

5

Caminhando no deserto: transversalidade de trajetórias de consumo numa intervenção inacabada

BRUNO GORDINHO

RESUMO

Neste artigo apresentam-se dados sobre a comunidade local toxicodependente nos Concelhos de Almada e Seixal. No mesmo procurámos não só especificar a importância do trabalho produzido pelas Equipas de Rua na intervenção local e no conhecimento manifesto na proximidade da população, mas também a própria caracterização social dos consumidores de droga, a sua história de consumos e clínica, práticas de risco e situação judicial. Delineámos um perfil do consumidor e constatámos a importância de uma forte intervenção política na análise deste problema. Sustentou-se a tese de que a importância espacial deste fenómeno passa pela percepção quer do local quer do global. Os desafios são de um caminho desértico numa intervenção inacabada entre um "mundo livre de drogas" e um "mundo com drogas".

Palavras-chave: Equipas de Rua; Consumidores de droga; Intervenção local de proximidade; Redução de Riscos; Minimização de Danos

RÉSUMÉ

Cet article présente des données sur la communauté locale toxicomane nous Communes d'Almada et de Seixal. Dans le même nous avons cherché à ne pas spécifier l'importance du travail produit par les Équipes de Rue dans l'intervention locale et dans la connaissance manifeste dans la proximité de la population, mais aussi la caractérisation sociale elle-même des consommateurs de drogue, son histoire de consommations et clinique, pratiques de risque et situation judiciaire. Il données également un profil du consommateur et nous avons constaté l'importance d'une forte intervention politique dans l'analyse de ce problème. S'est soutenue la thèse dont l'importance spatiale de ce phénomène passe par la perception soit du lieu soit du global. Les défis sains d'un chemin désertique dans une intervention non finie entre un «monde libre de drogues» et un «monde avec des drogues».

Mots-clé: Équipes de Rue; Consommateurs de drogue; Intervention locale de proximité; Réduction de Risques; minimisation de dommages.

ABSTRACT

In this article they are presented given on the local community drug users in the Cities of Almada and Seixal. In the same we looked for not only to specify the importance of the work produced for street teams in the local intervention and the manifest knowledge in the proximity of the population, but also the proper social characterization of the drug consumers, its history of consumptions and clinic, practical of risk and judicial situation. In the same studied a profile of the consumer and we evidenced the importance of one strong intervention politics in the analysis of this problem. It was supported thesis of that the space importance of this phenomenon one passes for the perception wants of the place wants of the global one. The challenges are of a desert-like way in an unfinished intervention enters a "free world of drugs" and a "world with drugs".

Key Words: Street teams; Consumers of drug; local intervention of proximity; Reduction of Risks; Minimization of damages.

1 – INTRODUÇÃO

"O coração ingrato assemelha-se ao deserto que sorve com avidez a água do céu e não produz coisa alguma" (Muslah-Al-Din Saadi). Compreender e explicar a realidade da toxicod dependência é como caminhar num deserto procurando a resposta para a questão: o que leva as pessoas a tomarem drogas? São os consumos de drogas socialmente transversais? De acordo com o relatório anual de 2007 do I.D.T, 12% da população total (15-64 anos) tem prevalência de consumo de qualquer droga ao longo da vida, em 2001 esse valor era de 7,8%. Apesar de esta situação ocorrer, simultaneamente, verifica-se também uma descida generalizada das taxas de continuidade dos consumos passando dos 44,2% no ano de 2001 para 31,2% em 2007 (15-64 anos). Temos de facto a noção de que esta é uma problemática que continua a merecer a máxima atenção – o "consumo problemático de droga" –, ou seja, *o uso de drogas por via endovenosa ou o uso regular/ de longa duração de drogas opiáceas, cocaína e/ou anfetaminas*. No entanto, o consumo problemático de droga está a tornar-se cada vez mais diversificado e com particularismos também a um nível local de regiões. Para além das observações existentes em pesquisas que relacionam condições sociais de pobreza com consumos e tráfico de drogas assumindo formas específicas em bairros de uso e de narcotráfico nas grandes cidades de Lisboa e Porto (Chaves, 1999 e Fernandes, 1998) estamos perante o aparecimento de novas zonas de consumo no interior do país, nomeadamente na Região do Alentejo e Trás-os-Montes. Os concelhos de Almada e Seixal não são uma excepção à regra e também nestes concelhos a toxicod dependência é um problema de saúde (Garcia *et al.*, 2006 e Rodrigues *et al.* 2002). A resposta passa pela implementação de uma política de redução de riscos e minimização de danos prevista no decreto-lei n.º 183/2001 de 21 de Junho. A abordagem em matéria de redução de riscos e minimização de danos consiste no primeiro caso numa acção preventiva sobre o aparecimento de sequelas ou de danos associados ao consumo de drogas (RR) e no segundo caso uma acção minimizadora sobre os danos já existentes (MD). Poderíamos numa primeira instância pensar que esta

política de redução de riscos e minimização de danos (RRMD) seria só para toxicod dependentes doentes e/ou socialmente excluídos no sentido em que se encontram duplamente fragilizados na sua confiança e na sua motivação (Nave, 2004), no entanto ela foi criada para todos independentemente da sua condição. Porque se pretende tratar a ajudar prestando assistência, podemos dizer que a Redução de Riscos e Minimização de Danos é uma abordagem eminentemente pragmática e humanista (Andrade *et al.*, 2007). É por intermédio das equipas de rua existentes nas IPSS que se procura uma intervenção local de proximidade no combate ao consumo de estupefacientes. Estas são as organizações mais adequadas a apreender as especificidades locais de consumo e os seus protagonistas. O trabalho de rua é caracterizado por uma inserção na comunidade, constituindo-se como factor de mudança desta. É também caracterizado por uma teia de relações entre técnicos, consumidores de substâncias e seus pares que interagem no processo de tomada de decisão relativamente ao percurso do utente (Andrade *et al.*, 2007:11). Os serviços prestados incluem: informação/ sensibilização relativamente a comportamentos de risco; troca de seringas; oferta de outro material como água destilada, filtro, preservativos, toalhete (Kit); encaminhamento para respostas sociais e de saúde, nomeadamente estruturas de tratamento para a toxicod dependência; acompanhamento em termos de apoio social, psicológico, cuidados de enfermagem; programa da metadona de baixo limiar de exigência (em apenas algumas equipas). Todas estas actividades desenvolvem-se considerando sempre o interesse, as necessidades e as opções do utente relativamente ao consumo de substâncias.

2 – METODOLOGIA

Este estudo decorre da necessidade de reunir num único documento informação estatística de **caracterização dos utentes acompanhados pela Equipa de Rua "Reencontro" nos Concelhos de Almada e Seixal no período 2003-2005**. Esta informação foi recolhida com base num questionário – a que chamamos de **Triagem** – disponibilizado pelo Instituto da Droga e

da Toxicodependência (I.D.T) e que foi aplicado a uma amostra de 55 consumidores. A partir deste inquérito pretendeu-se essencialmente descrever numa primeira fase as características dos indivíduos da nossa amostra, a partir de variáveis sociográficas como: *local do primeiro contacto, sexo, idade, estado civil, naturalidade, nacionalidade, habilitações literárias, situação profissional, habitação, coabitação e apoios pecuniários*. Ainda neste primeiro momento de análise foram analisados os *relacionamentos familiares* e se existiam *familiares com consumos*. O segundo momento é respeitante a uma *Caracterização da História dos Consumos dos Utentes* tendo em conta as várias substâncias psicotrópicas.

O Terceiro momento centra-se na *Caracterização de Situações de Sobredosagem Aguda/Overdose; paragens e desabituação do consumo* e ainda *tratamento*. Um quarto capítulo destinado aos *Consumos Actuais*. Num quinto capítulo faremos uma *caracterização dos comportamentos de risco e dados clínicos* e, por último, as *questões judiciais*. O grande objectivo deste trabalho é essencialmente dar conta de que apesar destes consumidores partilharem o mesmo contexto geográfico – Almada e Seixal – existem diferenças e semelhanças quanto aos consumidores e dependentes de drogas e isso pode ser visível nas respostas dadas pelos indivíduos a cada um dos itens. Assim à ideia de uma categorização homogénea – toxicodependência – surge uma realidade complexa onde se entrecruzam contextos, sujeitos, substâncias, histórias de vida que a partir daí se vão construindo. Ou seja, parte-se da ideia de que os toxicodependentes não são todos iguais e de que pode haver características que os aproximam e outras que os distanciam. Embora pareça consensual que os consumos de drogas são socialmente transversais, importa perceber como podem as trajectórias sociais e familiares ter efeitos específicos, impondo maiores ou menores constrangimentos aos consumos, aos percursos escolares e profissionais, aos tratamentos, às saídas, etc. (Torres *et al.*, 2004: 9).

3 – RESULTADOS

3.1 – Caracterização Sociográfica

A nossa amostra é composta por cerca de 55 indivíduos,

tendo como primeiros locais de contacto a Amora com 22 casos (40%); Almada com 18 casos (32,7%); Seixal 11 casos (20%), Arrentela 3 casos (5,5%) e apenas 1 caso (1,8%) na Quinta do Anjo, localidade esta que sai da nossa principal área de intervenção (Tabela n.º 1).

TABELA 1 – N.º de Utentes e respectivas % segundo o primeiro local de contacto.

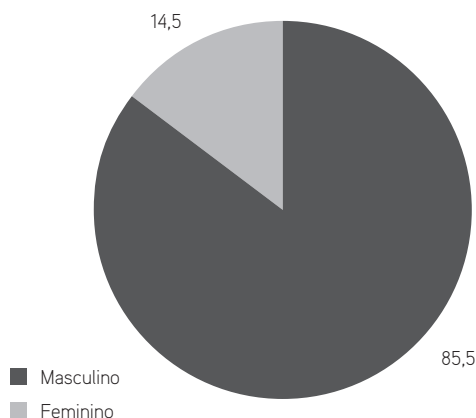
	N	%
Almada	18	32,7
Amora	22	40,0
Arrentela	3	5,5
Seixal	11	20,0
Quinta do Anjo	1	1,8
Total	55	100,0

Considerando os dados do diagnóstico social de Almada para medir o fenómeno "novos problemas de saúde", a nível concelhio recorreu-se aos dados no âmbito do "Programa diz não a uma seringa em 2.ª mão" desenvolvido pela Associação Nacional de Farmácias que nos indica que foram trocadas 55.500 seringas no ano de 2000 e 32.770 (entre Janeiro e Setembro de 2001). Este elemento pode ser indicador da realidade quantificável da toxicodependência e do consumo de drogas injectáveis no concelho (Rodrigues *et al.* 2002). Os dados do diagnóstico social do Seixal são mais precisos uma vez que contabiliza o número de utentes atendidos no Centro de Atendimento a Toxicodependentes. Em 2004, o CAT de Almada atendeu 339 utentes provenientes do concelho do Seixal. As freguesias com maior peso são: Amora, Corroios e Arrentela. A freguesia do Seixal tem um peso de 55 utentes. Contemplando também os dados fornecidos pelas extensões do CAT de Almada, nomeadamente a extensão da Cruz de Pau, em 2003 foram atendidos 180 utentes e no ano de 2004 foram atendidos 287 o que corresponde a um aumento de 59,4%. Este aumento não se regista apenas no atendimento dos utentes mas também no número de consultas passando em 2003 de 370 para 823 consultas em 2004 (Garcia *et al.*, 2006). Estes dados são reveladores da importância que estas estruturas assumem na intervenção desta problemática,

sobretudo para aqueles que se encontram excluídos de acesso a meios de cuidados de saúde pela sua situação de desorganização social e desestruturação familiar, ou mesmo por manterem uma atitude de não quererem ou não conseguirem deixar de consumir substâncias. É perceptível que para estes o tratamento clínico não se coaduna com uma prática de gabinete, mas com uma intervenção localizada e personalizada através das Equipas de Rua. Estes dados são apenas uma montra de uma realidade ofuscada pelas conotações amorais do socialmente não aceite, desviante, doentio que tardiamente aguarda por uma intervenção local forte e concertada.

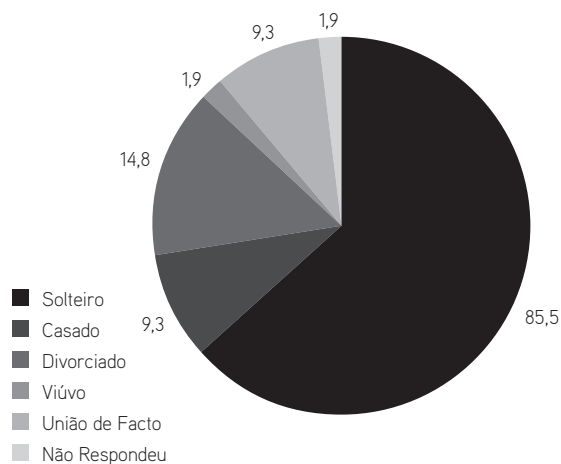
Tem sido dada pouca atenção do ponto de vista teórico e analítico a um facto de que a esmagadora maioria dos toxicodependentes (quase sempre à volta dos 80%) serem homens (Torres *et al.*, 2004: 8). Também neste estudo a perspectiva de género não é excepção, ou seja, dos cerca de 55 indivíduos que compõem a nossa população 47 são homens e apenas 8 são mulheres. Proporção que se justifica habitualmente pelo número de consumidores de drogas quanto à variável género. Em termos de percentagem, os homens representam cerca de 85,5% e as mulheres cerca de 14,5%. A maior parte destas mulheres têm ligações com outra problemática – prostituição (Gráfico n.º1).

GRÁFICO 1 – Percentagem de Consumidores, segundo a variável Género.



No que diz respeito à situação conjugal, 64,8% dos inquiridos são solteiros, 9,3% são casados ou vivem em união de facto, 14,8% são divorciados enquanto 1,9% é viúvo (Gráfico n.º 2). Se compararmos com os dados do último Recenseamento Geral da população de 2001, denotamos que 37,5% da população é solteira; 49,6% são casados com registo e 0,7% e 1,9% têm como estado civil a separação e divórcio respectivamente.

GRÁFICO 2 – Percentagem de Consumidores, segundo o seu Estado Civil.



As idades dos nossos utentes situam-se entre os 19 anos e os 50 anos. A idade que registou um maior número de indivíduos foi a dos 31/32 anos cerca de 10 indivíduos ao todo (18,2%). A média das idades situa-se nos 35 anos e ainda há a registar que 51,9% dos indivíduos tem menos de 33 anos. Se procurarmos fazer uma análise por escalões etários verificamos que o grupo etário com mais utentes é aquele que se situa entre os 31 e os 35 anos (18 consumidores – 33,3%); seguindo-se o de 25 aos 30 anos (11 consumidores – 20,4%); dos 40 aos 45 anos (9 consumidores – 16,7%); dos 36 aos 40 anos (8 consumidores – 14,8%) e registando como o que obteve um menor número de consumidores os escalões 19-24 anos e 45-50 anos (4 consumidores – 7,4%) (Gráfico n.º3).

GRÁFICO 3 – Percentagem de Consumidores por grupos etários.

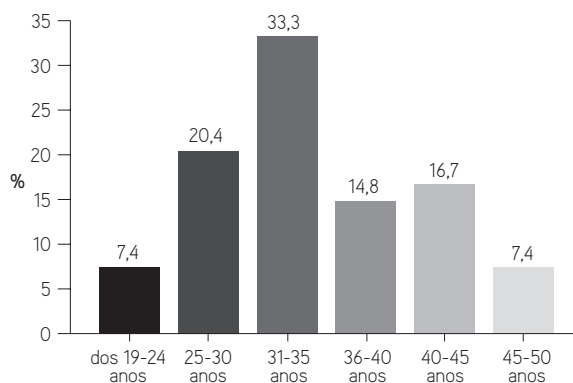


GRÁFICO 4 – Região onde Nasceram os utentes.

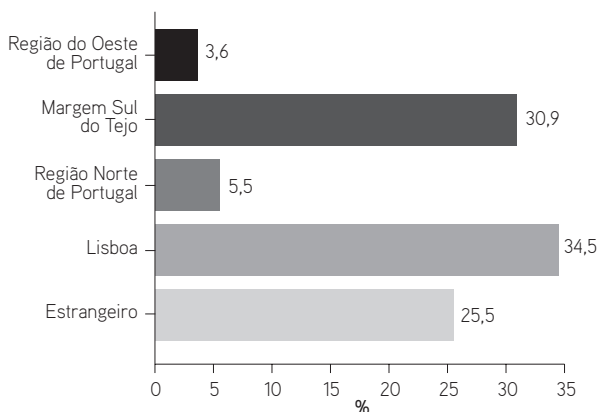
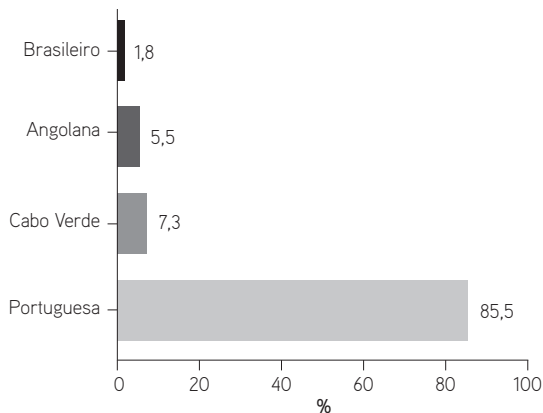


GRÁFICO 5 – Nacionalidade dos utentes.



Fazendo agora uma descrição dos gráficos n.º 4 e 5, observamos que 34,5% dos utentes nasceu em Lisboa; 30,9% nasceu na Região da Margem Sul do Tejo. Esta zona inclui os Concelhos de Almada e Seixal onde realizamos o nosso trabalho de intervenção social de Equipa de Rua. O valor de 25,5% que nasceu no Estrangeiro é um dado a ser referido sobretudo se tivermos em consideração o facto de o nosso país receber muitos imigrantes. Países como Angola, Cabo Verde, África do Sul, Moçambique, Brasil e França são os mais habituais nestas questões de Migração. Apesar de todas estas observações no capítulo da naturalidade, a grande parte 85,5% tem Nacionalidade Portuguesa.

GRÁFICO 6 – Situação Profissional dos Consumidores.

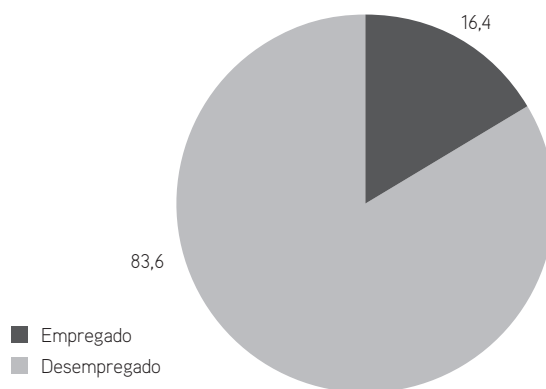
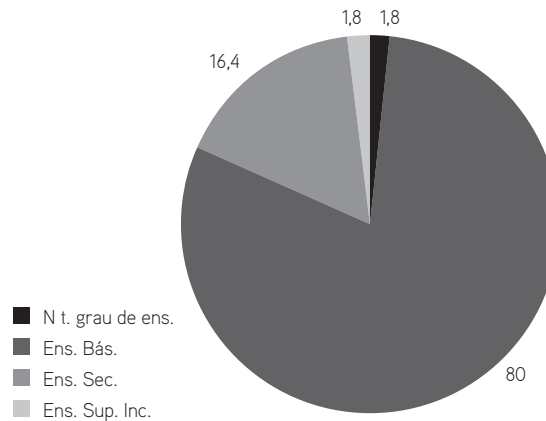


GRÁFICO 7 – Habilitações Literárias dos Consumidores.



Ao estabelecermos uma ligação entre as habilitações literárias e a situação profissional dos utentes acompanhados pela Equipa de Rua "Reencontro" verificamos que a grande parte encontra-se numa situação de desemprego 83,6% (46 casos) e possuem como escolaridade o Ensino Básico 80% (44 casos). Só 16,4% (9 casos) dos utentes encontra-se a trabalhar. Também 16,4% (9 casos) tem como escolaridade o Ensino Secundário. Ainda há a destacar dois casos que representam um pouco os "out-siders" com 1,8% (apenas 1 caso) dos utentes que apesar de saberem ler e escrever não possuem nenhum grau de ensino e um outro caso de alguém que frequentou o Ensino Superior não o tendo concluído. Também no indicador nível de ensino completo, a população portuguesa regista maior percentagem precisamente no Ensino Básico (37,8% no 1.º ciclo; 18,8% no 2.º ciclo e 18,7% no 3.º ciclo). Este item é revelador quer dos poucos recursos escolares quer da condição de dependência que os leva a não cumprirem com compromissos profissionais. A situação limite em que se encontram faz com que não consigam compatibilizar a actividade profissional com os consumos porque o círculo vicioso consumo/ressaca/rápida angariação de dinheiro impede o cumprimento das mínimas responsabilidades profissionais (Vasconcelos, 2003). Após esta caracterização de baixas qualificações e situação nula de trabalho, segue-se uma descrição das condições físicas de alojamento e dos apoios materiais pecuniários reveladores da escassez de relacionamentos e de deficientes condições sanitárias a que alguns se submetem se não vejamos 23,6% dos utentes habitam em casa abandonada; 12,7% na rua e 10,9% em outra situação. Apesar destes dados revelarem situações precárias de sobrevivência registam-se percentagens positivas como aqueles que habitam em casa própria 20% e casa de família 32,7%. Ou seja, mesmo assim, ainda há uma percentagem grande de indivíduos 52,7% que tem apoio familiar e um "tecto" para dormir (Tabela n.º 2).

TABELA 2 – Onde Habitam? N.º de utentes em %.

	N	%
Rua	7	12,7
Casa Abandonada	13	23,6
Casa Própria	11	20,0
Casa de Família	18	32,7
Outra	6	10,9
Total	55	100,0

TABELA 3 – Com quem Habitam? N.º de Utentes em %.

	N	%
Outros Familiares	7	12,7
Pais	5	9,1
Pais e Outros Familiares	9	16,4
Só	14	25,5
Companheiro e Filho (s)	4	7,3
Amigos	11	20,0
Companheiro (a)	4	7,3
Total	54	98,2
N Sabe N Responde	1	1,8
Total	55	100,0

Quando questionámos os utentes acerca da coabitação, verificámos que a solidão aparece com 25,5% e os amigos com 20%. Este fenómeno chama-nos a atenção para a escassez de relacionamentos que os nossos utentes mantêm com os seus familiares, mas não sendo generalizável, visto que 12,7% coabitam com outros familiares; 16,4% com os pais e outros familiares; 9,1% só com os pais e 7,3% com o companheiro(a) (Tabela n.º 3). A tabela n.º 4 é reveladora da situação em que a maior parte dos utentes se encontra segundo dados expressos por eles. A grande maioria não usufrui de nenhum apoio pecuniário representando 67,3%, no entanto 20% não respondeu a esta questão o que nos deixa um bocado aquém da análise desta situação, uma vez que não temos mais dados para complementar esta análise (Tabela n.º 4). Fracas expectativas, poucas oportunidades, recursos frágeis, condições sociais de pobreza são alguns dos adjectivos que mancham a condição humana destes toxicod dependentes como verificámos nestes últimos dados.

TABELA 4 – Que Apoios Pecuniários Tem?

	N	%
Nenhum	37	67,3
Subs. Desemprego	1	1,8
Subs. Acção Social	1	1,8
Reforma/Pensão	4	7,3
RSI (RMG)	1	1,8
Total	44	80,0
N Sabe N Responde	11	20,0
Total	55	100,0

Considerando ainda o posicionamento dos utentes no que concerne ao relacionamento familiar, 34% revela que mantêm um relacionamento satisfatório com a família; 28% um relacionamento mau; 21% nenhum relacionamento e 17% um bom relacionamento (Gráfico n.º 8). Esta análise demonstra bem o desequilíbrio de relacionamento que estes utentes têm e isto torna-se ainda mais visível se desenvolvermos uma análise mais pormenorizada através da atribuição dos sentidos "positivo" e "negativo". Por exemplo 51% avalia como positivo e 49% avalia como negativo o seu relacionamento familiar (Gráfico n.º 9).

GRÁFICO 8 – Relacionamento Familiar.

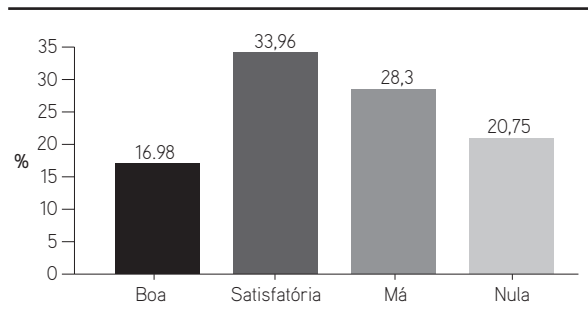


GRÁFICO 9 – Avaliação da Relação Familiar.

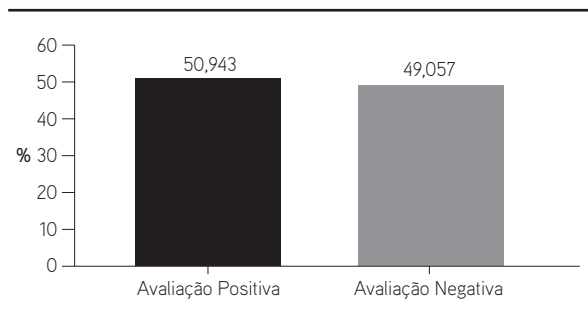


TABELA 5 – Familiares com Consumos.

	N	%
Drogas Ilícitas	13	23,6
Álcool	5	9,1
Drogas Ilícitas e Álcool	6	10,9
Total	24	43,6
N Tem Familiares com consumos	31	56,4
Total	55	100,0

Continuando a análise sobre os familiares dos utentes consumidores, vamos ver que comportamentos têm em relação aos consumos de Álcool e/ou Drogas Ilícitas. Será que existem familiares com problemas de consumos? As estatísticas mostram que 56,4% não tem qualquer familiar com problemas de consumos (Álcool e/ou Drogas Ilícitas), mas 43,6% demonstra que na sua família existe alguém com problemas de consumos. Dos familiares com problemas de consumos 23,6% tem familiares que consomem Drogas Ilícitas; 9,1% Álcool e 10,9% Drogas Ilícitas e Álcool (Tabela n.º 5).

3.2 – Perfil Etário de Consumos

Com base na tabela n.º 6 podemos projectar uma análise das idades dos utentes consumidores apesar de algumas questões não obterem resposta. Assim sendo, a idade de início do consumo de Haxixe é os 16 anos, de Heroína os 19 anos, de Cocaína e base de coca os 20 anos, da Mista (Cocaína e base de coca e Heroína) os 21 anos e do Álcool os 22 anos. Ou seja, à medida que a idade aumenta o consumo de drogas vai-se diversificando, não querendo dizer com isto que os consumidores deixem de consumir as outras drogas, mas que apenas iniciam outros caminhos no "mundo da droga". Ao efectuarmos uma análise mais pormenorizada em termos de escalões etários, vamos corroborar o que já anteriormente foi dito, ou seja, o escalão etário dos 11-16 anos tem 24 casos e o de mais de 17 anos apenas 10 casos. No que diz respeito ao consumo de Heroína, o escalão etário dos 17-19 anos tem 27 casos; o de 12-16 anos tem 12 casos; o de 22-28 anos tem 5 casos e o de mais de 30 anos apenas 3 casos. No que concerne aos dados da realidade do consumo de Cocaína e base de

coca o escalão etário dos 17-21 anos é o que apresenta maior número de casos (20); os escalões 12-16 anos e 22-28 anos têm 6 casos em cada escalão etário e os de mais de 30 anos apenas 3 casos. A idade de início do consumo de Mista (Heroína e Cocaína) encontra-se no escalão entre os 17 e os 21 anos uma vez que é aquele que tem um maior número de indivíduos (13), de seguida entre os 22 e os 28 anos (6) e os menos representativos são as idades entre os 12-16 anos (3 casos) e mais de 30 anos (2 casos).

TABELA 6 – Perfil Etário de início dos Consumos dos Utentes Acompanhados pela Equipa de Rua "Reencontro" no período 2003-2005.

Idades/Drogas	Haxixe	Heroína	Cocaína	Mista	Álcool
11-16 anos	24				
> 17 anos	10				
12-16 anos		12	6	3	
17-21 anos		27	20	13	
22-28 anos		5	6	6	
> 30 anos		3	3	2	
Média das Idades	16,65	19,47	20,57	21,54	22,71

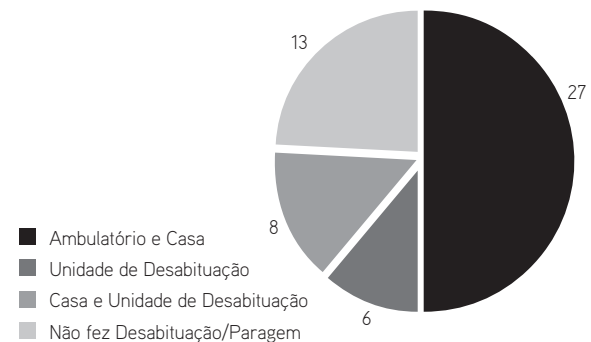
3.3 – Caracterização da História Clínica

De acordo com as respostas proferidas pelos indivíduos consumidores, apenas se registaram 5 casos de situação de sobredosagem aguda/overdose. Sendo que 4 casos foram pelo excesso de consumo de Heroína e 1 caso pelo excesso consumo de Mista (Heroína e Cocaína) numa dose. Um dos aspectos que se denota neste estudo é de que existe vontade por parte dos utentes de pararem com os consumos pois a maioria 76,4% já esteve numa situação de paragem/desabituação do consumo (Tabela n.º 7). No entanto parar ou desabituar nem sempre significa a total abstinência dos consumos. Por vezes, é necessário que se desenvolvam mesmo alguns tratamentos e esses dados serão revelados dentro de momentos. Antes de revelarmos esses dados é necessário ver em que sítio foram feitas estas paragens/desabituações de consumo.

TABELA 7 – Situações de Paragem/Desabituação do Consumo.

	N	%
Rua	7	12,7
Casa Abandonada	13	23,6
Total	55	100,0

GRÁFICO 10 – N.º de Casos de Paragens/Desabituação do Consumo (Em que Sítios foram feitas?).



A grande parte dos consumidores fez uma paragem/desabituação em casa (20 casos) outros 8 casos fizeram-no em casa e também numa Unidade de Desabituação. Também há 6 casos de utentes que fizeram essa paragem apenas numa Unidade de Desabituação e 7 casos de indivíduos que o fizeram em Ambulatório (Gráfico n.º 10). Em relação a um possível tratamento dos consumos verifica-se que 52,7% já fez algum tratamento aos consumos; 47,3% ainda não o fizeram nenhuma vez. Dos que fizeram algum tratamento 32,7% fizeram-no em Comunidades Terapêuticas e se juntarmos ainda os que o fizeram também em Centro de Saúde, Estabelecimento Prisional e C.A.T (Centro de Atendimento a Toxicodependentes) este valor sobe para 45,5% valor bastante significativo para o tratamento em Comunidades Terapêuticas. Depois temos um valor de 7,3% exclusivamente no C.A.T (Centro de Atendimento a Toxicodependentes) (Tabela n.º 8).

TABELA 8 – N.º Casos e % de Tratamento dos Consumos.

	N	%
Comunidade Terapêutica	18	32,7
Comunidade Terapêutica e Centro de Saúde	3	5,5
Comunidade Terapêutica e Estabelecimento Prisional	3	5,5
CAT	4	7,3
CAT e Comunidade Terapêutica	1	1,8
Total	29	52,7
N fez nenhum tratamento	26	47,3
Total	55	100,0

3.4 – Perfil Actual de Consumos

No ponto 3.2 caracterizámos um perfil histórico dos Consumos dos Utentes projectámos um percurso de consumos dos utentes e neste momento estamos perante a situação actual dos consumos à data da realização dos questionários (Triagens). O Consumo de Mista (Heroína e Cocaína) é o que apresenta maior percentagem 45,5%; de seguida a substância principal é a Heroína com 36,4%; depois o Álcool 12,7% e, por último, Haxixe, Subutex e Cocaína todos com 1,8% (Gráfico n.º11).

GRÁFICO 11 – % de Consumidores considerando a principal Substância.

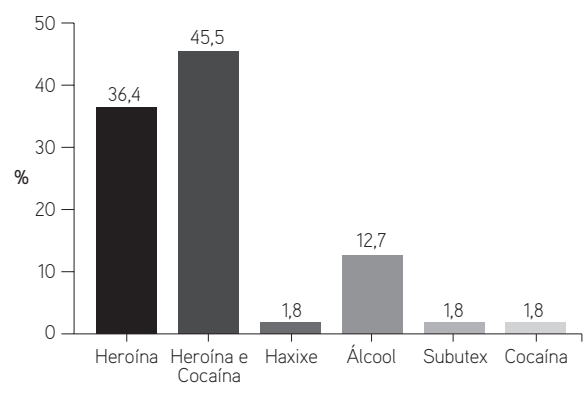
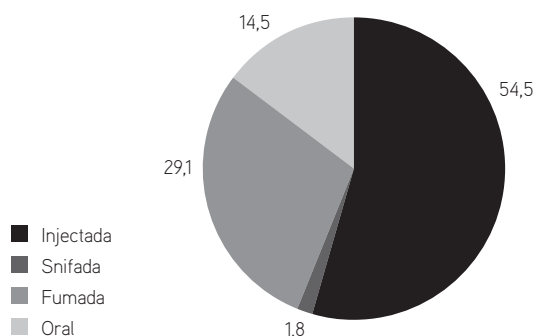


GRÁFICO 12 – Via de Administração da substância Principal (%).



A Via de Administração da substância Principal é essencialmente por injeção 54,5% sendo também a via que representa maior risco para a saúde do utente. Segundo o observatório Europeu da Droga e Toxicoddependência (OEDT) *o uso de drogas por via endovenosa ou o uso regular/de longa duração de drogas opiáceas, cocaína e/ou anfetaminas* define o **consumo problemático de droga** como o já tínhamos referido. De seguida temos a via de administração fumada com 29,1%; a via de administração oral com 14,5% e, por último, a via de administração snifada com 1,8%. (Gráfico n.º 12).

TABELA 9 – Cruzamento entre a Substância principal e a Via de Administração Principal (Casos e %).

Substância Principal		N.º casos	Via de Administração Principal				Total
			Injectada	Snifada	Fumada	Oral	
Heroína	N.º casos	9			10	0	20
	% within Subs. Principal	45,0%			50,0%	0%	100%
Heroína e Cocaína	N.º casos	20		5		0	25
	% within Subs. Principal	80,0%		20,0%		0%	100%
Haxixe	N.º casos	0	0	1		0	1
	% within Subs. Principal	0%	0%	100%		0%	100%
Álcool	N.º casos	0	0	0	7		7
	% within Subs. Principal	0%	0%	0%	100%		100%
Subutex	N.º casos	0	0	0	1		1
	% within Subs. Principal	0%	0%	0%	100%		100%
Cocaína	N.º casos	1	0	0		0	1
	% within Subs. Principal	100%	0%	0%		0%	100%
Total	N.º casos	30	1	16		8	55
	% within Subs. Principal	54,5%	1,8%	29,1%		14,5%	100%

Dos heroíno-dependentes 50% fumam esta substância; dos Consumidores de Mista (Heroína e Cocaína) 80% fazem-no por via intravenosa; o Haxixe é fumado; o consumidor de Subutex fá-lo por via oral restando ainda o Cocaino-dependente que injecta esta substância (Tabela n.º 9). Em relação à segunda substância de consumo 10,9% Cocaína; Haxixe (9,1%); Subutex não prescrita (5,5%); Metadona não prescrita (3,6%) (Tabela n.º 10).

TABELA 10 – Substância Secundária de Consumo.

	N	%
Cocaína; Subutex N Prescrita; Drufs; Haxixe	1	32,7
Haxixe	5	9,1
Cocaína	6	10,9
Metadona N Prescrita	2	3,6
Haxixe e Cocaína	1	1,8
Subutex N Prescrita	3	5,5
Álcool	1	1,8
Total	19	34,5
N Sabe / N Respondeu	36	65,5
Total	55	100,0

3.5 – Perfil Actual de Práticas de Risco e Situação Clínica

Por se tratar de questões muito delicadas que têm a ver com os comportamentos sexuais de cada um e visto que nem todos os utentes se sentem à vontade para falar sobre estes assuntos temos um número de não respostas bastante elevado o que faz com que a análise seja muito superficial em termos de constatação da realidade, mesmo assim faremos a descrição das tabelas 11 e 12. Podemos verificar que 10,9% dos utentes referem que não tiveram nenhum parceiro sexual nos últimos 6 meses; 7,3% tiveram entre 2 a 5 parceiros sexuais e 5,5% apenas 1 parceiro sexual. Os que tiveram alguma relação sexual sem protecção são cerca de 7,3% em oposição aos 12,7% que responderam negativamente a esta questão (Tabelas n.º 11 e 12).

TABELA 11 – N.º utentes com relações sexuais / n.º de Parceiros Sexuais nos últimos 6 meses.

	N	%
Nenhum	6	10,9
1 Parceiro	3	5,5
2 a 5 Parceiros	4	7,3
Total	13	23,6
N Sabe / N Respondeu	42	76,4
Total	55	100,0

TABELA 12 – N.º de utentes que teve alguma Relação Sexual sem Protecção nos últimos 6 meses.

	N	%
Sim	4	7,3
Não	7	12,7
Total	11	20,0
N Sabe / N Respondeu	44	80,0
Total	55	100,0

Continuando no âmbito de questões susceptíveis de alguma fragilidade social sobretudo porque mexem com sentimentos e emoções e estas centram-se na saúde/doença dos utentes. Ao tocarmos nestas questões estamos a trazer ao de cima a essência em termos clínicos dos consumos e o que eles podem provocar a médio e longo prazo, ou seja, as Doenças. Valores como a vida e a morte estão também aqui em questão o que faz com que mais uma vez haja um número elevado de não respostas, visto que nem todos se sentem à vontade para falar sobre estes assuntos.

TABELA 13 – Respostas / Não Respostas aos Diagnósticos Clínicos de Doenças.

N		Diagnóstico	Diagnóstico
		Negativo	Positivo
Respostas		38	25
	Não Respostas	17	30

Dos toxicodependentes 29,1% referem que as suas análises clínicas deram negativo (HIV; Tuberculose; Hepatite B; Hepatite C); 14,5% tiveram os seus testes negativos às respectivas doenças – HIV, Hepatite B e Tuberculose –; 10,9% tiveram negativo Hepatite B e Tuberculose e também 10,9% tiveram negativo apenas a Tuberculose; 1,8% HIV, Hepatite C e Tuberculose e também 1,8% HIV, Hepatite B e Hepatite C (Tabela n.º 14).

TABELA 14 – Diagnóstico Negativo de Doenças.

	N	%
Doenças		
HIV; Hep. B; Tuberculose	8	14,5
HIV; Hep. C; Tuberculose	1	1,8
Tuberculose	6	10,9
Tudo Negativo	16	29,1
Hep. B; Tuberculose	6	10,9
HIV; Hep. B; Hep. C	1	1,8
Total	38	69,1
Não Respondeu	17	30,9
Total	55	100,0

Em relação ao diagnóstico positivo de doenças, 20% dos utentes que responderam a esta questão têm Hepatite C; 9,1% têm HIV e Hepatite C; 7,3% têm HIV, Hepatite B e Hepatite C; 3,6% têm Hepatite B e Hepatite C e também 3,6% têm positivo o HIV e a Hepatite B e, por último, 1,8% de Tuberculose (Tabela n.º 15).

TABELA 15 – Diagnóstico Positivo de Doenças.

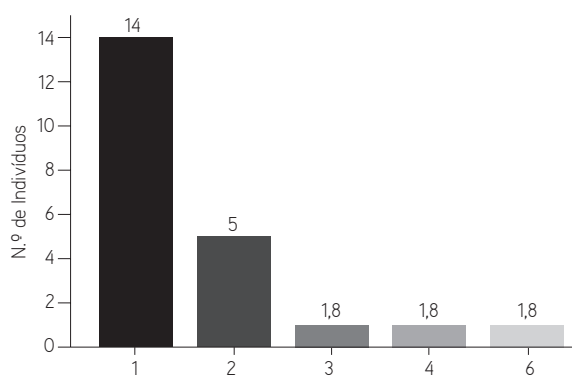
		N	%
Doenças	Hepatite C	11	20,0
	HIV; Hepatite B; Hepatite C	4	7,3
	Hepatite C; HIV	5	9,1
	Tuberculose	1	1,8
	Hep. B; Hep. C	2	3,6
	Hep. B; HIV	2	3,6
	Total	25	45,5
	Não Respondeu	30	54,5
Total	55	100,0	

3.6 – Perfil da Situação Judicial

A forte associação entre consumo de drogas e reclusão é patente em muitos países. Na verdade, 72,9% das situações de detenção dos reclusos que estão nas prisões portuguesas estão directa ou indirectamente relacionadas com drogas. Há duas razões fundamentais para se estar detido por motivos relacionados com droga. Ou se cometeram crimes directamente associados às drogas (50,3% tráfico, tráfico e consumo, consumo), fundamentalmente como forma de obter rendimentos elevados que derivam da ilicitude do comércio em causa, ou se cometeram crimes para obter recursos financeiros para alimentar as dependências de drogas (22,6% roubo, furto, etc., para obter dinheiro para consumir drogas). Pode dizer-se assim que as drogas, e tudo o que está relacionado com o seu comércio e consumo, dominam o panorama prisional (Torres e Gomes, 2005:24).

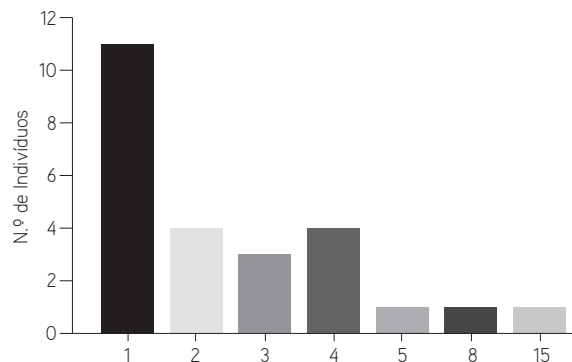
Caracterizando a população consumidora por nós inquirida, 25,5% dos consumidores já estiveram presos pelo menos uma vez ao longo da sua vida; 9,1% já tiveram duas prisões e 1,8% em que tiveram 3 prisões, 4 prisões e 6 prisões respectivamente (Gráfico n.º 13).

GRÁFICO 13 – N.º de Indivíduos que já estiveram Presos.



Se contabilizarmos para além da prisão a situação de detenção, 11 dos consumidores (20%) já estiveram detidos pelo menos uma vez ao longo da sua vida; 4 (7,3%) já tiveram duas ou quatro detenções; 3 casos (5,5%) com três detenções e 3 casos (cada um representando 1,8%) em que tiveram 5; 8 e 15 detenções (Gráfico n.º 14).

GRÁFICO 14 – N.º de Indivíduos que já estiveram Detidos.



4 – NOTAS CONCLUSIVAS: TRANSVERSALIDADE DE TRAJETÓRIAS DE CONSUMO NUMA INTERVENÇÃO INACABADA

Neste momento estão reunidas as condições para traçarmos um perfil do consumidor com base na análise descritiva desenvolvida nos vários capítulos anteriores. Mas antes de avançarmos para a caracterização dos consumidores propriamente dita, a primeira conclusão

a que se chega é que o Concelho do Seixal tem mais toxicodependentes que o de Almada, ou pelo menos foi neste local que se obteve um maior número de primeiros contactos por parte da Equipa de Intervenção Social Directa – **65% (Amora, Seixal e Arrentela)**, contra apenas **32,7%** do Concelho de Almada.

As características pessoais que se destacam do consumidor de droga nestes Concelhos são as seguintes:

- A grande maioria é do sexo **Masculino**;
- Grande parte é **Solteiro**;
- Situando-se no escalão etário dos **31-35 anos**;
- Com nacionalidade **Portuguesa** e a região onde nasceram é **Lisboa**;
- Têm como habilitações literárias o **Ensino Básico** e a grande maioria encontra-se **Desempregada**.

No que concerne a questões de natureza económica e de habitação:

- A grande maioria não usufrui de **nenhum apoio pecuniário**;
- Apesar de grande parte morar em **casa de familiares**.

E visto que grande parte mora com familiares o teste aos relacionamentos com os mesmos dão conta de:

- Uma **avaliação positiva**, ou seja um **relacionamento satisfatório**;
- E demonstra também que a grande parte **não tem familiares com problemas de consumo**.

Quanto ao capítulo da história de consumos, corroboramos anteriores teorias quanto à idade média de início dos consumos:

- O Haxixe – **16 anos**;
- A Heroína – **19 anos**;
- A Cocaína – **20 anos**;
- A Mista (Heroína e Cocaína) – **21 anos**;
- E o Álcool – **22 anos**.

Ou seja, à medida que a idade aumenta o consumo de drogas diversifica-se, não querendo dizer com isto que os consumidores deixem de consumir as outras drogas, mas que apenas iniciam outros caminhos no "mundo da droga".

A via de administração utilizada no consumo destas substâncias é a seguinte:

- O Haxixe é na sua esmagadora maioria **fumado**;
- A Heroína também é **fumada**;
- A Cocaína é **injectada**;
- Tal e qual como a mista (Heroína e Cocaína) que também é **injectada**.

No que concerne aos dados referentes a paragens/desabitação do consumo e tratamentos efectuados por estes consumidores:

- A grande maioria já esteve numa **situação de paragem/desabitação de consumo**, mais especificamente feito em **casa**;
- Também já experimentaram tratamentos, tomando como principal opção as **Comunidades Terapêuticas** em detrimento dos CAT's – Centros de Atendimento a Toxicodependentes (organismo estatal).

Actualmente estes consumidores são:

- Consumidores de **Mista** (Heroína e Cocaína);
- E a via de administração que mais utilizam é a via **intravenosa**.

Por fim chegámos aos dados que nos deixam mais dúvidas, visto que foram também os dados onde houve um maior índice de não respostas e neste caso estamos a falar dos dados clínicos, dos comportamentos sexuais e das situações judiciais. Mesmo assim avançamos para conclusões que descrevem apenas aquilo que nos foi respondido pelos utentes, ou seja:

- Alguns utentes apresentaram um diagnóstico positivo de **Hepatite C**;
- Alguns revelaram também que **não têm nenhum parceiro sexual** nos últimos seis meses à data da inquirição;
- E também que alguns já estiveram pelo menos numa situação de **prisão e/ou detenção**.

Esta caracterização é uma explicação social de que o problema é comum a muitos grupos sociais e de grande transversalidade. A partir desta incursão sociográfica foi possível conhecer a realidade local de consumo

de droga e dos seus consumidores. Diferenciações como as de sexo, grupo etário, percursos escolares e situações profissionais fazem deste fenómeno algo transversal que abrange todos mas que ao mesmo tempo particulariza e define características comuns. Fases qualitativas de pesquisa permitem um maior aprofundamento destas realidades e, de certo, outro tipo de conclusões. A introdução do "social", isto é, do "contexto", no paradigma de explicações do efeito Droga diversificou as abordagens, correspondendo, aliás, à disseminação de massas dos consumos início dos anos 70 o que tornava manifestamente limitada a tradicional visão clínica restringida à relação do indivíduo com a substância. Em Portugal, o consumo de estupefacientes, até aos anos 60, esteve manifestamente circunscrito a elites sendo que a fase endémica dos consumos de canabinóides, de LSD e de heroína e mesmo cocaína teve início apenas entre os finais dos anos 60 e o início dos anos 70. Até essa data não constituiu problema de saúde pública (Ribeiro, 1999:8) Assim, no interior deste paradigma os modelos explicativos integram com maior ou menor ênfase o facto da relação substância/ indivíduo se inscrever num contexto sócio-cultural onde intervêm variáveis como o estatuto social, o nível de educação, os grupos de interacção, os padrões familiares, a pertença sócio-geográfica e todo o universo de valores, crenças e atitudes sociais que moldam os comportamentos de consumo dos indivíduos (Valentim, 1997:82) e é com base nesta percepção que se estuda este fenómeno droga como uma construção social. Sendo este um problema também ele localizado e com necessidades de intervenção personalizada e focalizada e encontrando-se as equipas de rua na linha da frente da percepção destas realidades com políticas de proximidade muito fortes, são muito mais os desafios que se colocam do que as certezas. A intervenção em Redução de Riscos (RR) e Minimização de Danos (MD) segue a estratégia de continuidade procurando traduzir nas estruturas de proximidade uma maior qualidade das intervenções com práticas de avaliação, de monitorização e acompanhamento pelo órgão regulador – Instituto de Droga e Toxicodpendência. Estamos perante um caminho desértico, situando-nos

numa intervenção inacabada com responsabilidades nos órgãos centrais e locais – governo e Câmaras Municipais. Mas se transitarmos de uma perspectiva local para uma visão global e vivendo nós numa sociedade global que se desenvolve com base em redes, as actividades criminosas e as organizações ao estilo da máfia também se tornaram globais e informacionais, propiciando os meios para estimular a hiperactividade mental e os desejos proibidos, juntamente com toda e qualquer forma de comércio ilícito procurado pelas nossas sociedades (Castells, 1996:2). O fenómeno e a dimensão do deserto são muito maiores do que pensamos. Se no futuro vamos ter uma sociedade sem drogas ou uma sociedade com drogas, não sei. Há quem seja da opinião de que "assumindo a impossibilidade de se viver numa sociedade sem drogas será mais importante aprender a viver numa sociedade com drogas, onde importa fundamentalmente regular os consumos e as suas consequências" (www.apagina.pt/arquivo/ImprimirArtigo.asp?ID=1541), outros apelam pela total erradicação das drogas. "Num mundo que se faz deserto, temos sede de encontrar um amigo" (Antoine de Saint-Exupéry) esse amigo existe e desenvolve o seu trabalho na adequada, eficiente e eficaz consecução do Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodpendências investindo na coordenação de acções com a colaboração intra-instituições e inter-instituições de modo a construir um mundo melhor.

CONTACTO:

BRUNO GORDINHO

Centro de Investigação e Estudos de Sociologia
Avenida das Forças Armadas, Edifício ISCTE
1649-026 Lisboa
gordinho_bruno@hotmail.com

NOTAS:

- 1 – A Taxa de Continuidade indica a proporção de indivíduos que tendo consumido uma dada substância ao longo da vida, declaram ter consumido essa mesma substância no último ano.
- 2 – Principal parceiro institucional e financeiro deste projecto de Equipa de Intervenção Social Directa da Instituição ACEDA – Associação Cristã Evangélica de Apoio Social.

3 – Este é o número de triagens disponíveis até à data de 20/12/2005. É importante referir que o número de utentes acompanhados pela Equipa de Intervenção Social Directa ao longo destes dois anos é muito superior, neste diagnóstico estatístico estão apenas contemplados aqueles que se disponibilizaram a responder a este questionário – **Triagem**.

4 – Este é também o escalão etário onde se situam as idades de 31/32 anos com maior número de frequências e a média das idades 35 anos.

5 – 4 destes casos em quarto alugado e 2 casos numa carinha abandonada.

6 – É necessário referir que se trata apenas de um perfil-ideal, o que não quer dizer que se generalize para o resto da população toxicodependente dos Concelhos de Almada e Seixal, visto que este estudo teve como principal alicerce uma amostra de 55 consumidores, utentes da Equipa de Intervenção Social Directa da instituição ACEDA no período 2003-2005.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, Paula *et al.*, (2007), "Para além do Espelho – A Intervenção de Proximidade nas Toxicodependências", *Toxicodependências*, 13, (2), pp. 9-24.

Castells, Manuel (2002, 1996), *A Sociedade em Rede*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

Chaves, Miguel (1999), *Casal Ventoso: da Gandaia ao Narcotráfico*, Coleção Estudos e Investigações, Centro de Investigações Sociais, Viseu, Imprensa de Ciências Sociais.

Fernandes, Luís (1998), *O Sítio das Drogas*, Coleção Comportamentos, Lisboa, Editorial Notícias.

Garcia, Orlando *et al.*, (2006), *Diagnóstico Social do Concelho do Seixal*, Seixal, Conselho Local de Acção Social do Seixal, Gabinete de Acção Social – Câmara Municipal do Seixal.

Nave, Américo, (2004), "Estacionamentos sem Riscos, Arrumadores sem Exclusão – Trabalho com Arrumadores de Carros da Cidade de Lisboa", *Toxicodependências*, 10, (2), pp. 41-50.

Ribeiro, João Salvado (1999), "Contributo para a história dos consumos de drogas em Portugal", 3 (5), pp. 3-9.

Rodrigues, Walter *et al.*, (2002), *Diagnóstico Social do Concelho de Almada*, Almada, Conselho Local de Acção Social de Almada, Câmara Municipal de Almada.

Torres, Anália *et al.*, (2004), "Encontro com drogas: Experiências juvenis, do risco às toxicodependências", Actas dos ateliers do V.º Congresso Português de Sociologia: Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção – Atelier: Direito, Crimes e Dependências, Braga, APS, Associação Portuguesa de Sociologia.

Torres, Anália, Gomes, Maria, (2005), "Drogas e Prisões: Relações Próximas", *Toxicodependências*, 11, (2), pp. 23-40.

Valentim, Artur (1997), "A Construção Social do problema – Droga em Portugal: alguns dados sobre a evolução recente", *Sociologia Problemas e Práticas*, n.º 25, pp.81-102.

Vasconcelos, Luís (2003), *Heroína. Lisboa como Território Psicótrópico nos Anos Noventa*, Lisboa, ICS, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Balsa, C. *et al.* (versão corrigida, 30/09/2002). *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Portuguesa*. 2001, Lisboa, CEOS/FCSH/UNL.

Balsa, C. *et al.* (2008). *II Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Portuguesa*. 2007, Lisboa, CEOS/FCSH/UNL.

Decreto-Lei n.º 183/2001 de 21 de Junho de 2001.

Gomes, Maria do Carmo (2006), "Modos de Percepção das drogas em Portugal", *Cies e-Working Paper*, n.º 18/2006, Lisboa, CIES/ISCTE.

<http://www.apagina.pt/arquivo/ImprimirArtigo.asp?ID=1541>

IDT (2008), *Relatório Anual 2007 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*, Lisboa, IDT.

Negreiros, Jorge (2003), "Prevalência e Padrões de consumo problemático de drogas em cinco cidades portuguesas", *Toxicodependências*, 9, (2), pp.3-22.

OEDT (2008), *Relatório Anual 2008: a evolução do fenómeno da droga na Europa*, Lisboa, Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência.