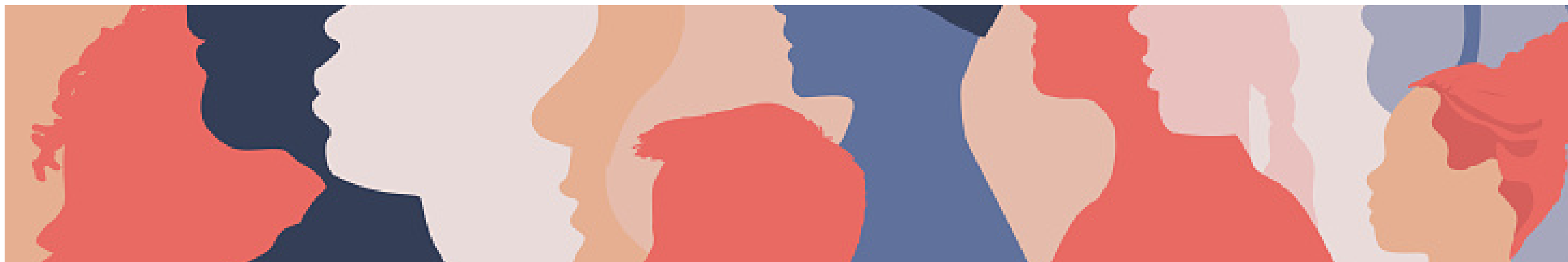


ESTUDO DE DIAGNÓSTICO SOBRE A DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NO MUNICÍPIO DA AMADORA



PROMOTOR



**Escola Nacional
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

NOVA

UNIVERSIDADE NOVA
DE LISBOA



AMADORA
Câmara Municipal

Sumário

Enquadramento

O consumo de substâncias psicoativas tem sido identificado como uma das problemáticas das pessoas em situação de sem-abrigo (PSSA) acompanhadas pela Câmara Municipal da Amadora (CMA), com situações de consumo a “céu aberto”. Por forma a conseguir-se identificar quais seriam as principais linhas estratégicas de ação, para o desenvolvimento e implementação de respostas que permitissem intervir eficazmente nesta problemática de saúde pública, foi importante conhecer-se a população de pessoas que utilizam drogas (PUD) no concelho, nomeadamente caracterizando-a sociodemograficamente, conhecendo os seus padrões e práticas de consumo e compreendendo como é o seu acesso aos principais serviços sociais e de saúde.

Metodologia

Este estudo adotou uma abordagem colaborativa para o diagnóstico e resposta às problemáticas locais, tendo decorrido em três fases: envolvimento de parceiros e alinhamento da visão, recolha e análise de dados e desenvolvimento de uma compreensão partilhada.

Para a concretização da **primeira fase**, os parceiros locais identificados, em conjunto com a CMA, foram convidados para uma sessão de trabalho colaborativo, sob a forma de grupo focal. Nessa sessão, a formulação do problema geral ao qual se pretende responder com o diagnóstico foi partilhada com os parceiros, para posterior discussão das suas preocupações e visão para implementação do diagnóstico. Nestas sessões, foram identificados locais de congregação de consumidores, discutidas estratégias para recrutamento e desafios na recolha de informação. Os parceiros partilharam também as suas perspetivas quanto aos principais problemas e potenciais soluções para dar resposta às PUD.

A **segunda fase** de recolha de dados junto da população foi iniciada com um período de familiarização com as equipas locais, respetivas rotinas e utentes. Esta fase permitiu simultaneamente a recolha de informação por observação. Posteriormente, foi iniciada a recolha de dados por questionário, para caracterização sociodemográfica das pessoas utilizadoras de drogas e dos seus padrões de consumo. No total, foram administrados por entrevista estruturada 81 questionários. A informação recolhida por questionário foi ainda complementada com entrevistas a pessoas que utilizam ou utilizaram drogas que constituam informadores-chave, bem como a atores locais relevantes. No total foram realizadas 7 entrevistas semi-estruturadas.

Concluída a recolha de dados, foi implementada a **terceira fase**, que constituiu um momento de partilha e discussão dos resultados do diagnóstico com os parceiros em formato de *workshop*. Foram realizados 3 *workshops*: (1) devolução de informação e identificação de problemas; (2) partilha e discussão de boas práticas; (3) priorização de necessidades e respostas e prototipagem.

Resultados

O processo de diagnóstico dirigiu-se especificamente à realidade do consumo a céu-aberto, privilegiando-se a articulação com as equipas técnicas de rua. Os dados recolhidos por questionário incluíram uma maioria de participantes do género masculino e nacionalidade portuguesa, estando mais de metade em situação de sem-abrigo. No que se refere aos padrões de consumo, verificou-se uma maior presença de consumo fumado, sendo as substâncias mais consumidas a cocaína crack e a heroína. Verificou-se uma elevada frequência de consumo em espaços públicos. Relativamente ao acesso e utilização de serviços sociais e de saúde, foram identificadas dificuldades de acesso a diferentes níveis e fragilidades em algumas das respostas específicas disponíveis. O processo de devolução de informação e priorização de áreas de intervenção, destacou o investimento nas respostas de alojamento, espaços de consumo e espaços de *drop-in*, bem como um reforço das respostas de proximidade.

Sumário

Conclusões e recomendações

O estudo contribuiu para a identificação de necessidades e recursos relacionados com o problema do consumo de substâncias a céu-aberto, permitindo o desenvolvimento de estratégias e linhas de ação a aplicar no concelho da Amadora. Destacam-se algumas das propostas:

- Reforço das respostas de **redução de riscos e minimização de danos**, que constitui uma estratégia de base essencial no apoio às PUD, incluindo: **reforçar as equipas de proximidade**, geograficamente e em diversos horários; reforçar **espaços de resposta integrada fixa (drop-in)**; criar **espaços de consumo**, por forma a retirar estes da via pública, que decorrem sem condições de higiene e segurança;
- Ampliação das respostas de **tratamento**, designadamente através da criação de um **programa de tratamento agonista opiáceo de baixo limiar**;
- No campo do **acesso à saúde** a interligação das respostas e a facilidade de referência, encaminhamento e navegação deve ser tida em conta por forma a conseguirmos ligar eficazmente as PUD e diminuir as barreiras instituídas nos cuidados formais. As circunstâncias específicas desta população sugere especificamente a importância de **descentralizar a oferta de cuidados** de saúde, oferecendo-os em espaços utilizados pelas PUD.
- Reforço da **intervenção psicossocial**, através da criação de respostas de **alojamento** com um abordagem integrada. A **alimentação** e a **higiene** são também necessidades fundamentais a serem suprimidas, materializando-se como indispensáveis em qualquer contexto em que as pessoas não as consigam suprimir de forma autónoma, sendo essencial a disponibilização de espaços de refeitório públicos que integrem locais para a realização da higiene diária;
- Manutenção e reforço do investimento no **trabalho em rede**, muito deste desenvolvido no NPISA da Amadora, através do desenvolvimento de uma plataforma de congregação das respostas e procedimentos e de plataformas de referência e acompanhamento, que facilitem a conexão e comunicação entre respostas de diferentes setores;
- Sensibilização e envolvimento da **comunidade** alargada, favorecendo uma melhor compreensão dos fenómenos e, dessa forma, permitindo que as realidades de todos coexistam no mesmo espaço, promovendo ações conjuntas que unam os diversos contextos de cada um.

Nota Introdutória

No âmbito da intervenção desenvolvida pela Câmara Municipal da Amadora (CMA) junto das PSSA, o **consumo de substâncias psicoativas** foi identificado como a principal problemática da maioria dos utentes acompanhados.

No recenseamento de 2021 verificou-se que a principal substância consumida foi a **cocaína**, em 35% dos que reportaram consumos. Estes consumos de cocaína têm-se mantido ao longo dos anos. A problemática do tráfico de substâncias ilícitas, nomeadamente nos bairros de construção ilegal e precária, tem criado situações de consumo a **“céu aberto”**, com grande ênfase nas áreas próximas da estação ferroviária Damaia e com maior prevalência em determinadas freguesias da Amadora.

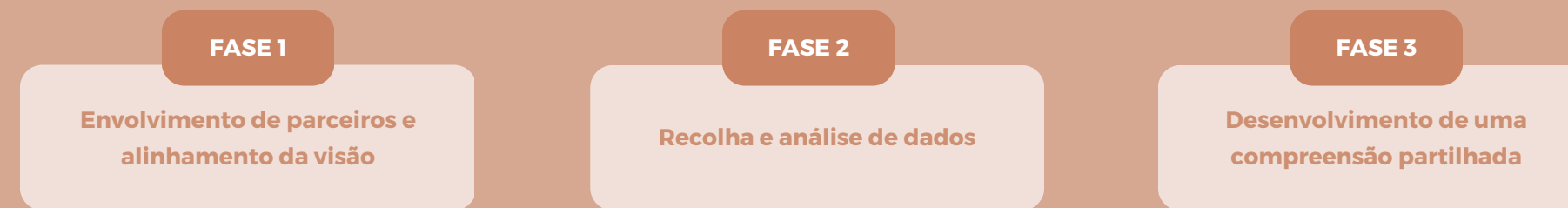
Neste contexto, foi solicitada a **caracterização sociodemográfica** das pessoas que utilizam drogas (PUD), bem como dos seus **padrões de consumo**, para identificação de **linhas estratégicas de ação**.

Objetivos

- Caraterizar a população com consumos a “céu aberto” em locais previamente identificados como problemáticos no concelho da Amadora;
- Descrever os padrões de consumo e comportamentos associados destes consumidores;
- Caracterizar o acesso dos consumidores de substâncias a serviços sociais e de saúde;
- Identificar linhas estratégicas para o desenvolvimento e implementação de respostas que permitam intervir eficazmente no âmbito deste problema.

Metodologia

Este estudo adota uma **abordagem colaborativa** para o diagnóstico e resposta a problemas locais, por se assumir o seu potencial para a sustentabilidade dos processos e também por favorecer a adaptação e relevância local. Neste sentido, o trabalho é desenvolvido em três fases:



O **envolvimento de parceiros** marcou o arranque deste processo de diagnóstico, pretendendo contribuir para uma **identificação e compreensão** adequadas do problema. Procurou-se garantir uma **perspetiva colaborativa, intersectorial e multissistémica**, representando sistemas e setores relevantes para o problema do consumo de substâncias. Designadamente, no concelho da Amadora existem instituições e organizações não governamentais que fornecem apoio aos consumidores, de forma regular, podendo informar o trabalho a conduzir.

Nesse sentido, com o apoio da CMA, foram convidados representantes das equipas integrantes do **Núcleo de Planeamento e Intervenção dos Sem-Abrigo** (NPISA) do concelho da Amadora: **Crescer, Comunidade Vida e Paz** (CVP), **Instituto da Segurança Social** (ISS), **Equipa Técnica Especializada de Tratamento da Amadora** (ETETA), **AJPAS**, **Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca** (HFF), **Agrupamento de Centros de Saúde** (ACES), **Instituto de Emprego e Formação Profissional** (IEFP), **Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais** (DGRSP), **Polícia de Segurança Pública** (PSP), **Representação das Juntas de Freguesia**, consórcio **Vitae e Ares do Pinhal** (AdP) e **Câmara Municipal da Amadora** (CMA).

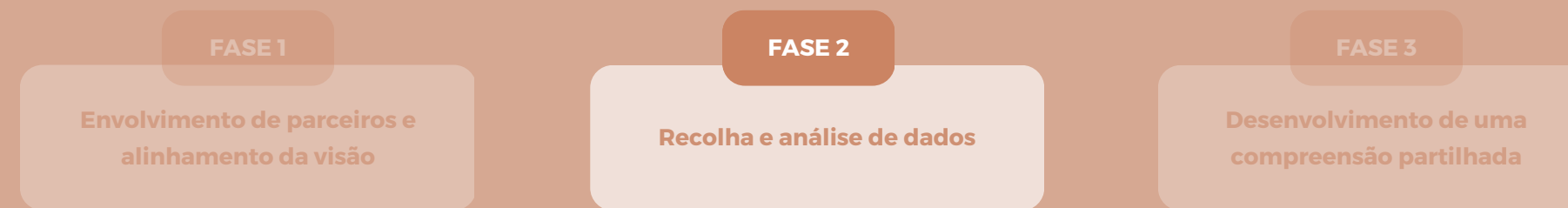
Os parceiros foram convidados para uma sessão de trabalho colaborativo, em formato de grupo focal. Foram realizadas duas sessões, dinamizadas por duas investigadoras da equipa da ENSP. Para este efeito, foi utilizado um guião, organizado de acordo com os seguintes tópicos:



As sessões foram gravadas e analisadas para extração dos principais temas.

Metodologia

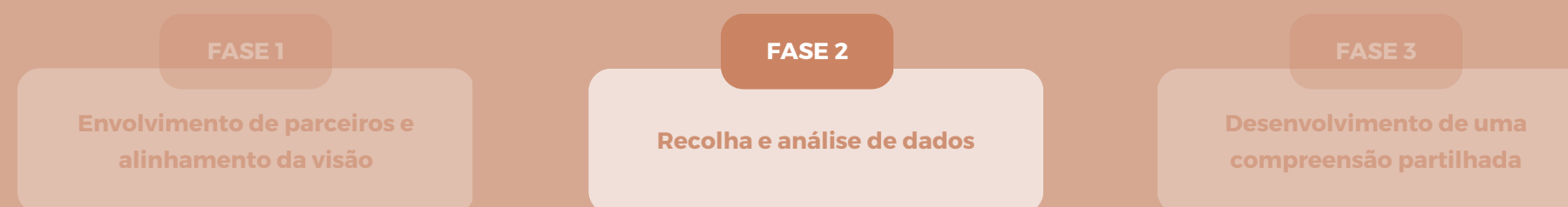
A fase de recolha e análise de dados concretizou-se através de observação, administração de questionários e realização de entrevistas.



FAMILIARIZAÇÃO E OBSERVAÇÃO

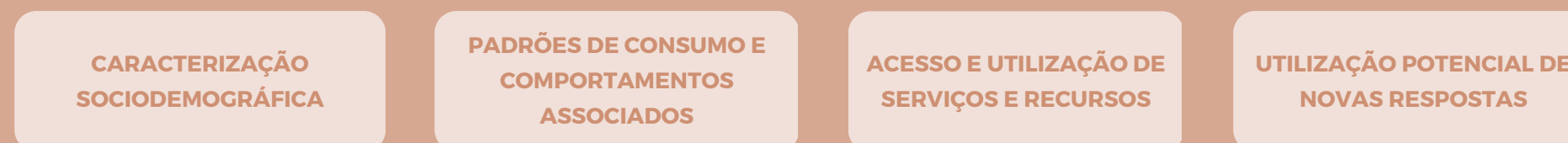
Considerando os desafios inerentes à implementação de um processo de diagnóstico junto das PUD, foi considerado essencial o apoio dos parceiros que atuam no terreno para a **aproximação aos locais e potenciais participantes**. Neste sentido, foi acordado um período de familiarização de um elemento da equipa da ENSP com as **rotinas** das equipas no terreno. Assim, durante os meses de agosto e setembro, decorreram saídas ao terreno com as equipas de proximidade que intervêm com as PUD e as pessoas em situação de sem-abrigo (PSSA): a CVP, a Crescer, a AJPAS e a Vitae/AdP. As saídas permitiram uma familiarização com as rotinas das equipas, locais de paragem e utentes e, simultaneamente, permitiram identificar problemáticas sociais e de saúde. Durante estas saídas, foram mantidas notas de campo, que foram depois analisadas para **extração dos principais temas**.

Metodologia



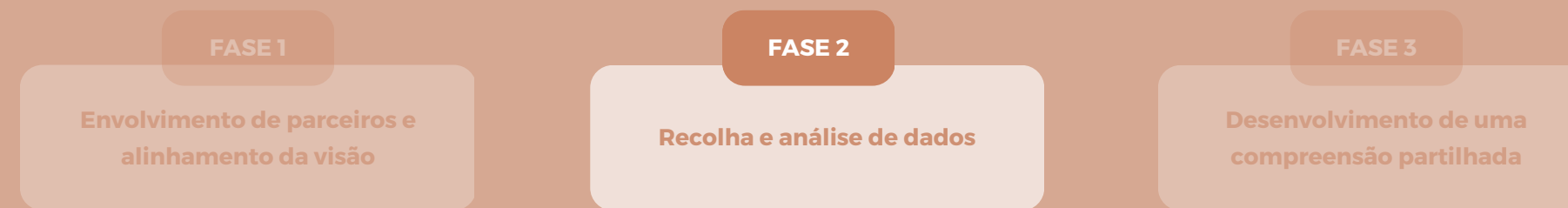
ADMINISTRAÇÃO DE QUESTIONÁRIOS

Para a caracterização sociodemográfica da população e respetivos padrões de consumo, utilização de serviços e necessidades, foi desenvolvido um **questionário**, baseado em instrumentos disponíveis e validados. Seguindo as recomendações dos parceiros, procurou-se garantir que o instrumento fosse ao mesmo tempo suficientemente abrangente e parcimonioso. O instrumento é constituído pelas seguintes quatro secções:



A abordagem a potenciais participantes foi feita em articulação com as equipas que atuam no terreno, mantendo as saídas da equipa de investigação com estas equipas. A abordagem foi realizada nos momentos e locais identificados pelas equipas como os mais adequados. Os potenciais participantes foram informados acerca do objetivo do estudo e condições de participação e foi recolhido o seu consentimento informado. Os questionários foram administrados através de **entrevista estruturada**.

Metodologia



ENTREVISTAS

A informação recolhida através de questionário foi complementada com a realização de **entrevistas semi-estruturadas junto de informadores-chave**, procurando garantir critérios de diversificação que permitissem aceder a perspetivas diversas. Estas entrevistas pretenderam contribuir para uma melhor compreensão das necessidades e recursos do território, aspetos contextuais relacionados com a natureza dos consumos, barreiras e facilitadores à adoção e implementação de boas práticas reconhecidas. As entrevistas foram orientadas por um guião de entrevista semi-estruturada, com questões abertas que permitissem a exploração dos seguintes tópicos:

**SERVIÇOS E RECURSOS
DISPONÍVEIS NA COMUNIDADE E
ACESSO AOS MESMOS**

**NECESSIDADES DE RECURSOS,
APOIOS E SERVIÇOS**

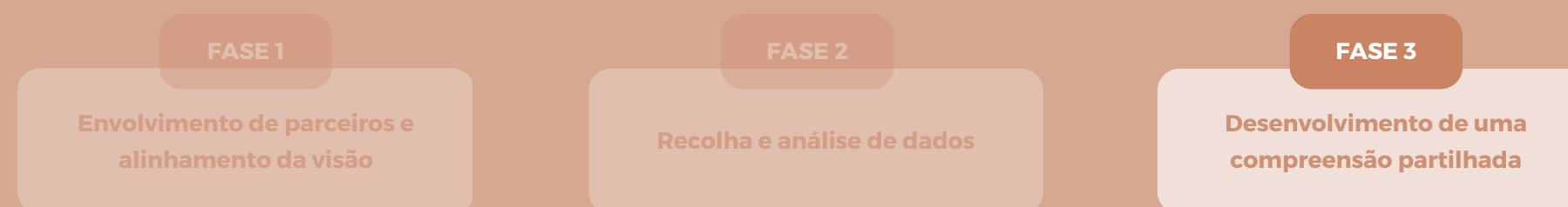
**BARREIRAS E DIFICULDADES NO
ACESSO A RESPOSTAS
ADEQUADAS ÀS NECESSIDADES**

**FATORES FACILITADORES DO
ACESSO A RESPOSTAS
ADEQUADAS ÀS NECESSIDADES**

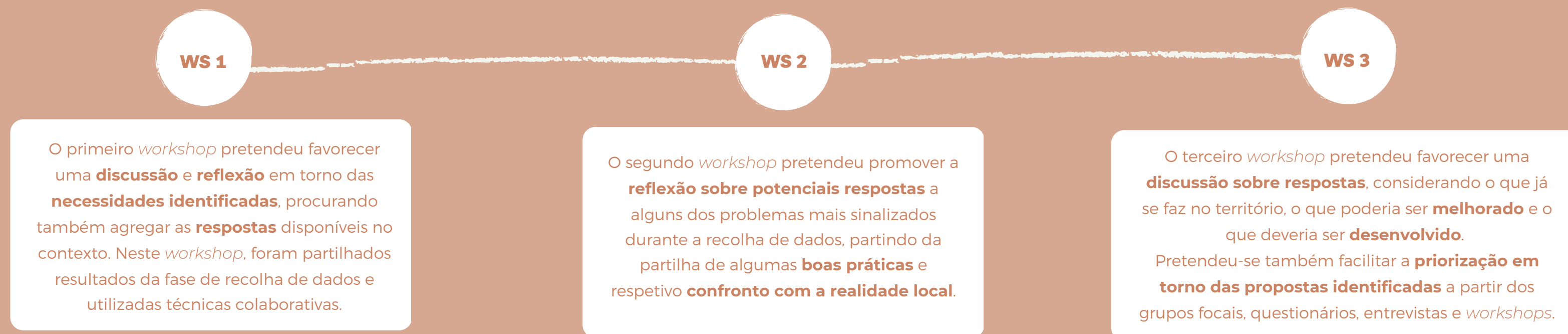
As entrevistas foram audiogravadas, transcritas e anonimizadas.

Metodologia

A última fase do processo de diagnóstico orientou-se para o desenvolvimento de uma compreensão partilhada, que permitisse a identificação de prioridades e desenvolvimento de propostas.



Esta etapa foi organizada em **três momentos** (em formato de *workshop*), procurando favorecer uma abordagem de co-produção com os parceiros.



Workshop 1

O primeiro *workshop* contou inicialmente com uma **devolução da síntese de resultados dos questionários e entrevistas**, por forma a que as equipas presentes pudessem ter uma dimensão dos principais resultados recolhidos. Após a apresentação e discussão dos resultados, estavam previstas duas dinâmicas de grupo, embora só tenha sido possível realizar a primeira.

1ª DINÂMICA

Apresentação de dois casos padrão de personas para a identificação de necessidades das pessoas que figuravam no caso e seguindo-se pela apresentação da resolução de algumas destas problemáticas com base nas respostas existentes no concelho.

2ª DINÂMICA

Mapeamento das respostas identificadas para a persona e discussão de desafios na utilização, refletindo sobre um dia típico na rotina.

Workshop 2

O segundo *workshop* contou com uma **sessão de boas práticas** implementadas no concelho de Lisboa, com a participação de **4 convidados externos**, numa metodologia de *World Café*.

A dinamização decorreu com **apresentação** de cada convidado do seu trabalho/serviço/resposta, seguida de uma **co-construção com as equipas** presentes, de como seria uma **resposta** da mesma natureza no território da Amadora.



Workshop 3

O terceiro *workshop* organizou-se em **dois momentos**:

PRIORIZAÇÃO

PROTOTIPAGEM

Para o **primeiro momento**, foi solicitado a cada participante que selecionasse as necessidades e respostas prioritárias, de entre as alternativas identificadas ao longo das fases anteriores do diagnóstico.

No **segundo momento**, os participantes foram convidados a apresentar propostas para a concretização das respostas selecionadas como prioritárias, adotando uma técnica de storyboard: que características e princípios orientadores? que experiências deverão ter as pessoas?

Resultados

**ENVOLVIMENTO DOS
PARCEIROS E
ALINHAMENTO DA
VISÃO**

**RECOLHA E ANÁLISE
DE DADOS**

**DESENVOLVIMENTO
DE UMA VISÃO
PARTILHADA**

Envolvimento dos parceiros e alinhamento da visão

Os dois **grupos focais realizados com parceiros** permitiram definir de forma partilhada o âmbito do diagnóstico a realizar, sendo destacada a importância de considerar o problema do consumo de substâncias de forma abrangente, atentando à situação específica das PSSA, mas não apenas essas. A partilha da visão e preocupações dos diferentes parceiros permitiu a identificação de um conjunto de temas, destacando-se a identificação de necessidades sociais e de saúde das PUD no concelho.

As **necessidades sociais** apontadas prenderam-se com o alojamento, empregabilidade e necessidade de pontes de ligação com estruturas para que o número de pessoas indocumentadas no concelho diminua, dada a importância destes documentos para a referência para outros serviços. O alojamento foi abordado de forma frequente, visto não existir nenhuma resposta que albergue as PUD no concelho, tendo o encaminhamento que ser feito para a região de Lisboa. Adicionalmente, foi destacado que as respostas disponíveis são insuficientes para as necessidades, até pelo facto de os critérios de admissão nem sempre serem compatíveis com a situação de consumos ativos.

As **necessidades em saúde** destacadas prenderam-se essencialmente com a importância da existência de um espaço de consumo regulado e mais seguro, dada a visibilidade de espaços de consumo improvisados a céu aberto. Os consumos fumados e o consumo de álcool foram apontados como as principais problemáticas no que toca ao uso de substâncias. Na mesma sequência, foi mencionada a carência de um serviço de Tratamento Agonista Opiáceo (TAO) de baixo limiar, que recaia fora do modelo da ETETA e que esteja mais acessível às PUD.

Ao nível das comorbilidades das PUD, foram salientadas as necessidades relacionadas com a **saúde mental**, com ênfase para a dificuldade de definição de um modelo de acesso a consultas de psiquiatria que vá ao encontro das características e circunstâncias desta população (por exemplo, dificuldade em conseguir cumprir um dia/hora específico). O **acesso** facilitado aos demais serviços, como os cuidados de saúde primários, CDP da Venda-Nova e consultas de especialidade (infeciologia, gastroenterologia,...) foi abordado como fundamental para a manutenção da rede de prestação de cuidados.

Resultados

ENVOLVIMENTO DOS
PARCEIROS E
ALINHAMENTO DA
VISÃO

RECOLHA E ANÁLISE
DE DADOS

DESENVOLVIMENTO
DE UMA VISÃO
PARTILHADA

Recolha e análise de dados

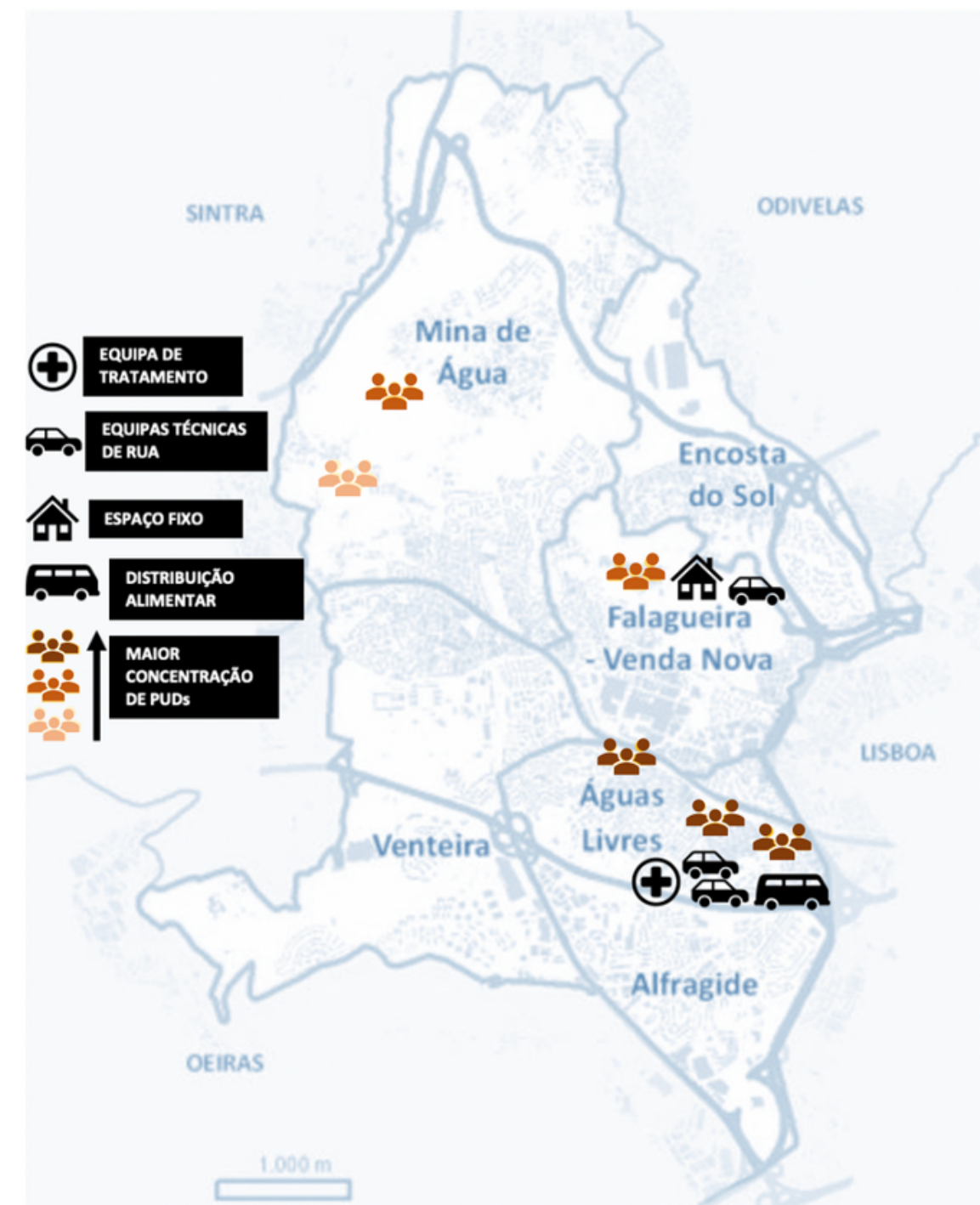
OBSERVAÇÃO

QUESTIONÁRIOS
ÀS PUD

ENTREVISTAS

Observação

O período de observação permitiu identificar os principais **locais de concentração de PUD** no concelho bem como alguns fatores relevantes para a compreensão do problema. O **eixo principal de circulação** dos utilizadores encontra-se na freguesia das Águas Livres, iniciando no bairro da Estrada Militar, Estação da Reboleira, seguindo-se pela Estação da Damaia e terminando no Polidesportivo da Cova da Moura. Estas zonas foram as identificadas como locais de maior consumo a céu aberto, incluindo todo o eixo das suas imediações(1). Também o Bairro de Santa Filomena, bem como alguns locais nas freguesias da Venteira, Mina de Água e Falagueira - Venda Nova apresentam locais de consumo, estes dois últimos sobretudo com locais de maior agregação de pessoas com consumos de álcool. Todos estes locais referidos constituem espaços de consumo mais residual, verificando-se como zonas sobretudo de pernoita, à exceção do Bairro de Santa Filomena, onde se verifica a presença de material de consumo injetado e fumado. Durante o período de observação, foi também possível compreender a distribuição das diferentes respostas no Concelho, em confronto com a concentração de pessoas.



1. Dada a volatilidade associada às rotinas de PUD bem como a sua reatividade às circunstâncias que as rodeiam (por exemplo, alteração de locais de venda, mecanismos de controlo social), os dados de localização apresentados devem ser considerados como indicativos.

Observação

Da análise das repostas disponíveis nas imediações das zonas de maior circulação de PUD, constatou-se que, para além da necessidade de respostas de **alojamento**, não estão também acessíveis, em proximidade, um **balneário público**, **locais para guardar pertences** (por exemplo, cacifos solidários), distribuição de **refeições** ou existência de **espaço físico** para realização das mesmas, nomeadamente pequeno-almoço, almoço e jantar, durante 7 dias por semana (ver distribuição das repostas no mapa). Embora as equipas procurem fazer o encaminhamento para repostas disponíveis noutras zonas, a deslocação inerente nem sempre é viável para as PUD. A falta de adesão a esse tipo de repostas noutras zonas **não deve**, por isso, ser interpretada como falta de necessidade.

No que se refere ao consumo a céu aberto, este parece sinalizar claramente a necessidade de **espaços alternativos, seguros e regulados**, que ofereçam simultaneamente oportunidades para a diminuição das principais complicações em saúde associadas aos consumos injetados, fumados e orais (VIH, VHC, infeções na pele e tecidos moles, overdoses, entre outros).

O período de observação permitiu também identificar **subgrupos** que apresentam necessidades específicas. A resposta ao problema entre as **mulheres** consumidoras e a população **BAME** (*Black, Asian and Minority Ethnic*), muito presentes na região, requer que os serviços estejam preparados para **diminuição das barreiras ao acesso** específicas que sentem. Também de assinalar o grupo das trabalhadoras sexuais em concomitância com consumos de droga, para as quais é importante garantir consultas de planeamento familiar e de infeções sexualmente transmissíveis (ISTs).

Finalmente, importa fazer nota às **medidas de desmobilização** das PUD, através de ações semanais da Divisão de Serviços Urbanos (DSU), integrada no Departamento de Ambiente e Serviços Urbanos (DASU) da CMA, e a Polícia Municipal. Nestas ações, as pessoas recebem instruções para se retirar da área e são-lhes retirados os bens que possam ter no local (incluindo bens de primeira necessidade e as próprias tendas onde pernoitam). Desta forma as pessoas são colocadas em estados de **maior vulnerabilidade**, dada a retirada dos seus bens, tornando também o trabalho das equipas de proximidade mais dificultado (por exemplo, o material de consumo disponibilizado pelas equipas ou a medicação para condições crónicas podem ser apreendidos). De acordo com o observado e reportado, são ações frequentemente marcadas por grande tensão.

Recolha e análise de dados

OBSERVAÇÃO

QUESTIONÁRIOS
ÀS PUD

ENTREVISTAS

Questionários às PUD

A recolha de dados por **questionário às PUD** que têm consumos a céu aberto no concelho foi iniciada no dia 8 de setembro. No total, foram recolhidas **81 respostas**. De destacar a necessidade de **ajustamento às rotinas** dos potenciais participantes e também a necessidade de conseguir a sua confiança para a participação, com impacto no período necessário para a recolha de dados.

Tabela 1 - Dimensões e indicadores do questionário

DIMENSÕES	INDICADORES
Informações gerais sobre o/a participante	Idade Género País de origem Documento de identificação Nível de escolaridade Situação ocupacional Situação habitacional Concelho de pernoita
Padrões de consumo e comportamentos associados	Duração de consumo regular Consumo injetado (substâncias, frequência de consumo) Consumo fumado (substâncias, frequência de consumo) Consumo nasal (substâncias, frequência de consumo) Consumo oral (substâncias, frequência de consumo) Locais de consumo Situação de overdose (substâncias e frequência)
Acesso e utilização de serviços e recursos	Cuidados de saúde primários Consultas de especialidade Equipas de tratamento Unidades de tratamento ou desabitação Serviço comunitário Tratamento Agonista Opiáceo Alojamento Empregabilidade
Utilização potencial de novas respostas	Respostas em falta na região da Amadora para as PUD

As dimensões incluídas neste instrumento de recolha de dados encontram-se sistematizadas na **Tabela 1**, bem como os respetivos indicadores. Numa primeira fase foi conduzida uma avaliação de **carácter sociodemográfico** dos participantes, seguida de uma secção que procura conhecer os **padrões de consumo e comportamentos** que daí podem advir. No questionário usado encontram-se contemplados também os **acessos aos serviços** de saúde e sociais e à **utilização dos recursos** disponíveis. Por fim, o(a) participante é convidado a partilhar qual(is) a(s) **resposta(s) que, na sua perspetiva, consideram essenciais** na região da Amadora e que sejam capazes de colmatar as necessidades reais sentidas pelas PUD.

Caracterização Sociodemográfica

Quem são os participantes?

Os participantes são 80% (n=65) do género masculino (Figura 1). A média de idades é de **46 anos**. O país de origem de 73% (n=59) é **Portugal**, sendo que 18,5% (n=15) são de **origem africana** (nomeadamente nascidos em Angola, Moçambique, Cabo-Verde e Guiné-Bissau) (Figura 2).

Figura 1 - Distribuição da amostra por género (%)

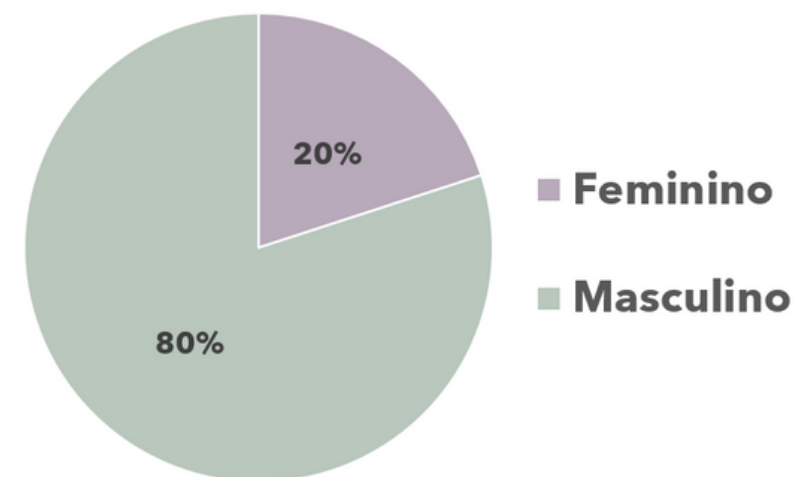
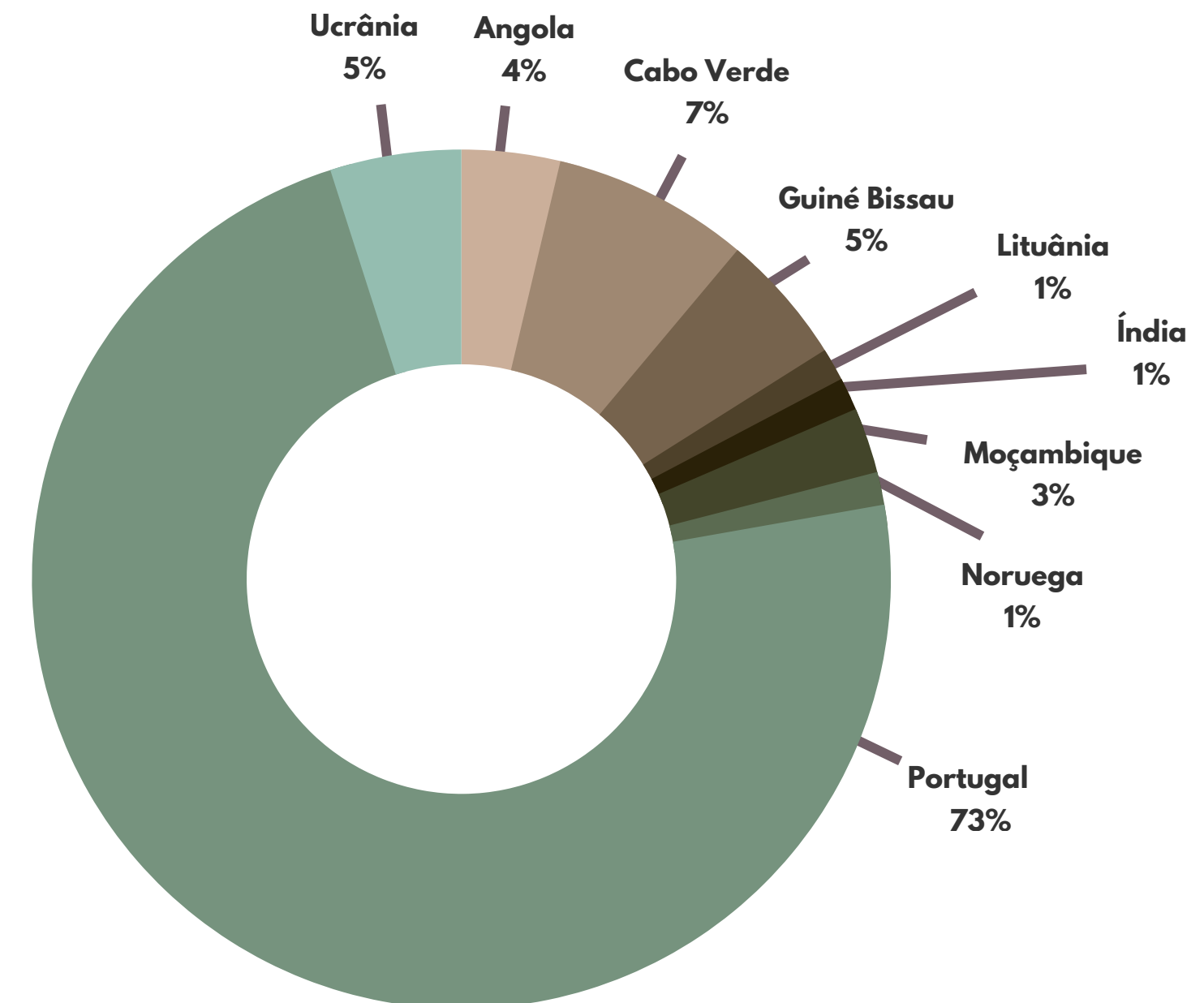


Figura 2 - Distribuição da amostra por país de origem (%)



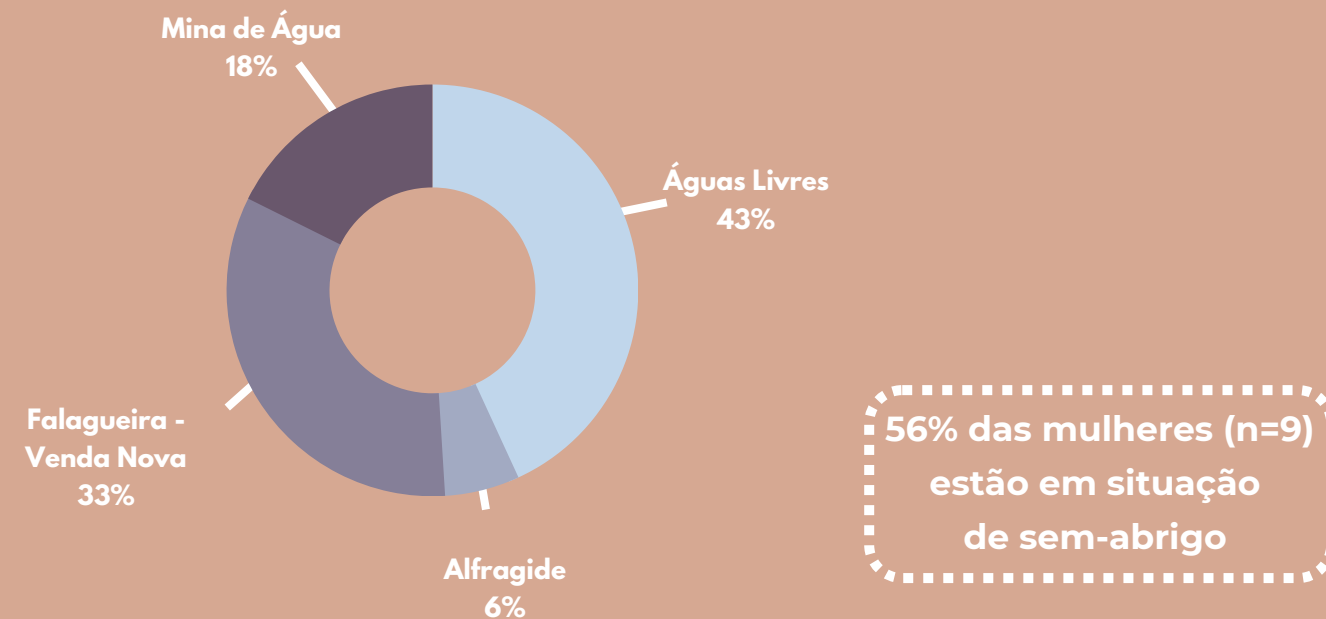
Caracterização Sociodemográfica

Quem são os participantes?

Cerca de 63% (n=51) dos participantes reside no concelho da **Amadora**, com destaque para as freguesias das **Águas Livres** (43%, n=22), **Falagueira - Venda Nova** (33%, n=17), **Mina de Água** (18%, n=9) e **Alfragide** (6%, n=3) (Figura 3).

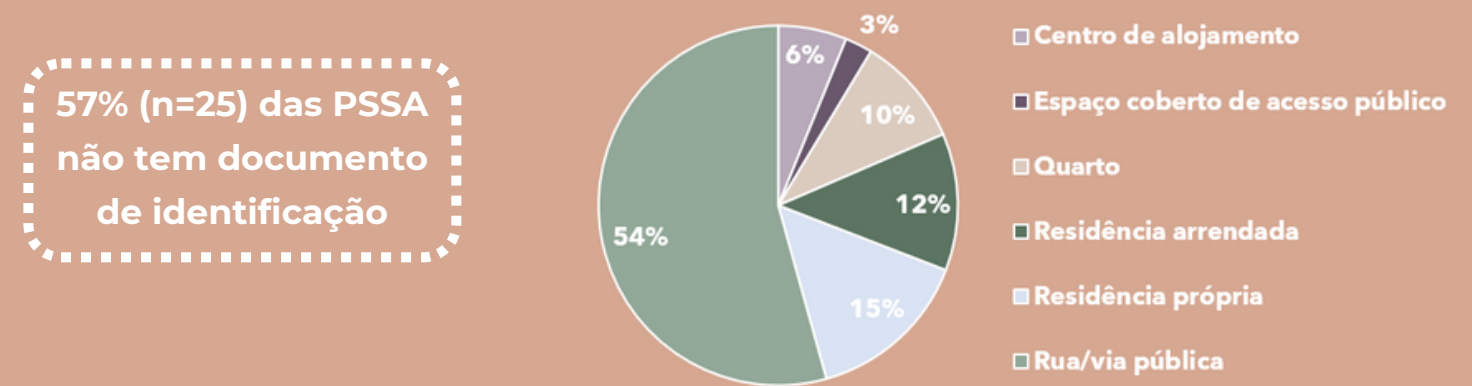


Figura 3 - Distribuição da amostra por residência na Amadora (%)



Segue-se o concelho de **Lisboa**, que é zona de residência para 21% (n=17) dos participantes. A **situação habitacional** de 54% (n=44) dos participantes é situação de **sem-abrigo** (sem teto, na rua/via pública), sendo que 15% (n=12) estão em residência própria (com familiares, amigos...) (Figura 4).

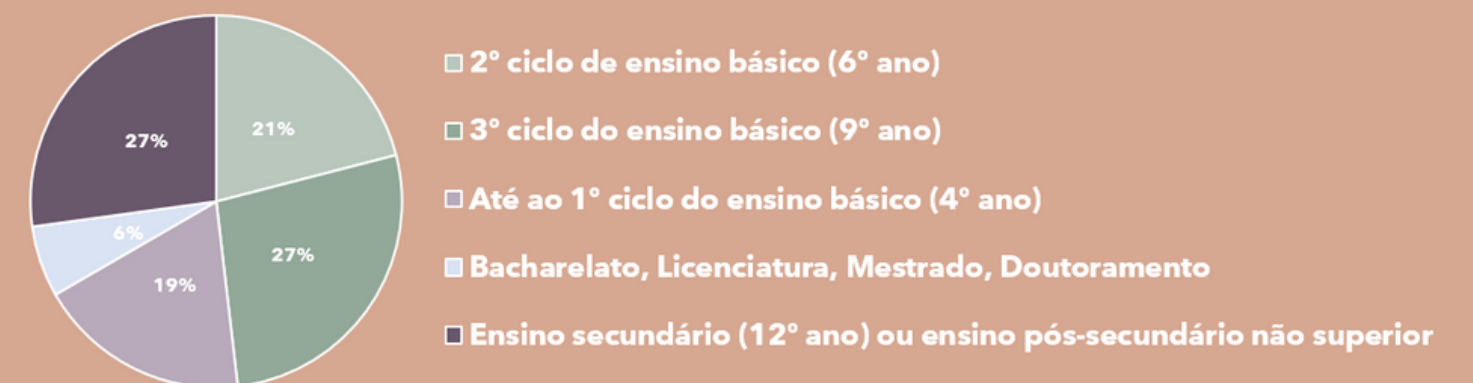
Figura 4 - Distribuição da amostra por situação habitacional dos participantes (%)



Cerca de 43% (n=35) **não possui** qualquer tipo de **documento de identificação** sendo que, dos 57% (n=46) que têm, 36 possuem Cartão de Cidadão. Quanto à **educação**, cerca de 27% (n=22) terminaram o 3º ciclo do ensino básico e outros 27% (n=22) completaram o ensino secundário. (Figura 5). A grande maioria dos participantes, cerca de 81% (n=66), está em situação de **desemprego**.

Todas as mulheres (n=16) UD estão desempregadas

Figura 5 - Distribuição da amostra por nível de instrução (educacional) dos participantes (%)



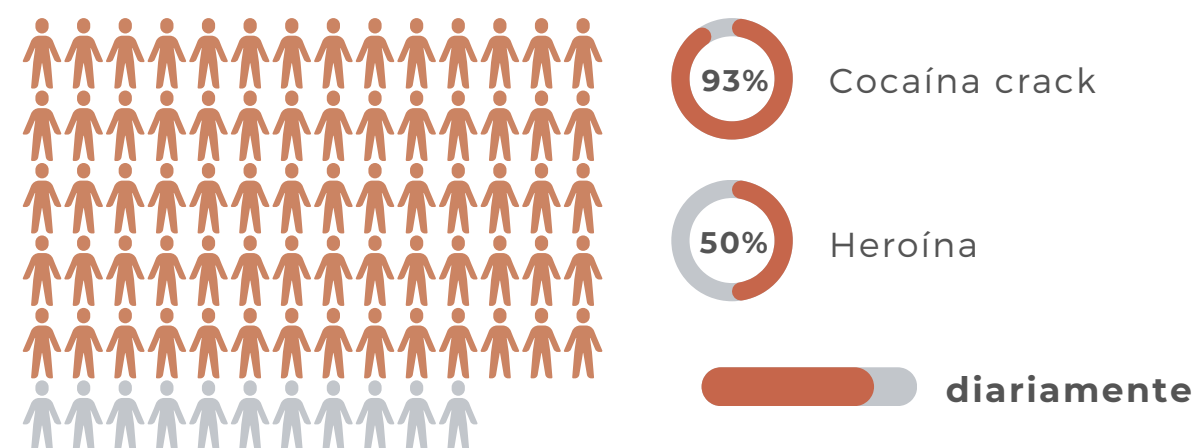
Padrão de Consumo

A nível do padrão de consumo, a média de anos de consumo regular, definido pelo consumo sem paragens superiores a um mês, é de **11,9 anos**.

CONSUMO FUMADO

A maioria dos participantes (n=70) tiveram consumos fumados nos últimos 30 dias, sendo as substâncias mais consumidas a **cocaína crack** (93%, n=65) e **heroína** (50%, n=35). O mesmo padrão é visto para os últimos 12 meses. A frequência do consumo por esta via, no último mês, tem sido, na sua maioria (80%, n=56), **todos os dias**.

70 tiveram consumos **fumados** (últimos 30 dias)



Todas as mulheres têm consumos fumados

Todas as mulheres consomem cocaína crack

56% das mulheres (n=9) consomem heroína fumada

CONSUMO ORAL

Ao nível de consumo oral, o **álcool** foi ingerido por 25% das pessoas (n=20), no último ano, sendo que este padrão se mantém nos últimos 30 dias. A frequência do consumo por esta via, no último mês, tem sido, na sua maioria (60%, n=13), **todos os dias**.

20 consumiram **álcool** (último ano)

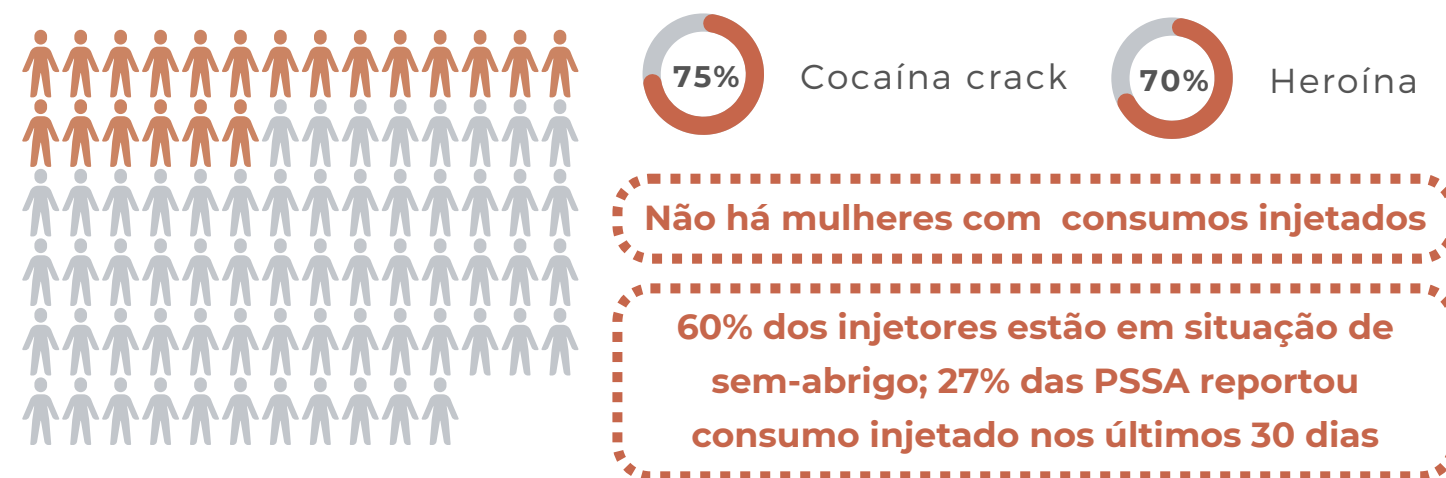


Padrão de Consumo

CONSUMO INJETADO

Ao nível do consumo injetado, 25% (n=20) reportou consumo por esta via. As substâncias mais consumidas são a **cocaína crack** e a **heroína** (75%, n=15 e 70%, n=14, respectivamente), nos últimos 30 dias.

20 tiveram consumos injetados (últimos 30 dias)



O **policonsumo** de substâncias é um padrão recorrente nos participantes. O padrão de policonsumo, nos últimos 30 dias, é reportado por 40% (n=8) dos utilizadores com consumos injetados. Sendo que este padrão se repetiu durante o último ano, com o consumo de cocaína crack e heroína reportada por 83% (n=15) dos injetores para ambas as substâncias, bem como o policonsumo destas substâncias em 50% (n=9) dos participantes que tiveram consumos injetados no último ano. A frequência do consumo por esta via, no último mês, na sua maioria (75%, n=15), decorreu com **periodicidade diária**.



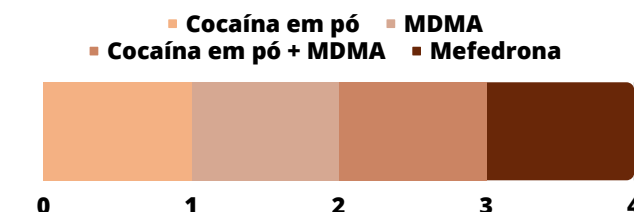
CONSUMO NASAL

Ao nível de consumo nasal, apenas uma ínfima porção dos participantes (5%, n=4) reportou ter consumido, nos últimos 12 meses, onde se destacam substâncias como **cocaína em pó**, **MDMA** e **mefedrona** (Figura 6). Dos dois participantes que reportaram ter consumido no último mês, um reporta ter consumido 2 a 3 dias por semana e o outro menos de 1 dia por semana.

4 tiveram consumos nasais (último ano)



Figura 6 - Distribuição da amostra por substâncias de consumo nasal



No que toca a situações de **sobredosagem**, 17% (n=14) dos participantes refere já ter tido alguma situação de overdose na sua vida, e destes, 21% (n=3) reportam ter tido uma situação nos últimos 12 meses, decorrente do **consumo de opiáceos**.

14 já experienciaram overdoses (alguma vez na vida)



43% das pessoas que estão em situação de sem-abrigo já tiveram uma overdose alguma vez na vida; Todos os que tiveram overdose no último ano, estão em situação de sem-abrigo atualmente

Padrão de Consumo

LOCAIS DE CONSUMO

Os **locais de consumo** mais utilizados pelas PUD são a **rua/via pública** (84%, n=68), **casas/espços de consumo improvisados** (57%, n=46), **descampados** (57%, n=46) e **casas ocupadas** (48%, n=39).

A **Amadora** aparece como o concelho principal de consumo a "céu aberto" dos utilizadores, sendo que 79% (n=64) refere a freguesia das **Águas Livres** como a principal zona de consumo, seguida pela freguesia da **Falagueira - Venda Nova** (14%, n=11) e **Mina de Água** (6%, n=5).

Figura 7* - Distribuição da amostra por locais de consumo dos participantes (%)

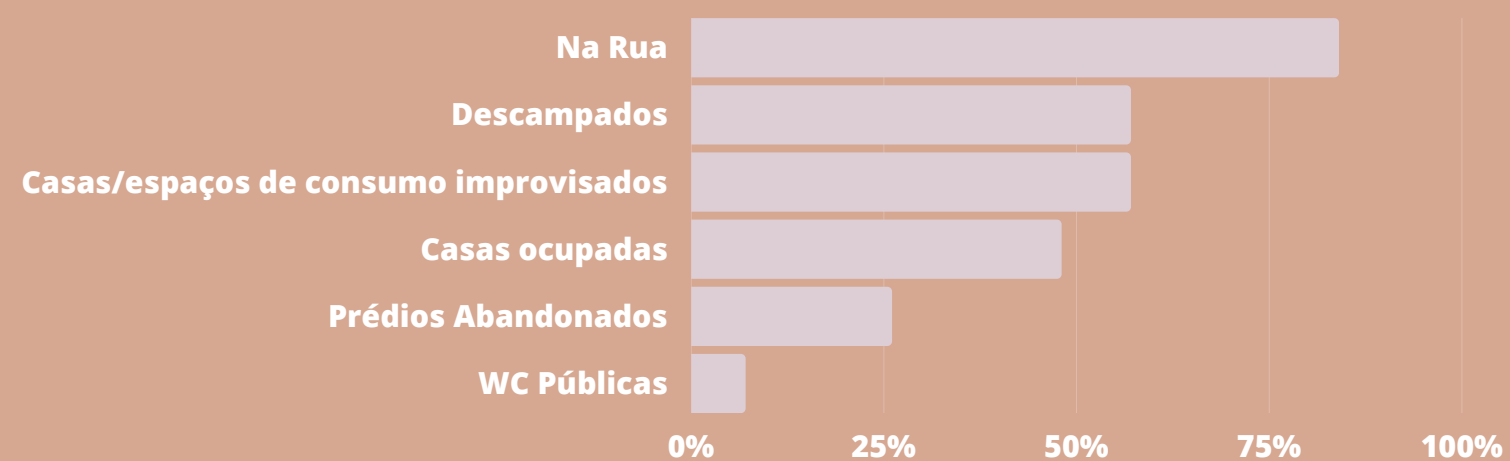
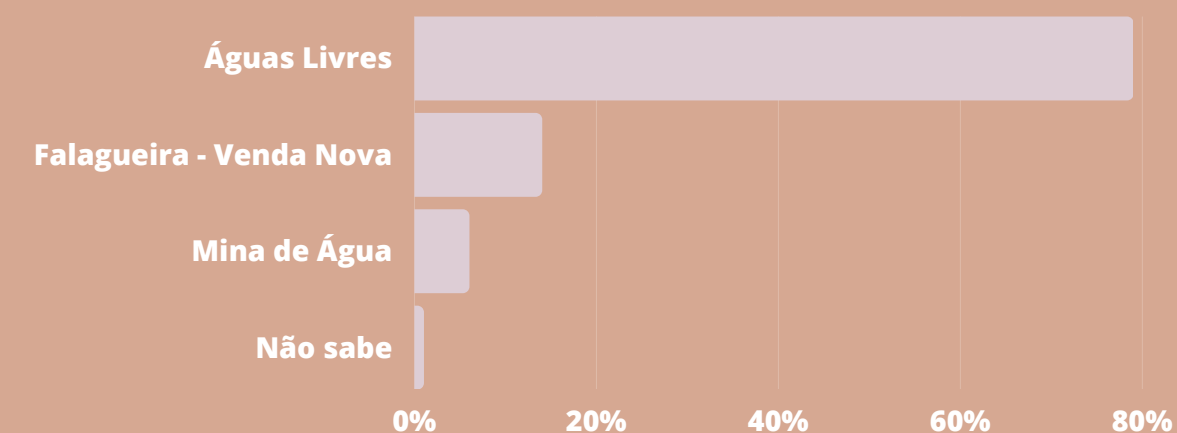


Figura 8* - Distribuição da amostra por locais de consumo a "céu aberto", no concelho da Amadora (%)



*Resultados extraídos de perguntas com possibilidade de resposta múltipla

Acesso aos Serviços de Saúde

O acesso aos serviços sociais e de saúde foram também eles alvo de levantamento.

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (CSP)

67% (n=54) dos participantes encontram-se atualmente inscritos em **Cuidados De Saúde Primários (CSP)**, sendo que, destes, somente 39% (n=21) recorreu no último ano aos serviços, tendo 6 reportado dificuldades no acesso. Estas dificuldades prendem-se, na sua maioria, com a **discriminação** sentida no contexto dos serviços de saúde (n=3) e com a falta de **transporte** (n=2) (Figura 9).

54 inscritos nos CSP

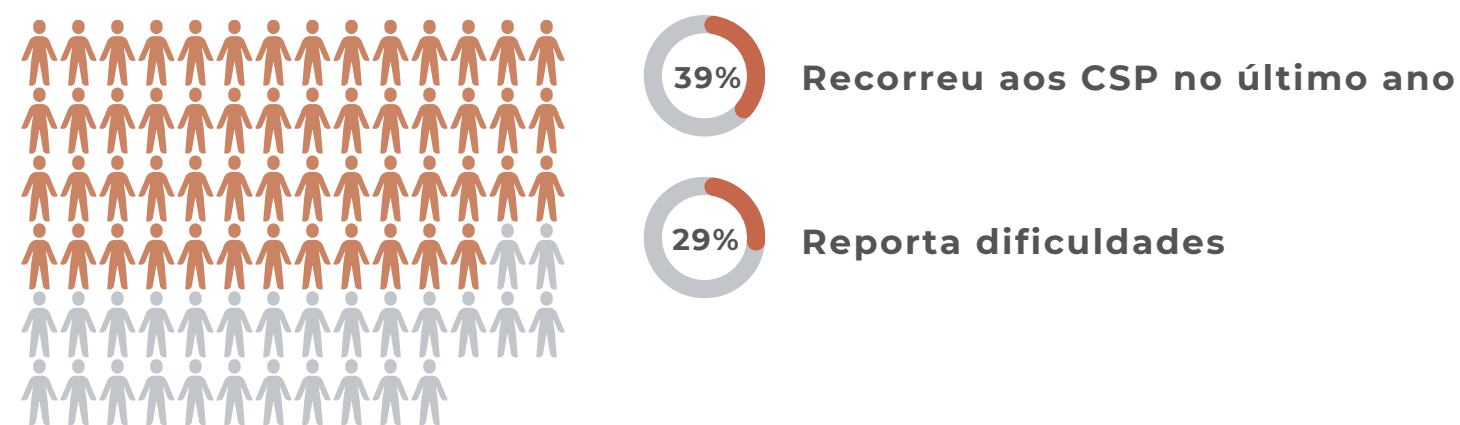


Figura 9* - Distribuição da amostra por dificuldades sentidas no acesso aos CSP (%)

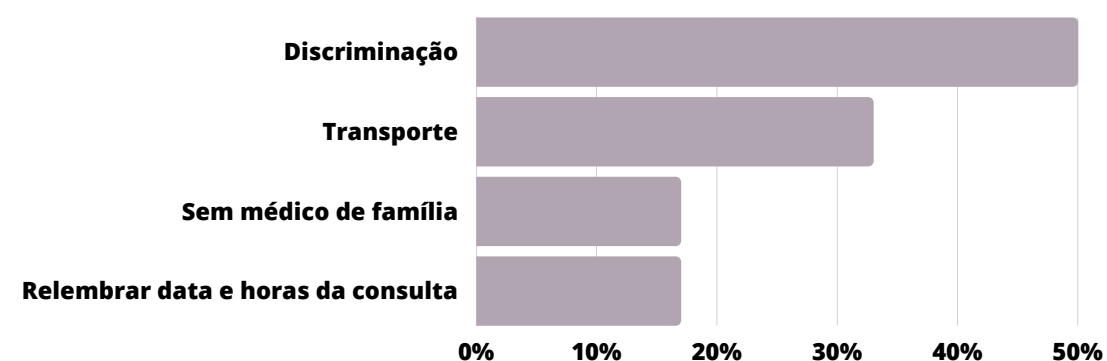
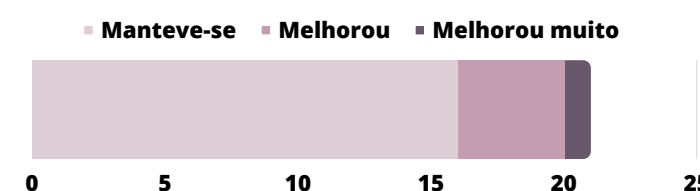


Figura 10 - Distribuição da amostra por auto percepção do estado de saúde após aceder aos CSP



Apesar das barreiras reportadas, a auto-percepção do estado de saúde da maioria que recorreu no último ano **manteve-se** (76%, n=16) (Figura 10). Dos participantes que não estão inscritos atualmente (33%; n=27), a principal razão apontada é **não saberem como inscrever-se/aceder** aos serviços de saúde (78%, n=21) (Figura 11).

Os participantes que **não acederam aos CSP no último ano**, não o fizeram por várias razões, como por exemplo **não terem forma de se deslocar** até aos serviços (30%, n=10) ou **não acharem necessário/não quererem** (24%, n=8) (Figura 12).

Figura 11* - Distribuição da amostra por razões para a não inscrição nos CSP (%)

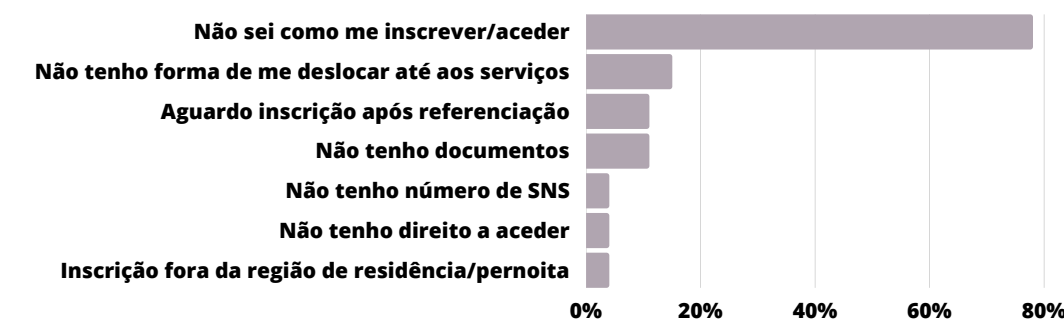
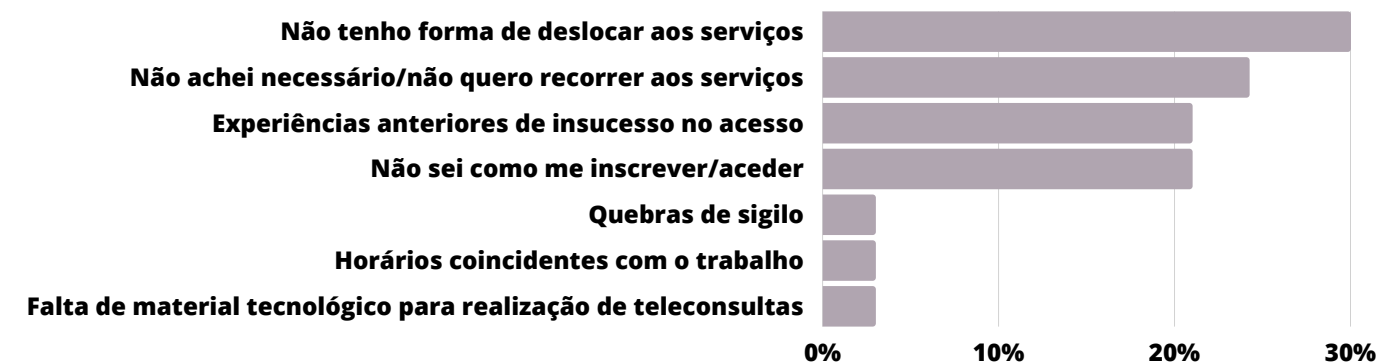


Figura 12* - Distribuição da amostra por razões para não aceder aos CSP no último ano (%)



*Resultados extraídos de perguntas com possibilidade de resposta múltipla

Acesso aos Serviços de Saúde

CUIDADOS DE SAÚDE HOSPITALARES (CH)

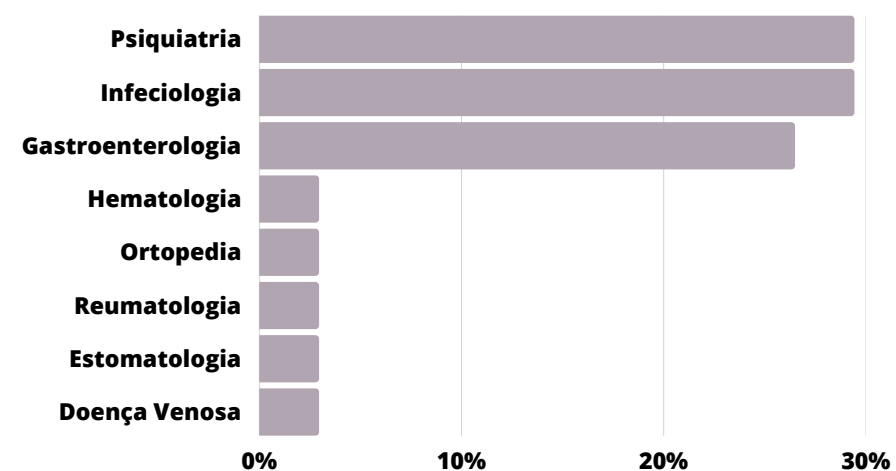
Atualmente, 42% (n=34) dos participantes estão em seguimento em **Consulta Hospitalar (CH)**.

34 em seguimento **hospitalar**



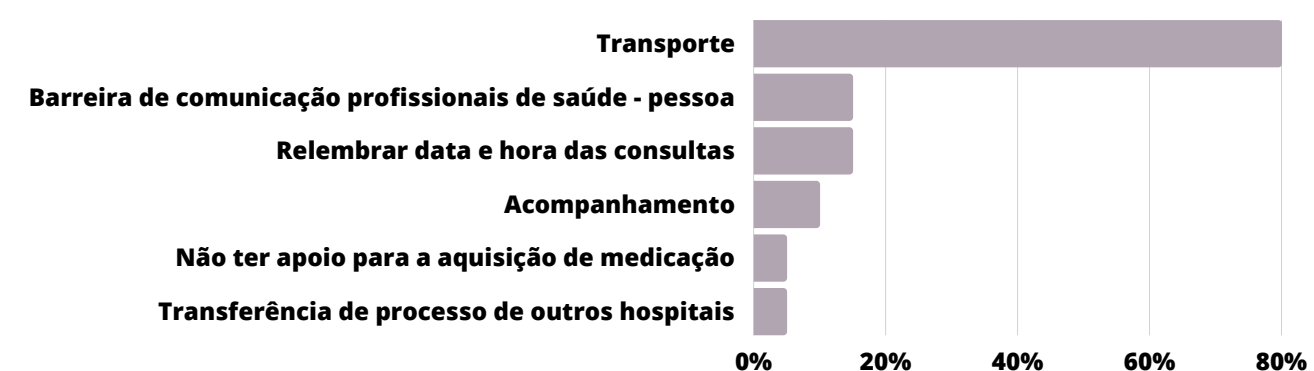
As especialidades mais procuradas são as de **infeciologia** (29%, n=10), **psiquiatria** (29%, n=10) e **gastroenterologia/hepatologia** (26%, n=9) (Figura 13).

Figura 13* - Distribuição da amostra por especialidades mais procuradas pelos participantes (%)



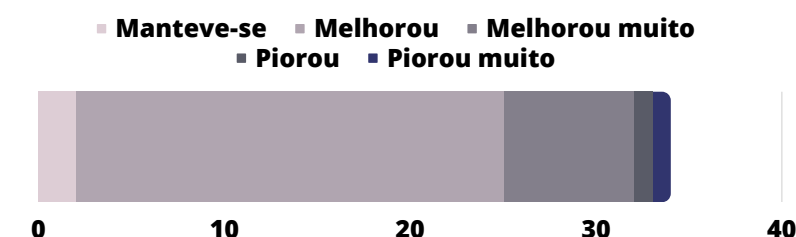
Dos 59% (n=20) que reportou **dificuldades** de acesso às mesmas, a maioria (80%; n=16) aponta como principal a dificuldade de **deslocação e transporte** (Figura 14).

Figura 14* - Distribuição da amostra por dificuldades sentidas no acesso às CH (%)



Após a prestação destes cuidados especializados, 68% (n=23) reporta uma **melhoria** do seu estado de saúde (Figura 15).

Figura 15 - Distribuição da amostra por autopercepção do estado de saúde após aceder às CH



*Resultados extraídos de perguntas com possibilidade de resposta múltipla

Acesso aos Serviços de Saúde

EQUIPA TÉCNICA ESPECIALIZADA DE TRATAMENTO (ETET)

O seguimento em **ETET** foi reportado por 44% (n=36) dos participantes nalgum momento da sua vida, sendo que destes 56% (n=20) estão atualmente em seguimento.

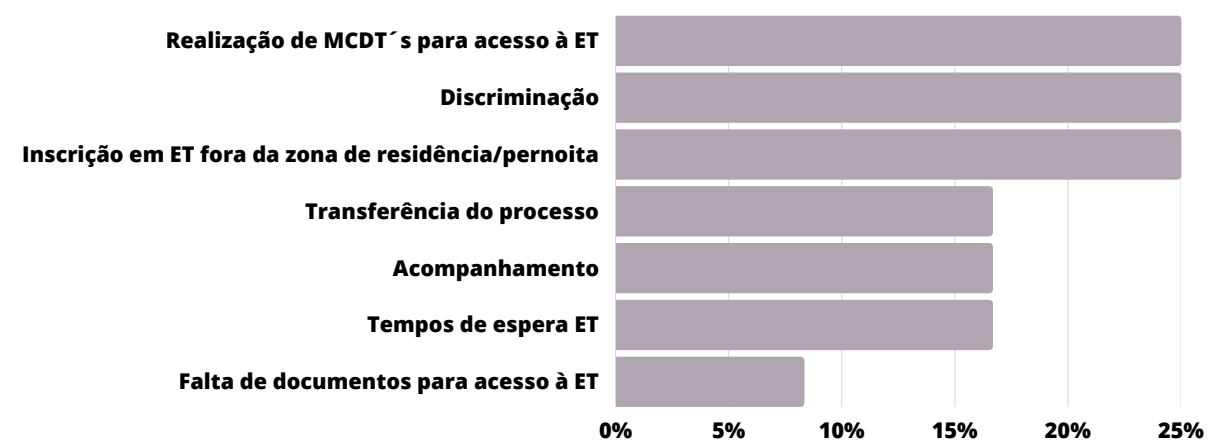
36 seguidos pela ET (alguma vez na vida)



60% Reporta dificuldades

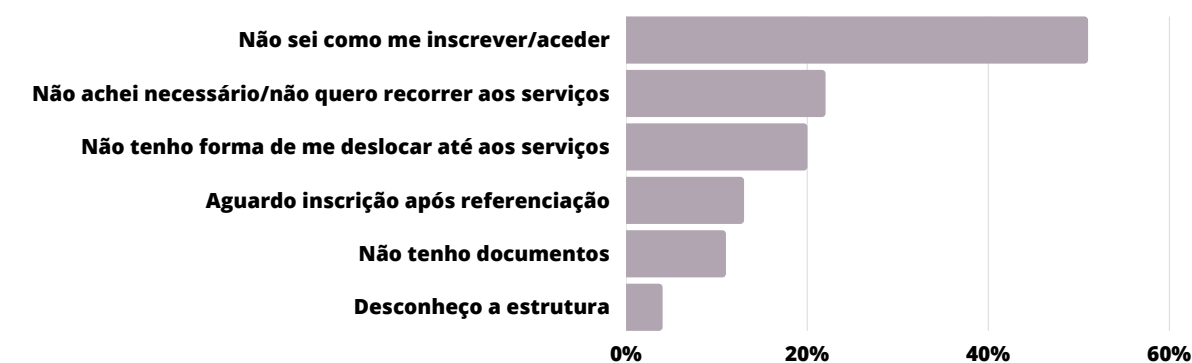
Expressivamente 60% (n=12), dos que estão atualmente em seguimento, referem dificuldades no acesso, as quais se prendem essencialmente com **discriminação** (25%, n=3), **realização de MCDT's** para acesso à ET (25%, n=3) e **inscrição em ET fora da zona** de residência/pernoita (25%, n=3) (Figura 16).

Figura 16* - Distribuição da amostra por dificuldades sentidas no acesso às ETET (%)



As razões para não inscrição de alguns participantes estão relacionadas com o facto de **não saberem como inscrever-se/aceder** (51%, n=23) ou **não acharem necessário/não quererem** (22%, n=10) (Figura 17).

Figura 17* - Distribuição da amostra por razões para não inscrição às ETET (%)



Experiências anteriores de **insucesso** são a razão mais reportada para as pessoas que atualmente não estão em seguimento em ETET (56%, n=9), mas já estiveram em algum momento da sua (Figura 18). 30% (n=6) dos participantes que são seguidos em ETET reporta uma **melhoria** do seu estado de saúde (Figura 19).

Figura 18* - Distribuição da amostra por razões para o não seguimento pelas ETET atualmente (%)

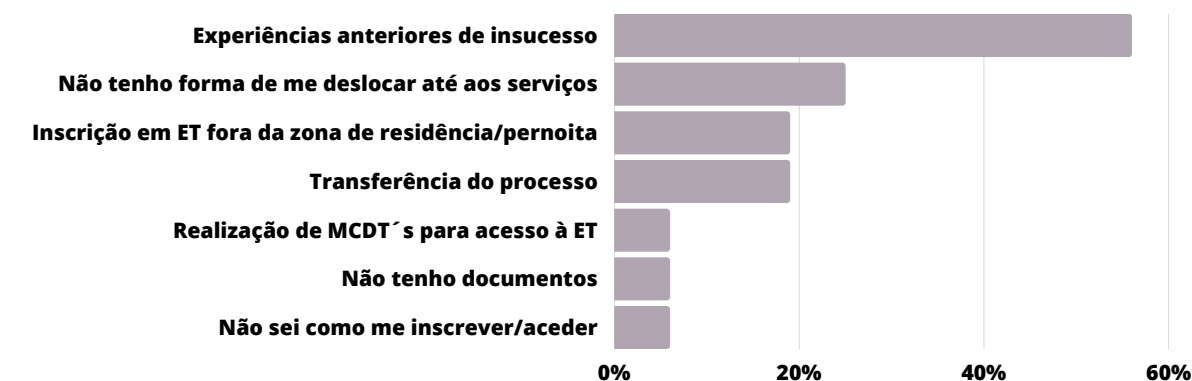
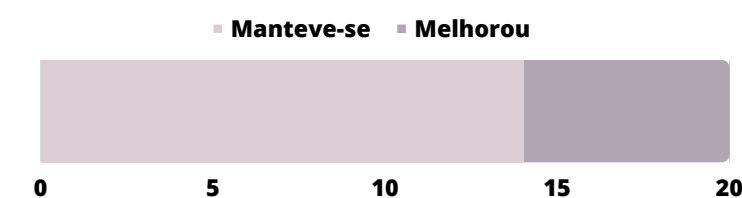


Figura 19 - Distribuição da amostra por autoperceção do estado de saúde após seguimento em ETET



*Resultados extraídos de perguntas com possibilidade de resposta múltipla

Acesso aos Serviços de Saúde

DESABITUAÇÃO/COMUNIDADE TERAPÊUTICA

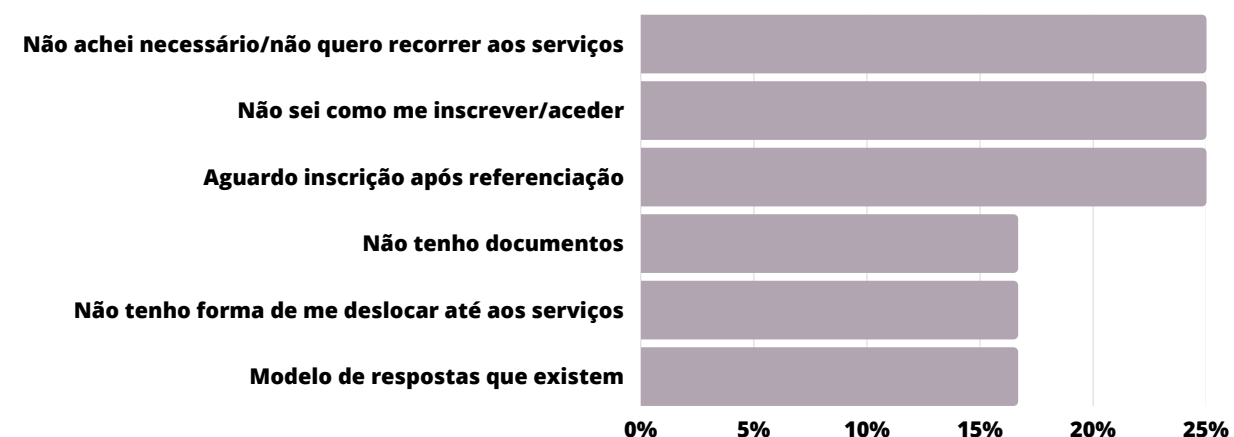
A nível da **Desabituação/Comunidade Terapêutica**, a maioria (72%, n=58) **nunca** a experienciou e, dos que estiveram em alguma destas estruturas (28%, n=23), apenas um participante esteve em desabituação no último ano.

23 já experienciaram **desabituação/comunidade terapêutica**



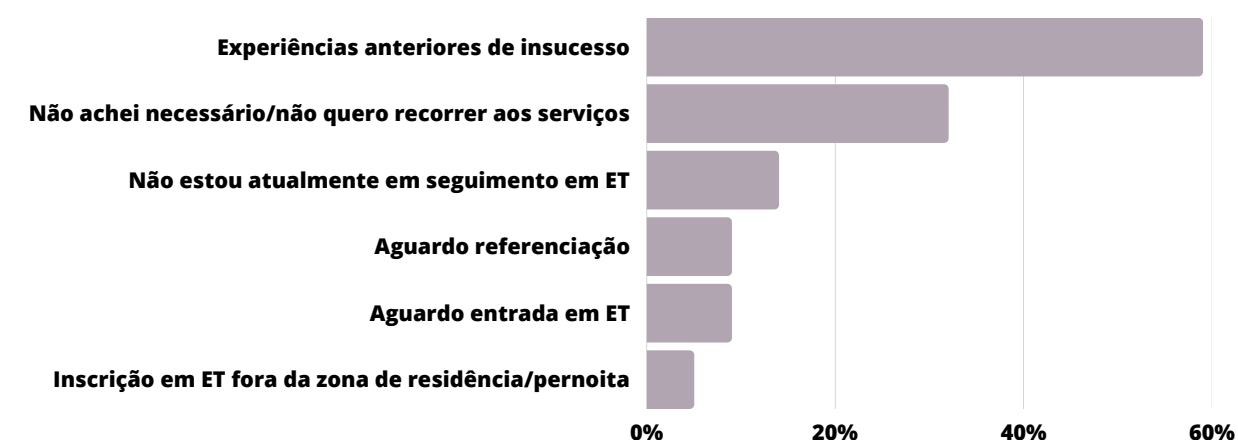
Muitos não a experienciaram uma única vez na vida por **não acharem necessário/não quererem** (50%, n=29) ou por **não saberem como inscrever-se/aceder** (29%, n=17) a estes serviços (Figura 20).

Figura 20* - Distribuição da amostra por razões para nunca ter experienciado estes serviços (%)



As principais razões referidas para não terem acedido no último ano são as experiências anteriores de **insucesso** (59%, n=13) e **não terem achado necessário/não quererem** (32%, n=7) (Figura 21).

Figura 21* - Distribuição da amostra por razões para não ter acedido no último ano a estes serviços (%)



Uma das barreiras apontadas da falta de acesso a estas respostas também surge do **não seguimento atual em ETET** (3%, n=14), condição *sine qua non* para integração nestas respostas, no sistema público.

*Resultados extraídos de perguntas com possibilidade de resposta múltipla

Acesso aos Serviços de Saúde

EQUIPAS TÉCNICAS DE RUA (ETR)

95% (n=77) das pessoas questionadas está em seguimento com as Equipas Técnicas de Rua (ETR), sendo que 79% (n=61) refere o **acesso muito facilitado ou facilitado** às mesmas.

77 estão em seguimento com as ETR

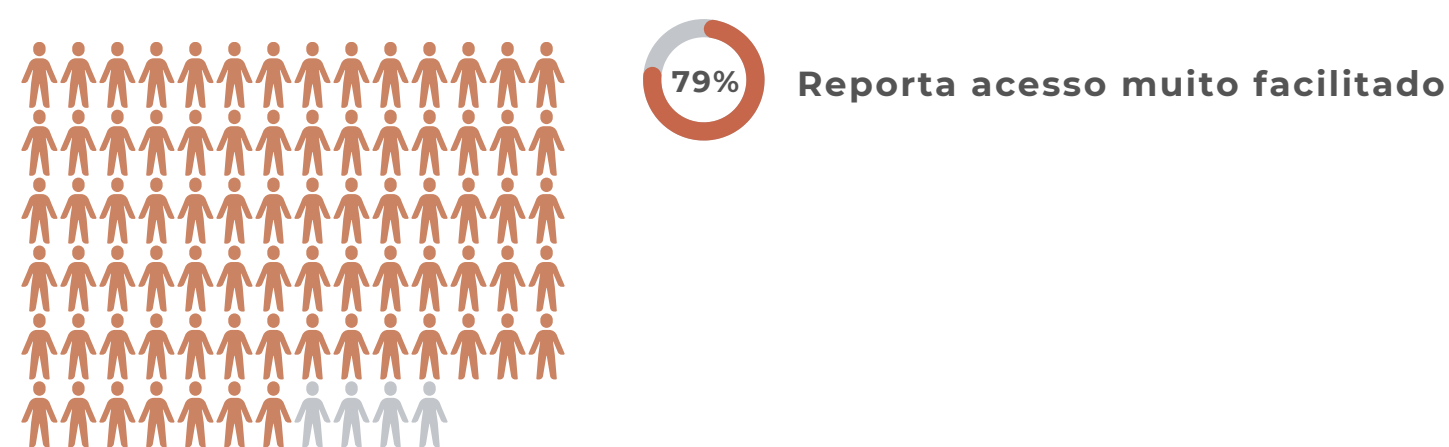
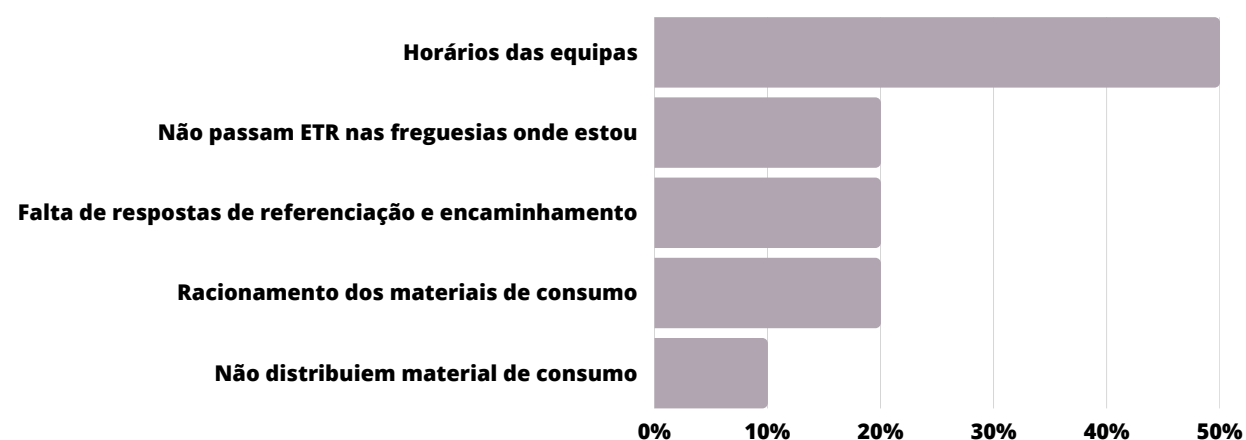
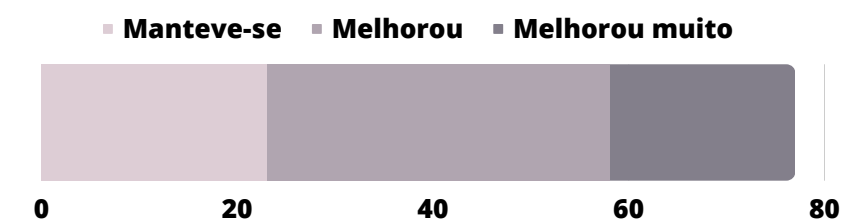


Figura 22* - Distribuição da amostra por dificuldades sentidas no acesso às ETR (%)



Ainda assim, dos que estão em seguimento alguns reportaram **dificuldades** de acesso às ETR (13%, n=10), principalmente causadas pela **incompatibilidade de horários** das equipas (n=5), estas **não passam nos locais** onde se encontram (n=2), **falta de resposta** de referência e encaminhamento (n=2) e pelo **racionamento dos materiais de consumo** (n=2) (Figura 22).

Figura 23 - Distribuição da amostra por autoperceção do estado de saúde após seguimento pelas ETR



Considerando a amostra que é seguida atualmente, após terem sido seguidos pelas equipas, 70% (n=54) reporta uma **melhoria ou melhoria significativa** do seu estado de saúde (Figura 23).

*Resultados extraídos de perguntas com possibilidade de resposta múltipla

Acesso aos Serviços de Saúde

TRATAMENTO AGONISTA OPIÁCEO (TAO)

O acesso aos programas de **Tratamento Agonista Opiáceo (TAO)** foi reportado pelo menos uma vez na vida por 51% (n=41) dos participantes, sendo que 46% (n=19) destes está atualmente em TAO.

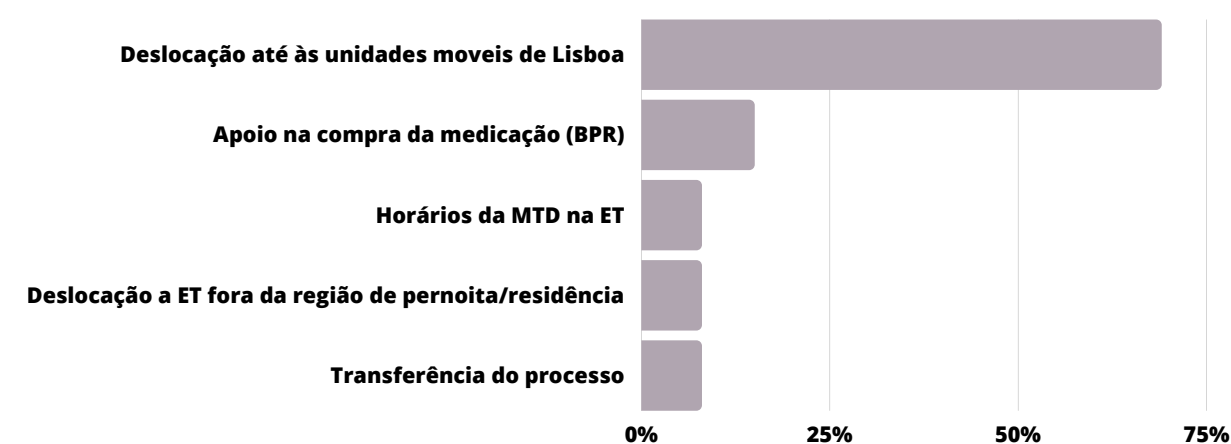
41 **acedeu ao TAO (pelo menos uma vez na vida)**



46% encontra-se atualmente em TAO

A **dificuldade** no acesso ao programa de TAO na Amadora é sentida por 68% (n=13) das pessoas que se encontram atualmente em programa, referindo como principais dificuldades a **deslocação** até às unidades móveis de Lisboa (n=9) e a dificuldade no **apoio na compra da medicação (BPR)** (n=2) (Figura 24).

Figura 24* - Distribuição da amostra por dificuldades sentidas no acesso aos programas de TAO (%)



Os participantes que nunca acederam aos programas de TAO referem, na sua maioria, **não terem achado necessário/não quererem** recorrer (85%, n=34) a estes serviços, até porque alguns nunca consumiram opiáceos (Figura 25).

Os que não acederam no último ano apresentam as experiências anteriores de **insucesso** (23%, n=5) e o facto de não **acharem necessário/não quererem** (27%, n=6) como motivos principais (Figura 26). Após terem acedido ao TAO,

72% (n=13) dos que estão atualmente em seguimento reporta uma **melhoria** do seu estado de saúde (Figura 27).

Figura 25* - Distribuição da amostra por razões para nunca ter acedido ao TAO (%)

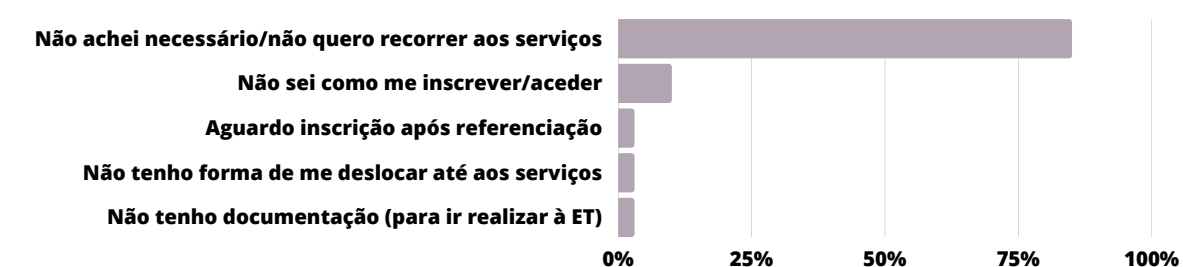


Figura 26* - Distribuição da amostra por razões para não ter acedido ao TAO no último ano (%)

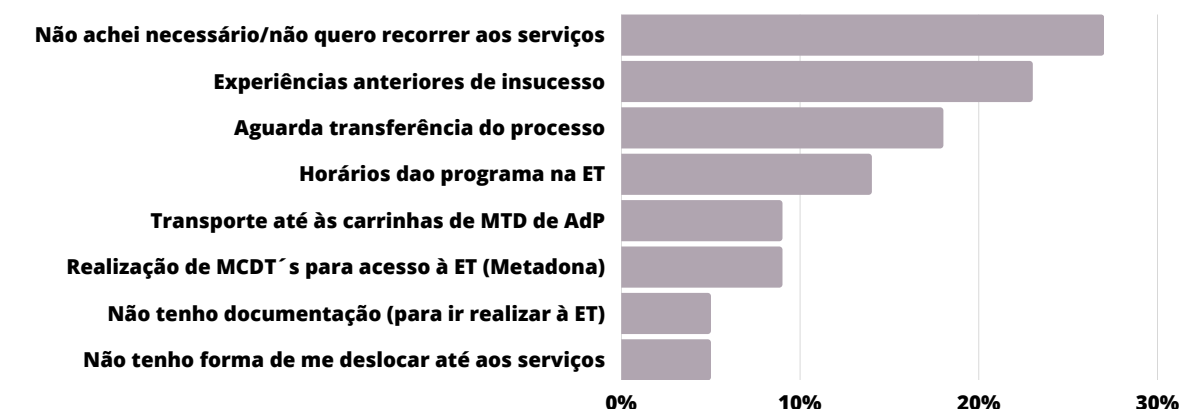
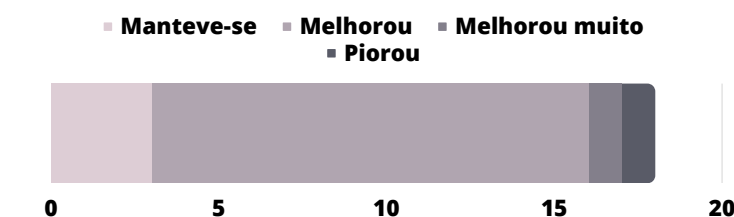


Figura 27 - Distribuição da amostra por autoperceção do estado de saúde após aceder ao TAO



*Resultados extraídos de perguntas com possibilidade de resposta múltipla

Acesso aos Serviços Sociais

ALOJAMENTO

Relativamente aos serviços sociais, 73% (n=59) reporta **não** ter tido qualquer tipo de resposta de **alojamento** no último ano. Somente 27% (n=22) estiveram em resposta de alojamento no último ano, contudo destes 59% (n=13) já não estão atualmente.

59 sem resposta de alojamento (último ano)



Dos 41% (n=9) que continua a ter respostas de alojamento atualmente, a maioria reporta **dificuldades** no acesso (n=5), inerentes à necessidade de **pernoita na região de Lisboa** para facilitar respostas (n=2) e ao **tempo de espera** após a referenciação (n=2) (Figura 28).

Figura 28* - Distribuição da amostra por dificuldades sentidas no acesso ao alojamento (%)

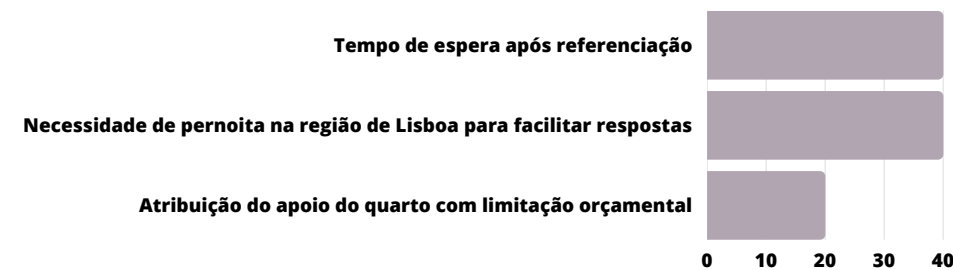
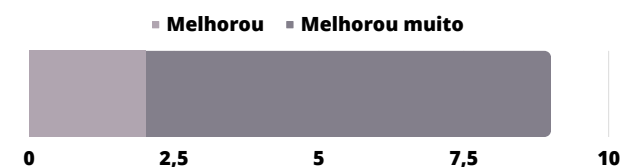


Figura 29 - Distribuição da amostra por autoperceção do estado de saúde após terem alojamento



De um modo geral, todos os que estão atualmente em alojamento, 78% (n=7) reportam que após o terem, as suas condições de vida **melhoraram significativamente** (Figura 29).

Os participantes que não recorreram à resposta de alojamento no último ano referem **não terem achado necessário/não quererem** (44%, n=26), estar a **aguardar** referenciação (27%, n=16) ou até mesmo **não saber como inscrever-se/aceder** (20%, n=12) (Figura 30).

Figura 30* - Distribuição da amostra por razões para não adesão ao alojamento no último ano (%)

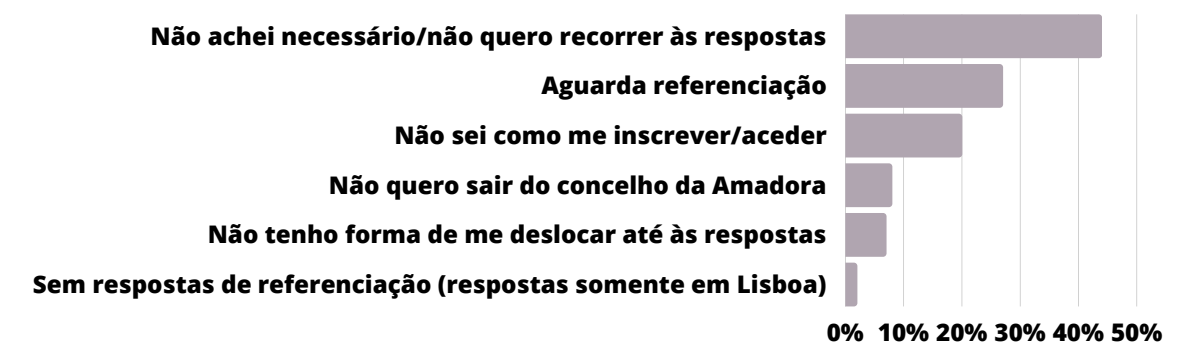
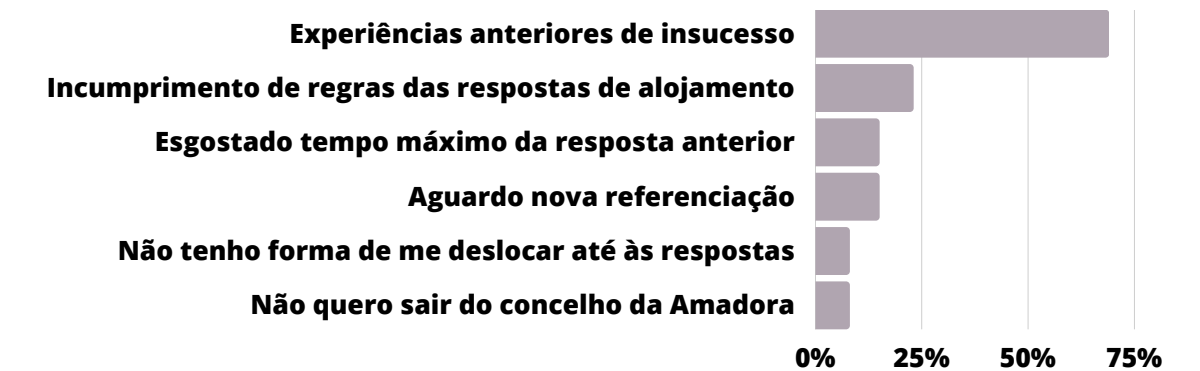


Figura 31* - Distribuição da amostra por razões para não adesão ao alojamento atualmente (%)



Quanto aos que atualmente não estão em resposta de alojamento, mas estiveram no último ano, 69% (n=9) refere as experiências anteriores de **insucesso** como principal motivo (Figura 31).

*Resultados extraídos de perguntas com possibilidade de resposta múltipla

Acesso aos Serviços Sociais

EMPREGABILIDADE

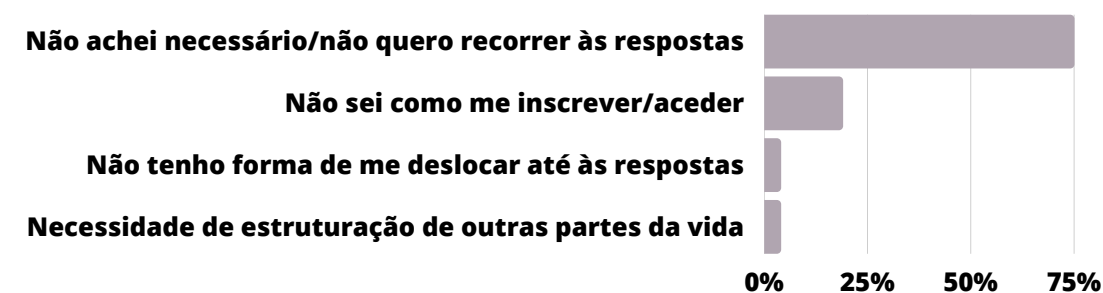
No que diz respeito a questões de **empregabilidade**, 90% (n=73) não esteve empregado no último ano e, dos que estiveram, 88% (n=7) já não está atualmente, devido, exclusivamente, a experiências anteriores de **insucesso**.

73 desempregados (último ano)



Os que não recorreram à resposta de empregabilidade no último ano referem **não ter sido necessário/não quererem** (75%, n=55) e **não saberem como inscrever-se/aceder** (19%, n=14) como motivos principais (Figura 32).

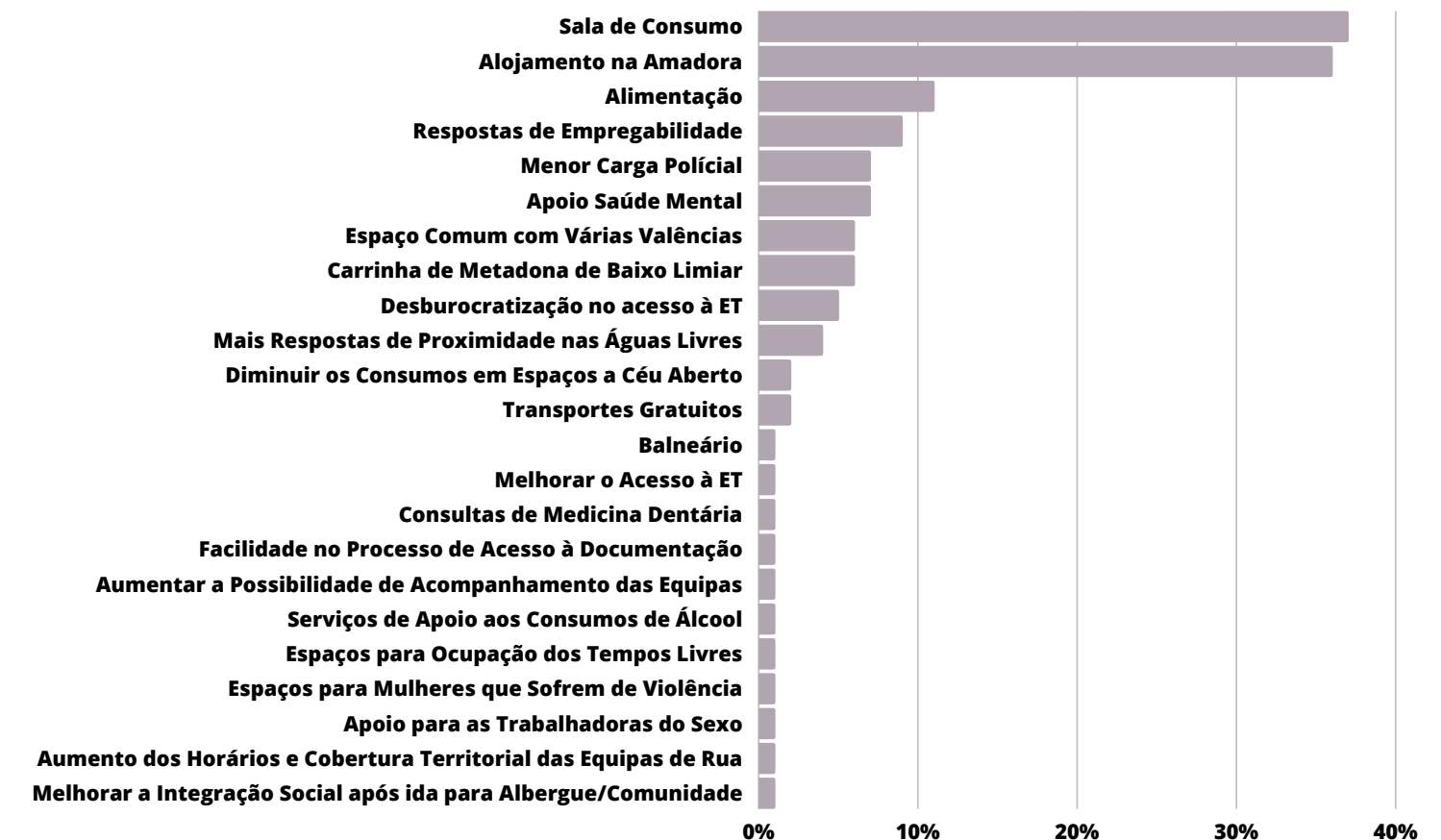
Figura 32* - Distribuição da amostra por razões para o estado de desemprego (%)



SERVIÇOS ESSENCIAIS

De uma forma geral, no que toca aos principais serviços que os participantes consideram como essenciais para o concelho, foram apontados os seguintes: a existência de uma **sala de consumo** (37%, n=30), **alojamento na Amadora** (36%, n=29), **alimentação** diária (11%, n=9), respostas de **empregabilidade** (9%, n=7), **diminuição da carga policial** (7%, n=6), apoio à **saúde mental** (7%, n=6), necessidade de **carrinha de MTD de baixo limiar** (6%, n=5) e a existência de **espaço comum** para várias valências (6%, n=5) (Figura 33).

Figura 33* - Distribuição da amostra pelos principais serviços considerados essenciais para o concelho (%)



*Resultados extraídos de perguntas com possibilidade de resposta múltipla

Recolha e análise de dados

OBSERVAÇÃO

QUESTIONÁRIOS
ÀS PUD

ENTREVISTAS

Entrevistas

A recolha de dados por **entrevistas** a informadores-chave, como pessoas que utilizam ou já utilizaram drogas, bem como outros atores locais relevantes permitiu recolher informação complementar aos dados até ao momento recolhidos. No total, foram realizadas **7 entrevistas**. De destacar que foram aplicadas as entrevistas a elementos de referência junto das PUD da Amadora, de mediadores comunitários e, por fim, de organizações de base comunitária e moradores.

Das entrevistas realizadas identificaram-se como **necessidades** no concelho:



No que concerne ao **alojamento**, os participantes referem que “A solução mais imediata seria haver um albergue que desse resposta às pessoas que usam drogas.” (P3) e “E por exemplo haver um albergue com as condições que S (albergue em Lisboa) tem com uma sala de consumo, um programa de álcool também (de consumo de álcool).”(P3). Esta última congrega a importância de uma resposta integrada. Ainda dentro deste âmbito é referida a importância da implementação de um programa de Housing First “Outra resposta mais eficaz a implementar e com mais previsão de futuro e das pessoas se sentirem bem seria um programa de Housing First (...)”(P3).

As **salas de consumo** são também elas descritas como respostas fundamentais para “Uma pessoa que consome drogas e tem uma overdose não se consegue salvar a ela própria num estado de overdose. (...) O facto de podermos ter salas de consumo onde as pessoas são educadas para um consumo seguro, onde as pessoas têm técnicos de saúde, onde as pessoas possam ter pares, onde partilhem experiências.(...) possam ter consumos diferentes, consumos menos prejudiciais para a sua saúde” (P1).

Do ponto de vista de um dos participantes o **acompanhamento social** nas respostas para os PUD é gerador de bons resultados - “Por exemplo quando acabou o C (albergue em Lisboa) tivemos um grande upgrade, deram casas a bué da gente. Não foi dar as casas que mudou a vida dessas pessoas, foi o acompanhamento social que tiveram a seguir disso” (P2).

A saúde, mais especificamente o acesso facilitado aos **programas de TAO** e as **respostas de saúde mental**, são também referidas “Por isso acho que era uma questão de levar a debate: melhor acompanhamento psicológico” (P2). De referir ainda que a **deslocação e transportes**, também nas entrevistas, é apontada como uma necessidade, pois a existência de respostas distanciadas no concelho faz com que algumas associações realizem transportes das PUD, contudo com uma atividade limitada - “que está completamente fora de rota destas pessoas que estão nas X (freguesia da Amadora). Nós fazemos muitas vezes transporte, mas é complicado.”(P3).

Entrevistas

Noutra categoria, o **estigma/discriminação** revestem-se de múltiplos exemplos, adensando as visões sobre o consumo de drogas - *“Há sempre esta proibição das pessoas terem um prazer, achando que as pessoas são umas irresponsáveis. As pessoas não são irresponsáveis, as pessoas sabem os riscos que correm mas preferem correr estes riscos em troca deste prazer que não conseguem alcançar de outra forma.”*(P1) - muitas vezes fornecendo uma visão reducionista das PUD - *“Inviabilizam a possibilidade de até fazermos algo de melhor com as nossas vidas. Lidam connosco de forma a desaparecermos. Nisso são todos iguais”* (P4).

Na categoria das **barreiras e dificuldades, alimentação, alojamento, controlo social, tratamento e as respostas sociais** aparecem em destaque nas respostas dos participantes.

No que toca a **alimentação** é referida a limitação horária e geográfica da distribuição alimentar - *“Por exemplo para comer na carrinha eu tenho de me orientar e estar aqui naqueles 30 minutos que eles param junto à estação (...)”* (P5).

No **alojamento**, as respostas noutros concelhos são referidas como únicas soluções para as PUD, deixando de fora as pessoas que não querem sair do concelho onde estão.

Nos **mecanismos de controlo social**, respetivamente regulados por entidades policiais e de limpeza dos territórios, materializam-se por parte dos participantes relatos do aumento da vulnerabilidade social - *“E depois todas as quintas feiras (...) fazem uma limpeza geral dos sítios de consumo e pernoita, que é super desorganizante para as pessoas.”* (P3) - bem como de atitudes repressivas - *“É que depois as pessoas até se tu não estás lá na tua tenda ou cantinho já temos relatos de lhe levarem tudo, pertences pessoais, colchões, mantas, inclusive levar dinheiro que ele não estava.”* (P4).

Do **acesso às equipas de tratamento**, a **burocracia** necessária e o **acesso aos programas de TAO**, são indicados por múltiplos participantes. Foi referido que *“(...) o serviço que a ET (equipa de tratamento da zona) tem de baixo limiar é uma fachada, no meu entender, porque as pessoas para aderir a este serviço tem que fazer todos os exames e análises como se quisesse ser seguido na ET, quando acaba por ser só para um fim que é tomar metadona todos os dias.”* (P3) e *“Depois são os horários muito desfasados que a ET (equipa de tratamento da zona) tem para a toma diária da metadona”* (P3).

Na categoria dos **facilitadores** do acesso às resposta e serviços, as equipas técnicas de rua e o espaço fixo de *drop in* da Amadora são evidenciadas como fundamentais para acesso a respostas como material de consumo e apoio social - *“Epa! mas também sei do vosso trabalho. Todos os dias aqui a tentarem-nos ajudar com material, apoio social (...)”* (P4).

Resultados

ENVOLVIMENTO DOS
PARCEIROS E
ALINHAMENTO DA
VISÃO

RECOLHA E ANÁLISE
DE DADOS

**DESENVOLVIMENTO
DE UMA VISÃO
PARTILHADA**

Workshop 1

A discussão em torno das personas apresentadas permitiu materializar um conjunto de desafios ao acesso e utilização de serviços, destacando respostas em falta, mas também necessidade de melhor ajustamento às necessidades. Considerando apenas as respostas disponíveis, foi evidenciada a necessidade de uma maior proximidade das respostas em relação à localização das pessoas e/ou de contemplar o transporte para ligação aos serviços. Para além da distância, foram também destacados desafios ao acesso a determinados serviços sociais e de saúde, quer pela sua insuficiente capacidade de resposta, quer pelas as próprias características do acesso serem dificilmente incorporadas nas rotinas das PUD.



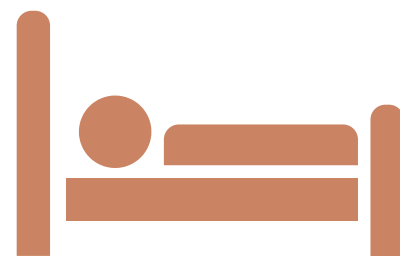
**LOCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E
DIMENSÃO DO CONCELHO**



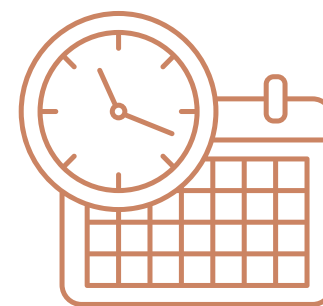
**TRANSPORTE E ACOMPANHAMENTO
DAS PUD AOS SERVIÇOS**



**DIFICULDADE DE ACESSO ÀS EQUIPAS DE TRATAMENTO E
AOS PROGRAMAS DE TRATAMENTO AGONISTA OPIÁCEO
DE BAIXO LIMAR**



**MEDIDAS DE LIMPEZA DO TERRITÓRIO,
DIVISÃO DE SERVIÇOS URBANOS E POLÍCIA
MUNICIPAL VS FALTA DE RESPOSTAS DE
ALOJAMENTO NO CONCELHO**



**DIFICULDADE DE MARCAÇÃO E RESOLUÇÃO
DOS PROCESSOS DE REGULARIZAÇÃO DE
PESSOAS MIGRANTES**



**DIFICULDADE DE ACESSO AOS
SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL**

Workshop 2

A apresentação e discussão das boas práticas trazidas pelos convidados permitiu identificar quais os aspetos chave que os participantes gostariam de reter em caso de implementação no território de uma resposta da mesma natureza.

SALA DE CONSUMO

Intervenção integrada	Segurança no consumo	Articulação e parceria com outros serviços	Acompanhamento contínuo e criação de relação com a comunidade	Financiamento continuado e permanente	Resposta multidisciplinar de baixo limiar
Sensibilização/participação da comunidade e seus serviços	Vontade política e sensibilização dos decisores políticos	Intervenção em saúde numa ótica integrativa	Horário alargado (fim de semana e horário noturno)	Investimento na redução de danos	Proximidade dos locais de consumo

Workshop 2

RESPOSTA INTEGRADA DE ALOJAMENTO

Segurança	Resposta integrada	Proximidade dos agentes de intervenção no terreno	Identificação das necessidades das pessoas por uma equipa multidisciplinar
Replicação de boas práticas	Resposta de continuidade e porta-aberta	Agilidade na articulação nos vários serviços (saúde, saúde mental, jurídico, sociais)	

Workshop 2

RESPOSTAS COMUNITÁRIAS DE SAÚDE MENTAL

Acesso à saúde mental para todos	Respeito pela confidencialidade	Drop-in dentro da área de redução de danos	Respostas adaptadas às pessoas e não adaptar as pessoas às respostas pré-definidas
Espaço seguro	Ausência de preconceito/estigmas	Educação para a saúde/sexualidade	

Workshop 2

RESPOSTAS DE POLICIAMENTO COMUNITÁRIO

Uniformização de procedimentos entre as polícias municipais da área metropolitana de Lisboa	Relação estreita entre os mais diversos parceiros	Sinalização e prevenção
Respeitos pelas escolhas das pessoas e proximidade dos órgãos de polícia com as PUD	Necessidade de respostas para as PUD em situação de sem-abrigo	Relação com o território e conhecimento das suas características

Workshop 2

A discussão das diferentes práticas originou a identificação de algumas **preocupações** comuns:

Importância de oferecer respostas integradas e multidisciplinares

Importância de trabalho de proximidade

Importância do trabalho em rede e intersetorial

Importância da continuidade das respostas e serviços

Importância de oferecer respostas que garantam a segurança e a dignidade das pessoas

Importância de conceber as respostas de forma centrada nas necessidades e circunstâncias das pessoas (horários, localização, etc.)

Workshop 3

O terceiro *workshop* decorreu com base na **priorização das necessidades** partindo das necessidades identificadas nos diferentes momentos do processo de diagnóstico.

Foram realizados dois *surveys* que permitiram aos participantes desta última sessão **nomear as 4 principais necessidades e respostas**:



Workshop 3

RESPOSTAS

ALBERGUES
TEMPORÁRIOS E DE
EMERGÊNCIA

SALAS DE
CONSUMO

ALARGAMENTO DO
ESPAÇO FÍSICO
(DROP-IN COM
RESPOSTA
INTEGRADA)

ALARGAMENTO E
CONSOLIDAÇÃO
DAS EQUIPAS DE
PROXIMIDADE

PROGRAMA DE
TRATAMENTO
AGONISTA OPIÁCEO

GESTOR DE CASO E
SISTEMATIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTO
REFERENCIAÇÃO

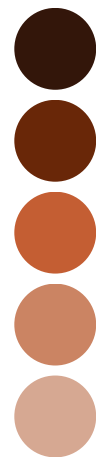
REFEITÓRIO
PÚBLICO, HOUSING
FIRST, BALNEÁRIO E
SANITÁRIOS
PÚBLICOS

REFORÇAR
PROGRAMAS DE
APOIO DE
INSERÇÃO E
EMPREGABILIDADE

RESPOSTAS
ESPECÍFICAS DE
ÁLCOOL
(AMBULATÓRIO)

RESPOSTAS DE
SAÚDE MENTAL
ESPECÍFICAS

Domínios de maior
necessidade



Domínios de menor
necessidade

Workshop 3

Com base nas 4 principais respostas identificadas como prioritárias foi desenvolvida uma abordagem de *storyboard* para que os participantes pudessem **concretizar as respostas** com as características que consideravam essenciais para a sua implementação, bem como imaginarem a **integração das pessoas** nestes espaços.

PRINCIPAIS RESULTADOS

ALBERGUES
TEMPORÁRIOS E DE
EMERGÊNCIA

Resposta de saúde integrada

Acesso à satisfação de necessidades básicas

Sala de consumo

Atribuição de figuras de gestão de caso

Localização do albergue

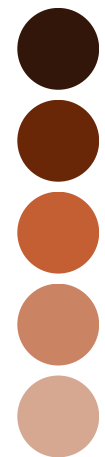
Possibilidade de transporte gratuito e acessível entre as múltiplas respostas do concelho

Gabinete de formação/emprego

Apoio para a realização de documentação

Quartos individuais

Domínios de maior
necessidade



Domínios de menor
necessidade

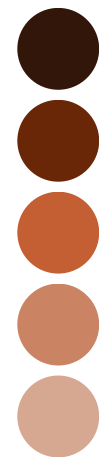
Workshop 3

PRINCIPAIS RESULTADOS

SALAS DE
CONSUMO

- Transportes gratuitos e acessíveis pelo concelho para acesso à sala de consumo
- Equipas multidisciplinares
- Espaço de higiene
- Espaço com apoio alimentar
- Flexibilização de horários (pós laboral e noturno)
- Respostas de saúde mental integradas

Domínios de maior
necessidade



Domínios de menor
necessidade

Workshop 3

PRINCIPAIS RESULTADOS

ALARGAMENTO DO
ESPAÇO FÍSICO
(DROP-IN COM
RESPOSTA
INTEGRADA)

- Atendimento e acolhimento social
- Encaminhamento para respostas na comunidade
- Acompanhamento a serviços sociais e de saúde
- Refeições/higiene/lavandaria e cuidados de saúde básicos no mesmo espaço
- Espaço de consumo
- Possibilidade de dispor de vagas de emergência para pernoita no espaço (5/10 vagas)
- Local para guardar os bens pessoais

Domínios de maior
necessidade



Domínios de menor
necessidade

Workshop 3

PRINCIPAIS RESULTADOS

ALARGAMENTO E
CONSOLIDAÇÃO
DAS EQUIPAS DE
PROXIMIDADE

Localização geográfica expandida a mais freguesias e em mais horários

Necessidade de mais e melhores respostas de encaminhamento para estruturas no concelho

Domínios de maior
necessidade



Domínios de menor
necessidade

Conclusões e recomendações

Este trabalho pretendeu **caracterizar e compreender a situação de consumo de substâncias psicoativas a céu aberto** no concelho da **Amadora**, de forma a favorecer a **identificação de linhas estratégicas** para a ação.

A recolha de dados dirigiu-se especificamente a pessoas que se agregam na proximidade de locais reconhecidos como espaços de consumo a céu aberto, permitindo identificar as principais características sociodemográficas desta população, padrões de consumo e acesso e utilização de serviços de saúde e sociais.

Os dados recolhidos permitiram confirmar a situação de elevada vulnerabilidade dos participantes, em que mais de metade dos mesmos se encontrava em **situação de sem-abrigo** e a grande maioria em **situação de desemprego**. Os padrões de consumo sugerem um período elevado de **consumo regular** (superior a 10 anos), com predominância de **consumo fumado** (>80%, maioritariamente cocaína crack), embora o **consumo injetado** tenha também uma expressão importante (25%). Relativamente aos **locais de consumo**, verificou-se uma predominância do espaço público, incluindo a rua, espaços improvisados e ocupados, com os inerentes problemas de higiene associados a estes locais de consumo. No que se refere ao **acesso e utilização de serviços sociais e de saúde**, os resultados confirmaram uma situação muito marcada por um afastamento dos serviços, com uma percentagem expressiva de pessoas a não utilizar/beneficiar ou a não ter sequer ligação aos serviços, salientando a necessidade de respostas de proximidade. De destacar também a baixa motivação manifestada por parte dos participantes para respostas mais dirigidas ao **tratamento** (unidades de desabituação e comunidades terapêuticas), essencialmente por experiências de insucesso em tentativas anteriores, pela perceção de dificuldades no acesso às estruturas e serviços e por experiências de estigmatização. O processo de diagnóstico reforça claramente o papel das respostas de proximidade, mas também a necessidade de articular respostas orientadas para os determinantes sociais de saúde (i.e., alojamento, alimentação, emprego, integração social, acesso a serviços de saúde), favorecendo a melhoria das condições de vida destas pessoas e, naturalmente, a sua qualidade de vida.

Considerando a informação reunida nas diferentes etapas do processo de diagnóstico, apresenta-se um conjunto de recomendações organizadas em eixos: (1) Redução de Riscos e Minimização de Danos, (2) Tratamento, (3) Acesso a Cuidados de Saúde, (4) Intervenção Psicossocial, (5) Intervenção em Grupos Específicos, (6) Trabalho em Rede, (7) Comunidade, .

A Lei N° 30/2000, de 29 de novembro, reveste o enquadramento legal de Portugal da descriminalização da posse de drogas, sendo uma das respostas de saúde desta lei a Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD), que visa fornecer uma resposta com uma abordagem baseada na evidência e na proximidade com as PUD, numa perspetiva da redução dos danos associados ao consumo de drogas psicoativas, focando na prevenção. A RRMD é uma tipologia de intervenção na área da saúde pública que enfatiza a redução de riscos negativos para as PUD em regime de baixo limiar de exigência. Assim, preconiza não a abstinência do uso de drogas, mas a mitigação dos efeitos epidémicos e emergentes através da adoção de formas de consumo menos nocivas para o próprio e para a comunidade onde está inserido (Kimmel, Bazzi & Barocas, 2020; Picchio et al., 2020). Espera-se também que estas intervenções favoreçam o desenvolvimento de relações de confiança, que aproximem as pessoas dos serviços, contribuindo para uma maior procura e utilização de serviços, nomeadamente de tratamento. Os resultados do processo de diagnóstico sugerem claramente a importância da continuidade e reforço destas intervenções. No **Eixo 1 - Redução de Riscos e Minimização de Danos**, incluem-se recomendações relacionadas com o trabalho de proximidade, a supervisão do consumo e a minimização de danos associados a sobredosagem.

Conclusões e recomendações

Entre os serviços de redução de danos, incluem-se as **equipas de proximidade e espaços fixos (*drop in*) para as PUD**, essenciais para a redução das barreiras de acesso aos serviços, encorajando a ligação aos serviços formais. Estes contribuem fundamentalmente para uma resposta integrada e holística, que contempla a distribuição de material de consumo, educação para o consumo mais seguro, apoio social e de saúde, referenciação e acompanhamento para os mais variados *stakeholders* que providenciam serviços em áreas que entroncam com o consumo de drogas. Importa que estas respostas disponham de uma abordagem integrada, que possa incluir programas de empregabilidade e intervenções de combate ao estigma (EMCDDAb, 2021). Com base nas barreiras de acesso levantadas, algumas medidas são consideradas essenciais (Tabela 2).

Tabela 2 - Alargamento das equipas de proximidade e espaços fixos (*drop in*) para PUD

EIXO 1 - Alargamento das equipas de proximidade e espaços fixos (<i>drop in</i>) para PUD	FINALIDADE	OBJETIVOS	MEDIDAS
	F1. INCREMENTAR AS RESPOSTAS NOS CONTEXTOS	F1.O1. Melhorar as abordagens e intervenções desenvolvidas	F1.O1. M1. Otimizar e reforçar respostas de proximidade e fixas já existentes, geograficamente (abranger mais freguesias) e com diversificação horária (horário pós-laboral e noturno) F1.O1. M2. Reforçar a existência de respostas integradas em espaços fixos para as PUD, incluindo nestes distribuição de material de consumo, educação para o consumo mais seguro, apoio psicossocial e de saúde

Conclusões e recomendações

Considerando os padrões e locais de consumo identificados e também a experiência anterior de situações de sobredosagem, para além do trabalho realizado por estas equipas ao nível da disponibilização de material de consumo e educação para um consumo mais seguro, fica expressa a necessidade de considerar respostas adicionais. No decreto-lei de 183/2001, de 21 junho, está prevista, numa ótica de redução de danos, a **supervisão do uso de drogas**. As salas de consumo vigiado de drogas são unidades de saúde que oferecem uma alternativa ao consumo na via pública, fornecendo às PUD um ambiente limpo e seguro, permitindo a diminuição da morbilidade e mortalidade deste grupo. Com uma equipa multidisciplinar treinada para atuação em qualquer situação de emergência decorrente do consumo, tem sustentação e evidência de diminuição da transmissão de infeções. A educação para o consumo mais seguro, fumado e injetado, tem também impacto na diminuição de infeções da pele e tecidos moles, e outras complicações decorrentes do consumo injetado, frequentes nesta população (Morgan, Lee & Sebar, 2015; EMCDDA, 2018; EMCDDAb, 2021).

Importa salientar que os dados recolhidos em questionário retratam essencialmente a situação de consumo de drogas ilegais e não o consumo (exclusivo) de álcool. O método de recrutamento dos participantes, alinhado com as rotinas das equipas técnicas de rua, favoreceu um contacto com uma realidade com especificidades do ponto de vista da venda/procura e consumo, que é claramente distinta daquela que se observa no caso do consumo de álcool. Contudo, os modelos de *wet house* (sala de consumo de álcool) existem em diversas formas de aplicabilidade (contexto de *drop in*, albergues,...) o que permite uma redução de riscos associados ao consumo de álcool (Motta-Ochoa et al., 2022). Em 2020, em Portugal ocorreram 51 mortes por overdose, tendo existido um aumento significativo destas entre os anos de 2016 e 2019. Em relação às substâncias detetadas nestas overdoses, são de destacar os opiáceos (65%) e a cocaína (53%). O policonsumo de substâncias é frequentemente detetado nestes óbitos (SICAD, 2021). Os dados dos questionários apontam para o padrão de policonsumo de substâncias, bem como de situações de overdose descritas pelas PUD. Como uma preocupação crescente de saúde pública, uma das respostas que pode contribuir positivamente para a prevenção de mortes por overdoses opiáceas é a **distribuição comunitária de naloxona nasal** (EMCDDAb, 2021) (Tabela 3).

Tabela 3 - Respostas integradas de consumo seguro

	FINALIDADE	OBJETIVOS	MEDIDAS
EIXO 1 - Respostas integradas de consumo seguro	F1. PROMOVER E DIVERSIFICAR RESPOSTAS DE CONSUMO MAIS SEGURO	F1.O1. Alargar as respostas e serviços de intervenção de redução de danos	<p>F1.O1. M1. Desenvolver espaços de consumo assistido, descentralizados e próximos das zonas de maior concentração das PUD</p> <p>F1.O1. M2. Desenvolver programas de apoio ao consumo injetado, para diminuição de práticas de consumo danosas e situações de <i>overdose/overamping</i></p> <p>F1.O1. M3. Adotar abordagens integradas para o consumo fumado e para a distribuição de material de consumo fumado (cachimbos e pratas)</p> <p>F1.O1. M4. Consolidar abordagens para o consumo de álcool mais seguro, bem como de programas farmacológicos em ambulatório para prevenção da síndrome de abstinência alcoólica</p> <p>F1.O1. M5. Reforçar a distribuição e formação comunitária de naloxona nasal para as PUD, parceiros e familiares</p> <p>F1.O1. M6. Estabelecer serviços de <i>drug-checking</i> (testagem das drogas) para as PUD, em contexto fixo e de equipas de proximidade</p>

Conclusões e recomendações

No **Eixo 2 - Tratamento**, incluem-se as recomendações relacionadas com o acesso à Equipa Técnica de Tratamento e com a diversificação das alternativas disponíveis no Concelho. O acesso facilitado às equipas técnicas especializadas de tratamento destaca-se como uma necessidade básica, dado serem respostas direcionadas para as estruturas nacionais responsáveis pela política e serviços para as pessoas que utilizam drogas.

As PUD que consomem opiáceos têm como uma das intervenções centrais e largamente mais eficazes os programas de tratamento agonista opiáceo (TAO). Estes reduzem o uso dessas substâncias e a mortalidade associada. Na Amadora, apenas está disponível um programa de alto limiar de exigência, que representa para as PUD uma clara barreira no acesso a esta resposta, pelas exigências associadas ao acesso a este tipo de programa e pela distância a que se encontram disponíveis programas de baixo limiar de exigência (i.e., Lisboa). Os programas de **TAO em unidades móveis** promovem precisamente o acesso a pessoas que de outra forma não teriam devido às suas características, como a etnia e a instabilidade habitacional (Hall et al., 2014). A *American Association for the Treatment of Opioid Dependence* (AATOD) aborda a importância do alcance destas carrinhas, nas comunidades mais vulneráveis e marginalizadas (Chan et al., 2021; AATOD, 2022) (Tabela 4).

Tabela 4 - Acesso às equipas de tratamento e programas de tratamento agonista opiáceo (TAO)

	FINALIDADE	OBJETIVOS	MEDIDAS
EIXO 2 - Acesso às equipas de tratamento e programas de tratamento agonista opiáceo (TAO)	F1. POTENCIAR E ALARGAR AS RESPOSTAS PREVENTIVAS E DE TRATAMENTO	F1.O1. Reforçar intervenções preventivas e de tratamento	F1.O1. M1. Permitir o acesso das PUD às equipas de tratamento e programas de TAO disponíveis nas equipas de tratamento desburocratizando o seu acesso, incluindo a homogeneização dos procedimentos de transferência e partilha de processos entre equipas de tratamento
		F1.O2. Alargar a intervenção preventiva e de tratamento	F1.O2. M1. Implementar um programa de TAO de baixo limiar de exigência em formato de unidade móvel, por forma a chegar geograficamente às áreas de maior concentração das PUD no território F1.O2. M2. Implementar redes de comunicação e articulação com o sistema judicial, para garantir a continuidade e oferta de tratamento adequado no sistema judicial (detenções e prisões)

Conclusões e recomendações

No **Eixo 3 - Acesso a Cuidados de Saúde**, foram incluídas as medidas relacionadas com o acesso a diferentes níveis e tipologias de cuidados. Destacando os **serviços de saúde mental** e como descrito no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, a evolução das respostas nas últimas décadas prende-se com a **descentralização dos serviços**, o que tem levado à melhoria da acessibilidade e qualidade dos cuidados, permitindo respostas que estão próximas das populações e com articulação direta com centros de saúde e outras agências da comunidade. Também no Manual de Procedimento de Referenciação/Articulação entre a Saúde Mental e o Setor Social para as PSSA (2019), especificamente no que toca a estes serviços, é referido que estes devem ser o menos restritivos possível, com abrangência geo-demográfica alargada e que inclua uma diversificação das respostas e programas por forma a responder às necessidades essenciais de saúde mental (Fazenda, 2008; MS, 2008; Tavares, 2010; DGS, 2019) (Tabela 5).

Tabela 5 - Acesso aos cuidados de saúde primários, serviços de saúde mental e cuidados hospitalares

	FINALIDADE	OBJETIVOS	MEDIDAS
EIXO 3 – Acesso aos serviços de saúde primários, saúde mental e cuidados hospitalares	F1. DIVERSIFICAR E CONSOLIDAR RESPOSTAS	F1.O1. Criar novas respostas de intervenção e potenciar respostas existentes	<p>F1.O1. M1. Descentralizar cuidados de saúde primários e de saúde mental na comunidade, em espaços seguros, com atendimento com dias livres para as PUD em seguimento com as equipas de proximidade</p> <p>F1.O1. M2. Implementação de uma equipa de saúde mental que se desloque aos locais de pernoita e consumo a céu aberto</p> <p>F1.O1. M3. Discussão inter pares das equipas de proximidade e dos cuidados de saúde para a gestão de situações urgentes/emergentes de saúde mental e de promoção de intervenções de proximidade</p> <p>F1.O1. M4. Promoção do trabalho em rede entre todas as equipas de saúde</p>

Conclusões e recomendações

O **Eixo 4 - Intervenção Psicossocial** inclui quer as medidas relacionadas com a satisfação das necessidades básicas quer medidas relacionadas com a promoção da integração social. A evidência sugere-nos que as respostas que tenham agregado a si suporte psicossocial permitem uma maior continuidade dos cuidados e referência/ligação a outros serviços sociais e de saúde, bem como de reinserção social de populações tão marginalizadas com as PUD (EMCDDAa, 2021). Os dados recolhidos sinalizam um aparente alinhamento entre a perceção dos parceiros e das PUD, salientando a necessidade de respostas de alojamento, alimentação e empregabilidade. As pessoas que não conseguem satisfazer autonomamente as suas **necessidades básicas**, como a alimentação, alojamento, higiene pessoal e segurança, que estão na base da hierarquia das necessidades de Maslow, necessitam que o estado social faça este mesmo suporte (Lee & Greif, 2008; Patterson e Tweed, 2009; Bagget et al., 2011). Dos questionários e entrevistas realizados destaca-se que o único espaço físico onde é possível suprimir necessidades de **alimentação** e **higiene** encontra-se na freguesia da Falagueira-Venda Nova, pelo que a distância até aos principais locais de concentração dos PUD é uma barreira, bem como o seu encerramento aos fins-de-semana. Por outro lado, a estrutura móvel de distribuição do complemento alimentar circula somente dois dias por semana, na freguesia das Águas Livres, contudo com um espaço temporal pequeno, distribuindo uma única refeição nestes dias (Tabela 6).

Tabela 6 - Intervenção de apoio às necessidades básicas de alimentação e higiene

	FINALIDADE	OBJETIVOS	MEDIDAS
EIXO 4 – Intervenção de apoio às necessidades básicas de alimentação e higiene	F1. REFORÇAR AS RESPOSTAS DE APOIO ÀS NECESSIDADES BÁSICAS	F1.01. Consolidar e implementar respostas no concelho	F1.01. M1. Alargar geograficamente as respostas em unidade móvel de distribuição de complemento alimentar, incluindo distribuição ao fim de semana F1.01. M2. Alargar os espaços físicos de distribuição alimentar, próximos dos locais principais de concentração das PUD F1.01. M3. Criar mais e melhores espaços para a realização da higiene pessoal, uso de sanitários públicos e lavagem/distribuição de roupa F1.01. M4. Criar uma rede de cacifos solidários que com diversidade geográfica chegue às PUD nas diversas freguesias para agregação dos seus pertences pessoais

Conclusões e recomendações

No que se refere ao **alojamento**, a evidência sugere que, para as PUD que estão em situação de sem-abrigo (54% dos participantes do estudo), a inexistência de uma resposta de alojamento está associada ao uso menos seguro e com maior dano de drogas (Pan et al., 2020). A estratégia nacional para a integração de pessoas em situação de sem-abrigo (ENIPSA) 2017-2023 tem como visão o consolidar de uma abordagem estratégica e holística de prevenção e intervenção, por forma a que ninguém tenha de permanecer na rua por ausência de alternativas (Cruchinho, 2018). A habitação estável desempenha um papel importante na estruturação das pessoas, sendo um direito constitucional, que deve ser assegurado. No concelho da Amadora verificam-se grandes limitações no acesso a respostas de acolhimento/alojamento para as PUD, levando à perpetuação da instabilidade associada à situação de sem-abrigo, à dependência das respostas de concelhos limítrofes, já de si com problemas de lotação e listas de espera, e à rejeição das próprias respostas por algumas pessoas por não se quererem afastar dos locais que lhes são familiares (Tabela 7).

Tabela 7 - Intervenção para as PUD em situação de sem-abrigo

EIXO 4 - Intervenção para as PUD em situação de sem-abrigo	FINALIDADE	OBJETIVOS	MEDIDAS
	F1. PROMOVER A INSERÇÃO SOCIAL DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE SEM-ABRIGO	F1. O1. Reforçar e diversificar as respostas para as PSSA	<p>F1. O1. M1. Garantir respostas integradas de alojamento, com apoio ao emprego, reinserção social, serviços de saúde e apoio à documentação e processos de regularização</p> <p>F1.O1. M2. Criar respostas de alojamento de inserção, em formato coletivo, através de albergues de emergência e temporários, para mulheres e homens, com ou sem crianças, com ou sem animais, em espaços físicos distintos</p> <p>F1.O1. M3. Criar respostas de alojamento de inserção, em formato individual, através de metodologias de <i>housing first</i></p>

Tabela 8 - Intervenção de reinserção social e empregabilidade

EIXO 4 - Intervenção de reinserção social e empregabilidade	FINALIDADE	OBJETIVOS	MEDIDAS
	F1. REFORÇAR AS RESPOSTAS DE REINERÇÃO E DE EMPREGABILIDADE	F1.O1. Implementar e consolidar respostas de inserção	<p>F1.O1. M1. Criar uma resposta de apoio para a empregabilidade, que tenha em conta a situação de vulnerabilidade das PUD</p> <p>F1.O1. M2. Alargar a oferta de projetos de educação formal e informal direcionada às PUD, por forma a aumentar as suas competências profissionais</p> <p>F1.O1. M3. Apoiar a inclusão no acesso das PUD a atividades culturais e recreativas promovidas pelo concelho</p>

Ainda no domínio psicossocial é de destacar a importância de respostas que promovam a integração social, contribuindo para uma abordagem holista da pessoa, que potencie o acesso ao **emprego** e qualificação profissional mas também a uma **rede de suporte**. Esta abordagem holista foi destacada quer pelas PUD quer pelos parceiros que participaram nos *workshops* (Tabela 8).

Conclusões e recomendações

No **Eixo 5 - Intervenção com Grupos Específicos**, considerámos medidas dirigidas a subgrupos identificados, designadamente migrantes e mulheres. O diagnóstico sinalizou o número de **pessoas indocumentadas**. Especificamente, aqueles que se encontram sem os seus processos de regularização tratados têm barreiras muito expressivas de acesso aos serviços, estando comprometida a sua referência pela necessidade obrigatória de documentação para o acesso. A interseccionalidade das suas questões acaba por ainda poder conter situações de trauma, desemprego, pobreza e fraco suporte familiar e social, o que compromete ainda mais a sua situação. No que toca especificamente à situação de saúde dos migrantes, a ausência de número de Serviço Nacional de Saúde (SNS) ou de Registo Nacional de Utentes (RNU), implica que os receituários e/ou MCDT's não consigam ser efetivados, como reportado nos questionários e entrevistas. De destacar que as necessidades entroncam essencialmente em serviços de assistência culturalmente sensíveis e que diminuam as barreiras comunicacionais, bem como ajuda na integração social, como documentação, entre outros (EMCDDAb, 2022) (Tabela 9).

Ainda no domínio do suporte psicossocial e acesso à saúde, importa considerar o caso específico das **mulheres** que usam drogas (20%, de acordo com os dados recolhidos por questionário). Neste caso, importa ter em conta algumas especificidades ao nível das necessidades: a possibilidade de estarem grávidas ou terem filhos ainda em idades precoces; a maior exposição a situações de violência e abuso; o envolvimento no trabalho sexual, como maior risco ao nível da saúde (Tabela 9).

Tabela 9 - Intervenção de apoio a populações específicas: migrantes e mulheres

	FINALIDADE	OBJETIVOS	MEDIDAS
EIXO 5 – Intervenção de apoio a populações específicas: migrantes e mulheres	F1. INTERVENÇÕES DIRECIONADAS A PUD COM NECESSIDADES ESPECÍFICAS	F1.O1. Criar redes de parceiros de apoio migrantes	<p>F1.O1. M1. Colaborar com estruturas da comunidade com longa experiência e sucesso na abordagem, auscultando a possibilidade de responderem a esta população ou de apoiarem o desenvolvimento de respostas específicas</p> <p>F1.O1. M2. Ligar formalmente os Centros Locais de Apoio à Integração de Migrantes (CLAIMS), existentes dois na região da Amadora (Norte e Sul), com as restantes equipas que dão apoio às PUD</p> <p>F1.O1. M3. Ligar interseccionalmente os outros planos e recursos do concelho, como o II Plano Municipal para a Integração de Migrantes na Amadora (2018-2020) e o Guia de Acolhimento para a População Migrante na Amadora (2020)</p> <p>F1.O1. M4. Elaborar um guião de suporte à intervenção com migrantes por forma a compreender quais os instrumentos e procedimentos para apoio aos processos de regularização</p>
		F1. O2. Criar redes de parceiros de apoio a mulheres	<p>F1.O2. M1. Ligar as mulheres com consumos a serviços com abordagem de <i>trauma informed care</i></p> <p>F1.O2. M2. Referenciar e estabelecer comunicação entre as mulheres e os serviços de planeamento familiar e cuidados ginecológicos/obstétricos</p> <p>F1.O2. M3. Promover a ligação e comunicação com entidades ligadas à proteção de menores, para mulheres que tenham filhos</p>

Conclusões e recomendações

O **Eixo 6 - Trabalho em Rede** remete para a importância da manutenção e consolidação do trabalho em rede, quer através de estruturas como o NPISA da Amadora quer outras que permitam a articulação com outros parceiros não incluídos no NPISA. O NPISA da Amadora tem na sua base a articulação da intervenção de múltiplas organizações, que atuam em diferentes frentes de ação, e que, em rede, procuram organizar-se em torno da intervenção da problemática das pessoas em situação de sem-abrigo. Na procura de traduzir os principais conhecimentos de cada ator chave desta rede, pretende-se que o conhecimento mútuo e informal de cada um se traduza numa capacidade de concretização de ações em conjunto. A experiência acumulada desta rede de parceiros pode e deve ser transferida para outras áreas em que a conjugação de esforços e valências seja relevante. Adicionalmente, parece essencial encontrar formas mais adequadas de disseminar os recursos existentes no território bem como os procedimentos de articulação e referenciação já definidos. A diversidade de atores e procedimentos torna ineficiente a centralização da informação apenas em pessoas-chave (Tabela 10). Designadamente, ficou patente a importância de desenhar um percurso assistencial, sensível às diferentes necessidades que vão surgindo ao longo da trajetória do indivíduo e integrado, que seja conhecido por todos os que atuam junto desta população.

Tabela 10 - Reforço do Trabalho em Rede

EIXO 6 – Reforço do Trabalho em Rede	FINALIDADE	OBJETIVOS	MEDIDAS
	F1. DINAMIZAR E POTENCIAR O FUNCIONAMENTO DO TRABALHO EM REDE	F1.O1. Promover a coesão e referencial de procedimentos	F1.O1. M1. Realizar ações de formação, sensibilização e qualificação entre equipas que atuam no concelho, incluindo o NPISA F1.O1. M2. Constituir uma plataforma interinstitucional com uma base de dados com as respostas existentes e procedimentos de articulação entre instituições F1.O1. M3. Criar um portal de referenciação que permita que todos os parceiros tenham articuladas, diretas e eficazes redes de comunicação entre si e outros serviços F1.O1. M4. Potenciar e replicar grupos de trabalho interinstitucionais de gestão de caso
F2. INTERVENÇÕES PROMOTORAS DE ARTICULAÇÃO CONCELHIA	F2.O1. Viabilizar canais de comunicação e respostas concertadas	F2.O1. M1. Melhorar a articulação entre os diferentes setores de atuação no concelho, que favoreça uma resposta às preocupações dos munícipes, mantendo o combate à exclusão e vulnerabilidade das PUD e PSSA F2.O1. M2. Realizar articulações conjuntas que reforcem a participação das autoridades (agentes da PSP e Polícia Municipal), bem como da Divisão de Serviços Urbanos (DSU) na efetivação de respostas e acompanhamento das PUD	

Conclusões e recomendações

O **Eixo 7 - Comunidade** remete para o papel do ambiente, designadamente do ambiente social, na resposta às necessidades das PUD. Finalmente, uma nota para a experiência subjetiva das PUD. É reconhecido que as intervenções no âmbito do consumo de substâncias psicoativas requerem mudanças de nível individual (comportamentos, conhecimentos e crenças), comunitário (pares e contexto social) e estrutural (respostas institucionais no território). Os resultados e recomendações discutidos acima remetem essencialmente para as mudanças de nível estrutural e suas implicações ao nível individual. Contudo, importa salientar a necessidade de assentar a atuação num conjunto de valores, que se reja pelo respeito pela **dignidade das pessoas e humanização**. A evidência sugere que fatores como a diminuição das suas capacidades, autoestima e sensação de utilidade perante a sociedade são frequentes nas pessoas que estão em situação de sem-abrigo e/ou com outras vulnerabilidades (MacKnee e Mervyn, 2002). Os dados das análises das entrevistas adensam esta questão devido ao **estigma** e **discriminação** sentidos pelas PUD e percebidos externamente por outros informadores-chave. Adicionalmente, algumas medidas implementadas no terreno não só reforçam esta perceção de estigma como poderão ter potenciais efeitos paradoxais. Por um lado, as equipas procuram ganhar a confiança das PUD, de forma a desenvolver uma relação de colaboração que favoreça a utilização de respostas que melhorem a sua saúde e as suas circunstâncias, reduzindo riscos e minimizando danos. Por outro lado, são implementadas ações de limpeza, que ameaçam essa confiança e podem até pôr em causa alguns dos progressos alcançados (exemplo, apreensão de material de consumo, com potencial partilha posterior; apreensão de medicação, com potencial interrupção de terapêuticas). Reconhecendo-se que a missão do Município abrange todos os municípios, parece essencial implementar medidas que sensibilizem a comunidade para as problemáticas das PUD no concelho e que envolvam a própria comunidade na identificação das melhores formas de desenvolver e implementar respostas bem aceites por todos (Tabela 11).

Tabela 11 - Intervenção integrada na comunidade

	FINALIDADE	OBJETIVOS	MEDIDAS
EIXO 7 - Intervenção Integrada na Comunidade	F1. PROMOVER A INTEGRAÇÃO DAS PUD NA COMUNIDADE	F1.O1. Promover dinâmicas de proximidade com todos os cidadãos	F1.O1. M1. Realizar ações de sensibilização e participação comunitária em relação à problemática dos consumos e comportamentos aditivos F1.O1. M2. Investir na participação e envolvimento das pessoas que utilizam drogas na dinamização comunitária do território F1.O1. M3. Realizar campanhas de sensibilização sobre a realidade das PUD, consciencializando a restante população sobre esta problemática e fornecendo aos mesmos informação sobre o trabalho que é realizado no concelho

Conclusões e recomendações

A abordagem metodológica utilizada no presente trabalho privilegiou a compreensão da situação num grupo específico de pessoas que utilizam drogas – pessoas que realizam consumos a céu aberto, que inclui de forma expressiva pessoas em situação de sem-abrigo e pessoas afastadas ou com dificuldades de adesão a estruturas da comunidade dirigidas ao tratamento.

Importa realçar que este trabalho **não** permite retratar as necessidades de toda a população que utiliza drogas no concelho, nomeadamente da população que se encontra em acompanhamento pela Equipa de Tratamento da Amadora, que não deixa de ser uma população com necessidades e vulnerabilidades às quais também é essencial dar resposta.

Outras situações de consumo, como o consumo de substâncias em contexto recreativo, também **não** foram abrangidas por este diagnóstico.

Bibliografia

AATOD (2022). Regulatory Reform and Policy Initiatives for OTPs in a Post Covid-19 World.

Baggett TP, Singer DE, Rao SR, O'Connell JJ, Bharel M, & Rigotti NA (2011). Food insufficiency and health services utilization in a national sample of homeless adults. *Journal of General Internal Medicine*, 26(6), 627-634.

Chan, B., Hoffman, K. A., Bougatsos, C., Grusing, S., Chou, R., & McCarty, D. (2021). Mobile methadone medication units: A brief history, scoping review and research opportunity. *Journal of substance abuse treatment*, 129, 108483.

Cruchinho, M. (2018). Estratégia nacional para a integração de pessoas em situação de sem-abrigo 2017-2023. ENIPSSA. Portugal Economia Social 2018.

DGS (2019). Pessoas em Situação de Sem-Abrigo: Manual de Procedimentos de Referência/Articulação entre a Saúde Mental e o Setor Social. Direção Geral de Saúde.

EMCDDA (2018). Salas de consumo assistido de drogas: panorâmica geral da oferta e provas de eficácia. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EMCDDAa (2021). Opioids: health and social responses. Miniguide. Health and social responses to drug problems: a European guide.

EMCDDAb (2021). Opioid-related deaths: health and social responses. Miniguide. Health and social responses to drug problems: a European guide.

EMCDDAa (2022). Women and drugs: health and social responses. Miniguide. Health and social responses to drug problems: A European guide.

EMCDDAb (2022). Migrants and drugs: health and social responses. Miniguide. Health and social responses to drug problems: A European guide.

Fazenda, I. (2008). O Puzzle Desmanchado: Saúde Mental, Contexto Social, Reabilitação e Cidadania. 1ª Edição.

Hall, G., Neighbors, C.J., Iheoma, J., Dauber, S., Adams, M., Culleton, R., Muench, F., Borys, S., McDonald, R., & Morgenstern, J. (2014). Mobile opioid agonist treatment and public funding expands treatment for disenfranchised opioid-dependent individuals. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46(4), 511-515

Kimmel, S., Bazzi, A., Barocas, J. (2020). Integrating harm reduction and clinical care: Lessons from COVID-19 respite and recuperation facilities. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 118,103-108

Lee BA, & Greif MJ (2008). Homelessness and hunger. *Journal of Health and Social Behavior*, 49(1), 3-19

MacKnee, C. M., & Mervyn, J. (2002). Critical Incidents that Facilitate Homeless People's Transition off the Streets. *Journal of Social Distress and the Homeless*.

Ministério da Saúde (2008). Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016: Resumo Executivo. Coordenação nacional para a Saúde Mental, 2008. 56p.

Morgan, K., Lee, J., Sebar, B. (2015). Community health workers: A bridge to healthcare for people who inject drugs. *Int J Drug Policy*. 26(4), 380-7.

Motta-Ochoa, R., Incio-Serra, N., Poliquin, H. et al. (2022). "A place to be safe, feel at home and get better": including the experiential knowledge of potential users in the design of the first wet service in Montreal, Canada. *Harm Reduct J* 19, 34.

Pan, Y., Metsch, L. R., Wang, W., Philbin, M., Kyle, T. L., Gooden, L.K. & Feaster, D. J. (2020). The Relationship Between Housing Status and Substance Use and Sexual Risk Behaviors Among People Currently Seeking or Receiving Services in Substance Use Disorder Treatment Programs.

Patterson, A., & Tweed, R. (2009). Escaping homelessness: anticipated and perceived facilitators. *Journal of Community Psychology*, 37(7), 846-858

Picchio, C., Valencia, J., Doran, J., Swan, T., Pastor, M., Martró, E., et al. (2020). The impact of COVID-19 pandemic on harm reduction services in Spain. *Harm Reduction Journal*. 17, 87

Rebelo, C. (2013). Balneários Públicos de Lisboa Expressão de Garantia dos Direitos Sociais? ISCTE. IUL. [Tese de Mestrado em Serviço Social, Instituto Universitário de Lisboa, Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas]

SICAD (2021). Relatório Anual 2020: A situação do país em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.

Tavares, I. (2010). Acompanhamento social a pessoas que viveram em situação de sem-abrigo com doença mental. [Projeto de Graduação Licenciatura em Serviço Social, Universidade Fernando Pessoa]

Tsai J. (2020). Is the Housing First Model Effective? Different Evidence for Different Outcomes. *American journal of public health*, 110(9), 1376-1377.