Viseu) a percentagem de mulheres que integravam a amostra desta instituição é de 11.4% (Quadro 4.16).

**Quadro 4.16 Características dos utentes identificados no Concelho de Viseu**

<b>Centro de tratamento</b>	
Número de utentes identificados	35
Média das idades (anos)	29.29
Sexo	
Homens	31
Mulheres	4
Droga de abuso principal	
Heroína	31
<b>Centro de Saúde</b>	
Número de utentes identificados	11
Média das idades (anos)	27.09
Sexo	
Homens	9
Mulheres	2
Droga de abuso principal	
Heroína	5
Cocaína	1
<b>Tribunais</b>	
Número de utentes identificados	14
Média das idades (anos)	31.86
Sexo	
Homens	11
Mulheres	3
Droga de abuso principal	
Heroína	n.d.
Cocaína	n.d.
<b>Polícia de Segurança Pública</b>	
Número de utentes	50
Média das idades	27.96
Sexo	
Homens	49
Mulheres	1
Droga de abuso principal	
Heroína	40

No Centro de Saúde a percentagem de mulheres atinge 27.2%; na amostra proveniente dos tribunais, a percentagem de mulheres é de 21.4%; finalmente, na amostra da PSP, dos cinquenta sujeitos identificados como consumidores problemáticos de drogas somente um pertence ao sexo feminino.

A média das idades oscila entre os 27.09 anos nos utentes do Centro de Saúde de Viseu e os 31.86 anos nos sujeitos da amostra proveniente dos tribunais.

A maioria dos indivíduos tem nacionalidade portuguesa (98.1%); um dos sujeitos é proveniente das antigas colónias portuguesas e outro de um país da União Europeia.

A maioria dos sujeitos são solteiros (65.5%); 15.5% são casados; 13.1% encontram-se separados e 4.8 % a viver em “união de facto”.

Os resultados relativos ao nível de escolaridade dos utentes das várias instituições contactadas no Concelho de Viseu podem ser observados no Quadro 4.17.

**Quadro 4.17 Nível de escolaridade (Concelho de Viseu)**

<i>Nível de escolaridade</i>	<i>% da amostra</i>
<b>Sem instrução/não completou a primária</b>	2.8
<b>Primária</b>	7.0
<b>Até ao 6º ano</b>	26.8
<b>9º-12º ano</b>	57.8
<b>Superior</b>	5.6

De realçar o facto de cerca de 58% dos sujeitos apresentar um nível de escolaridade que se situa entre os 9 e os 12 anos de escolaridade. A percentagem de sujeitos que completou um curso superior é de 5.6%.

Noventa e oito por cento dos sujeitos identificados nas várias fontes de informação têm como droga de abuso principal a heroína. No entanto, as

situações de consumo cumulativo de drogas são menos frequentes comparativamente ao que se verificou em outras cidades do país (Quadro 4.18).

**Quadro 4.18 Tipos de drogas (Concelho de Viseu)**

	<i>% da amostra</i>
<b>Heroína</b>	59.8
<b>Heroína e cocaína</b>	11.5
<b>Heroína e haxixe</b>	14.9
<b>Heroína, cocaína e haxixe</b>	6.9
<b>Anf./ecstasy, alucinogéneos, sedativos e haxixe</b>	6.9

Assim, cerca de 60% dos sujeitos consomem unicamente heroína; 11.5% consomem heroína e cocaína; 14.9% heroína e haxixe; 6.9% heroína, cocaína e haxixe; 6.9% recorrem cumulativamente ao consumo de alucinogéneos, haxixe, anfetaminas/ecstasy e sedativos.

Por outro lado, a droga secundária mais utilizada é o haxixe (51.9% dos sujeitos) seguida da cocaína (44.4%).

No Quadro 4.19 indica-se a percentagem de utentes que recorre aos diferentes modos de administração da droga de abuso principal.

Ao contrário do que se tem verificado em outras zonas (cidades) do país, a amostra dos utentes das instituições do Concelho de Viseu é maioritariamente constituída por indivíduos que recorrem ao modo de administração injectado. Com efeito, dos 73 sujeitos acerca dos quais foi possível recolher informação sobre este aspecto, 42 utilizam a via endovenosa o que corresponde a 57.7% da amostra.

**Quadro 4.19 Modos de administração da droga de abuso principal (Concelho de Viseu)**

<i>Modo de administração</i>	<i>% da amostra</i>
<b>Injectado</b>	57.7
<b>Fumado</b>	35.6
<b>Injectado e fumado</b>	2.7
<b>Inalado</b>	2.7
<b>Injectado e inalado</b>	1.4

Importa, por último, referir que 57.5% dos utentes tinham já efectuado o teste ao VIH. Só foram, no entanto, fornecidas indicações acerca dos resultados do teste relativamente a cerca de 15% dos sujeitos que incluíam esta amostra. Os dados mostram que para 5.9% dos sujeitos o resultado foi positivo.

### **b) Resultados**

Nas quatro fontes de informação do Concelho de Viseu, foram identificados 102 registos válidos de consumidores problemáticos de drogas. Dado muitas células apresentarem valores de zero, combinaram-se os dados da Polícia com os dados do Tribunal.

No Quadro 4.18 indica-se o número de indivíduos registados e não registados nas três fontes de informação assim constituídas: a) Fonte 1: Centro de saúde; b) Fonte 2: Centro de tratamento e; c) Fonte 3: Polícia e tribunal.

**Quadro 4.20 Sobreposições entre os dados das fontes de informação no Concelho de Viseu**

	Fonte 1	Presente	Presente	Ausente	Ausente
	Fonte 2	Presente	Ausente	Presente	Ausente
Fonte 3					
Presente		0	2	2	56
Ausente		0	9	33	0

Fonte 1 = Centro de saúde

Fonte 2 = Centro de tratamento

Fonte 3 =Polícia e Tribunal

Os oito modelos obtidos podem observar-se no Quadro 4.21.

**Quadro 4.21 Resultados das análises nas três amostras em Viseu**

<i>Modelo</i>	<i>Desviância (G2)</i>	<i>Gl</i>	<i>Estimativa</i>	<i>Total</i>	<i>P</i>	<i>SIC</i>
<b>Amostras independentes</b>	2.50	3	677	779	0.475	-11.37
<b>S1xS2</b>	1.92	2	409	511	0.383	-7.33
<b>S2xS3</b>	1.42	2	588	690	0.492	-7.83
<b>S1xS3</b>	0.71	2	1106	1208	0.703	-8.54
<b>S1xS2+S2xS3</b>	0.00	1	252	354	1.000	-4.62
<b>S1xS2+S1xS3</b>	0.14	1	13083721	13083823	0.710	-4.49
<b>S1xS3xS2xS3</b>	0.00	1	924	1026	1.000	-4.62
<b>S1xS3xS2xS3</b>	0.00	0	4158	4260		0.00

Dos modelos log-linear testados (i.e., AIC, SIC e DIC) o que se mostra mais adequado é, mais uma vez, o modelo independente o qual inclui a interacção entre a amostra do Centro de Saúde, a amostra do Centro de Tratamento e a amostra da polícia/tribunal. O valor mais baixo foi obtido através do método SIC.

Com base neste modelo, a população de consumidores problemáticos estimada para o Concelho de Viseu é de 802 indivíduos (W-SIC). O intervalo de confiança a 95% é, para a população total, de [358-2 357].

Assim, o número estimado de consumidores problemáticos de drogas referente ao ano 2000 no Concelho de Aveiro é de 802 indivíduos, o que corresponde a uma taxa de prevalência de 0.9% da população total residente no referido Concelho.

### c) Sumário

No Quadro 4.22 apresenta-se informação básica referente à aplicação do método captura - recaptura com vista a efectuar uma estimativa da população de consumidores problemáticos de drogas no Concelho de Viseu.

**Quadro 4.22 Aplicação do método captura-recaptura (Viseu)**

<i>Ano</i>	<i>2000</i>
<b>Método</b>	Captura - recaptura
<b>População-alvo</b>	Consumidores de opiáceos, cocaína,
<b>Fonte</b>	Centro de saúde, Centro de tratamento, polícia/tribunal
<b>Estimativa da prevalência</b>	802
<b>População</b>	93 502
<b>Idade</b>	15-24 anos: 14 555 25-64 anos: 48 906
<b>Taxa/1000</b>	9.0

Assim, o número estimado de consumidores problemáticos de drogas referente ao ano 2000 no Concelho de Aveiro é de 802 indivíduos, o que corresponde a uma taxa de prevalência de 9/1000 ou seja de 0.9% da população total residente no referido Concelho.

Se nos reportarmos unicamente aos indivíduos incluídos na faixa etária dos 15-64, a prevalência de consumidores problemáticos neste Concelho sobe para 1.3% (13/1000).

#### **4.5.4 Concelho de Oeiras**

##### **a) Amostra**

O Concelho de Oeiras tem uma população residente de 162 124 indivíduos (Censos, 2001). Destes, 76 859 pertencem ao sexo masculino. Trata-se de um Concelho situado na região de Lisboa e Vale do Tejo.

A população residente no Concelho com idades compreendidas entre 15-64 anos é de 115 090 indivíduos.

Neste Concelho, foi obtida uma amostra de 236 indivíduos, provenientes do CAT de Oeiras (n=149), do Centro de Saúde (n=64), da Polícia de Segurança Pública (n=18) e dos Tribunais (n=5).

No Quadro 4.23 apresentam-se algumas características dos utentes identificados nas quatro fontes de informação atrás referidas.

Como se verifica, os sujeitos do sexo masculino representam a vasta maioria dos utentes das várias instituições contactadas. Assim, considerando os resultados nas diferentes fontes de informação no que se refere a esta variável, a percentagem de elementos do sexo masculino atinge 81.4%.

No Centro de Apoio a Toxicod dependentes (CAT-Oeiras) a percentagem de mulheres que integravam a amostra desta instituição é de 20.2%, enquanto que no Centro de Saúde essa percentagem atinge 17.1%. Nos dados da PSP, verifica-se que, dos dezoito sujeitos, só um pertence ao sexo feminino.

**Quadro 4.23 Características dos utentes identificados no Concelho de Oeiras**

<b>Centro de tratamento (CAT de Oeiras)</b>	
Número de utentes identificados	148
Média das idades (anos)	30.48
Sexo	
Homens	118
Mulheres	30
Droga de abuso principal	
Heroína	143
Cocaína	5
<b>Centro de Saúde</b>	
Número de utentes identificados	64
Média das idades (anos)	29.88
Sexo	
Homens	53
Mulheres	11
Droga de abuso principal	
Heroína	62
Cocaína	2
<b>Tribunais</b>	
Número de utentes identificados	5
Média das idades (anos)	33.8
Sexo	
Homens	4
Mulheres	1
Droga de abuso principal	n.d.
<b>Polícia de Segurança Pública</b>	
Número de utentes	18
Média das idades	36.28
Sexo	
Homens	17
Mulheres	1
Droga de abuso principal	
Heroína	15

A maioria dos indivíduos tem nacionalidade portuguesa (92.9%); 3.3% são provenientes das antigas colónias portuguesas. Outras nacionalidades estão representadas em percentagens muito baixas.

A maioria dos sujeitos são solteiros (55%); 17% são casados; 6.6% encontram-se separados e 20.1 % a viver em “união de facto”. A média das idades oscila entre os 29.88 anos, no Centro de Saúde de Oeiras e os 36.28 anos, na amostra da PSP.

Os resultados relativos ao nível de escolaridade dos utentes das várias instituições pode ser observado no Quadro 4.24.

**Quadro 4.24 Nível de escolaridade (Concelho de Oeiras)**

<i>Nível de escolaridade</i>	<i>% da amostra</i>
<b>Sem instrução/não completou a primária</b>	1.7
<b>Primária</b>	8.3
<b>Até ao 6º ano</b>	27.4
<b>9º-12º ano</b>	57.4
<b>Superior</b>	5.2

Como se constata, prevalece um nível médio de escolaridade, contrariando, deste modo, um estereótipo largamente difundido segundo o qual o consumidor problemático de drogas é originário de níveis educacionais baixos. Com efeito, cerca de 57% dos sujeitos completou entre 9 a 12 anos de escolaridade. De realçar ainda o facto de 5% dos sujeitos terem concluído uma formação superior.

No que se refere aos padrões de consumo, cerca de 97% dos sujeitos identificados nas várias fontes de informação do Concelho de Oeiras têm como droga de abuso principal a heroína. As situações de consumo cumulativo de várias drogas são, no entanto, muito frequentes (Quadro 4.25).

Assim, 14.3% dos sujeitos consomem heroína e cocaína, 30.2% consomem heroína, cocaína e haxixe e 32.2% recorrem ao consumo cumulativo de heroína, cocaína, haxixe, anfetaminas/ecstasy, álcool e sedativos. Em todo o caso, a droga de abuso secundária é, para 71.3% dos sujeitos, a cocaína.

**Quadro 4.25 Tipos de drogas (Concelho de Oeiras)**

	<i>% da amostra</i>
<b>Heroína</b>	11.3
<b>Heroína e cocaína</b>	14.4
<b>Heroína e haxixe</b>	9.6
<b>Heroína, cocaína e haxixe</b>	30.9
<b>Heroína, cocaína, haxixe, anf./ecstasy, alucinogéneos, sedativos, álcool</b>	32.2

Informação relativa aos modos de administração das drogas pode ser observada no Quadro 4.26.

**Quadro 4.26 Modos de administração da droga de abuso principal (Concelho de Oeiras)**

<i>Modo de administração</i>	<i>% da amostra</i>
<b>Injectado</b>	28.8
<b>Fumado</b>	63.5
<b>Injectado e fumado</b>	5.5
<b>Fumado e inalado</b>	3.0
<b>Injectado e inalado</b>	2.3

Considerando as três fontes de informação que disponibilizaram dados sobre esta questão, verifica-se um nítido predomínio do modo de administração fumado o qual atinge cerca de 63% das situações.

Importa ainda referir que 82% utentes do CAT de Oeiras e do Centro de Saúde tinham já efectuado o teste ao VIH. Os dados mostram que para 20.4% dos utentes dessas instituições o resultado foi positivo.

## b) Resultados

Nas cinco fontes de informação do Concelho de Oeiras, foram identificados 225 registos válidos de consumidores problemáticos de drogas. Dado um número elevado de células apresentarem valores de zero, combinaram-se os dados da Polícia com os dados da Prisão.

No Quadro 4.27 indica-se o número de indivíduos registados e não registados nas quatro fontes de informação assim constituídas: a) Fonte 1: Centro de saúde; a) Fonte 2: Centro de tratamento; c) Fonte 3: Polícia e: d) Fonte 4: Prisão e tribunal.

**Quadro 4.27 Sobreposições entre os dados das quatro fontes de informação no Concelho de Oeiras**

		Fonte 1	Presente	Presente	Ausente	Ausente
		Fonte 2	Presente	Ausente	Presente	Ausente
Fonte 3	Fonte 4					
Presente	Presente		0	0	0	2
Presente	Ausente		0	0	2	14
Ausente	Presente		0	0	0	5
Ausente	Ausente		8	55	139	

Fonte 1 = Centro de Saúde  
 Fonte 2 = Centro de tratamento  
 Fonte 3 = Polícia  
 Fonte 4 = Prisão + Tribunal

A análise log-linear destinada a testar vários modelos de interacção entre as amostras, conduziu aos resultados descritos no Quadro 4.28.

**Quadro 4.28 Resultados das análises nas quatro amostras em Oeiras**

<i>Modelo</i>	<i>Desviância (G2)</i>	<i>Gl</i>	<i>Estimativa</i>	<i>Total</i>	<i>P</i>	<i>SIC</i>
<b>Amostras independentes</b>	1.71	3	1048	1266	0.635	-14.44
<b>S1xS2</b>	1.70	2	1066	1284	0.427	-9.07
<b>S2xS3</b>	1.49	2	1414	1632	0.475	-9.28
<b>S1xS3</b>	0.00	2	959	1177	1.000	-10.77
<b>S1xS2+S2xS3</b>	0.22	1	33929756	33920974	0.637	-5.16
<b>S1xS2+S1xS3</b>	0.00	1	956	1174	0.637	-5.38
<b>S1xS3xS2xS3</b>	0.00	1	973	1191	1.000	-5.38
<b>S1xS3xS2xS3</b>	0.00	0	6689	6907	1.000	0.00

Dos modelos log-linear testados (i.e., AIC, SIC e DIC) o que se mostra mais adequado é o modelo independente o qual inclui a interação entre a amostra do Centro de Saúde, a amostra do Centro de Tratamento, a amostra da polícia e a amostra da prisão/tribunal. O valor mais baixo foi obtido através do método SIC.

Com base neste modelo, a população de consumidores problemáticos estimada para o Concelho de Oeiras é de 1271 indivíduos (W-SIC). O intervalo de confiança a 95% é, para a população total, de [762-2 398].

### c) Sumário

No Quadro 4.29 apresenta-se informação básica referente à aplicação do método captura - recaptura com vista a efectuar uma estimativa da população de consumidores problemáticos de drogas no Concelho de Oeiras.

Assim, o número estimado de consumidores problemáticos de drogas, referente ao ano de 2000, no Concelho de Oeiras é de 1 271 indivíduos, o que corresponde a uma taxa de prevalência de 8/1000 ou seja de 0.8% da população total residente no referido Concelho.

**Quadro 4.29 Aplicação do método captura-recaptura (Oeiras)**

<i>Ano</i>	<i>2000</i>
<b>Método</b>	Captura - recaptura
<b>População-alvo</b>	Consumidores de opiáceos, cocaína,
<b>Fonte</b>	Centro de tratamento, prisão, polícia e tribunal
<b>Estimativa da prevalência</b>	1271
<b>População</b>	162 124
<b>Idade</b>	15-24 anos: 22 274 25-64 anos: 92 816
<b>Taxa/1000</b>	8.0

Se nos reportarmos unicamente aos indivíduos incluídos na faixa etária dos 15-64 anos, a prevalência de consumidores problemáticos neste Concelho sobe para 1.1% (11/1000).

#### 4.5.5 Concelho de Beja

##### a) Amostra

O concelho de Beja tem uma população residente de 35 762 indivíduos (Censos, 2001). Destes, 17 199 pertencem ao sexo masculino. Trata-se de um Concelho situado na região do Alentejo.

A população residente no Concelho de Beja com idades compreendidas entre 15-64 anos é de 23 297 indivíduos.

Neste Concelho, foi obtida uma amostra de 209 indivíduos, provenientes do CAT de Beja (169), do Estabelecimento Prisional de Beja (20), da Polícia de Segurança Pública (19) e dos Tribunais (1).

O Quadro 4.30 mostra algumas características dos utentes identificados nas quatro fontes de informação.

Cerca de 89.1% dos sujeitos são do sexo masculino. A quase totalidade dos utentes é de nacionalidade portuguesa (98.6%). A maioria dos sujeitos são solteiros (62.6%); 24.2% são casados; 6.6% encontram-se separados e cerca de 4.7% a viver em “união de facto”.

A média das idades oscila entre os 28.16 anos na amostra da polícia e os 32.5 anos na amostra da prisão. Na amostra do CAT de Beja, a média das idades dos utentes registados no ano 2000 nessa instituição é de 29.57.

À semelhança do que se verificou em relação a outras zonas do país, a população identificada nas quatro fontes de informação contactadas no Concelho de Beja é maioritariamente masculina (89.1%).

No Centro de Apoio a Toxicodependentes (CAT de Beja) a percentagem de mulheres que integravam a amostra desta instituição é de 11.8%; no Estabelecimento Prisional de Beja, todos os elementos identificados como consumidores problemáticos de drogas são do sexo masculino. Na amostra da PSP, dos 19 sujeitos, só um é do sexo feminino.

Quadro 4.30 Características dos utentes identificados no Concelho de Beja

<b>Centro de tratamento</b>	
Número de utentes identificados	169
Média das idades (anos)	29.57
Sexo	
Homens	149
Mulheres	20
Droga de abuso principal	
Heroína	168
Haxixe	1
<b>Prisão</b>	
Número de utentes identificados	20
Média das idades (anos)	32.5
Sexo	
Homens	20
Mulheres	0
Droga de abuso principal	
Heroína	19
<b>Tribunais</b>	
Número de utentes identificados	1
Idade (anos)	22
Sexo	
Homens	1
Mulheres	0
Droga de abuso principal	n.d.
<b>Polícia de Segurança Pública</b>	
Número de utentes	19
Média das idades	28.16
Sexo	
Homens	18
Mulheres	1
Droga de abuso principal	
Heroína	17
Cocaína	1
Haxixe	1

Os resultados relativos ao nível de escolaridade dos utentes das várias instituições contactadas no Concelho de Beja podem ser observados no Quadro 4.31.

**Quadro 4.31 Nível de escolaridade (Concelho de Beja)**

<i>Nível de escolaridade</i>	<i>% da amostra</i>
<b>Sem instrução/não completou a primária</b>	7.2
<b>Primária</b>	16.3
<b>Até ao 6º ano</b>	33.2
<b>9º-12º ano</b>	41.8
<b>Superior</b>	1.4

Dum modo geral, o nível de escolaridade dos utentes das instituições contactadas em Beja não difere do observado em outras cidades, embora o nível médio de escolaridade seja ligeiramente inferior. Por exemplo, a percentagem de consumidores problemáticos de drogas que não têm instrução e/ou não completaram a nível primário, atinge cerca de 7% do total de sujeitos identificados nas diferentes fontes de informação.

Uma vasta maioria dos sujeitos (98.5%) têm como droga de abuso principal a heroína. Por outro lado, a droga secundária mais utilizada é o haxixe (44.6% dos sujeitos) seguida da cocaína (43.2%).

Quando se examinam os padrões de consumo de drogas verifica-se ainda que as situações de consumo cumulativo são menos frequentes por comparação com outras cidades, em particular as situadas no litoral em zonas densamente povoadas, como, por exemplo, Aveiro ou Oeiras. Com efeito, uma percentagem muito elevada de utentes (cerca de 65%) consome unicamente heroína.

No Quadro 4.32 observam-se os dados referentes aos tipos e combinações de drogas utilizadas pelos sujeitos que integravam esta amostra.

**Quadro 4.32 Tipos de drogas (Concelho de Beja)**

	<i>% da amostra</i>
<b>Heroína</b>	64.9
<b>Heroína e cocaína</b>	12.0
<b>Cocaína e haxixe</b>	.5
<b>Heroína e haxixe</b>	15.4
<b>Heroína, cocaína e haxixe</b>	1.9
<b>Heroína, cocaína, haxixe, anf./ecstasy, alucinogéneos, sedativos, álcool</b>	2.9
<b>Heroína, sedativos e álcool</b>	2.4

Como se constata, as situações de consumo cumulativo de determinadas drogas, que assumiam alguma importância noutras zonas do país (por exemplo, heroína e cocaína), apresentam, nesta zona do país, uma magnitude reduzida.

No Quadro 4.33 indica-se a percentagem de utentes que recorrem aos diferentes modos de administração da droga de abuso principal.

Cerca de 55% dos utentes utilizavam a via endovenosa para consumir a(s) substância(s) e 31.1% utilizavam a via de administração fumada; 8.7% recorriam a ambos os modos de administração.

Em contraste com o que se observou noutras cidades, verifica-se uma predominância do modo endovenoso de administração das drogas o qual atinge uma percentagem bastante superior ao modo fumado.

Importa, por último, referir que 87.2% dos utentes tinham já efectuado o teste ao VIH. Os dados mostram que para 4.9% dos sujeitos o resultado foi positivo.

**Quadro 4.33 Modos de administração da droga de abuso principal (Concelho de Beja)**

<i>Modo de administração</i>	<i>% da amostra</i>
<b>Injectado</b>	55.6
<b>Fumado</b>	31.1
<b>Injectado e fumado</b>	8.7
<b>Inalado</b>	1.5
<b>Fumado e inalado</b>	3.0

**b) Resultados**

Nas quatro fontes de informação do Concelho de Beja, foram identificados 187 registos válidos de consumidores problemáticos de drogas. Dado um número elevado de células apresentarem valores de zero, combinaram-se os dados da Polícia com os dados do Tribunal.

No Quadro 4.34 indica-se o número de indivíduos registados e não registados nas quatro fontes de informação assim constituídas: a) Fonte 1:Prisão; a) Fonte 2: Centro de tratamento; c) Fonte 3: Polícia /tribunal.

**Quadro 4.34 Sobreposições entre os dados das fontes de informação no Concelho de Beja**

	Fonte 1	Presente	Presente	Ausente	Ausente
	Fonte 2	Presente	Ausente	Presente	Ausente
Fonte 3					
Presente		2	2	4	11
Ausente		8	6	154	

Fonte 1 = Prisão

Fonte 2 = Centro de tratamento

Fonte 3 =Polícia e Tribunal

Os oito modelos obtidos podem observar-se no Quadro 4.35. Dos modelos log-linear testados (i.e., AIC, SIC e DIC) o que se mostra mais adequado é o que inclui a interação entre a amostra da prisão e da Polícia/tribunal. O valor mais baixo foi obtido através do método SIC.

**Quadro 4.35 Resultados das análises nas três amostras em Beja**

<i>Modelo</i>	<i>Desviância (G2)</i>	<i>GI</i>	<i>Estimativa</i>	<i>Total</i>	<i>P</i>	<i>SIC</i>
<b>Amostras independentes</b>	9.74	3	168	355	0.021	-5.95
<b>S1xS2</b>	5.28	2	85	272	0.056	-4.68
<b>S2xS3</b>	8.87	2	231	418	0.012	-1.69
<b>S1xS3</b>	2.29	2	209	396	0.0232	-7.54
<b>S1xS2+S2xS3</b>	4.45	1	33	220	0.035	-0.78
<b>S1xS2+S1xS3</b>	0.06	1	116	303	0.384	-4.47
<b>S1xS3xS2xS3</b>	0.00	1	424	611	0.800	-5.17
<b>S1xS3xS2xS3</b>	0.00	0	318	505		0.00

A aplicação deste procedimento sugere que o tamanho da população de consumidores problemáticos de drogas do Concelho de Beja é de 394 indivíduos (W-SIC). O intervalo de confiança associado a esta estimativa ponderada é de [283-610].

### c) Sumário

O Quadro 4.36 apresenta informação básica referente à aplicação do método captura - recaptura com vista a efectuar uma estimativa da população de consumidores problemáticos de drogas no Concelho de Beja.

Assim, o número estimado de consumidores problemáticos de drogas referente ao ano de 2000 neste Concelho é de 394 indivíduos, o que corresponde a uma taxa de prevalência de 11/1000 ou seja de 1.1% da população total residente no referido Concelho.

Considerando unicamente aos indivíduos incluídos na faixa etária dos 15-64, a prevalência de consumidores problemáticos neste Concelho sobe para 1.7% (17/1000).

**Quadro 4.36 Aplicação do método captura-recaptura em Beja**

<i>Ano</i>	<i>2000</i>
<b>Método</b>	Captura - recaptura
<b>População-alvo</b>	Consumidores de opiáceos, cocaína,
<b>Fonte</b>	Centro de tratamento, prisão, polícia e tribunal
<b>Estimativa da prevalência</b>	394
<b>População</b>	35 762
<b>Idade</b>	15-24 anos: 4 923 25-64 anos: 18 374
<b>Taxa/1000</b>	10.1

#### 4.5.6 Concelho de Olhão

##### a) Amostra

O Concelho de Olhão tem uma população residente de 40 808 indivíduos (Censos, 2001). Destes, 20 138 pertencem ao sexo masculino. Trata-se de um Concelho situado na região do Algarve.

A população residente no Concelho de Olhão com idades compreendidas entre 15-64 anos é de 27 367 indivíduos.

Neste Concelho, foi obtida uma amostra de 78 indivíduos, proveniente do CAT de Olhão (n=33), Estabelecimento Prisional de Faro (n=16), Polícia de Segurança Pública (n=25) e Tribunais do Concelho (n=4).

O Quadro 4.37 mostra algumas características dos utentes identificados nas quatro fontes de informação.

Os utentes do sexo masculino constituem a vasta maioria dos sujeitos das várias instituições contactadas. Assim, considerando os resultados nas diferentes fontes de informação no que se refere a esta variável, a percentagem de elementos do sexo masculino atinge 94.9%.

No Centro de Apoio a Toxicodependentes (CAT de Olhão) a percentagem de mulheres que integravam a amostra desta instituição é de 5.1%. Em todas as outras instituições contactadas, os dados recolhidos reportam-se unicamente a indivíduos do sexo masculino.

Todos os indivíduos tem nacionalidade portuguesa com excepção de um sujeito que é proveniente das antigas colónias portuguesas.

A maioria dos sujeitos são solteiros (74.3%); 20.3% são casados; 2.7% encontram-se separados e 2.7 % a viver em “união de facto”.

A média das idades oscila entre os 26.5 anos da amostra proveniente dos tribunais (n=4) e os 30.19 anos da amostra do estabelecimento prisional.

**Quadro 4.37 Características dos utentes identificados no Concelho de Olhão**

<b>Centro de tratamento (CAT de Olhão)</b>	
Número de utentes identificados	33
Média das idades (anos)	26.21
Sexo	
Homens	29
Mulheres	4
Droga de abuso principal	
Heroína	31
LSD	1
Haxixe	1
Modo de administração	
Endovenosa	22
Fumada	10
Oral	1
<b>Prisão (E.P. de Faro)</b>	
Número de utentes identificados	16
Média das idades (anos)	30.19
Sexo	
Homens	16
Mulheres	0
Droga de abuso principal	n.d.
<b>Tribunais</b>	
Número de utentes identificados	4
Média das idades (anos)	26.5
Sexo	
Homens	4
Mulheres	0
Droga de abuso principal	n.d.
<b>Polícia de Segurança Pública</b>	
Número de utentes	25
Média das idades	29.52
Sexo	
Homens	80
Mulheres	7
Droga de abuso principal	
Heroína	18
Haxixe	1

Os resultados relativos ao nível de escolaridade dos utentes das várias instituições contactadas no Concelho de Olhão podem ser observados no Quadro 4.38.

A maioria dos consumidores problemáticos completou unicamente seis anos de escolaridade. De notar igualmente que cerca de 6% dos sujeitos não têm qualquer instrução e/ou não completaram o nível primário. Nenhum dos utentes completou um curso do ensino superior.

Os padrões de consumo de drogas dos indivíduos que compunham a amostra de Olhão apresentam claras afinidades com os padrões de consumo de drogas referentes a outras cidades já analisadas.

Consistentemente com o que se verificou em relação a todas as outras zonas do país, a droga de abuso principal continua a ser, para a vasta maioria do utentes, a heroína (cerca de 95% dos sujeitos).

**Quadro 4.38 Nível de escolaridade (Concelho de Olhão)**

<i>Nível de escolaridade</i>	<i>% da amostra</i>
<b>Sem instrução/não completou a primária</b>	6.1
<b>Primária</b>	32.7
<b>Até ao 6º ano</b>	40.8
<b>9º-12º ano</b>	20.4
<b>Superior</b>	0.0

Só uma pequena percentagem de indivíduos forneceu indicações susceptíveis de permitir identificar a droga secundária de abuso. Com efeito, dos 78 sujeitos que integravam a amostra de Olhão, só 29 disponibilizaram este tipo de informação. Desses, 75.9% têm como droga de abuso secundária a cocaína; 13.8% o haxixe; 6.9% os sedativos e 3.4% a heroína.

No Quadro 4.39 observam-se os dados referentes aos tipos e combinações de drogas utilizadas pelos sujeitos que integravam esta amostra.

Cerca de 51% dos sujeitos consomem unicamente heroína. À semelhança de que se verificou em relação a outras cidades, o tipo de combinação mais frequente é entre a heroína e a cocaína, referida por cerca de 30% dos consumidores problemáticos de Olhão.

Importa ainda destacar que a heroína é utilizada cumulativamente com uma diversidade de drogas, as quais incluem, para além da cocaína já referida, o haxixe, os sedativos e o álcool.

**Quadro 4.39 Tipos de drogas (Concelho de Olhão)**

	<i>% da amostra</i>
<b>Heroína</b>	51.4
<b>Heroína e cocaína</b>	29.7
<b>Cocaína e haxixe</b>	1.4
<b>Heroína e haxixe</b>	12.2
<b>Heroína, cocaína e haxixe</b>	2.7
<b>Heroína, sedativos e álcool</b>	2.4
<b>Outras</b>	1.4

No Quadro 4.40 indica-se a percentagem de utentes que recorre aos diferentes modos de administração da droga de abuso principal.

Ao contrário do que se tem verificado em outras zonas (cidades) do país, a amostra dos utentes das instituições do Concelho de Olhão é maioritariamente constituída por indivíduos que recorrem ao modo de administração injectado.

Com efeito, cerca de 65% dos sujeitos acerca dos quais foi possível recolher informação sobre esta questão utilizam a via endovenosa.

**Quadro 4.40 Modos de administração da droga de abuso principal (Concelho de Olhão)**

	<i>% da amostra</i>
<b>Injectado</b>	64.7
<b>Fumado</b>	32.4
<b>Oral</b>	2.9

Só foram, no entanto, fornecidas indicações acerca dos resultados do teste relativamente a cerca de 42% dos sujeitos que incluíam esta amostra. Importa, por último, referir que 38.5% desses utentes tinham já efectuado o teste ao VIH. Os dados mostram que para 6.7% dos sujeitos o resultado foi positivo.

Não foi possível proceder à estimativa do número de consumidores problemáticos no Concelho de Olhão por se ter verificado que somente dois sujeitos apareciam em mais do que uma fonte de informação.

## Capítulo 5. Síntese e discussão

Apresentaram-se, na primeira parte deste relatório, diferentes estimativas destinadas a determinar a prevalência de consumidores problemáticos em Portugal.

O primeiro ponto que importa sublinhar diz justamente respeito à diversidade de estimativas que foram obtidas. Como se verificou, os cálculos efectuados com base nos diferentes métodos a que se recorreu fornecem quadros da prevalência dos consumidores problemáticos de drogas em Portugal que são bastante díspares.

As razões para esta diversidade são múltiplas. Em primeiro lugar, as estimativas dependem do método utilizado o qual, para além de repousar sobre um conjunto de hipóteses, tem, além disso, associado uma determinada margem de erro.

Em segundo lugar, o grau de precisão associado a uma determinada estimativa depende da qualidade das bases de dados, as quais apresentam, no nosso país, deficiências notórias. Com efeito, os métodos de registo não são, frequentemente, uniformes e a informação recolhida por algumas instituições sobre utentes consumidores problemáticos de drogas é manifestamente insuficiente.

Em terceiro lugar, os diferentes métodos permitem estabelecer estimativas referentes a sub-populações de consumidores problemáticos de drogas. Assim, por exemplo, um método como o *Back-calculation* procura obter uma estimativa dos consumidores de drogas por via endovenosa.

Um outro aspecto que importa sublinhar prende-se com a afirmação do princípio segundo o qual uma estimativa da prevalência de comportamentos ocultos, como é o caso do consumo de drogas, implica necessariamente uma conjugação de diferentes métodos.

Examinando, agora, de um modo mais concreto os resultados obtidos mediante a aplicação dos diferentes métodos é possível extrair uma primeira conclusão geral: os métodos destinados a estabelecer estimativas nacionais conduzem a valores que são globalmente mais baixos relativamente aos métodos visando estabelecer estimativas locais.

Com efeito, a utilização dos três métodos multiplicadores (baseados nos dados sobre o tratamento, polícia e mortalidade relacionada com drogas) e do método back-calculation, permitem obter taxas de prevalência de consumidores problemáticos de drogas que variam entre os 2.3 e os 8.6 consumidores problemáticos de drogas por 1000 habitantes, com idades compreendidas entre os 15 – 64 anos.

No entanto, como oportunamente salientamos, as taxas de prevalência mais baixas, como as que foram obtidas, por exemplo, pelo método baseado na mortalidade relacionada com drogas, representam um valor sub-estimado do número de consumidores por via endovenosa.

Impõe-se, deste modo, diferenciar os resultados dos métodos de estimativas nacionais consoante estes visem a obtenção de taxas de prevalência de uma sub-população específica de consumidores problemáticos, como é o caso dos consumidores por via endovenosa, dos métodos que se destinam a estabelecer uma estimativa da totalidade da população toxicodependente.

Exemplificando, diríamos que o número de consumidores problemáticos que usam a via endovenosa poderão ser estimados, de acordo com os resultados do método back-calculation, entre 26 920 – 43 966, para o escalão etário com idades compreendidas entre os 15-64 anos, o que corresponde a uma taxa de prevalência de 4 a 6.4 consumidores de drogas por via endovenosa por 1000 habitantes.

Paralelamente, os métodos que permitem efectuar uma estimativa do conjunto da população de consumidores problemáticos de drogas conduziram, nesta investigação, a taxas de prevalência que são obviamente mais elevadas as quouis oscilam entre os 6.1 aos 8.6 consumidores de drogas por 1000 habitantes, o que corresponde a um número de consumidores problemáticos que varia entre os 41 720 e os 58 980.

No que se refere às estimativas locais, o aspecto mais saliente diz respeito à já aludida tendência para taxas de prevalência se terem revelado mais elevadas do que as taxas obtidas para o conjunto do território nacional.

Assim, se nos reportarmos aos indivíduos incluídos na faixa etária dos 15-64 anos, a taxa de prevalência de consumidores problemáticos oscila entre 8 a 24 consumidores de drogas por 1000 habitantes. Isto significa que a percentagem de consumidores problemáticos de drogas, no grupo etário dos 15 aos 64 anos, pode variar, consoante os Concelhos analisados, entre 1.1% e os 2.4% da população desses Concelhos.

Embora seja problemático explicar esta discrepância nos resultados obtidos, importa sublinhar que as estimativas locais reflectem as próprias idiosincrasias do fenómeno do uso de drogas, específicas dos Concelhos onde se procedeu ao estudo.

Para além disso, é plausível supôr que os métodos visando o cálculo de estimativas nacionais, como os que foram utilizados neste estudo, possam estar particularmente sujeitos a distorções que derivam, entre outros aspectos, das deficiências das bases de dados existentes nas instituições que forneceram a informação que serviu de base ao cálculo das taxas de prevalência dos consumidores problemáticos de drogas. Nos estudos baseados no método captura

recaptura, a diversificação das fontes de informação poderá diminuir o erro resultante do factor atrás mencionado.

## **PARTE II**

### **Padrões e natureza do consumo problemático de drogas**

## Capítulo 1. Introdução

Na segunda parte deste Relatório apresentam-se os resultados de um estudo centrado na caracterização dos padrões e natureza do consumo de drogas ilícitas numa amostra de consumidores problemáticos seleccionada em quatro contextos localizados no Distrito do Porto e Aveiro: a) um Centro de Apoio a Toxicodependentes; b) uma Prisão e; c) Serviços Sociais instalados em bairros camarários e 4) Comunidades Terapêuticas.

O estudo constitui, assim, uma extensão da investigação sobre as prevalências dos consumos problemáticos de drogas na medida em que “prolonga” os resultados das estimativas do número de consumidores ao fornecer informações sobre os seus padrões de consumo, comportamentos de risco e necessidades.

A relevância desta estratégia de investigação parece fora questão. Com efeito, as estimativas acerca da prevalência do consumo de drogas procuram essencialmente responder à questão: “Qual é a extensão do fenómeno?”, enquanto que o presente estudo visa responder a questões relacionadas com a própria natureza do fenómeno (e.g., padrões de consumo, comportamentos de risco e de protecção, percepção da qualidade dos serviços existentes, actividade criminal associada ao uso de drogas etc.).

Especialmente no que se refere aos consumidores problemáticos de drogas, a natureza escondida e ilícita dos comportamentos tornam particularmente difícil o acesso a esta população. Os consumidores problemáticos de drogas constituem, deste modo, uma verdadeira “população oculta” no sentido em que se excluem frequentemente dos sistemas formais de controlo e são, portanto, difíceis de localizar (Fernandes e Carvalho, 2000).

Ao contrário do que acontece nas investigações baseadas na realização de inquéritos à população geral, os estudos dirigidos a “populações escondidas” ou a “populações especiais” colocam problemas específicos ao investigador. Este último conceito, engloba usualmente indivíduos em situação de marginalização

social ou em risco de desenvolver problemas de saúde ou outros, como os sem-abrigo, os delinquentes, as prostitutas e as populações institucionalizadas.

De realçar que o próprio conceito de “população especial” tem vindo igualmente a ser definido em função do tipo e padrão do consumo de drogas (Medina-Mora et. al, 2000).

Não é, pois, possível, investigar “acontecimentos de saúde raros” (Pflanz citado em Simon, 1997) numa população recorrendo unicamente a uma única fonte de informação. O recurso a múltiplas fontes de informação afigura-se assim, como um dos métodos mais adequados para minimizar a falta de representatividade das abordagens que se baseiam numa só fonte de informação (e.g., centros de tratamento).

Em Portugal, são ainda relativamente escassos os estudos centrados na caracterização dos consumidores problemáticos de drogas. Tal caracterização afigura-se, no entanto, importante já que possibilita avaliar aspectos como os padrões de consumo de drogas e eventuais mudanças susceptíveis de ocorrer nesses padrões de consumo com a passagem do tempo.

Permite igualmente examinar uma diversidade de questões associadas ao consumo de drogas, como os efeitos das drogas para a saúde ou adaptação social, os riscos de doenças infecciosas para os consumidores de drogas por via endovenosa, a relação entre a actividade criminal e o consumo, etc.

Relativamente a outras investigações já realizadas no nosso país, o presente estudo tem a vantagem de analisar informação sobre os consumidores problemáticos de drogas provenientes de quatro fontes distintas (i.e., Centro de tratamento, Prisão; Bairros Sociais e Comunidades Terapêuticas) .

Este aspecto poderá contribuir para efectuar uma caracterização mais aprofundada dos padrões e natureza do consumo de drogas ilícitas e sua relação outros comportamentos e necessidades dos consumidores problemáticos.

## Capítulo 2. Método

### 2.1 Sujeitos

Cento e setenta e seis consumidores problemáticos de drogas, foram entrevistados por psicólogos a exercer a sua actividade na área da toxicoddependência. Trinta e oito consumidores problemáticos foram entrevistados em bairros Sociais; 57 num Centro de Apoio a Toxicodependentes; 40 em meio prisional; 38 sujeitos encontravam-se, no momento das entrevistas, em tratamento em Comunidades Terapêuticas (Comunidade Terapêutica do Meilão e Comunidades Terapêuticas da Dianova - casa Azul e casa Grande).

Assim, cerca de 22% dos entrevistados pertenciam aos bairros sociais; 23% ao meio prisional; 33% ao centro de tratamento e; cerca de 22% às Comunidades Terapêuticas (Quadro 2.1).

**Quadro 2.1 Amostra**

	<i>% da amostra</i>
<b>Centro de Tratamento</b>	32.9
<b>Prisão</b>	23.1
<b>Bairros Sociais</b>	21.9
<b>Comunidades terapêuticas</b>	21.9

Cerca de 95% dos entrevistados eram do sexo masculino. A média das idades era de 30.5 anos.

As habilitações literárias dos consumidores problemáticos que incluíam esta amostra podem ser observados no Quadro 2.2.

**Quadro 2.2 Nível de escolaridade**

	<i>% da amostra</i>
<b>Sem instrução/não completou a primária</b>	9.2
<b>Primária</b>	31.8
<b>Até ao 6º ano</b>	30.0
<b>9º-12º ano</b>	28.2
<b>Superior</b>	0.5

Cerca de 47% encontrava-se desempregado à data da realização das entrevistas (nesta percentagem não consideramos os utentes que se encontravam nas Comunidades Terapêuticas).

Neste estudo, recorreu-se a uma amostra purpositiva. Para serem incluídos na amostra, os sujeitos tinham que ser consumidores de drogas por via endovenosa ou consumidores de longa duração/uso regular de drogas ilícitas. Incluíram-se igualmente os sujeitos abstinentes de drogas há menos de doze meses ou ainda em tratamento em programas de metadona.

A recolha dos dados foi efectuada através de numa entrevista com guião, especificamente elaborada para este estudo (cf. Anexo 2). A entrevista com guião assegura, entre outros aspectos, que a mesma informação será recolhida junto dos consumidores de drogas que integravam esta amostra.

Para além de permitir uma gestão mais adequada do tempo disponível, a modalidade da entrevista com guião adoptada neste estudo possibilita ainda uma recolha mais sistemática e compreensiva da informação.

As principais áreas da entrevista incluíam: a) identificação e dados sociodemográficos; b) padrões de consumo; c) comportamentos de risco saúde e tratamento; d) justiça/sistema penal.

## 2.2 Procedimentos

Como já se referiu, as entrevistas foram conduzidas em quatro contextos distintos: a) bairros sociais da Biquinha, Custóias e S. Gens e Seixo, todos situados no Concelho de Matosinhos; b) centro de tratamento (CAT de S. Mamede de Infesta); c) Estabelecimento Prisional do Porto (EPP) e; d) Comunidades Terapêuticas.

Para sinalizar os indivíduos toxicodependentes nos bairros sociais foram adoptados os seguintes procedimentos:

- a) Recorrendo ao apoio dos técnicos de serviço social, através dos gabinetes da ADEIMA sediados nos próprios bairros, os quais identificaram os toxicodependentes nos processos existentes nos gabinetes de apoio social;
- b) Com base no conhecimento das assistentes sociais acerca das famílias residentes nos bairros com toxicodependentes;
- c) Através da indicação de toxicodependentes entrevistados os quais permitiram aceder ao contacto de conhecidos ou familiares seus, também toxicodependentes;
- d) Mediante a informação dada por pessoas não consumidoras residentes nos bairros.

No E.P.P. foram seleccionados os reclusos que antes de serem detidos residiam no Concelho de Matosinhos e eram consumidores de drogas. Para tal, procedeu-se à consulta dos registos identificativos da instituição bem como ao apoio de técnicos desta instituição prisional.

No CAT de Matosinhos foram seleccionados aleatoriamente 60 utentes dessa instituição que se encontravam a receber tratamento durante o ano de 2001.

Nas Comunidades Terapêuticas, foram entrevistados os utentes que, no momento das entrevistas, se encontravam em tratamento.

Os dados foram analisados quantitativamente e com o recurso a técnicas de análise de conteúdo (análise categorial indutiva). Importa sublinhar que este método implica que os temas ou categorias de análise sejam identificados a partir dos dados em vez de serem decididos num momento anterior à recolha e análise

dos mesmos. A escolha das diversas categorias era dada por concluída quando dois codificadores que procediam a esta análise chegavam a um acordo entre si.

## Capítulo 3. Resultados

### 3.1 Padrões de consumo

As principais drogas utilizadas pelos entrevistados eram a heroína e a cocaína. 30.5% dos sujeitos consumiam unicamente heroína (ver Quadro 2.3).

**Quadro 2.3 Padrões de consumo de drogas**

<i>Tipo de droga(s) consumida(s)</i>	<i>% da amostra</i>
<b>Heroína</b>	25.0
<b>Heroína e Cocaína</b>	48.8
<b>Heroína, cocaína e haxixe</b>	8.3
<b>Haxixe e heroína</b>	3.0
<b>Outras</b>	14.9

O consumo de cocaína aparecia sempre associado ao uso de heroína e representava, nesta amostra, cerca de 48.8% dos sujeitos.

Cerca de oito por cento dos entrevistados referiram ainda consumos cumulativos de heroína, cocaína e haxixe. Outras drogas, como as anfetaminas ou o ecstasy, eram consumidas por um número muito reduzido de indivíduos.

A cannabis foi a droga de início para 86.7% dos entrevistados (Quadro 2.4). Para cerca de 9% dos sujeitos a heroína foi a droga de início.

**Quadro 2.4 Padrões de consumo de drogas**

<i>Droga de início</i>	<i>% da amostra</i>
<b>Haxixe</b>	86.7
<b>Heroína</b>	9.2
<b>Fármacos</b>	1.3
<b>Outras</b>	2.8

Para cerca de 91% dos sujeitos, a heroína constitui a droga de abuso principal. Somente cerca de 8% dos entrevistados consideravam a cocaína como a droga de abuso principal (Quadro 2.5).

**Quadro 2.5 Padrões de consumo de drogas**

<i>Droga de abuso principal</i>	<i>% da amostra</i>
<b>Heroína</b>	90.9
<b>Cocaína</b>	7.8
<b>Haxixe</b>	1.3

No entanto, a cocaína era a droga de abuso secundária para 77.8% dos entrevistados (Quadro 2.6).

**Quadro 2.6 Padrões de consumo de drogas**

<i>Droga de abuso secundária</i>	<i>% da amostra</i>
<b>Cocaína</b>	77.8
<b>Heroína</b>	9.7
<b>Haxixe</b>	9.7
<b>Tranquilizantes</b>	1.0
<b>Outras</b>	.8

O haxixe e a heroína figuram como as drogas de abuso secundário para cerca de 20% dos entrevistados, percentagem repartida igualmente pelos dois tipos de substâncias.

A média da idade em que se verificou o primeiro contacto com a droga de início foram os 15.7 anos. Cerca de 14% dos entrevistados, começaram a consumir a droga de início entre os 8 e os 12 anos de idade.

Os entrevistados foram ainda inquiridos acerca de um certo número de questões relacionadas com a frequência e duração do consumo de drogas. No Quadro 2.5. indicam-se os resultados referentes à frequência do consumo da droga de abuso principal.

Como se verifica, a frequência de consumo da droga principal era diária para cerca de 84.6% dos entrevistados.

Somente cerca de 3% admitiam que o consumo da droga de abuso principal era regular (i.e., três vezes por semana durante pelo menos um mês.)

**Quadro 2.5 Padrões de consumo de drogas**

<i>Frequência do consumo da droga principal</i>	<i>% da amostra</i>
<b>Ocasional</b>	12.00
<b>Regular</b>	3.33
<b>Diária</b>	84.66

Tratando-se da droga secundária, somente 39% dos sujeitos referem um consumo diário (Quadro 2.6); 35% referem um consumo ocasional e 25.5% um consumo regular .

**Quadro 2.6 Padrões de consumo de drogas**

<i>Frequência do consumo da droga secundária</i>	<i>% da amostra</i>
<b>Ocasional</b>	35.1
<b>Regular</b>	25.53
<b>Diária</b>	39.36

Curiosamente, a média das idades de iniciação quer à droga de abuso principal quer à droga de abuso secundária, situa-se por volta dos 19 anos, sendo de 19.6 anos para a droga principal (d.p.= 5.4) e de 19 anos para a droga secundária (d.p.= 4.8).

Não se observaram igualmente diferenças entre a duração média de consumo da droga principal e da droga secundária já que, no primeiro caso a

duração foi de 10.2 anos (d.p.=4.8) e de 10 anos (d.p.= 5.4) tratando-se da droga secundária.

### 3.2 Modos de administração das drogas

Como se mostra nos Quadros 2.7 e 2.8, o modo de administração das drogas principal e secundária é predominantemente fumado.

**Quadro 2.7 Modos de administração das drogas**

<i>Modo de administração</i>	<i>% da amostra</i>
<b>Fumada</b>	56.47
<b>Injectada</b>	41.76
<b>Injectada e fumada</b>	1.1
<b>Oral e injectada</b>	.58

No entanto, para uma percentagem elevada de consumidores, a via de administração actual quer da droga principal quer da droga secundária é ainda a via endovenosa.

Esta percentagem atinge valores idênticos quer se trate da droga de abuso principal ou secundária, situando-se acima dos 40%.

**Quadro 2.8 Modos de administração das drogas**

<i>Modo de administração</i>	<i>% da amostra</i>
<b>Oral</b>	2.5
<b>Injectada</b>	42.5
<b>Fumada</b>	51.66
<b>Injectada e fumada</b>	2.5
<b>Injectada e inalada</b>	.83

À questão que procurava determinar se ao longo do tempo em que o indivíduo consome ou consumiu teria ocorrido alguma mudança no modo de administração da droga principal, 47.9% dos entrevistados responderam afirmativamente. No entanto, o sentido da mudança foi maioritariamente de fumada para injectada.

Com efeito, dos cerca de 48% de sujeitos que referiram uma mudança na via de administração da droga principal, 67.5% admitem que tal mudança consistiu em passar a injectar a droga que anteriormente era fumada. Somente 12.5% dos indivíduos fez a transição do modo endovenoso para o fumado; 20% dos entrevistados, reconhecem que passaram a injectar a droga mas mantiveram o modo de administração fumado.

Procuramos examinar as razões apresentadas pelos sujeitos para justificar as mudanças ocorridas no modo de administração das drogas, incluindo, para tal, uma questão aberta em que se solicitava ao entrevistado a indicação dos motivos que estiveram na origem duma tal mudança.

Através da análise de conteúdo, identificaram-se as principais razões invocadas para justificar uma mudança no modo de administração das drogas. Os resultados obtidos apresentam-se nas secções seguintes.

## De fumada para injectada

A justificação mais referida para esta mudança prende-se com o facto de que, injectando, os efeitos das substâncias são intensificados (categoria A -Efeitos intensificados: vinte e quatro respostas), fazendo, assim, diminuir mais rapidamente o síndrome de abstinência.

Expressões que traduziam estas percepções incluíam: “a (heroína) injectada tirava mais rapidamente a ressaca”, “a droga fumada deixou de fazer efeito”, “a droga injectada dava mais efeito” e “injectada dava mais prazer”.

Razões de natureza económica (Categoria B - Economia de recursos: 19 referências) foram igualmente referidas pelos entrevistados. Isto significa que para alguns consumidores a mudança na via de administração da droga de fumada para injectada teve como causa principal uma tentativa de redução dos custos envolvidos no próprio consumo.

Afirmações que traduziam esta posição incluíam: “ (...) tinha pouco dinheiro”, “para reduzir os custos”; “com menos quantidade (de droga) podia ter o mesmo efeito”.

Outra razão apontada para a mudança para a via de consumo endovenosa foi a influência do grupo de pares (Categoria C- Grupo de pares: quatorze respostas) e incluía comentários do género: “(passei a injectar) porque via os outros”, “(os colegas) tinham doses preparadas e partilhava com eles”, “assim (injectando) é mais fácil partilhar droga”.

Foi também apontada como razão de passagem para o consumo injectado a curiosidade acerca dos efeitos das substâncias através deste meio (Categoria D - Curiosidade: doze referências), expresso em comentários como: “queria conhecer a sensação”; “queria saber como eram os efeitos”, “por curiosidade”.

Como se observa no Quadro 2.9, para os utentes das Comunidades Terapêuticas, a razão principal que foi apontada como estando na origem da passagem do consumo fumado para a via endovenosa prende-se com factores de economia de recursos financeiros já que o modo endovenoso permite consumir menos quantidade de substância e conseqüentemente gastar menos dinheiro com os consumos (Categoria A1-Economia de recursos: oito respostas).

A segunda categoria engloba todas as referências que justificam a mudança da via fumada para a via endovenosa devido ao desejo de obter efeitos mais rápidos (B – Intensificação dos efeitos: sete respostas).

**Quadro 2.9 Mudança de via fumada para via endovenosa (utentes das C.T.'s)**

<i>Categorias</i>	<i>Número de referências</i>
<b>A- Economia de recursos</b>	8
<b>B – Intensificação dos efeitos</b>	4
<b>C- Influência de outros significativos</b>	3
<b>D – Escalada</b>	3

As duas categorias de respostas referidas davam origem a comentários do género: “a degradação, o facto do efeito ser mais rápido e ser necessário menos quantidade, logo menos dinheiro”; “pelo efeito ser mais rápido e ter necessidade de menos quantidade”; “quando fumava tinha que gastar mais dinheiro”; “experimentei e gostei da picada, é mais rápido”.

A influência dos pares e de outros significativos foi uma razão apontada ainda por três sujeitos (Categoria C- Influência de outros significativos), dando origem a comentários do tipo: “dependia das circunstâncias”; “quis experimentar porque tinha amigos que diziam que era melhor”; “foi influência do meu tio”.

Por fim, a subcategoria D, designada *Escalada* (3 respostas), refere-se ao facto dos consumos fumados não eliminarem o síndrome de abstinência, exprimindo-se em comentários como: “a degradação, a necessidade de grandes quantidades de heroína (para tirar a ressaca)”; “teve que ser, já não tirava a ressaca, a quantidade não chegava”; “fumar era muito fraco”.

### **De via endovenosa para fumada**

Embora somente 12.5% dos entrevistados tivessem admitido que alteraram o modo de administração da droga de endovenosa para fumada, importa, mesmo assim, examinar as razões que invocaram para tal.

Num único caso foi dito que este seria um meio de reduzir a dependência das drogas: “passei a fumar heroína para não ficar tão agarrada”.

Foi ainda referida duas vezes a preocupação com a saúde: “achava que dessa forma (injectando) a saúde era mais prejudicada”, “deixei de injectar por ter apanhado VIH”.

Por último, uma razão apontada especialmente pelos reclusos entrevistados, prende-se com o facto de terem sido presos e, por esse motivo, terem deixado de se injectar, já que na prisão torna-se difícil o acesso às seringas.

O medo de contrair doenças transmissíveis por via sanguínea enquanto estão na prisão, representa, igualmente, um motivo invocado pelos reclusos para terem efectuado a mudança do consumo injectado para fumado.

Nos utentes das comunidades terapêuticas, a passagem do consumo por via endovenosa para fumada aparece geralmente numa terceira fase, depois do indivíduo já ter feito uma primeira passagem para os consumos injectados (Quadro 2.10).

O motivo mais referido para esta decisão parece radicar em más experiências com as drogas e exprime-se em comentários como: (Categoria A – Sustos com overdoses: três respostas): “porque aos 24 anos tive uma overdose”; “tive uma overdose e fiquei muito assustado e a partir daí não injectei mais”.

**Quadro 2.10 Mudança de via endovenosa para via fumada (utentes das C.T.' s)**

<i>Categorias</i>	<i>Número de referências</i>
<b>A- Sustos com overdoses</b>	3
<b>B – Riscos para a saúde</b>	2
<b>C- Não encontrar veias</b>	2
<b>D – Influência dos pares</b>	1
<b>E – Retorno aos consumos</b>	1

Os restantes motivos estão relacionados com a saúde e os riscos associados ao consumo (Categoria B – Riscos para a saúde: duas respostas); ter que injectar muitas vezes e já não encontrar veias (Categoria C - duas respostas); influência de outros através da partilha de conhecimentos do modo como consumir (Categoria D – uma resposta) – “tive conhecimentos de outras formas de consumo”; ter recomeçado os consumos após um período de abstinência (Categoria E – uma resposta).

### **3.3 Comportamentos de risco e prevenção**

Os comportamentos de risco examinados neste estudo incluíam: a) partilha de seringas; b) partilha de outros materiais como águas, algodões ou colheres e; c) uso de preservativo.

Por outro lado, os comportamentos de prevenção diziam respeito a: a) troca de seringas em farmácias e; b) uso do preservativo.

Os entrevistados eram solicitados a referir se adoptaram esses comportamentos durante os últimos doze meses. As categorias de resposta eram as seguintes: a) sempre; b) ocasionalmente; c) nunca e; d) sem informação.

Na Figura 2.11 indica-se a percentagem de consumidores de drogas que responderam às perguntas: “Já alguma vez partilhou seringas?” e “Alguma vez partilhou outros materiais, como águas, algodões colheres, etc.?”

**Quadro 2.11 Partilha de seringas e outros materiais**

	<i>% da amostra</i>
<b>Seringas (ocasionalmente)</b>	18.6
<b>Outros materiais (águas, algodões, colheres, etc.)</b>	
<b>Sempre</b>	2.33
<b>Ocasionalmente</b>	20.46

De notar que cerca de 19% dos inquiridos admitem ter já trocado seringas nos últimos doze meses, embora o tivessem feito dum modo ocasional. Quando se trata de outros materiais de consumo, a percentagem é ligeiramente superior, englobando cerca de 23% dos consumidores entrevistados.

Em contraposição a estes comportamentos de risco podem examinar-se os comportamentos susceptíveis de contribuir para prevenir a transmissão de doenças, como o VIH/Sida.

Na Figura 2.1 indica-se a percentagem de consumidores de drogas que responderam às perguntas: “Alguma vez trocou seringas em farmácias?” e “Costuma usar preservativo nas suas relações sexuais?”

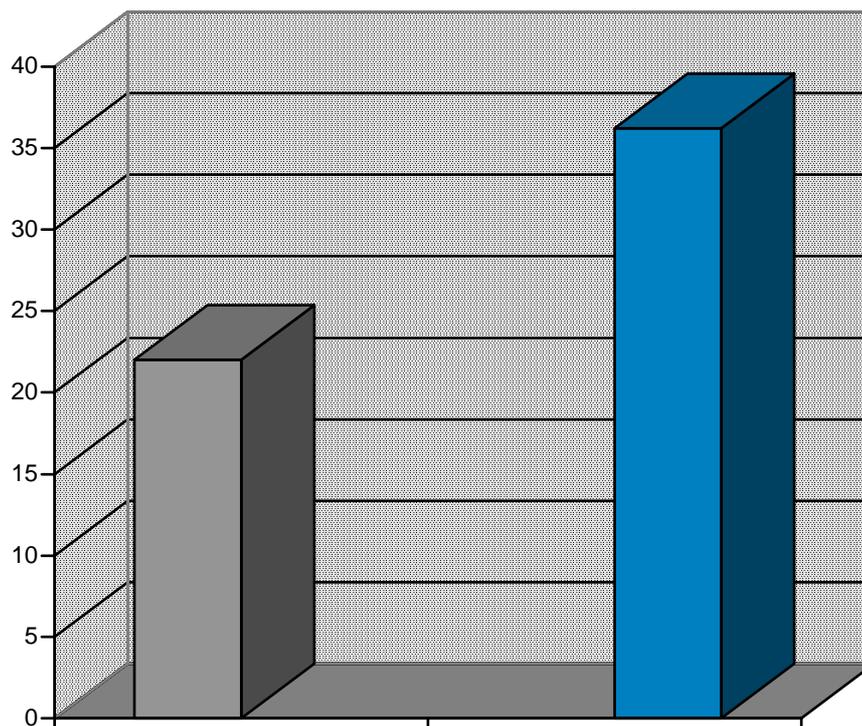
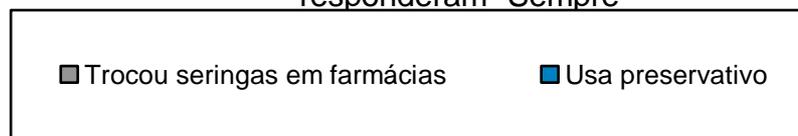


Fig. 2.1 Comportamentos de prevenção do risco. Percentagem de toxicodependentes que responderam "Sempre"



Cerca de 22% dos entrevistados referem ter partilhado seringas nos últimos 12 meses; 18% dos sujeitos refere que só ocasionalmente trocou seringas em farmácias e cerca de 60% dos toxicodependentes entrevistados admitem que nunca trocaram seringas em farmácias.

No que se refere ao uso do preservativo, a percentagem de inquiridos que admite que costuma usar sempre preservativo nas relações sexuais é de cerca de 36%.

Importa ainda referir que 91.8% dos entrevistados já tinham efectuado o teste do VIH/Sida. A percentagem de seropositivos foi de 26.4% no total da amostra. No entanto, a prevalência de seropositivos variou, dum modo muito evidente, consoante as sub-amostras consideradas.

Assim, nos consumidores de drogas entrevistados nos bairros camarários, a percentagem de seropositivos atingiu os 19.5%. No entanto, a percentagem de indivíduos seropositivos identificados na amostra seleccionada no

Estabelecimento Prisional alcançou 51,3%. No CAT, a percentagem dos utentes entrevistados que eram seropositivos era de 25.4%. Nas Comunidades Terapêuticas, a percentagem de seropositivos era de somente 8% dos residentes.

### **3.4 Percepções relativas ao risco de contrair VIH/SIDA**

Procurou-se examinar o grau em que o risco de contrair VIH/Sida terá influenciado o comportamento sexual e o comportamento do indivíduo face às drogas.

#### **No comportamento sexual**

Setenta e um entrevistados (51% do total da amostra) reconheceram que o risco de contrair esta doença terá tido uma influência determinante no seu comportamento sexual.

Tendo em vista uma análise mais aprofundada dos efeitos que a percepção do risco de contrair Sida terá tido no comportamento sexual dos entrevistados, procedeu-se a uma análise categorial indutiva do conteúdo das respostas dadas pelos sujeitos a esta questão.

No que se refere ao tipo de efeitos, foram produzidas um total de 64 respostas. A Figura 2.2 mostra os resultados da análise categorial referente às 64 respostas obtidas.

Como se constata, foram três as categorias de resposta identificadas: a) uso do preservativo; b) cuidado na escolha dos (as) parceiros (as) sexuais e; c) redução no número de parceiros (as) sexuais.

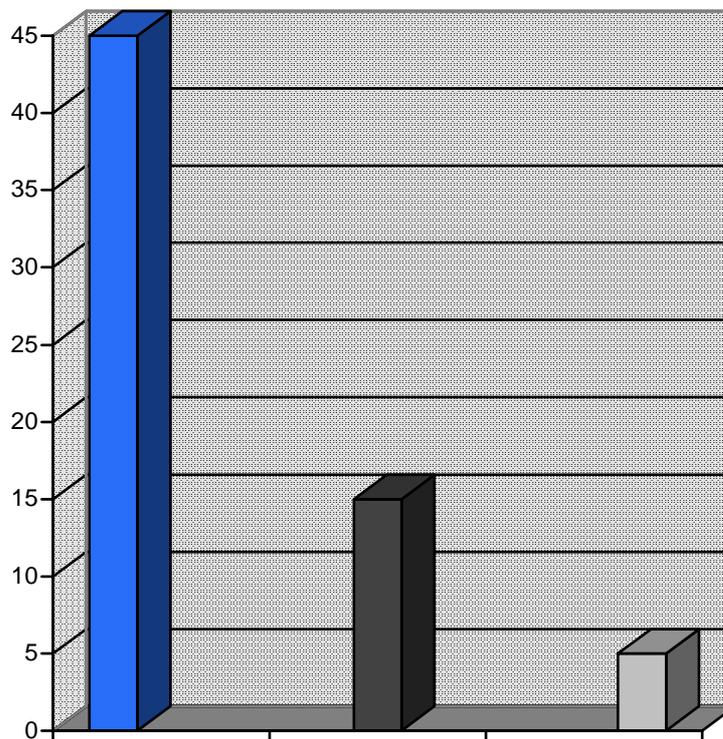
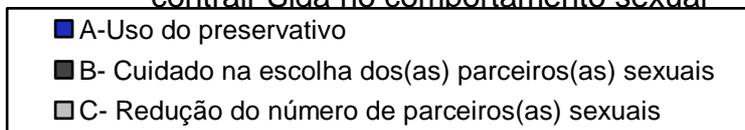


Fig. 2.2 Categorias referentes ao risco de contrair Sida no comportamento sexual



A mudança mais referida associada ao risco de contrair VIH/SIDA foi o uso de preservativo nas relações sexuais, com 45 referências (Categoria A). Importa sublinhar que trinta respostas consideravam que tal mudança passou a ocorrer na “maioria das vezes” ou “sempre”.

Quinze respostas, das quarenta e cinco obtidas, acentuavam o facto de o uso do preservativo ocorrer ocasionalmente, em particular quando o indivíduo se envolve sexualmente com desconhecidos (as), por considerarem que, tendo um (a) parceiro (a) regular não se justificaria tomar tais precauções em relação à infecção com o VIH.

A categoria B inclui 14 referências ao facto de o risco de contrair Sida ter originado um maior cuidado na escolha das parceiras(os) sexuais e exprime-se

em comentários como : “(tive) cuidado em saber se o parceiro tem SIDA”, “pensar duas vezes antes de me envolver sexualmente”.

Por último, a categoria C, inclui cinco referências que indicam uma redução do número de parceiros (as) sexuais como o efeito mais importante do risco de contrair VIH/SIDA. Tais referências exprimem-se em comentários do género: “evitar parceiras múltiplas”, “procuro evitar ter relações sexuais com outras que não sejam a minha esposa”.

Nos utentes das comunidades terapêuticas, o uso do preservativo é o comportamento mais frequentemente apontado associado ao risco que contrair VIH teve no seu comportamento sexual (Quadro 2.12).

Quatro indivíduos dizem usar sempre o preservativo (A1): “ando sempre prevenido”; “uso o preservativo com medo da doença”.

**Quadro 2.12 Categorias referentes ao risco de contrair VIH/Sida no comportamento sexual (utentes das C.T.’ s)**

<i>Categorias</i>	<i>Número de referências</i>
<b>A - Uso do preservativo</b>	15
<b>A1 - Sempre</b>	4
<b>A2 - Ocasionalmente</b>	7
<b>A3 - Só em relações sexuais com parceiro desconhecido</b>	4
<b>B- Cuidado na escolha dos parceiros sexuais</b>	2
<b>C- Reduzir o número de parceiras</b>	1
<b>D - Consciente dos riscos</b>	1

Contudo, é o uso ocasional do preservativo (Categoria B – 7 respostas) que é mais mencionado, fazendo depender a sua utilização muitas vezes da aparência ou impressão inicial da outra pessoa: “uso preservativo com certas parceiras”; “uso preservativo se não for uma pessoa em condições, limpa, depende da pessoa”; “mais cuidados, se tivesse uma parceira que não soubesse nada dela usava o preservativo”; “se souber que a minha parceira tem VIH uso preservativo, mas geralmente não uso”.

Quatro sujeitos, com parceira fixa, responderam que usam sempre preservativo se tiverem relações sexuais se não for com a sua companheira: “usar preservativo nas relações de ocasião”; “passar a ter cuidados (uso do preservativo) se tenho relações com mulheres que não a minha namorada, antes de ouvir falar da SIDA isso não acontecia”.

Ter cuidado na escolha das parceiras sexuais (B) foi respondido duas vezes: “não ter relações sexuais com toxicodependentes”; “preocupação em conhecer um bocadinho melhor a pessoa, mas muitas vezes continuamos a agir por impulso”. Reduzir o número de parceiras (C) foi apenas mencionado uma vez por um indivíduo que diz ter passado a ter relações sexuais apenas com a sua esposa.

Por último, um indivíduo refere que passou a estar mais consciente dos riscos (Categoria D), embora isso não pareça traduzir-se em nenhum comportamento específico de prevenção: “se calhar o estar no meu pensamento (o risco da doença) enquanto tenho relações”.

### **No consumo de drogas**

A análise de conteúdo das respostas a esta questão permitiu identificar as categorias apresentadas na Figura 2.3.

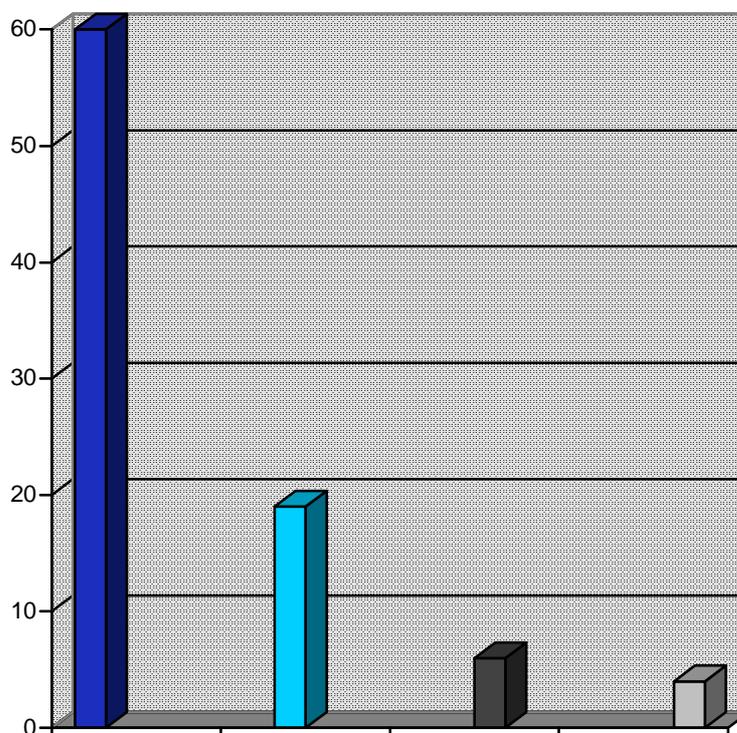
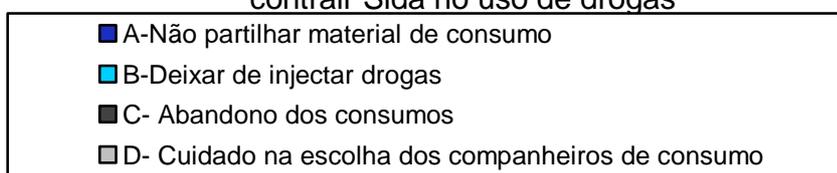


Fig. 2.3 Categorias referentes ao risco de contrair Sida no uso de drogas



Como se constata, a categoria A (Não partilhar material de consumo) é a mais referida, com um total de 60 respostas.

De facto, é o cuidado na não partilha de material de consumo, como por exemplo seringas, que emerge como a alteração do comportamento mais significativa em relação ao uso de drogas. Esta alteração no comportamento dos toxicodependentes entrevistados é justificada devido ao receio de contrair o VIH/SIDA.

Afirmações que expressam esta posição incluíam: “passar a usar só material próprio, não partilhar com ninguém”; “tentava trocar as seringas, embora nem sempre o fazia”; “não partilhar seringas e outro material”, “ter cuidado em não partilhar material de consumo com gente de mau aspecto”.

A categoria B (Deixar de injectar drogas) representa a segunda categoria de respostas mais citada pelos entrevistados (19 respostas) e inclui referências ao facto de o risco de contrair o VIH/Sida ter tido como consequência o abandono do modo de administração da droga por via endovenosa ou a renúncia ao modo de administração injectado (e.g., “não injectava para não contrair doenças”).

A categoria C (Abandono dos consumos) inclui somente seis referências a ter deixado de consumir drogas em resultado dos riscos associados à sua utilização e exprime-se em comentários do género: “repensar se valia a pena viver sem drogas”, “foi um motivo para deixar as drogas”.

A categoria D diz respeito ao cuidado que alguns indivíduos manifestam em relação à escolha dos companheiros com quem consomem e partilham material (4 respostas) – “evitar consumir com seropositivos”, “só fumo com o meu irmão”, “não consumir com pessoas que injectam”.

Nos utentes das Comunidades Terapêuticas, a não partilha de material de consumo (A – Não partilhar material de consumo: 20 respostas) representa a principal preocupação que o risco de contrair o VIH exerceu em relação ao uso de drogas. Os materiais mais referidos são obviamente as seringas e só depois alguns sujeitos falam dos algodões e das colheres (Quadro 2.13).

**Quadro 2.13 Categorias referentes ao risco de contrair VIH/Sida no uso de drogas (utentes das C.T.’s)**

<i>Categorias</i>	<i>Número de referências</i>
<b>A- Não partilha de material de consumo</b>	20
<b>B- Não injectar/deixar de injectar</b>	7
<b>C- Condições e locais de consumo</b>	1

Embora alguns indivíduos refiram que, ocasionalmente, continuaram a partilhar algum material, ainda que conscientes do risco que estavam a correr, os comentários que expressavam a preocupação de não partilhar materiais de consumo eram do género: “nunca partilhei seringas, trocava sempre em farmácias, tive sempre todos os cuidados”; “não partilhar seringas com ninguém e o resto do material, embora tenha partilhado algodão e colheres, poucas vezes, mas aconteceu”.

Ter deixado de injectar drogas ou nunca ter injectado é uma estratégia bastante referida no que toca aos cuidados para não contrair o VIH (Categoria B - 7 respostas) – “estive perto de começar a picar, entretanto um amigo meu morreu com SIDA e isso fez com que eu nunca injectasse”; “também contribuiu para nunca ter injectado”.

Um entrevistado refere ainda os cuidados relacionados com o contexto de consumo (Categoria C): “deixei de consumir em casas velhas, passei a consumir só em casa e a ter cuidado com as condições”.

### **3.5 Efeitos das campanhas de prevenção na modificação de comportamentos em relação às drogas**

Cerca de 50% dos consumidores de drogas entrevistados neste estudo reconheceram que as acções de prevenção contribuíram “alguma coisa” ou “bastante” para modificar os seus comportamentos em relação às drogas.

Uma questão aberta, onde se solicitava a indicação das alterações que ocorreram em resultado dessas acções de prevenção, conduziu à identificação das categorias de resposta descritas na Figura 2.5.

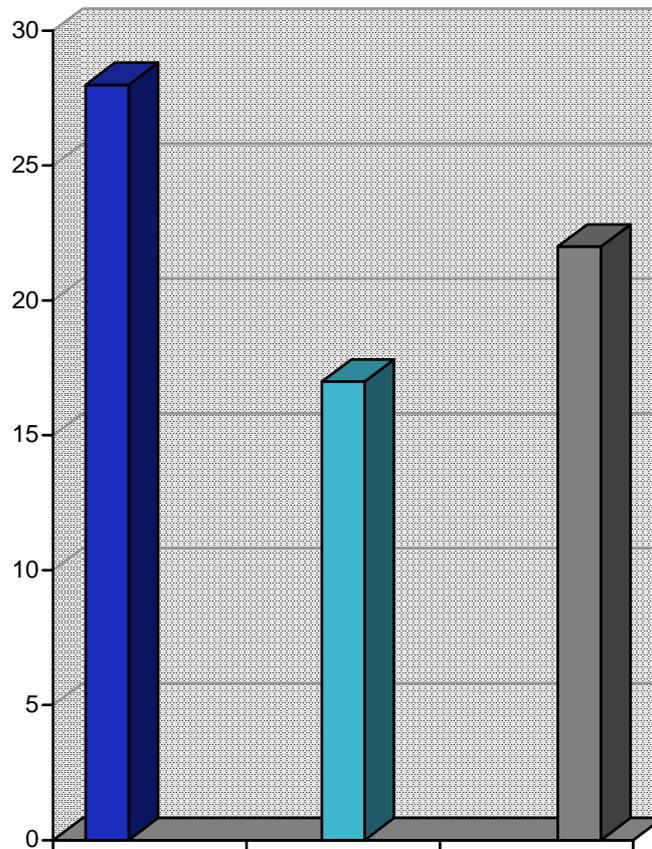
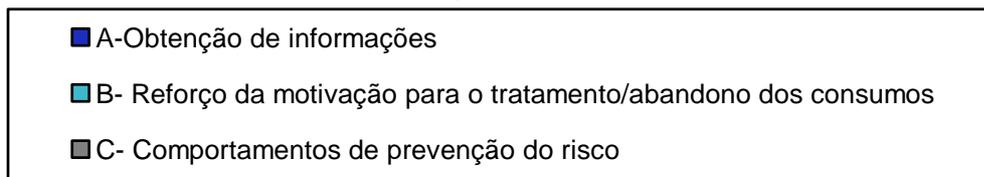


Fig. 2.5 Efeitos das campanhas de prevenção na alteração de comportamentos em relação às drogas



Um dos efeitos das campanhas de prevenção refere-se à obtenção de informações diversas. A categoria A (28 respostas), inclui, assim, as referências ao acesso quer a informações gerais (subcategoria A1: 10 respostas) (“tudo o que eu sei é por aí”, “ter mais consciência da realidade”), quer a informação relacionada com comportamentos de risco e VIH (subcategoria A2: 18 respostas), exprimindo-se em comentários como: “alertam para situações de risco, doenças...”, “ter informação sobre o VIH”, “senti-me mais informada dos perigos que corria”.

Um outro efeito das campanhas de prevenção consiste em reforçar a motivação para deixar as drogas ou procurar tratamento (Categoria B: 17 respostas). Afirmações que exprimem esta posição incluem, por exemplo: “comecei a pensar em deixar as drogas”, “fiquei mais motivado para o tratamento”, “resolvi tratar-me”, “embora em escala reduzida, faz-nos sempre pensar sobre o assunto; por vezes é o grande impulso para parar”.

A Categoria C, intitulada “comportamento de prevenção do risco” refere-se, mais especificamente, às mudanças de comportamentos em relação às drogas que foram influenciados pelas campanhas.

As mudanças parecem estar associadas a três áreas distintas. A primeira diz respeito à não partilha de material e substâncias de consumos (subcategoria C1: três respostas) e traduziu-se nas seguintes afirmações: “não fumava com qualquer um”, “penso duas vezes antes de partilhar material”, “não partilhar seringas” .

A segunda, reporta-se à via de administração das drogas, expressando os entrevistados a opinião segundo a qual as campanhas podem ter sido responsáveis por mudanças na via de administração das drogas (subcategoria C2: 12 respostas) (e.g., “não injectar, nem fumar com material dos outros”, “provocou medo”, “deixei de injectar heroína com medo da SIDA”).

A subcategoria C3, com sete respostas, engloba verbalizações mais genéricas atinentes a cuidados e precauções que os entrevistados passaram a ter em resultado das campanhas . Eis algumas afirmações que traduzem esta subcategoria: “passei a ter mais cuidado”, “cuidado com a saúde e em relação aos outros”.

Para os utentes das Comunidades Terapêuticas, as mudanças de comportamentos em relação ao consumo de drogas induzidas pelas campanhas de prevenção tiveram impacte, especialmente, na não partilha de material e substâncias de consumos (Categoria A – 10 respostas): “reforçou saber que tinha que ter cuidado (com a partilha de material) ou senão corria grandes riscos”; “não partilhar seringas há cerca de 10 anos” (Quadro 2.14).

**Quadro 2. 14 Efeitos das campanhas de prevenção na alteração de comportamentos em relação às drogas (utentes das C.T.'s)**

<i>Categorias</i>	<i>Número de referências</i>
<b>A- Não partilha de material de consumo</b>	10
<b>B- Não injectar/deixar de injectar</b>	7
<b>C- Obter mais informações</b>	8
<b>C1- Geral</b>	3
<b>C2- Sobre comportamentos de risco e VIH/SIDA</b>	5

Deixar de injectar ou nunca ter injectado (Categoria B – 7 respostas) foi igualmente mencionado pelos residentes das C.T.' entrevistados: “evitou que eu me injectasse e corresse esse risco”; “ nunca injectei porque sabia o que era o VIH e como se transmite e isso adquiri através da informação das campanhas”.

Em relação à categoria C, a maioria referiu o acesso a informações sobre comportamentos de risco e também sobre VIH (Subcategoria C2 - 5 respostas), assim como informações em geral, como por exemplo, sobre o uso do preservativo (Subcategoria C1): “o estar informado e saber acerca da doença influencia sempre e faz com que eu tenha sempre cuidado (em não partilhar material)”; “depois de ter estado em comunidade terapêutica pela primeira vez e ter sido informado (deixei de partilhar seringas)”.

Nos utentes das C.T's foi ainda possível examinar as razões que, na opinião dos entrevistados, poderão conferir eficácia às campanhas de prevenção (Quadro 12.15).

Transmitir informações de forma directa, clara e objectiva é o que para muitos dos sujeitos é importante nas campanhas de prevenção (Categoria A – 11

respostas): “explicar correctamente o que pode acontecer”; “informação que a gente perceba”; “campanhas directas e objectivas”.

**Quadro 2.15 Eficácia das campanhas de prevenção na alteração de comportamentos em relação às drogas (utentes das C.T.'s)**

<i>Categorias</i>	<i>Número de referências</i>
<b>A - Informações clara e directas</b>	10
<b>B- Provocar Medo</b>	8
<b>C- Frequência das campanhas</b>	3
<b>D- Aspectos positivos da vida</b>	1

O facto das campanhas induzirem medo nas pessoas é um estratégia que parece eficaz para oito sujeitos (Categoria B): “meter medo com casos reais”; “conhecemos gente que foi infectada, vemos...”; “as sondagens, o grau de contaminação por seringas é assustador e resulta”; “falar da morte”.

A realização das campanhas com frequência é também referida como sendo uma forma eficaz para passar a mensagem (Categoria C – 3 respostas): “há programas, anúncios, são cada vez mais numerosos”; “serem feitas com frequência”.

Um entrevistado sublinhou a importância das campanhas promoverem uma sensibilização das pessoas para os seus objectivos na vida (Categoria D) “apelar ao que as pessoas querem mesmo na vida”.

### **3.6 Saúde e tratamento**

Nesta secção examinam-se aspectos relacionados com o impacte dos consumos na saúde, bem como a percepção dos entrevistados em relação às

diferentes modalidades de tratamento existentes. Um atenção particular foi ainda dedicada à análise das opiniões dos utentes acerca dos programas de metadona.

Uma vasta maioria dos entrevistados (58.7%) reconhecem ter tido problemas de saúde em resultado do consumo de drogas. Como se observa no Quadro 2.16, os principais problemas de saúde associados ao consumo de drogas incluem a Hepatite C (28% dos entrevistados que referem problemas de saúde) e o VIH/Sida (11% dos sujeitos) e uma diversidade de problemas cumulativos como a hepatite C e o VIH (8% da amostra), A Hepatite C e a Hepatite B (6%), a Hepatite C, Hepatite B e VIH (5% dos sujeitos).

**Quadro 2.16 Problemas de saúde associados ao consumo de drogas**

<i>Tipo de problema</i>	<i>% da amostra</i>
<b>Hepatite C</b>	28.0
<b>Hepatite B</b>	2.0
<b>VIH</b>	11.0
<b>Perda de memória, convulsões</b>	3.0
<b>Hepatite C e Hepatite B</b>	6.0
<b>Hepatite C e VIH</b>	8.0
<b>Hepatite C e perda de memória</b>	3.0
<b>Hepatite B e VIH</b>	3.0
<b>Hepatite C, Hepatite B e VIH</b>	5.0
<b>Hepatite B, Hepatite C e perda de memória</b>	4.0
<b>Hepatite B, Hepatite C e perda de memória</b>	1.0
<b>Outros</b>	16.0

Alguns entrevistados referiram igualmente problemas de perda de memória, frequentemente associados às Hepatites.

Cerca de 87% dos entrevistados tinha já procurado uma qualquer modalidade de tratamento, nos últimos 12 meses, para o seu problema com as drogas.

O recurso a um programa de metadona constitui a escolha predominante dos consumidores problemáticos entrevistados neste estudo (Quadro 2.17). Com efeito, cerca de 40% dos indivíduos que recorreram a um tratamento procuraram um programa de metadona.

**Quadro 2.17 Modalidades de tratamento**

	<i>% da amostra</i>
<b>Programa de metadona</b>	39.6
<b>Desintoxicação com medicação</b>	18.0
<b>Desintoxicação com programa de naltrexone</b>	6.4
<b>Desintoxicação com psicoterapia</b>	1.7
<b>Comunidade Terapêutica</b>	4.3
<b>Comunidade Terapêutica , programa de metadona</b>	3.44
<b>Psicoterapia, programa de naltrexone e desintoxicação</b>	3.44
<b>Outras</b>	19.8

Para 18% dos entrevistados a única modalidade de “tratamento” a que se submeteram consistiu numa desintoxicação com recurso a medicação específica.

A desintoxicação seguida de um programa de naltrexone foi uma opção de tratamento escolhida por somente por 6.4% dos entrevistados.

Importa realçar que um número bastante elevado de entrevistados experimentou ao longo da sua carreira de toxicodependente uma multiplicidade

de tipos de tratamento, como os exclusivamente biológicos (e.g., desintoxicação) em combinação com intervenções psicológicas e/ou de tratamento institucional (e.g., Comunidade Terapêutica).

### **Razões para não procurar tratamento**

A análise desta questão excluiu, por razões óbvias, quer os utentes do Centro de Apoio a Toxicodependentes quer os residentes das Comunidades Terapêuticas onde se efectuaram as entrevistas.

Uma proporção elevada de toxicodependentes entrevistados não procurou qualquer tratamento para o seu problema com as drogas, durante o ano que precedeu a realização das entrevistas.

Através de uma questão aberta (“Indique as razões que o (a) levaram a não procurar tratamento”), foi possível identificar e caracterizar os principais motivos avançados pelos entrevistados para justificar o não terem procurado tratamento para o seu problema com as drogas.

No total, foram produzidas dezoito referências (Quadro 2.18)

**Quadro 2.18 Razões para não procurar tratamento**

<i>Categorias</i>	<i>Número de referências</i>
<b>A- Fase de lua de mel</b>	8
<b>B – Falta de motivação</b>	3
<b>C- Decepção face aos tratamentos institucionalizados</b>	4
<b>D – Remissão espontânea</b>	3

A categoria A, designada “Fase de lua de mel”, engloba oito referências que justificam a não procura de tratamento com a falta de necessidade em parar os consumos e conseqüente satisfação em relação ao actual estilo de vida.

Para justificar uma percepção do consumo como não problemático, os entrevistados referem a ausência de síndrome de abstinência, o facto de se encontrarem numa fase inicial de consumo de drogas ou de consumirem quantidades reduzidas da(s) substância(s).

Comentários que ilustram esta posição incluem: “Estou no início dos consumos, ainda não ressaco”, “ultimamente consumo pouco, se não consumir não faz diferença”; “não foi preciso...estava bem assim”, “estava bem, não quis”.

A categoria B, designada “Falta de motivação” (3 respostas) refere-se à falta de motivação para a mudança, caracterizada por algum desânimo e desistência face a tentativas anteriores de mudança (“não tive coragem”, “são muitos anos de consumo... uma vez tentei em casa mas não aguentei nada”).

A categoria C, designada “Decepção face aos tratamentos institucionalizados”, (4 respostas) refere-se ao descrédito relativamente aos tratamentos institucionalizados (“não valia a pena, pensei que aguentava a frio”, “os que vão a centros tornam sempre a recair”, “não precisava, já sabia o que tinha que fazer para deixar de consumir”, “demorava muito se pedisse ajuda à U.L.D”).

Por último, a categoria D, designada “Remissão espontânea”, diz respeito aos casos que não recorreram a nenhum tratamento institucional, ou a qualquer apoio terapêutico (3 respostas) por terem abandonado espontaneamente os consumos (“consegui sem ajuda... fiz a frio, não precisei de ajuda nem de medicação”, “consegui sózinho”).

### **Razões para procurar tratamento**

Esta questão foi apenas dirigida aos indivíduos que foram entrevistados no Centro de Apoio a Toxicodependentes e nas Comunidades Terapêuticas e que, por isso, se encontravam em tratamento nessas instituições.

### Nos utentes de um Centro de Apoio a Toxicodependentes

As entrevistas efectuadas aos utentes do CAT permitiram identificar cinquenta e duas referências (Quadro 2.19).

A categoria A, designada “Estilo de vida” (29 respostas) reporta-se aos indivíduos que expressavam cansaço em relação ao actual estilo de vida, centrado no consumo de drogas. Afirmações que traduzem esta posição incluem: “Estava saturado”, “queria mudar de vida”, “não aguentava mais a vida que levava”, “ estava cansado de sofrer”, “queria estar livre das drogas, não via futuro na droga”.

**Quadro 2.19 Razões para procurar tratamento (utentes de um CAT)**

<i>Categorias</i>	<i>Número de referências</i>
<b>A- Estilo de vida</b>	29
<b>B – Família</b>	9
<b>C- Situação profissional</b>	5
<b>D – Preocupação com a saúde</b>	3
<b>E – Influência dos pares</b>	1
<b>F- Ajuda especializada</b>	3
<b>F- Pressão judicial</b>	3

A Categoria B, intitulada “Família” (9 referências), que aparece igualmente como uma das motivações importantes para a procura de tratamento e mudança de estilo de vida, associa a procura de tratamento a razões que se prendem com a tentativa de reparar os danos provocados no ambiente familiar pelo envolvimento do sujeito nas drogas.

Afirmações que traduzem esta posição incluem: “estava cansado de sofrer e fazer sofrer a família”, “risco de perder os filhos”, “mau ambiente em casa”, “os meus filhos começaram a perceber a situação”.

A Categoria C (Situação profissional; cinco respostas) refere-se aos prejuízos provocados pelo consumo de drogas ao nível da situação profissional e financeira. A procura de tratamento surge, desse modo, no momento em que o emprego começa a estar em risco, quando surgem dificuldades económicas para manter os consumos ou quando se torna cada vez mais difícil cumprir compromissos financeiros assumidos (“não perder o emprego”, “situação financeira precária”, “tenho que pagar o carro”).

A preocupação com a saúde aparece referida em três casos: “notei o meu emagrecimento”, “descobri que era seropositivo”, “melhorar o aspecto físico”.

Em apenas um caso, é reconhecida a influência de um amigo que ficou abstinente e que levou o entrevistado a recorrer também ao tratamento (Categoria E: Influência dos pares): “um colega que estava em tratamento e que conseguiu ficar abstinente”.

A categoria F (3 respostas), designada “Ajuda especializada”, engloba as referências que justificam a procura de tratamento pela necessidade de obterem apoio especializado: “precisava de ajuda psicológica e queria desintoxicar”, “precisava de apoio para sair, a força de vontade às vezes não é suficiente”, “não conseguia sair sozinho”.

Por último, a categoria G, designada “Pressão judicial” inclui duas respostas que fazem referência à pressão exercida pelo tribunal no sentido da alteração de comportamentos em relação às drogas: “o tribunal fez pressão” e “risco de perder os filhos que seriam retirados pelo tribunal”.

### **Nos utentes de Comunidades Terapêuticas**

A razão mais referida para terem procurado tratamento em C.T. foi a pressão familiar (A – Pressão social; dez respostas), quando terceiros (pais, avós, esposa ou outros) exerceram pressões com vista ao internamento em C.T. (Quadro 2.20).

**Quadro 2.20 Razões para procurar tratamento (utentes de C.T.)**

<i>Categorias</i>	<i>Número de referências</i>
<b>A- Pressão social</b>	10
<b>B – Falência de outros métodos de tratamento</b>	13
<b>C- Clima institucional</b>	5
<b>D – Encaminhamento</b>	5
<b>E - Apoio de outros significativos</b>	4
<b>F- Experiências positivas</b>	2
<b>G - Problemas judiciais</b>	4
<b>H – Experiências novas</b>	5
<b>I – Duração do tratamento</b>	5

Afirmações que traduziam esta posição incluíam: “internamento forçado pelos meus pais, conseguiram através dum psiquiatra amigo o internamento compulsivo em psiquiatria e a partir daí não tive outra escolha... agora estou-lhes agradecido”; “a minha namorada fez pressão”; “a ameaça de me porem fora de casa, o abandono do meu namorado”; “foi inicialmente para compensar a minha família”.

A ineficácia e o descrédito de outros métodos de tratamento (B – Falência de outros métodos; treze respostas) também estiveram, muitas vezes, na origem da escolha de uma C.T., frequentemente percebida como sendo a última alternativa de tratamento: “estava farto de fazer desintoxicações em casa e não resultava”; “o tratamento por medicação não resultou”; “por não conseguir fazer a desintoxicação de outra forma”.

O ambiente (C – Clima institucional; 10 respostas) encontrado numa C.T. também é um motivo frequentemente apontado. O mais referido foi o facto de estarem afastados do contexto associado aos consumos (Sub-categoria C1 – 7 respostas), exprimindo-se em comentários como: “das vezes que tentei só consegui parar quando estive em C.T., preciso de estar fora do meio onde vivo”; “necessidade de estar isolada”; ter que sair do meio onde estava”.

O facto de na C.T. se encontrar um ambiente positivo, onde as pessoas já passaram por experiências idênticas e estão agora motivadas para mudar e onde os utentes encontram um apoio que muitas vezes se substitui ao apoio familiar para quem não o tem, são aspectos que também foram referidos (Sub-categoria C2 – 3 respostas): “é um lugar que tem várias pessoas, pode-se falar em viver”; “não tinha apoio familiar”; “em C.T. são pessoas com o mesmo problema que eu”.

O encaminhamento por parte dos técnicos de outras instituições como CAT's e Casa Vila Nova também foi um motivo para estarem em C.T. (D – Encaminhamento; cinco respostas).

A influência ou indicação de um amigo ou familiar também é referido (E – Apoio de outros significativos; quatro respostas). Aqui não se trata de uma pressão para procurar esta modalidade de tratamento, mas sim de um apoio após um pedido de ajuda no sentido de aconselhar ou informar sobre a esta modalidade de tratamento: “informação de um amigo que tinha cá estado e está bem”; “um amigo do meu pai indicou-me”.

Boas experiências anteriores em Comunidades Terapêuticas foram mencionadas em cinco respostas (F - Experiências positivas): “já tinha estado nesta associação, mas estive muito pouco tempo, a minha irmã fez o programa direitinho e está bem”; “já passei por outros tratamentos um dos quais em C.T. e foi o que resultou melhor”; “só numa C.T. é que pode funcionar”.

Os problemas judiciais e com a polícia (G - problemas judiciais; 4 respostas) também foram mencionados.

O facto de ser uma experiência nova, um método ainda não tentado também foi uma razão apontada, embora com menos frequência relativamente a outras categorias de respostas (H- Experiência nova – três respostas): “um novo método que nunca tinha experimentado”; “é diferente”.

O facto de ser um tratamento longo no tempo também aparece referido (I – Duração do tratamento; quatro respostas), falando na necessidade de pensar e de

ter tempo para se recompor: “precisava de tempo para mim mesma”; “ um internamento a sério, a longo prazo, é que tem efeito”.

### Razões da escolha do programa de metadona

Examinamos, por último, as razões que determinaram a escolha de um programa de metadona pelos indivíduos que recorreram a esta modalidade de intervenção.

A análise de conteúdo das respostas permite concluir que foram muito variadas as razões que conduziram os consumidores de drogas a escolher um programa de metadona (Figura 2.6).

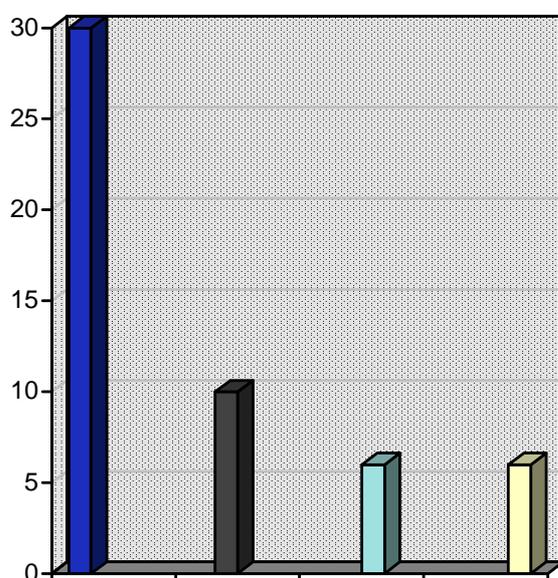
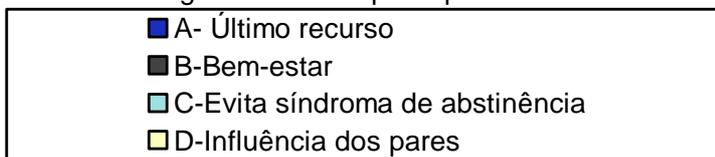


Fig. 2.6 Razões para procurar um



No entanto, o factor motivador mais referido pelos entrevistados é o que engloba todas as referências ao programa de metadona como um último recurso para o abandono das drogas.

A categoria A, designada justamente “Último recurso”, é a que aparece mais representada, com 30 respostas. A categoria engloba todas as referências em que se justifica o recurso ao programa de metadona por ser considerado como uma

tábua de salvação, o último recurso face a tentativas anteriores mal sucedidas de recuperação.

Afirmações que traduzem esta posição incluem: “Os tratamentos não resultavam, fazia tratamentos consecutivos sem efeitos... já não havia outra hipótese”, “os outros tratamentos, as pastilhas, não resultam”.

De salientar também que esta modalidade de tratamento é a mais vulgarmente prescrita na prisão.

O programa da metadona foi também apontado como o que proporciona mais estabilidade física e emocional (categoria B: 10 respostas), posição expressa em afirmações como: “Já experimentei vários (tratamentos) e a metadona é aquele com que me sinto melhor”, “sem a droga sou muito violento, conclui que a metadona podia resolver isso”, “com a metadona não sinto vontade de consumir”, “ajuda mais psicologicamente”, “ajuda a não ter recaídas”.

Alguns entrevistados referem ainda que a metadona evita o síndrome de abstinência (Categoria C: 6 respostas) tendo sido essa a razão por que optaram por um programa de substituição: “Tira a ressaca”, “tira as dores”, “não me sentia capaz de enfrentar a ressaca”, “não se sente nada”.

Por último, a influência dos pares (categoria D) também aparece mencionada em 6 entrevistas: “Pelo que ouço é o melhor”, “o meu marido também está neste programa”.

### **3.7 Actividade delituosa**

O guião da entrevista incluía uma secção destinada a avaliar a eventual prática de actos delituosos (Negreiros, 2001).

A seguinte lista de infracções e crimes era apresentada ao sujeito no sentido de averiguar se alguma vez terá sido acusado (ou condenado) pela prática dessas infracções/delitos: a) Desordem, vagabundagem, embriaguês; b) Infracções graves ao código da estrada (e.g., condução perigosa, condução sem carta); c) drogas (posse ou tráfico); d) furto (sem arma e sem ameaça de violência sobre a pessoa); e) delitos de natureza sexual (prostituição, proxenetismo); f) roubo (com uma arma ou ameaça de violência sobre a pessoa); g) violação, incesto agressão sexual; h) homicídio ou tentativa de homicídio.

A maioria dos entrevistados refere ter praticado diferentes tipos de infracções ou crimes, em algum momento das suas vidas. Cerca de 60% dos entrevistados reconheceu já se ter envolvido em actividades ilegais para obter drogas.

No Quadro 2.21 apresenta-se a percentagem de sujeitos que referem ter praticado os diferentes delitos.

**Quadro 2.21 Tipos de infracções e crimes**

	<i>% da amostra</i>
<b>Desordem, vagabundagem, embriaguez</b>	16.4
<b>Infracções graves ao código da estrada</b>	16.3
<b>Drogas (posse ou tráfico)</b>	46.7
<b>Furto</b>	49.0
<b>Delitos de natureza sexual</b>	.7
<b>Roubo</b>	16.4
<b>Violação, incesto, agressão sexual</b>	.7
<b>Homicídio ou tentativa de homicídio</b>	3.0

Uma percentagem idêntica de sujeitos (59.3%) referiu ter já sido acusado ou condenado pela prática de furtos (sem arma e sem ameaça de violência sobre a pessoa). Os crimes de roubo (com utilização de uma arma ou ameaça de violência sobre a pessoa) foram praticados por 23.2% dos inquiridos.

Nos utentes das Comunidades Terapêuticas, a principal actividade referida foi o tráfico de drogas (Quadro 2.22), seguida do furto (Categoria B - dezasseis respostas) e o roubo (Categoria C – cinco respostas). Em relação à categoria D - transporte, três indivíduos dizem ter transportado droga ou ter ido buscar a Espanha, por exemplo.

**Quadro 2.22 Tipos de infrações e crimes (utentes das C.Ts')**

	<i>Número de referências</i>
<b>A - Tráfico de drogas</b>	24
<b>B- Furto</b>	16
<b>C- Roubo</b>	5
<b>D- Transporte</b>	3
<b>E- Tráfico de armas</b>	1
<b>F- Burla</b>	2
<b>G- Prostituição</b>	1
<b>H- Cobranças difíceis</b>	1

Dois entrevistados falam em burla (F), nomeadamente com cheques e com uma resposta apenas para cada categoria encontramos o tráfico de armas (E), a prostituição (G) e as cobranças difíceis (G).

### **3.8 Expectativas em relação à evolução do consumo de drogas**

As entrevistas permitiram ainda recolher as opiniões dos sujeitos em relação às suas expectativas face à evolução do fenómeno do uso de drogas e da toxicodependência (Figura 2.7).

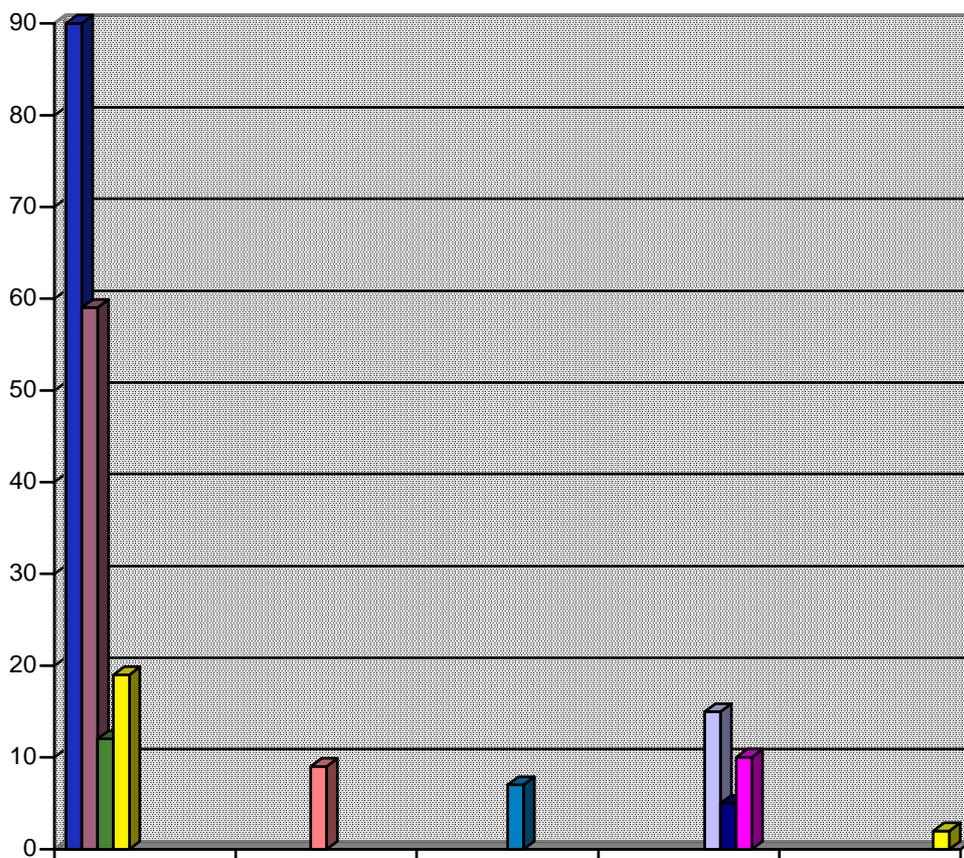


Fig. 2.7 Expectativas em relação ao consumo de drogas

■ A- Incidência do consumo de drogas	■ A1-Aumento
■ A2-Diminuição	■ A3-Estabilização
■ B-Mudança do tipo de drogas principais	■ C- Aumento consumo metadona
■ D-Liberalização/despenalização	■ D1- Haxixe
■ D2- Todas as drogas	■ E-Repressão drogas duras

A categoria A, que diz respeito a todas as referências à evolução da incidência do consumo de drogas ilícitas no futuro (i.e., se o consumo de drogas ilícitas vai aumentar, diminuir ou estabilizar), obtém noventa respostas no total.

A análise de conteúdo das respostas, indica que, para a maioria dos entrevistados, a tendência será para um aumento dos níveis de consumo. Com efeito, uma vasta maioria dos inquiridos (cinquenta e nove sujeitos) acredita que o consumo de drogas irá aumentar no futuro (subcategoria A1 e que o mesmo acontecerá em relação à prescrição de metadona – categoria C (sete respostas).

A estabilização (subcategoria A3) e a diminuição (subcategoria A2) do fenômeno são também referidos, embora com um menor número de respostas (dezanove e doze referências, respectivamente). As justificações avançadas para tais previsões são muito diversificadas.

Na categoria B (9 respostas) incluem-se as respostas que apontam para a mudança no tipo de drogas principais de abuso: “Cada vez há mais drogas sintéticas e os jovens tomam cada vez mais dessas drogas em detrimento da heroína... assim como fumam mais haxixe, embora a heroína e a cocaína não acabem”, “vai haver uma alteração nas substâncias que consomem... vão aumentar os consumos de ecstasy, trips e ácidos... que são piores que a heroína a nível psicológico”, “estão sempre a aparecer coisas novas”.

Por vezes é referido que o consumo de heroína terá tendência a diminuir enquanto que o consumo de drogas de síntese e ácidos poderão aumentar.

Na categoria D englobam-se as respostas que fazem referência à liberalização ou despenalização das drogas. As respostas diferenciam-se em função do tipo de droga.

Por um lado, são feitas referências apenas ao haxixe (subcategoria D1: cinco respostas) e por outro lado a todas as drogas (subcategoria D2: dezrespostas), expressas em comentários como: “Vão acabar por liberalizar como na Holanda”, “um dia vão ser legalizadas”, “vão ser legalizadas todas as drogas”, “liberalização do consumo de haxixe”.

Por último, dois entrevistados referem que o uso de drogas “duras”, como a heroína e a cocaína, terão tendência a ser mais reprimidas no futuro: “penalização cada vez maior da heroína e cocaína”, “o haxixe será liberalizado e as outras drogas mais punidas”.

A partir da questão inicial, muitos entrevistados enunciaram ainda algumas razões para justificar os motivos pelos quais consideram que o consumo de drogas irá aumentar, diminuir ou estabilizar no futuro. Os resultados da análise categorial podem ser observados no Quadro 2.23.

A categoria A refere-se às razões justificativas de um aumento dos consumos de drogas no futuro, tendo obtido um total de quarenta respostas.

**Quadro 2.23 Evolução do fenômeno da toxicodependência**

<i>Categorias</i>	<i>Número de referências</i>
<b>A- Aumento dos consumos</b>	40
<b>A1 – Falta de controle policial</b>	2
<b>A2 – Mais tráfico de drogas</b>	6
<b>A3 – Pouca informação/prevenção</b>	4
<b>A4 – Salas de chuto</b>	5
<b>A5 – Início precoce dos consumos</b>	12
<b>A6 – Poucos centros de tratamento</b>	4
<b>A7 – Liberalização das drogas</b>	2
<b>A8 – Abertura das fronteiras</b>	1
<b>A9 – Desinteresse político</b>	4

A falta de controle policial (subcategoria A1) é apontada duas vezes como uma razão para o aumento do consumo de drogas - “vai aumentar o consumo de drogas, se não houver mais controle policial”.

A intensificação do tráfico de drogas (subcategoria A2: seis respostas) também irá contribuir, na opinião dos entrevistados, para um aumento dos níveis de consumo de drogas: “vai aumentar, pois muita gente quer enriquecer à custa da droga, cada vez há mais tráfico”.

Quatro sujeitos referem também a escassez de informação (subcategoria A3), chamando a atenção para a falta de iniciativas no domínio da prevenção primária: “Vai aumentar, os jovens têm pouca informação”.

Também foi referida como causa de um aumento dos consumos a implementação das salas de chuto (e.g., “Estão com as salas de chuto a promover o consumo”) (subcategoria A4: cinco respostas), contrapondo que a

solução passaria por um maior investimento na prevenção e no combate ao grande tráfico.

Um contacto cada vez mais precoce com as drogas (subcategoria A5: doze respostas) é o motivo mais vezes invocado para o aumento dos consumos: “O consumo vai aumentar porque cada vez se vê crianças mais novas a consumir”; “isto está cada vez pior, começa-se a consumir cada vez mais cedo”; “vai aumentar, pois cada vez mais rapazes mais novos se agarram à droga”.

Outra razão que justificaria a tendência para um aumento dos níveis de consumo de drogas prende-se com a escassez de centros de tratamento (subcategoria A6: quatro respostas): “Vai aumentar se não quiserem fazer mais pelos toxicodependentes em termos de tratamentos”; “devia haver mais centros de tratamento...senão cada vez vai haver mais toxicodependentes”.

A liberalização das drogas (subcategoria A7: duas respostas) foi apontada por dois sujeitos como constituindo uma má solução para o problema: “vai aumentar... então se começam com a venda livre é que aumenta” .

A subcategoria A8 foi referida uma vez e defende a perspectiva segundo a qual com a abertura das fronteiras irá haver menos controle e portanto, uma maior acessibilidade às drogas. Enquanto que a subcategoria A9 (quatro respostas) diz respeito à falta de interesse político para acabar com as drogas, por se tratar, na opinião dos entrevistados, de uma actividade bastante lucrativa.

A Categoria B refere-se às razões justificativas da diminuição dos consumos de drogas no futuro, com 15 respostas no total (Quadro 2.24). O controlo policial (subcategoria B1) aparece novamente em três respostas, mas agora no sentido de funcionar como agente da dissuasão dos consumos no futuro: “Vai diminuir o consumo de substâncias ilícitas, devido ao controle policial”.

A legalização / liberalização das drogas (subcategoria B2, com cinco referências) também é vista como podendo igualmente conduzir a uma diminuição dos consumos: “Pode melhorar, deviam legalizar, para não haver problemas com as misturas das drogas” e “legalizar uma dose diária para cada um, acabava o tráfico e o roubo”.

A diminuição do tráfico (subcategoria B3) é referido por um único sujeito como um factor susceptível de provocar uma diminuição dos consumos no futuro. A existência e criação de mais Centros de Tratamento é também um importante

factor para a diminuição dos consumos no futuro (subcategoria B4: seis respostas).

**Quadro 2.24 Evolução do fenómeno da toxicodependência**

<i>Categorias</i>	<i>Número de referências</i>
<b>B- Diminuição dos consumos</b>	15
<b>B1 – Aumento do controle policial / combate ao tráfico</b>	3
<b>B2 – Legalização / liberalização do consumo de drogas</b>	5
<b>B3 – Diminuição do tráfico / menos drogas</b>	1
<b>B4 – Campanhas de prevenção / informação</b>	6

Uma estabilização dos consumos só é defendida por quadro dos toxicodependentes entrevistados (Quadro 2.25).

**Quadro 2.25 Evolução do fenómeno da toxicodependência**

<i>Categorias</i>	<i>Número de referências</i>
<b>C- Estabilização dos consumos</b>	4
<b>C1 – Despenalização / liberalização das drogas</b>	2
<b>C2 – Maior controle, mais regras</b>	2

Dois deles referem que a liberalização/despenalização terá como consequência uma estabilização dos consumos. Outros dois sujeitos acentuam a necessidade de se criarem mais regulamentos e normas as quais teriam um importante efeito na estabilização do consumo de drogas.

A maioria dos utentes das C.T' s indicaram as expectativas que têm em relação aos seus próprios consumos de drogas e em relação aos seus projectos e planos pessoais. Todos eles foram dizendo que esperam não consumir mais, embora uns se mostrassem mais cépticos e com menos certezas do que outros. Foi também muito frequente responderem que continuariam a fumar haxixe e álcool embora sem excessos. Apenas um utente falou que “se tiver que lá ir (voltar a consumir) vou”.

Apenas sete sujeitos dos trinta e nove entrevistados nas Comunidades Terapêuticas responderam à questão sobre a evolução do consumo de drogas na sociedade, num total de doze referências sobre o assunto (Quadro 2.26).

**Quadro 2.26 Evolução do fenómeno da toxicodependência  
(utentes das CT' s)**

<i>Categorias</i>	<i>Número de referências</i>
<b>A- Estabilização dos consumos de heroína e cocaína</b>	3
<b>B- Fracasso da informação</b>	2
<b>C- Menos consumos na nova geração</b>	1
<b>D- Aumento dos consumos de novas drogas</b>	4
<b>E- Diminuição dos consumos de heroína</b>	1
<b>F- Mais drogas, doenças e criminalidade</b>	1

Três entrevistados admitem que a heroína e a cocaína, ou as drogas em geral, vão continuar a ser consumidas da mesma forma (Categoria A- Estabilização dos consumos), apesar das campanhas e acções de prevenção que pouco irão resultar (Categoria B- Fracasso da informação– 2 respostas) – “a cocaína e a heroína vão continuar por aí, por muita prevenção e informação que haja não estou a ver solução”, “é muito complicado, envolve muitos interesses, por

mais informação que haja vão haver sempre toxicodependentes”, dizendo um deles que “as drogas vão existir sempre, vão até ser mais variadas”.

Da mesma opinião deste último entrevistado são também mais três, dizendo que actualmente e no futuro existirão novas drogas (Categoria D – 4 respostas), embora dois deles achem que o consumo de heroína vai diminuir (Categoria E – 2 respostas): “no futuro há mais pastilhas e cocaína e menos heroína”; “a heroína é um problema para quem já esteve nela, para os novos que começam a experimentar a heroína começa a estar ultrapassada, agora é mais ecstasy, haxixe, pastilhas, etc.”; “vão aparecer drogas novas, mas tenho fé que a nova geração não se meta tanto” – opinião que forma a categoria C.

Por último, um sujeito fala no aumento das doenças e criminalidade, a par com o aumento do uso de drogas (Categoria G).

## Capítulo 4. Discussão e conclusões

O conhecimento acerca dos padrões de consumo de drogas nos consumidores problemáticos que não procuram qualquer tipo de tratamento é ainda bastante incompleto no nosso país. Tal conhecimento revela-se, no entanto, de crucial importância para orientar as decisões sobre a questão geral da procura de tratamento.

Por essa razão, as entrevistas que foram conduzidas junto de consumidores problemáticos incluíram igualmente uma sub-população constituída por consumidores que nunca recorreram a qualquer tipo de tratamento para o seu problema com as drogas, os quais foram contactados em “meio natural”.

Considerou-se igualmente que a inclusão de um grupo de consumidores em tratamento em Comunidades Terapêuticas poderia contribuir para uma compreensão mais aprofundada das necessidades associadas a diferentes sub-grupos de consumidores problemáticos, especificamente os que recorrem a esta modalidade de tratamento.

Os sujeitos entrevistados neste estudo são quase exclusivamente consumidores de opiáceas, que consomem cumulativamente com outras drogas. A associação mais comum é entre a heroína e a cocaína, embora sejam igualmente frequentes consumos cumulativos de mais do que duas substâncias psicoactivas.

Para a vasta maioria dos entrevistados a droga de início foi o haxixe, tendo ocorrido os primeiros contactos com esta substância, dum modo geral, entre os 13 e os 16 anos.

Observa-se uma clara predominância da via de administração fumada embora a percentagem de sujeitos que recorre à via endovenosa seja ainda bastante elevada (superior a 40%)

Uma proporção significativa dos consumidores entrevistados adoptou comportamentos de prevenção do risco de contrair doenças tradicionalmente associadas ao uso de drogas ilícitas (e.g., a via de administração da droga principal é predominantemente fumada; não partilha de material de consumos, etc.).

Entre os factores que podem estar na origem destas alterações refira-se o próprio impacte do VIH/SIDA e também das acções de prevenção. A este propósito, importa referir que as campanhas orientadas para a redução de comportamentos de risco são percebidas como positivas para cerca de 50% dos entrevistados, não sendo, pois, de excluir que tenham tido alguma influência na mudança de comportamentos de risco.

Verifica-se, no entanto, um número muito elevado de consumidores problemáticos a envolver-se em comportamentos de risco que aumentam drasticamente a probabilidade de contrair doenças como a hepatite C e o VIH/SIDA. Por exemplo, cerca de 19% dos entrevistados reconhecem que partilham ocasionalmente seringas e um número que ultrapassa os 20%, partilha outros materiais de consumo.

Por outro lado, embora uma percentagem elevada de entrevistados (cerca de 47%) reconheçam que alteraram o modo de administração da droga principal, não é menos verdade que o sentido da mudança foi, maioritariamente, de fumada para injectada.

Igualmente elucidativo é o facto de somente um em cada cinco toxicodependentes entrevistados ter trocado seringas em farmácias nos últimos doze meses. Do mesmo modo, a percentagem de sujeitos que admitem usar preservativo nas relações sexuais não ultrapassa 36%.

O número de seropositivos identificados neste estudo é, no geral, bastante elevado (cerca de 26%). A situação torna-se, no entanto, ainda mais preocupante no meio prisional, onde a taxa de indivíduos infectados ultrapassou, naquela sub-amostra, os 50% dos reclusos toxicodependentes.

Refira-se, por último, que os consumidores problemáticos de drogas que participaram neste estudo envolveram-se em actividades delituosas muito diversificadas. No entanto, uma análise do padrão criminal parece revelar que essa actividade é sobretudo de natureza aquisitiva, assumindo, desse modo, um valor instrumental em termos da obtenção de proventos para a manutenção dos consumos de drogas.

Considerados globalmente, os dados obtidos nesta investigação reforçam claramente a necessidade de pôr em prática estratégias diversas de redução e minimização dos danos e dos riscos dirigidas a esta população.

Convirá ainda salientar que, para mais de 40% dos entrevistados, o recurso a um programa de metadona constitui a escolha predominante.

Embora as razões que determinam esta escolha sejam múltiplas e complexas, parece inquestionável que a fraca procura de outros tipos de tratamento por parte dos toxicodependentes entrevistados (e.g., comunidade terapêutica; apoio psicoterapêutico) decorrerá eventualmente da dificuldade de aceder a essas modalidades de tratamento.

No que se refere aos programas de metadona, a percepção dos entrevistados é globalmente positiva. No entanto, como alguns estudos têm evidenciado (Murphy e Irwin, 1992), os utentes dos programas de metadona representam um sub-grupo estigmatizado, com uma identidade marginal.

Para que o programa de metadona represente algo mais do que um “encontro médico” e se transforme num processo social interaccional (Lilly et al., 2000), que inclua actividades de apoio psicoterapêutico, não basta multiplicar os locais de “toma” de metadona.

Será igualmente importante, no futuro, aprofundar as motivações e percepções acerca dos programas de substituição bem como as “estratégias” (Koester et al., 1999) utilizadas pelos indivíduos para se adaptar a esta modalidade de tratamento.

## Bibliografia

- Bello, P. e Chêne, G. (1998). A capture-recapture study to estimate the size of the addict population in Toulouse, France. In: *Estimating the prevalence of problem drug use in Europe*. Lisboa: EMCDDA.
- CDLCS, (2000). *Comissão Distrital de Luta contra a Sida, - sub-região Porto*.
- CDLCS, (2001). *Comissão Distrital de Luta contra a Sida, - sub-região Porto*.
- CDLCS, (2002a). *Comissão Distrital de Luta contra a Sida, - sub-região Lisboa*.
- CDLCS, (2002b). *Comissão Distrital de Luta contra a Sida, - sub-região Faro*.
- CDLCS, (2002c). *Comissão Distrital de Luta contra a Sida - sub-região Aveiro*.
- CDLCS, (2002d). *Comissão Distrital de Luta contra a Sida - sub-região Beja*.
- CDLCS, (2002e). *Comissão Distrital de Luta contra a Sida - sub-região Viseu*.
- Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (2000). *Estudos dos casos de Sida, PA e CRS com residência no Distrito do Porto*. Porto: CVEDT.
- CNLCS, (2001a). *Comissão Nacional de Luta Contra a Sida – A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2000*. Doc. 124. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde.
- CNLCS (2001b). *Comissão Nacional de Luta Contra a Sida – Infecção VIH/Sida. A situação na Europa a 31 de Dezembro de 2000*. Doc. 126. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde.
- Correia, A. M. (2001). *Situação epidemiológica da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana e da Sida na região norte de Portugal*. Porto: Centro Regional de Saúde Pública do Norte Serviço de Epidemiologia (estudo não publicado).
- Davoli, M. (1997). Establishing mortality rates from cohort data. In: *Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe*. Luxemburgo: EMCDDA.

European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. (2001) *VIH/AIDS Surveillance in Europe. End –Year report 200; n°64*).

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2001). In Frances Sharp e Rachel Neaman (Eds.), *Modelling drug use: methods to quantify and understand hidden processes*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (1999). *Draft guidelines: Methods for prevalence estimation. Study to obtain comparable national estimates of problem drug use prevalence for all EU member states*. Lisbon: EMCDDA.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (1997a). *Scientific review of the literature on estimating the prevalence of drug misuse on the local level*. Lisbon: EMCDDA.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (1997b). *Methodological pilot study of local level prevalence estimates*. Lisbon: EMCDDA.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (1997c). *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union: 1997*. Lisbon: EMCDDA.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2000). *Key epidemiological indicator: Prevalence of problem drug use*. Lisbon: EMCDDA.

Félix da Costa, N. , N.; Correia, J.; Freire, S. (1997). Tratamento da toxicodependência. Estudo Sagital de 1996. *Toxicodependências*, 3, 65-78.

Fernandes, L. e Carvalho, M. C. (2000). Para onde anda o que se oculta: O acesso a mundos sociais de consumidores problemáticos de drogas através do método snowball. *Toxicodependências*, 6, 17-28.

Frischer, M. (1997). Estimating the prevalence of drug abuse using the mortality multiplier method: An overview. In: *Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe*. Luxemburgo: EMCDDA.

Frisher, M. (1998). More complex capture-recapture models: An illustrative case study using data from Glasgow. In *Estimating the prevalence of problem drug use in Europe*. Lisboa: EMCDDA.

Godinho, J.; Costa, H. e Padre-Santo, D. (1988) Estimativa da prevalência de consumidores de heroína no Concelho de Setúbal. *Toxicodependências*, 4, 27-32.

Gonzalez, J.; Tomaz, F.; Pereira, E. e Araújo, C. (2000). Cat de Cedofeita – 10 anos depois. *Toxicodependências*,6, 43-50.

Guerra, M. P. (1989). Reflexões Sobre os Problemas Psicológicos e Comportamentos Desviantes na Sida. *Jornal de Psicologia*, 8, 18-21.

Guerra, M. P. (1991). Droga e Sida qual a relação? *Jornal de Psicologia* (1) p. 21-24.

Guerra, M. P. (1992). Sida e os Comportamentos Desviantes. In: J. Barroso e R. G. Abrunhosa (Eds.) , *Psicologia e Intervenção Social de Justiça*, (p.39-44) Colecção "Temas de Psicologia" n.º 7.

Guerra, M. P. (1994). *Seropositividade e Auto-Organização Psicológica: Um modelo de avaliação da adaptabilidade humana à seropositividade ao vírus da Sida*. Tese de dissertação de Doutoramento. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

Guerra, M. P. (1995). Uma Escala de Avaliação do Suporte Social: Sua Aplicação numa população seropositiva ao vírus VIH. In: *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 3, 25-34.

Guerra, M. P. (1997a). Orientações teóricas para a formação de grupos de suporte para seropositivos ao vírus VIH. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2 (2) 371-380.

Guerra, M. P. (1997b). Resultados da Aplicação de um Modelo de Adaptação psicológica numa população Seropositiva: Reflexões decorrentes sobre a

qualidade de vida. *Actas do II Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*-Braga 27 de Fevereiro a 1 de Março de 1997.

Guerra, M. P. e Agra, C. (1997c). A prova da Existência: A adaptação Psicológica de Toxicodependentes seropositivos ao vírus VIH, em liberdade e em meio prisional. In: Projecto Droga e Crime. Estudos Interdisciplinares sob direcção de Cândido da Agra. *Planos Existenciais Droga Crime vol. 9.* (pp.125-152) Lisboa: Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga.

Guerra, M. P. (1998a). *Sida: Implicações Psicológicas*. Lisboa: Fim de Século Edições L.da.

Guerra, M. P. (1998b). Psychological Adaptation of Drug Addicts to VIH Seropositivity. In: *Proceedings Workshops Ewodor Portugal.* (p.p.90-97) Lisboa: Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga.

Hartnoll, R.; Lewis, R.; Mitcheson, M. e Bryer, S. (1985). Estimating the prevalence of opioid dependence. *The Lancet*, 203-205.

Hammersley, R.; Cassidy, M. T. e Oliver, J. (1995). Drugs associated with drug - related deaths in Eddinbourg and Glasgow, November 1990 to October 1992. *Addiction*, 90, 959-965.

Hickman, M.; Cox, S.; Harvey, S. H.; Farrell, M.; Frisher, M.; Stimson, G.; Taylor, C. e Tilling, K. (1999). Estimating the prevalence of problem drug use in inner London: a discussion of three capture-recapture studies. *Addiction*, 94, 1653-1662.

Instituto Nacional de Estatística (2001). *Census 2001*. Lisboa .

Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (1999). *Droga: Sumários de Informação Estatística: 1998*. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.

Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (2000). *Droga: Sumários de Informação Estatística: 1999*. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.

Koester, S., Anderson, K e Hoffer, L. (1999). Active heroin injectors' perceptions and use of methadone maintenance treatment: Cynical performance or self-prescribed risk reduction? *Substance Use and Misuse*, 34, 2135-2153.

Lilly, R., Quirk, A., Rhodes, T. e Stimson, G. (2000). Sociality in methadone treatment: Understanding methadone treatment and service delivery as a social process. *Drugs Education Prevention and Policy*, 7, 163-178.

Medina-Mora, M. E., Ball, A. e Donoghoe, M. (2000). *Special population studies. In Guide to Drug Abuse Epidemiology*. Genève: World Health Organization.

Murphy, S e Irwin, J. (1992). Living with the dirty secret: Problems of disclosure for methadone maintenance clients. *Journal of Psychoactive Drugs*, 24, 257-264.

Negreiros, J. (2001). *Prevalence and Patterns of Problem Drug Use*. Country Report: Portugal. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (não publicado).

Negreiros, J. (2001). Padrões de consumo e comportamento delituoso em consumidores problemáticos de drogas. *Sub-judice*, 22-23, 69-73.

Negreiros, J. (2001). *Padrões e consequências do consumo de drogas em Matosinhos: Resultados na população estudantil e em consumidores problemáticos*. Matosinhos: Câmara Municipal de Matosinhos.

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2000). *Relatório anual sobre a evolução do fenómeno da droga na União Europeia*. Lisboa.

Ogden, J (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Padre-Santo, D., Banza, R. Silva, A.G., Costa, H. e Godinho, J. Estudo Evolutivo do Programa de Substituição Opiácea no CAT de Setúbal. *Toxicodependências*, 5, 61-68.

Polícia Judiciária (1997). *Relatório Anual: 1997*. Lisboa: Ministério da Justiça

Polícia Judiciária (1999). *Relatório Anual: 1999*. Lisboa: Ministério da Justiça

Puchel, K. (1997). Determining the number of drug-related deaths. In: *Estimating the prevalence of problem drug use*. Luxemburgo: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addicts.

Rhodes, F e Malotte, C. Kevin (1996). VIH Risk Interventions for Active Drug Users: Experience and Prospects. In: Stuart Oskamp e Suzanne Thompson (Eds.), *Understanding and Preventing VIH Risk Behavior Safer Sex and Drug Use* (pp. 207-236). London: Sage Publications.

Sartor, F., Walckiers, D., Sasse, A. e Bils, L. (2001) Estimate of the prevalence of injecting drug use in Belgium. *Arch Public Health*. 59, 63-75.

Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (1998). *Relatório de actividades de 1997*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (1999). *Relatório de actividades de 1999*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência) (2001<sup>a</sup>). *Alguns dados sobre os utentes internados nas Unidades de Desabitação do SPTT*. (Relatório não publicado). Lisboa: Ministério da Saúde.

Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência) (2001<sup>b</sup>). *Alguns dados sobre grávidas toxicodependentes atendidas em 14 unidades*. (Relatório não publicado) Lisboa: Ministério da Saúde.

Simon, R. (1997). Estimating prevalence using the case-finding method. In *Estimating the prevalence of problem drug use in Europe*. Lisboa: EMCDDA.

Simon, R. (1997). Estimating prevalence using the case-finding method: An overview. In: *Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe*. Luxemburgo: EMCDDA.

Taylor, C. (1997). Estimating the prevalence of drug use using nomination techniques: An overview. In: *Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe*. Luxemburgo: EMCDD A.

World Health Organization (1992). *International statistical classification of the diseases; tenth revision*. Geneva: WHO.

**UNIVERSIDADE DO PORTO**  
**FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**  
**Centro de Investigação em Psicologia do Comportamento Desviante e Saúde**

**Captura-recaptura**  
**Ficha para recolha de dados**

Registrar os dados dos utentes desta instituição que obedecem aos seguintes critérios:

- a. Residam no Concelho onde está localizada a instituição
- b. Estejam registados nos processos da instituição no ano de 2000
- c. Consumam pelo menos uma droga ilícita, exceptuando o cannabis

Dados sobre a instituição

1. Nome da instituição

\_\_\_\_\_

2. Concelho onde está localizada a instituição \_\_\_\_\_

3. Tratando-se de um Centro de Apoio a Toxicodependentes, indicar o número de utentes atendidos em primeira consulta durante o ano 2000 \_\_\_\_\_

4. Tratando-se de um estabelecimento prisional, indicar o número de reclusos admitidos no E.P. por crimes relacionados com drogas, durante o ano 2000 \_\_\_\_\_

5. Tratando-se de um posto da PSP, indicar o número de indivíduos com processos por crimes relacionados com drogas, durante o ano 2000 \_\_\_\_\_

6. Tratando-se de condenações por tribunais, indicar o número de indivíduos com processos por crimes relacionados com drogas, durante o ano 2000.

Consumo\_\_\_\_\_

Consumo/tráfico\_\_\_\_\_

Tráfico\_\_\_\_\_

Dados sobre os utentes da instituição

1. Idade\_\_\_\_\_

2. Sexo\_\_\_\_\_

3. Primeira letra do 1º nome\_\_\_\_\_

4. Primeira letra do último apelido\_\_\_\_\_

5. Data de nascimento\_\_\_\_\_

Ano

Mês

Dia

6. Município de residência\_\_\_\_\_

7. Nacionalidade\_\_\_\_\_

8. Habilitações literárias

- a) sem instrução.....1
- b) não completou a primária.....2
- c) primária.....3
- d) até ao 6º ano.....4
- e) até ao 9º ano.....5
- f) até ao 12º ano.....6
- g) superior.....7

9. Estado civil

- a) solteiro/a.....1
- b) casado/a.....2
- c) vive maritalmente.....3
- d) divorciado/a; separado/a.....4
- e) viúvo/a.....5

10. Ano em que se encontra referido no ficheiro \_\_\_\_\_

11. Semestre em que se encontra referido no ficheiro

- a) 1º semestre.....1
- b) 2º semestre.....2

13. Tipo de droga(s) que consome:

---

14. Das drogas que consome:

- a) qual é a droga de abuso PRINCIPAL \_\_\_\_\_
- b) qual é a droga de abuso SECUNDÁRIA \_\_\_\_\_

15. Qual a via de administração da droga de abuso PRINCIPAL?

- a) oral.....1
  - b) injectada.....2
  - c) fumada.....3
  - d) inalada.....4
  - e) outra (especifique).....5
- 

16. Alguma vez fez o teste da SIDA ?

- a) Sim.....1
- b) Não.....2

17. Em caso afirmativo, qual foi o resultado desse teste?

- a) Positivo.....1
- b) Negativo.....2
- c) A aguardar o resultado.....3

18. Se o utente já fez o teste da SIDA, indicar o ano em que foi diagnosticado:

19 \_\_\_\_\_

**UNIVERSIDADE DO PORTO**  
**FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**  
**Centro de Investigação em Psicologia do Comportamento Desviante e Saúde**

**Guião de Entrevista**

**Apresentar-se do seguinte modo:**

**Sou um entrevistador da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto. Gostaria de lhe colocar algumas perguntas que se destinam a conhecer melhor os problemas das pessoas que consomem drogas e, assim, melhorar o tipo de serviços que podem ser prestados. A entrevista não vai tomar muito do seu tempo. As suas respostas são anónimas e confidenciais. Desde já agradecemos a sua colaboração.**



10. Qual é o seu estado civil?

- a) solteiro/a.....1
- b) casado/a.....2
- c) vive maritalmente.....3
- d) divorciado/a; separado/a.....4
- e) viúvo/a.....5

11. Nos últimos 12 meses a que actividade se dedica ou dedicou?

- a) à procura de emprego (desempregado/a) .....1
  - b) arrumador de carros.....2
  - c) “aguadeiro”.....3
  - d) pequenos delitos.....4
  - e) tráfico para consumo.....5
  - f) prostituição.....6
  - g) outra (ESPECIFIQUE) .....7
-

## SECÇÃO 2 – PADRÕES DE CONSUMO

A expressão "consumo de drogas", refere-se ao uso de drogas nos últimos 12 meses:

- a) por via endovenosa ou
- b) longa duração/uso regular de drogas ilícitas ou uso não medicinal de drogas
- c) inclui o uso de opiáceos prescritos, como a metadona

Os vários tipos de drogas podem incluir: cannabis (ex: marijuana, haxixe), solventes, tranquilizantes (ex: Valium), barbitúricos, cocaína, estimulantes (ex: speeds), alucinogêneos (ex: LSD), ecstasy, ou narcóticos/opiáceos (ex: heroína).

12. Nos últimos 12 meses consumiu drogas ?

- a) Sim.....1
- b) Não.....2

13. Se respondeu “NÃO”, há quanto tempo está abstinente?

- a) 1-2 anos.....1
- b) 3-4 anos.....2
- c) mais de 5 anos.....3

(Passar à questão 15)

14. Se respondeu “SIM”, que tipo de droga(s) consome ou consumia ?:

\_\_\_\_\_

15. Qual foi a droga de INÍCIO? \_\_\_\_\_

16. Com que idade começou a consumir a droga de início ? \_\_\_\_\_ anos

17. Das drogas que consumiu nos últimos 12 meses :

- a) qual é a sua droga de abuso PRINCIPAL \_\_\_\_\_ 1

b) qual é a sua droga de abuso SECUNDÁRIA \_\_\_\_\_ 2

18. Se consome/consumiu drogas opiáceas (e.g. heroína), com que idade começou a consumir ?

\_\_\_\_\_ anos

19. Qual a via de administração (actual ou passada) da droga de abuso PRINCIPAL?

- a) oral.....1
  - b) injectada.....2
  - c) fumada.....3
  - d) inalada.....4
  - e) outra (especifique).....5
- 

20. Qual a via de administração (actual ou passada) da droga de abuso SECUNDÁRIA?

- a) oral.....1
  - b) injectada.....2
  - c) fumada.....3
  - d) inalada.....4
  - e) outra (especifique).....5
- 

21. Ao longo do tempo em que consome/consumia, ocorreu alguma mudança na via de administração da droga PRINCIPAL ?

- a) Sim.....1
- b) Não.....2

22. Se respondeu afirmativamente à questão anterior, indique qual foi a mudança que ocorreu na via de administração da droga PRINCIPAL

- a) passou de injectada para fumada .....1
  - b) passou de fumada para injectada.....2
  - c) passou de inalada para fumada.....3
  - d) outra situação (especifique).....4
- 

23. Se respondeu afirmativamente à questão anterior, indique as razões que estiveram na origem dessa mudança

---

---

---

24. Nos últimos 12 meses, qual foi a frequência de consumo da droga PRINCIPAL?

- a) ocasional.....1
- b) regular (i.e., três vezes por semana durante pelo menos um mês).....2
- c) diária.....3

25. Nos últimos 12 meses, qual foi a frequência de consumo da droga SECUNDÁRIA?

- a) ocasional.....1
- b) regular (i.e., três vezes por semana durante pelo menos um mês).....2
- c) diária.....3

26. Qual é/foi a duração média do consumo da droga de abuso PRINCIPAL? \_\_\_\_\_

27. Qual é/foi a duração média do consumo da droga de abuso SECUNDÁRIA? \_\_\_\_\_

28. Qual foi a idade de iniciação ao consumo da droga de abuso PRINCIPAL? \_\_\_\_\_

29. Qual foi a idade de iniciação ao consumo da droga de abuso SECUNDÁRIA? \_\_\_\_\_

### SECÇÃO 3 – VALOR DE MULTIPLICAÇÃO

30. Quantas pessoas suas conhecidas consumiram drogas regularmente, nos últimos 12 meses (calculados a partir da data da realização da entrevista)?

\_\_\_\_\_

31. Quantas dessas pessoas procuraram tratamento, no último ano (num CAT, centro de saúde, hospital, clínica particular, comunidade terapêutica, etc.)?

\_\_\_\_\_

32. Quantas dessas pessoas procuraram tratamento, no último ano, em Centros de Apoio a Toxicodependentes (CAT's) ? \_\_\_\_\_

33. Quantas dessas pessoas que consumiram drogas foram apanhadas pela polícia, no último ano ? \_\_\_\_\_

34. Quantas dessas pessoas que consumiram drogas foram presas/detidas, no último ano ? \_\_\_\_\_

35. Quantas dessas pessoas que consumiram drogas apanharam a SIDA, no último ano? \_\_\_\_\_

36. Quantas dessas pessoas que consumiram drogas morreram em resultado de uma “overdose”, no último ano ? \_\_\_\_\_

### SECÇÃO 3 – COMPORTAMENTOS DE RISCO, SAÚDE, TRATAMENTO

**Comportamentos de risco e prevenção**

As questões que se seguem referem-se, igualmente, aos últimos 12 meses

37. Alguma vez partilhou seringas ?

Sempre.....1

Ocasionalmente.....2

Nunca.....3

Sem informação.....4

38. Alguma vez partilhou outros materiais como águas, algodões colheres, etc.?

Sempre.....1

Ocasionalmente.....2

Nunca.....3

Sem informação.....4

39. Alguma vez trocou seringas em farmácias ?

Sempre.....1

Ocasionalmente.....2

Nunca.....3

Sem informação.....4

40. Alguma vez fez o teste da SIDA ?

a) Sim.....1

b) Não.....2

41. Se respondeu afirmativamente à questão anterior, qual foi o resultado desse teste?

a) Positivo.....1

b) Negativo.....2

c) A aguardar resultado.....3

42. Costuma ter relações sexuais com um(a) parceiro(a) fixo(a) ?

- a) Sim.....1
- b) Não.....2

43. Se respondeu SIM, costuma usar preservativo com o seu/sua parceiro(a) fixo(a) ?

- a) Sempre.....1
- b) Ocasionalmente.....2
- c) Nunca.....3
- d) Sem informação.....4

44. Costuma usar preservativo com outros(as) parceiros ?

- a) Sempre.....1
- b) Ocasionalmente.....2
- c) Nunca.....3
- d) Sem informação.....4

45. Em que grau considera que o risco de contrair VIH/Sida influenciou o seu comportamento sexual (Se tem VIH/SIDA, reportar-se à altura em que não sabia que tinha contraído a doença)?

- a) Não influenciou.....1
- b) Influenciou alguma coisa.....2
- c) Influenciou bastante.....3
- d) Influenciou totalmente.....4
- e) Sem informação.....5

46. Caso tenha considerado que o risco de contrair a SIDA teve algum efeito no seu comportamento sexual (isto é, se escolheu as posições 2, 3 ou 4), indique o tipo de efeitos

---

---

---

---

47. Se tem VIH/SIDA, em que grau considera que o ter tido conhecimento da doença influenciou o seu comportamento sexual ?

- a) Não influenciou.....1
- b) Influenciou alguma coisa.....2
- c) Influenciou bastante.....3
- d) Influenciou totalmente.....4
- e) Sem informação.....5

48. Caso tenha considerado que saber que é seropositivo ou tem Sida teve algum efeito no seu comportamento sexual (isto é, se escolheu as posições 2, 3 ou 4), indique o tipo de efeitos:

---

---

---

---

---

---

---

49. Em que grau considera que o risco de contrair Sida influenciou o seu comportamento em relação às drogas (Se tem VIH/SIDA, reportar-se à altura em que não sabia que tinha contraído a doença) ?

- a) Não influenciou.....1
- b) Influenciou alguma coisa.....2
- c) Influenciou bastante.....3
- d) Influenciou totalmente.....4
- e) Sem informação.....5

50. Caso tenha considerado que o risco de contrair a SIDA teve algum efeito no seu comportamento em relação às drogas (isto é, se escolheu as posições 2, 3 ou 4), indique o tipo de efeitos:

---

---

---

---

---

---

---

---

51. Se tem VIH/SIDA, em que grau considera que o ter tido conhecimento da doença influenciou o seu comportamento em relação às drogas ?

- a) Não influenciou.....1
- b) Influenciou alguma coisa.....2
- c) Influenciou bastante.....3
- d) Influenciou totalmente.....4
- e) Sem informação.....5

52. Caso tenha considerado que saber que é seropositivo ou tem Sida teve algum efeito no seu comportamento em relação às drogas (isto é, se escolheu as posições 2, 3 ou 4), indique o tipo de efeitos

---

---

---

---

53. Em que grau considera que as acções/campanhas de prevenção contribuíram para alterar os seus comportamentos ?

- a) Praticamente nada.....1

- b) Alguma coisa.....2
- c) Bastante.....3
- d) Totalmente.....4
- e) Sem informação.....5

54. Caso tenha considerado que as campanhas de prevenção contribuíram para alterar os seus comportamentos em relação às drogas (isto é, se escolheu as posições 2, 3 ou 4), indique quais as alterações que ocorreram.

---

---

---

55. Caso tenha considerado que as acções de prevenção tiveram algum efeito no seu comportamento (isto é, se escolheu as posições 2, 3 ou 4), indique o os aspectos que poderão ter conferido eficácia a essas acções.

---

---

---

---

**SECÇÃO 4 – TRATAMENTO/SAÚDE**

56. Já teve problemas de saúde em resultado do seu consumo de drogas?

- a) Sim.....1
- b) Não.....2

57. Se respondeu “Sim” indique o tipo de problemas:

- a) Hepatite C.....1
- a) Hepatite B.....2
- b) VIH.....3
- c) Convulsões.....4
- d) Perda de memória.....5
- e) Outro (ESPECIFIQUE) .....6

---

A QUESTÃO 58 DESTINA-SE UNICAMENTE A INDIVÍDUOS ENTREVISTADOS  
NA COMUNIDADE OU EM MEIO PRISIONAL

58. Procurou tratamento para o seu problema com as drogas, no último ano? (Procurar tratamento significa recorrer a um CAT, Comunidade Terapêutica, Hospital ou qualquer outro Serviço com vista a receber apoio para resolver o seu problema com as drogas) ?

- a) Sim.....1
- b) Não.....2 (PASSAR À QUESTÃO 67 )
- c) A aguardar tratamento.....3

59. Se consome drogas opiáceas (e.g., heroína), há quanto tempo procurou tratamento para o seu problema ? \_\_\_\_\_(anos)

60. Indique o tipo de tratamento (escolha as respostas que interessam):

- a) Psicoterapia individual.....1
- b) Terapia de grupo.....2
- c) Programa de naltrexone.....3

- d) Desintoxicação com medicação prescrita.....4
- e) Desintoxicação a “frio”.....5
- f) Terapias ocupacionais.....6
- g) Metadona.....7
- h) Outros\_\_\_\_\_

61. Se está num programa de metadona, indique as razões que o(a) levaram a seguir esta modalidade de tratamento

---

---

---

---

---

---

62. Qual foi a instituição de tratamento a que recorreu ?

- a) Centro de Apoio a Toxic. (CAT).....1 (PASSAR À QUESTÃO 63)
- b) Comunidade Terapêutica.....2 (PASSAR À QUESTÃO 65)
- c) Centro de Saúde.....3
- d) Hospital.....4
- e) Outra instituição (especifique)..... 5

---

AS QUESTÕES 63 e 64 DESTINAM-SE UNICAMENTE A INDIVÍDUOS EM TRATAMENTO EM CAT's

63. Há quanto tempo procurou tratamento para o seu problema com as drogas neste Centro de Apoio a Toxicodependentes?

- a) No último ano.....1
- b) Há cerca de 2 anos.....2
- c) Há cerca de 3 anos.....3
- d) Há mais de 3 anos.....4

64. Que razões o (a) levaram a procurar tratamento num CAT:

---

---

---

---

AS QUESTÕES 65 e 66 DESTINAM-SE UNICAMENTE PARA INDIVÍDUOS EM TRATAMENTO EM COMUNIDADE TERAPÊUTICA (C.T.)

65. Há quanto tempo está em tratamento nesta C.T.? \_\_\_\_\_

66. Que razões o (a) levaram a procurar tratamento numa C.T.:

---

---

---

---

67. Que razões o (a) levaram a NÃO procurar tratamento ?

---

---

---

---

68. Quais são as suas expectativas (o que acha que vai acontecer) relativamente ao consumo de drogas no futuro (quer substâncias prescritas quer ilícitas) ?

---

---

---

---

**SECÇÃO 5 – JUSTIÇA/SISTEMA PENAL**

AS QUESTÕES 69-72 DESTINAM-SE UNICAMENTE A INDIVÍDUOS DETIDOS  
EM ESTABELECIMENTO PRISIONAL

69. Estabelecimento prisional em que se encontra detido

---

70. Há quanto tempo está detido(a) \_\_\_\_\_

71. Duração da pena \_\_\_\_\_

72. O crime de que foi acusado(a)/condenado(a) está relacionado com o consumo de drogas?

a) Sim.....1

b) Não.....2

PARA TODOS OS ENTREVISTADOS

73. Alguma vez foi acusado/a (ou condenado/a) das infracções ou crimes seguintes ?

a) Desordem, vagabundagem, embriaguez

Nunca.....1

Uma vez.....2

Duas vezes.....3

Três ou mais vezes.....4

Sem informação.....5

b) Infracções graves ao código da estrada (ex., condução perigosa, condução sem carta)

Nunca.....1

Uma vez.....2

Duas vezes.....3

Três ou mais vezes.....4

Sem informação.....5

c) Drogas (posse ou tráfico)

Nunca.....1

Uma vez.....2

Duas vezes.....3

Três ou mais vezes.....4

Sem informação.....5

d) Furto (sem arma e sem ameaça de violência sobre a pessoa)

- Nunca.....1
- Uma vez.....2
- Duas vezes.....3
- Três ou mais vezes.....4
- Sem informação.....5

e) Delitos de natureza sexual (prostituição, proxenetismo)

- Nunca.....1
- Uma vez.....2
- Duas vezes.....3
- Três ou mais vezes.....4
- Sem informação.....5

f) Roubo (com uma arma ou ameaça de violência sobre a pessoa)

- Nunca.....1
- Uma vez.....2
- Duas vezes.....3
- Três ou mais vezes.....4
- Sem informação.....5

g) Violação, incesto, agressão sexual

- Nunca.....1
- Uma vez.....2
- Duas vezes.....3
- Três ou mais vezes.....4
- Sem informação.....5

h) Homicídio ou tentativa de homicídio

- Nunca.....1
- Uma vez.....2
- Duas vezes.....3
- Três ou mais vezes.....4
- Sem informação.....5

74. Já se envolveu em actividades ilegais para poder obter drogas?

- a) Sim.....1
- b) Não.....2

75. Se respondeu “Sim”, indique o tipo de actividades ilegais em que se envolveu:

---

76. Quantos vezes já foi preso, ao longo da sua vida?

- Nenhuma.....1
- Uma vez.....2
- Duas vezes.....3
- Mais do que duas vezes.....4
- Não sabe/não responde.....5

77. Se respondeu afirmativamente, com que idade cometeu o seu primeiro acto delinvente ?

\_\_\_\_\_ anos

OBRIGADO PELA COLABORAÇÃO