

**Dar Voz ao Território Psicotrópico:
Estudo de Caracterização das Pessoas que Usam Drogas
nos Projetos de RRMD do CRI Porto Ocidental**



ASSUNTO Este trabalho constitui o primeiro estudo sistematizado de caracterização de Pessoas que Usam Drogas (PUD) acompanhadas pelos Projetos de Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD) do CRI Porto Ocidental. Realizado entre 2023 e 2024, analisou o perfil sociodemográfico, clínico e comportamental das pessoas acompanhadas, identificando trajetórias de consumo, vulnerabilidades e necessidades de intervenção. Abrangendo cinco projetos territoriais — Rotas com Vida, Casa de Vila Nova, Âncora XXI, Despertar e Novas Metas — pretende contribuir para a consolidação de dados epidemiológicos locais e para o planeamento estratégico das respostas de RRMD.

A QUEM SE DESTINA O estudo destina-se a decisores e técnicos das áreas da saúde, intervenção social e políticas públicas, bem como a profissionais e equipas de RRMD. Dirige-se igualmente a investigadores, autarquias e entidades parceiras interessadas em compreender os fenómenos associados ao uso de substâncias psicoativas, às vulnerabilidades sociais e às necessidades de intervenção integrada, contribuindo para o planeamento, monitorização e qualificação das respostas locais e regionais.

PALAVRAS-CHAVE Redução de Riscos e Minimização de Danos; Pessoas que Usam Drogas; CRI Porto Ocidental; Consumo de Substâncias Psicoativas; Vulnerabilidade Social; Saúde Pública; Comportamentos de Risco; Epidemiologia Local.

FORMATO Editado em PDF

FICHA TÉCNICA

TÍTULO

Dar Voz ao Território Psicotrópico:
Estudo de Caracterização das Pessoas que Usam Drogas nos Projetos de RRMD do CRI Porto Ocidental

AUTORIA

Sónia Rodrigues

COLABORAÇÃO

Patrícia Carvalho –Departamento de Intervenção Integrada – ICAD.IP.

Hélder São João –ICAD.IP.

Pedro David Oliveira - CRI Porto Ocidental – ICAD.I.P.

Projeto Gabinete de Apoio “Casa de Vila Nova”

Projeto “Âncora XXI”

Projeto “Despertar”

Projeto “Novas Metas”

Projeto “Rotas com Vida”

GRAFISMO

ICAD, IP / Gabinete de Tecnologias e Sistemas de Informação

CAPA

Foto de Sónia Rodrigues num território psicotrópico da Zona Ocidental do Porto

EDITOR

ICAD, IP, Lisboa 2025.

ISBN

978-989-36639-6-7

DOI

[HTTPS://DOI.ORG/10.71665/1NQV-5E49](https://doi.org/10.71665/1NQV-5E49)



**Dar Voz ao Território Psicotrópico:
Estudo de Caracterização das Pessoas que Usam Drogas nos
Projetos de RRMD do CRI Porto Ocidental**

Edição 2025

ÍNDICE

PREÂMBULO	12
INTRODUÇÃO	15
1. ENQUADRAMENTO E FUNDAMENTAÇÃO	17
1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO GERAL	17
1.2. IMPORTÂNCIA DA CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES DE RRMD	18
1.2.1. Importância para o utente	18
1.2.2. Importância para as políticas públicas e para o planeamento estratégico	19
1.3. OBJETIVOS DO ESTUDO	22
1.4. ENQUADRAMENTO TERRITORIAL	22
2. METODOLOGIA DO ESTUDO	27
2.1. FONTE DE DADOS	27
2.2. PERÍODO DE RECOLHA	27
2.3. AMOSTRA	28
2.4. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA E ANÁLISE DE DADOS	28
2.5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	29
2.6. DESENHO DO ESTUDO	30
3. ANÁLISE DOS RESULTADOS E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	33
3.1. Utentes Acompanhados e Utentes Caracterizados por Projeto em 2023 e 2024	33
3.2. Identificação Sociodemográfica	35
3.2.1. Sexo	36
3.2.2. Idade	40
3.2.3. Nacionalidade	43
3.2.4. Concelho e Freguesia de Residência	46
3.2.5 Tipo de Alojamento	57

3.2.6. Coabitação	60
3.2.7. Situação profissional	63
3.2.8. N.º de Meses em Situação de Sem Abrigo	65
3.2.9. Fonte de Rendimento	68
3.2.10. N.º de Meses em Situação de Sem Abrigo	71
3.2.11. Encaminhamentos para as diversas estruturas socio-sanitárias	73
3.3. SÍNTESE DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, HABITACIONAL, COABITAÇÃO E ECONÓMICO	77
4. CARACTERIZAÇÃO DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	79
4.1. SUBSTÂNCIA PRINCIPAL	79
4.2. PREVALÊNCIA, FREQUÊNCIA E VIA DE CONSUMO	84
4.2.1. Heroína	85
4.2.2. Cocaína	94
4.2.3. Heroína e Cocaína	99
4.2.4. Crack/Base de Cocaína	104
4.2.5. Metadona Não Prescrita	109
4.2.6. Buprenorfina Não Prescrita	114
4.2.7. Benzodiazepinas	119
4.2.8. Canábis	125
4.2.9. Álcool	130
4.2.10. Outras Substâncias Psicoativas	135
4.3. SÍNTESE DO PADRÃO DE CONSUMOS	137
5. COMPORTAMENTOS DE RISCO	139
5.1. CONSUMO POR VIA ENDOVENOSA	139
5.2. PARTILHA DE MATERIAL CONSUMO ENDOVENOSO	142
5.3. PARTILHA DE MATERIAL CONSUMO FUMADO	145
5.4. LOCAL DE CONSUMO NOS ÚLTIMOS 30 DIAS	146
5.5. RELAÇÕES SEXUAIS A TROCO DE DINHEIRO OU QUALQUER VANTAGEM	150
5.6. RELAÇÕES SEXUAIS SEM PRESERVATIVO COM PARCEIRO INFETADO	157
5.7. SÍNTESE DOS COMPORTAMENTOS DE RISCO	160
6. DADOS CLÍNICOS/INFEÇÕES	163

6.1. SITUAÇÃO FACE AO VIH	163
6.2. SITUAÇÃO FACE AO VHC	168
6.3. SITUAÇÃO FACE AO HVB	172
6.4. SITUAÇÃO FACE À TUBERCULOSE (TP)	175
6.5. SÍNTESE DO PERFIL DOS DADOS CLÍNICOS/ INFEÇÕES	180
7. ACOMPANHAMENTO EM CAD AO LONGO DA TRAJETÓRIA	181
7.1. INTEGRAÇÃO EM PROGRAMAS DE SUBSTITUIÇÃO OPIÁCEA (PSBLE)	182
7.2. SITUAÇÃO RELATIVA A SOBREDOSAGENS AGUDAS	184
7.3. SÍNTESE DO PERFIL – ACOMPANHAMENTO, PSBLE E SOBREDOSAGENS	187
10. SITUAÇÃO JUDICIAL	190
CONCLUSÃO	192
BIBLIOGRAFIA	199
ANEXOS	204
ANEXO 1 – FICHA DE CARACTERIZAÇÃO	205
Anexo 2 - Variáveis da Ficha de Caracterização	209
SIGLAS E ABREVIATURAS	216

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Utentes acompanhados e utentes caracterizados por projeto (2023–2024)	33
Tabela 2. Distribuição por Sexo - Amostra Total e Por Projeto de RRMD	36
Tabela 3. Distribuição por Idade - Amostra Total e Por Projeto	40
Tabela 4. Distribuição da Nacionalidade - Amostra Total e Por Projeto	43
Tabela 5. Distribuição por Concelho – Amostra Total	46
Tabela 6. Distribuição por Concelho no Projeto Âncora	47
Tabela 7. Distribuição por Freguesia no Projeto Âncora	48

Tabela 8. Distribuição por Concelho no Gabinete de Apoio Casa de Vila Nova	49
Tabela 9. Distribuição por Freguesia no Gabinete de Apoio Casa de Vila Nova	49
Tabela 10. Distribuição por Concelho no Projeto Despertar	50
Tabela 11. Distribuição por Freguesia no Projeto Despertar	51
Tabela 12. Distribuição por Concelho no Projeto Novas Metas	52
Tabela 13. Distribuição por Freguesia no Projeto Novas Metas	53
Tabela 14. Distribuição por Concelho no Projeto Rotas com Vida	54
Tabela 15. Distribuição por Freguesia no Projeto Rotas com Vida	55
Tabela 16. Distribuição por Tipo de Alojamento – Amostra Total e por Projeto	58
Tabela 17. Distribuição por Coabitação – Amostra Total e por Projeto	60
Tabela 18. Distribuição por Situação Profissional – Amostra Total	63
Tabela 19. Distribuição do N.º Meses em Situação de Sem Abrigo - Amostra Total	65
Tabela 20. Distribuição por Fonte de Rendimento – Amostra Total e por Projeto	68
Tabela 21. Distribuição por N.º Meses em Situação de Sem Abrigo – Amostra Total	71
Tabela 22. Distribuição por Encaminhamentos para as diversas Estruturas Socio Sanitárias da Rede - Amostra Total	74
Tabela 23. Perfil SocioDemográfico e Social das PUD acompanhadas	78
Tabela 24. Distribuição por Substância Principal – Amostra Total e por Projeto	80
Tabela 25. Distribuição da Prevalência da Heroína – Amostra Total	85
Tabela 26. Distribuição da Frequência de Consumo de Heroína nos últimos 12 meses – Amostra Total	87
Tabela 27. Distribuição da Frequência de Consumo de Heroína nos últimos 30 dias – Amostra Total	90
Tabela 28. Distribuição da Via de Consumo de Heroína nos últimos 30 dias – Amostra Total	92
Tabela 29. Distribuição da Prevalência de consumo de Cocaína – Amostra Total	95
Tabela 30. Distribuição da Frequência de Consumo de Cocaína nos últimos 12 meses – Amostra Total	96
Tabela 31. Distribuição da Frequência de Consumo de Cocaína nos últimos 30 dias – Amostra Total	97
Tabela 32. Distribuição da Via de Consumo de Cocaína nos últimos 30 dias – Amostra Total	98
Tabela 33. Distribuição da Prevalência do consumo de Heroína e Cocaína – Amostra Total	100

Tabela 34. Distribuição da Frequência de Consumo de Heroína e Cocaína nos últimos 12 meses – Amostra Total	101
Tabela 35. Distribuição da Frequência de Consumo de Heroína e Cocaína nos últimos 30 dias – Amostra Total	102
Tabela 36. Distribuição da Via de Consumo de Heroína e Cocaína nos últimos 30 dias – Amostra Total	103
Tabela 37. Distribuição da Prevalência do consumo de Crack/Base de Cocaína – Amostra Total	104
Tabela 38. Distribuição da Frequência de Consumo Crack/Base de Cocaína nos últimos 12 meses – Amostra Total	105
Tabela 39. Distribuição da Frequência de Consumo de Crack/Base de Cocaína nos últimos 30 dias – Amostra Total	106
Tabela 40. Distribuição da Via de Consumo de Crack/Base de Cocaína nos últimos 30 dias – Amostra Total	108
Tabela 41. Distribuição da Prevalência do consumo de Metadona Não Prescrita – Amostra Total	110
Tabela 42. Distribuição da Frequência de Consumo de Metadona Não Prescrita nos últimos 12 meses – Amostra Total	111
Tabela 43. Distribuição da Via de Consumo de Metadona Não Prescrita nos últimos 30 dias – Amostra Total	112
Tabela 44. Distribuição da Via de Consumo de Metadona nos últimos 30 dias – Amostra Total	113
Tabela 45. Distribuição da Prevalência do consumo de Buprenorfina Não Prescrita – Amostra Total	115
Tabela 46. Distribuição da Frequência de Consumo de Buprenorfina nos últimos 12 meses – Amostra Total	116
Tabela 47. Distribuição da Frequência de Consumo de Buprenorfina Não Prescrita nos últimos 30 dias – Amostra Total	117
Tabela 48. Distribuição da Via de Consumo de Buprenorfina Não Prescrita – Amostra Total	118
Tabela 49. Distribuição da Prevalência do consumo de Benzodiazepinas Não Prescritas – Amostra Total	120
Tabela 50. Distribuição da Frequência de Consumo de Benzodiazepinas Não Prescritas nos últimos 12 meses – Amostra Total	121

Tabela 51. Distribuição da Frequência de Consumo de Benzodiazepinas Não Prescritas nos últimos 30 dias – Amostra Total	122
Tabela 52. Distribuição da Via de Consumo de Benzodiazepinas Não Prescritas nos últimos 30 dias – Amostra Total	123
Tabela 53. Distribuição da Prevalência do consumo de Canábis – Amostra Total	125
Tabela 54. Distribuição da Frequência de Consumo de Cábis nos últimos 12 meses – Amostra Total	126
Tabela 55. Distribuição da Frequência de Consumo de Canábis nos últimos 30 dias – Amostra Total	127
Tabela 56. Distribuição da Via de Consumo de Canábis nos últimos 30 dias – Amostra Total	128
Tabela 57. Distribuição da Prevalência do consumo de Álcool – Amostra Total	130
Tabela 58. Distribuição da Frequência de Álcool nos últimos 12 meses – Amostra Total	131
Tabela 59. Distribuição da Frequência de Consumo de Álcool nos últimos 30 dias – Amostra Total	132
Tabela 60. Distribuição da Via de Consumo de Álcool nos últimos 30 dias – Amostra Total	133
Tabela 61. Distribuição da Frequência de Consumo de Consumo por Via Endovenosa ao longo da vida– Amostra Total e por Projeto	139
Tabela 62. Distribuição da Frequência de Partilha de Material de Consumo ao longo da vida– Amostra Total	142
Tabela 63. Distribuição da Frequência de Partilha de Material de Consumo Fumado ao longo da vida – Amostra Total	145
Tabela 64. Distribuição da Frequência do Local de Consumo nos últimos 30 dias – Amostra Total	148
Tabela 65. Distribuição da Frequência de Relações Sexuais a Troco de Dinheiro ou Qualquer Vantagem ao Longo da Vida – Amostra Total e por Projeto	150
Tabela 66. Distribuição da Frequência de Relações Sexuais a Troco de Dinheiro ou Qualquer Vantagem nos últimos 30 dias – Amostra Total e por Projeto	151
Tabela 67. Distribuição da Frequência de Relações Sexuais Sem Preservativo com Parceiro Infetado ao Longo da Vida – Amostra Total	157
Tabela 68. Distribuição da Situação face ao VIH - Amostra Total e por Projeto	163
Tabela 69. Distribuição do Acompanhamento para a infeção VIH ao Longo da Vida - por Projeto	165
Tabela 70. Distribuição do Acompanhamento para a infeção VIH nos últimos 30 dias - por Projeto	165

Tabela 71. Distribuição da Situação Face ao VHC – Amostra Total e por Projeto	168
Tabela 72. Distribuição do Acompanhamento Face VHC – por Projeto	171
Tabela 73. Distribuição da Situação Face ao VHB – Amostra Total por Projeto	172
Tabela 74. Distribuição da Frequência do Acompanhamento Face ao VHB—por Projeto	174
Tabela 75. Distribuição da Situação Face à Tuberculose – Amostra Total e por Projeto	176
Tabela 76. Distribuição do Acompanhamento/Tratamento Face à Tuberculose – por Projeto	178
Tabela 77. Distribuição do Acompanhamento em CAD ao Longo da Vida – Amostra Total	181
Tabela 78. Distribuição da Integração em Programa de Substituição Opiácea – Amostra Total	182
Tabela 79. Distribuição das Sobredosagens Agudas nos últimos 12 meses e 30 dias	185
Tabela 80. Distribuição de Problemas Judiciais na Amostra Total	190

ENQUADRAMENTO E FUNDAMENTAÇÃO

PREÂMBULO

“Dar Voz ao Território Psicotrópico”, emerge num contexto de crescente visibilidade dos padrões de consumo problemático de substâncias psicoativas, particularmente em populações caracterizadas por elevada vulnerabilidade social e clínica. Trata-se de grupos marcados por percursos prolongados de uso de drogas, comorbilidades físicas e mentais, processos de envelhecimento acelerado e exposição cumulativa a determinantes sociais adversos. Estas populações situam-se, frequentemente, em zonas de interseção entre exclusão social, precariedade habitacional e baixa cobertura de cuidados, permanecendo sujeitas a estigma, discriminação e significativa invisibilidade institucional.

A evidência disponível sobre estes segmentos populacionais continua limitada, devido, em grande medida, à dificuldade de alcançar grupos marginalizados através dos tradicionais instrumentos epidemiológicos de base populacional. Os sistemas nacionais de vigilância epidemiológica e os inquéritos de representatividade nacional tendem a sub-representar estes contextos, não permitindo caracterizar com precisão as dinâmicas de consumo, perfis clínicos, trajetórias terapêuticas ou necessidades em cuidados contínuos.

Os estudos nacionais realizados no passado centrados nos utilizadores de serviços de Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD), constituíram, à data, um contributo relevante para aproximar o conhecimento científico das especificidades destas populações. Ofereceram evidência empírica sobre padrões de consumo, condições de saúde, relações com os serviços e fatores estruturais associados ao risco, permitindo fundamentar políticas públicas mais alinhadas com necessidades reais.

O estudo agora apresentado aprofunda essa tradição de produção de conhecimento, oferecendo dados atualizados e uma análise detalhada das dinâmicas observadas em territórios de maior vulnerabilidade. A identificação que faz de áreas prioritárias de intervenção — com enfoque na expansão e qualificação das respostas de RRMD, na redução de barreiras de acesso, na continuidade dos cuidados e na integração entre serviços — contribui para reforçar a coerência e a eficácia das políticas orientadas para estas populações.

De forma agregada, este estudo reforça a necessidade de estratégias multissetoriais, territorialmente adequadas e sustentadas em princípios de saúde pública, direitos humanos e equidade no acesso aos cuidados. Evidencia a importância de políticas inovadoras e estruturalmente robustas, capazes de responder não apenas à mitigação imediata dos riscos e danos associados ao consumo, mas também de promover trajetórias sustentadas de reabilitação, integração social e dignidade. Simultaneamente, sublinha de forma inequívoca os desafios emergentes que a intervenção em RRMD enfrenta perante o progressivo envelhecimento das pessoas que usam drogas, exigindo adaptações programáticas e

modelos de cuidado compatíveis com perfis clínicos e sociais cada vez mais complexos. Um desafio para todos nós.

Joana Teixeira

Presidente do Conselho Diretivo – Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências (ICAD), I.P.

O presente estudo - **Dar Voz ao Território Psicotrópico: Estudo de Caracterização das Pessoas que Usam Drogas nos Projetos de RRMD do CRI Porto Ocidental**— nasce da vontade de compreender e dar visibilidade às realidades humanas que habitam os territórios onde a RRMD se constrói todos os dias.

Mais do que um exercício técnico, este estudo é um gesto de reconhecimento. Reconhecimento das pessoas que usam drogas (PUD) e que, muitas vezes, permanecem invisíveis nas estatísticas; das equipas que, no terreno, constroem pontes de confiança e das instituições que acreditam que a proximidade, o respeito e a dignidade são o ponto de partida de qualquer política pública eficaz.

Neste sentido, importa expressar um agradecimento particular às equipas dos projetos de RRMD. O trabalho diário que desenvolvem com as PUD — exigente, complexo e profundamente humano — encontra aqui mais uma forma de valorização. A elaboração deste estudo só foi possível graças ao esforço acrescido de preenchimento da ficha de caracterização, tarefa que assumiram com rigor, empenho e sentido de missão. A sua dedicação constitui um contributo inestimável para a qualidade desta análise e para o reforço da intervenção pública na área dos comportamentos aditivos e dependências.

Caracterizar é conhecer — e conhecer é cuidar. Os dados aqui apresentados permitem não apenas delinear perfis e tendências, mas sobretudo compreender trajetórias de vida, contextos de vulnerabilidade e possibilidades de mudança. O retrato que este estudo oferece é, portanto, o de um território vivo: feito de desafios, mas também de práticas inovadoras e de respostas que transformam realidades.

Destacamos que este trabalho constitui o primeiro exercício sistematizado de caracterização das pessoas acompanhadas pelas respostas de RRMD no território do CRI Porto Ocidental. Por se tratar de um estudo pioneiro, podem subsistir limitações inerentes à fase inicial de implementação da ficha de caracterização e dos procedimentos de monitorização. Ainda assim, esta análise representa um passo fundamental para

a construção de um sistema contínuo, rigoroso e baseado em evidência, capaz de fortalecer a qualidade das respostas de saúde pública e de orientar políticas mais humanas, sustentáveis e centradas nas pessoas — porque são elas que contam.

Finalmente o meu agradecimento, à autora deste estudo pela iniciativa, visão e empenho na sua concretização.

Isabel Sarmento

Coordenadora do Centro de Respostas Integradas do Porto Ocidental - Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências (ICAD), I.P.

INTRODUÇÃO

O consumo de substâncias psicoativas e as perturbações associadas ao seu uso representam um desafio complexo à saúde pública, às políticas sociais e aos direitos humanos (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2022). Estas perturbações caracterizam-se por padrões de consumo associados a dependência e a disfunção biopsicossocial, afetando não apenas os indivíduos, mas também as suas famílias e comunidades (American Psychiatric Association [APA], 2022).

Em Portugal, apesar dos avanços significativos no campo das políticas públicas e das práticas de saúde, persiste uma realidade marcada por desigualdades sociais, consumos problemáticos e trajetórias de exclusão (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD], 2023). As pessoas que usam drogas (PUD) constituem um grupo heterogéneo, atravessado por múltiplas vulnerabilidades — pobreza, doença mental, precariedade habitacional, exposição à violência e estigma — que exigem respostas flexíveis, intersetoriais e centradas na dignidade humana (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], 2024).

Neste contexto, as respostas de Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD) assumem um papel estruturante na política pública portuguesa e europeia. A RRMD não se limita à prevenção de doenças ou à mitigação das consequências do consumo; representa uma filosofia de intervenção baseada na aceitação, na relação e na valorização da pessoa independentemente do seu padrão de uso (DGS, 2023; ICAD, 2024). Estas respostas promovem o acesso a cuidados básicos, rastreios, apoio psicossocial e acompanhamento continuado, funcionando como dispositivos de contacto e mediação entre o indivíduo e a rede formal de cuidados (Portaria n.º 6-A/2024, de 4 de janeiro).

O Centro de Respostas Integradas (CRI) Porto Ocidental, inserido no Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências (ICAD, I.P.), intervém num território diverso — abrangendo as freguesias ocidentais da cidade do Porto e os concelhos da Maia, Matosinhos, Póvoa de Varzim, Vila do Conde, Santo Tirso e Trofa — marcado por profundas assimetrias sociais e por realidades urbanas de exclusão e marginalidade (INE, 2021). Coexistem neste território contextos de consumo visível, situações de sem-abrigo, pobreza extrema e sofrimento psicológico, exigindo uma intervenção territorializada, sustentada e colaborativa (ICAD, 2024).

O presente relatório, resulta de um trabalho sistemático de recolha de dados entre 2023 e 2024, desenvolvido pelas equipas de RRMD e de uma análise aprofundada ao longo de 2025. Através da Ficha de Caracterização (FC) das PUD (Anexo 1), desenvolvida pelo extinto IDT, I.P., foi possível reunir

informação sociodemográfica, clínica, social e comportamental permitindo delinear um retrato detalhado da população acompanhada.

Mais do que um exercício estatístico, este trabalho pretende dar visibilidade às pessoas e aos contextos. Caracterizar é compreender: reconhecer trajetórias individuais, identificar barreiras estruturais e revelar oportunidades de mudança. O estudo procura contribuir para o aprofundamento do conhecimento sobre as dinâmicas locais do consumo, para a avaliação das respostas implementadas e para a construção de políticas públicas mais equitativas e eficazes (EMCDDA, 2023; ICAD, 2024).

“Dar Voz ao Território Psicotrópico” traduz, neste sentido, um compromisso ético e científico: escutar o território, as pessoas que o habitam e as equipas que o percorrem. Este relatório pretende ser uma ferramenta de visibilidade, reflexão e ação — um contributo para reforçar práticas de proximidade e consolidar a centralidade das pessoas nas políticas de saúde e inclusão social (OMS, 2022; DGS, 2023).

1. ENQUADRAMENTO E FUNDAMENTAÇÃO

1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO GERAL

A caracterização das PUD constitui uma dimensão essencial para a compreensão das dinâmicas sociais e de saúde associadas ao consumo de substâncias psicoativas. O conhecimento sistematizado sobre quem são estas pessoas, quais as suas trajetórias, condições de vida e necessidades permite não apenas melhorar a resposta técnica no terreno, mas também orientar a formulação de políticas públicas mais equitativas e eficazes (EMCDDA, 2024; OMS, 2022; SICAD, 2023).

Num contexto marcado por transformações rápidas nos padrões de consumo — incluindo a presença crescente de novas substâncias psicoativas, a intensificação dos consumos fumados e a coexistência de múltiplos consumos — e por vulnerabilidades sociais cada vez mais acentuadas, torna-se imperativo dispor de informação atualizada, comparável e territorialmente sensível (EMCDDA, 2023; ICAD, 2024).

Fenómenos como a exclusão habitacional, o sofrimento psicológico não acompanhado, a doença mental grave, o envelhecimento da população consumidora e o agravamento das desigualdades estruturais reforçam a necessidade de caracterizar de forma contínua e rigorosa as PUD. Esta caracterização possibilita monitorizar tendências locais, antecipar riscos emergentes, identificar grupos particularmente vulneráveis e reforçar a articulação entre as áreas da saúde, proteção social, habitação e justiça (Bardwell & Kerr, 2021; DGS, 2023; ONUDC, 2023).

Neste enquadramento, a caracterização das PUD, quando realizada de forma sistemática e integrada, contribui para compreender territórios, orientar práticas e fundamentar decisões estratégicas, constituindo um instrumento indispensável para a construção de respostas de proximidade, baseadas na evidência e centradas nos direitos humanos (EMCDDA, 2024; OMS, 2022).

As respostas de RRMD assumem especial relevância neste processo, uma vez que intervêm junto de pessoas frequentemente afastadas das estruturas convencionais de tratamento. Operando num modelo de proximidade que privilegia a relação, o acolhimento e a dignidade, estas equipas constituem um dispositivo essencial de mediação entre populações vulneráveis e os sistemas formais de saúde e apoio social (DGS, 2023; ICAD, 2024; ONUDC, 2023).

As PUD representam realidades diversas — marcadas por histórias de vida singulares, trajetórias prolongadas de consumo, múltiplas perdas, desigualdades acumuladas e, em muitos casos, um afastamento persistente das respostas tradicionais. Neste contexto, as intervenções de RRMD assumem uma relevância acrescida, ao proporcionarem acolhimento incondicional, cuidados básicos, redução das consequências adversas associadas ao consumo e oportunidades de vínculo. Afirmam-se, assim, como

pilares de uma política pública baseada na dignidade, na evidência científica e na defesa dos direitos humanos (EMCDDA, 2023; OMS, 2022; Bardwell & Kerr, 2021).

1.2. IMPORTÂNCIA DA CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES DE RRMD

O preenchimento das FC possui um impacto duplo: melhora a intervenção individual e contribui para a construção de políticas públicas orientadas por evidência.

1.2.1. Importância para o utente

No plano individual, a FC beneficia a pessoa acompanhada ao qualificar o cuidado, personalizar a intervenção, facilitar o acesso a respostas integradas e reforçar o reconhecimento da sua voz nos processos de decisão (EMCDDA, 2023; OMS, 2022).

Mais do que um instrumento técnico de recolha de dados, a FC constitui uma ferramenta de reconhecimento e de cuidado. O seu preenchimento é frequentemente um momento privilegiado de diálogo, escuta e avaliação, que contribui para aprofundar a relação terapêutica e fortalecer o vínculo de confiança entre a equipa e o utente — fatores centrais para o sucesso das intervenções em populações vulneráveis (WHO, 2022; DGS, 2023).

Em primeiro lugar, a ficha promove um acolhimento individualizado. Ao recolher informação detalhada sobre a história pessoal, social e de consumo, permite à equipa conhecer de forma mais profunda o percurso e as necessidades de cada pessoa, evitando abordagens padronizadas ou baseadas em pressupostos. Este processo favorece uma relação de confiança, onde o utente se sente ouvido, compreendido e respeitado na sua singularidade.

Em segundo lugar, o instrumento possibilita uma avaliação integrada das necessidades. A recolha sistemática de dados clínicos e sociais facilita a identificação precoce de problemas de saúde física, mental ou social, permitindo o encaminhamento célere para consultas médicas, rastreios, programas habitacionais ou respostas de apoio social. Esta articulação — central para garantir continuidade de cuidados — aumenta a eficácia da intervenção e reforça o acesso a direitos essenciais (EMCDDA, 2024; ICAD, 2024).

Para além disso, as FC contribuem para a visibilidade e legitimação das PUD. Cada registo individual alimenta uma base de dados agregada que torna visíveis necessidades reais, contextos de vida e barreiras no acesso aos cuidados, permitindo que as políticas públicas sejam desenhadas com base em evidência

empírica e territorialmente situada. Assim, o instrumento assume também uma dimensão ética, ao apoiar a formulação de respostas mais justas, adequadas e dignas (ONU DC, 2023).

Por fim, o processo de preenchimento promove o empoderamento e a corresponsabilidade. Ao participar na recolha de informação e refletir sobre o seu percurso, o utente é convidado a reconhecer os seus recursos, dificuldades e prioridades, reforçando a autonomia e o sentido de participação no processo de cuidado.

Em síntese, o valor da FC ultrapassa a sua função administrativa: reside na capacidade de transformar informação em conhecimento útil, conhecimento em ação concreta e ação em dignidade reconhecida.

1.2.2. Importância para as políticas públicas e para o planeamento estratégico

Para além da sua relevância individual, a informação recolhida através das FC, constitui uma base empírica essencial para o planeamento, monitorização e avaliação das políticas públicas no domínio dos comportamentos aditivos e dependências. Cada ficha representa não apenas uma história individual, mas também um contributo coletivo para a melhoria das práticas e a humanização das respostas.

A caracterização das PUD, realizada pelas equipas de RRMD, constitui um pilar estruturante para compreender as dinâmicas associadas ao consumo de substâncias psicoativas e para planear intervenções eficazes, sustentáveis e ajustadas às realidades locais. As equipas de RRMD operam segundo um modelo de saúde pública e de direitos humanos que privilegia a proximidade, a acessibilidade e a adequação das respostas às necessidades reais das pessoas e comunidades (DGS, 2023; WHO, 2022).

O estudo de caracterização que decorre deste processo é, assim, uma ferramenta indispensável de planeamento, avaliação e qualificação das respostas, permitindo integrar conhecimento empírico e evidência científica para a melhoria contínua da intervenção (ICAD, 2024; EMCDDA, 2023).

Conhecimento aprofundado da população-alvo

A caracterização permite compreender quem são as pessoas acompanhadas, analisando variáveis sociodemográficas (idade, género, nacionalidade, situação habitacional), clínicas (estado de saúde, tratamentos, infeções transmissíveis) e sociais (redes de suporte, contextos de exclusão).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), conhecer o perfil das PUD é um passo fundamental para desenvolver respostas equitativas, culturalmente competentes e centradas nas necessidades reais, sobretudo em contextos de elevada vulnerabilidade social (WHO, 2022).

Esta informação possibilita:

- Identificar perfis de vulnerabilidade associados ao envelhecimento, duplo diagnóstico, ausência de habitação e exclusão social (DGS, 2021; Fernandes et al., 2023);
- Analisar tendências e transformações nos padrões de consumo, incluindo a emergência de novas substâncias psicoativas e o aumento do policonsumo (EMCDDA, 2023);
- Reconhecer necessidades emergentes relacionadas com saúde mental, habitação, desigualdades de género e migração (UNODC, 2023; ICAD, 2024).

Planeamento e adequação das respostas

Os dados obtidos através da caracterização permitem alinhar as respostas com as necessidades efetivas da população, promovendo maior eficácia e eficiência dos serviços. A análise sistemática dos perfis dos utentes possibilita:

- Ajustar as metodologias de intervenção e o perfil das equipas, de acordo com a complexidade clínica e social observada (EMCDDA, 2022);
- Planear ações de proximidade e abordagens inovadoras, como programas de consumo vigiado, dispositivos de intervenção móvel ou estratégias específicas para consumos fumados (ICAD, 2023; DGS, 2022);
- Definir indicadores de desempenho e resultados mensuráveis, permitindo monitorização contínua, comparabilidade temporal e melhoria baseada em evidência (WHO, 2023).

Fundamentação técnico-científica e política

A caracterização dos utentes constitui uma base empírica central para a decisão técnica e política, reforçando a articulação entre investigação, intervenção e políticas públicas. Os resultados obtidos:

- sustentam decisões de continuidade, expansão ou reorientação de projetos, com base em dados objetivos;
- apoiam a elaboração de diagnósticos territoriais e de planos locais ou regionais de intervenção no âmbito dos CAD;
- contribuem para a formulação de políticas públicas baseadas em evidência, em consonância com as orientações do ICAD, IP, da Direção-Geral da Saúde e do Observatório Europeu da Droga e Toxicodpendência (EMCDDA, 2023; ICAD, 2024).

Avaliação do impacto e monitorização da intervenção

A caracterização inicial e a sua atualização periódica constituem instrumentos fundamentais de monitorização e avaliação de impacto. Este processo permite:

- Medir a evolução dos perfis e das necessidades das pessoas acompanhadas ao longo do tempo, identificando mudanças estruturais ou emergentes (EMCDDA, 2022);
- Avaliar transformações associadas à intervenção, tanto em dimensões individuais — adesão, melhoria de práticas de consumo, acesso a cuidados — como coletivas — redução de riscos, aumento da literacia em saúde, melhoria de indicadores epidemiológicos (WHO, 2023);
- Produzir relatórios e indicadores comparáveis entre projetos e territórios, favorecendo a coerência, a qualidade e a complementaridade da rede de respostas (ICAD, 2024).

A recolha sistemática de dados, quando integrada em processos regulares de monitorização, contribui também para uma maior transparência, prestação de contas (*accountability*) e planeamento baseado em evidência, princípios valorizados pelos organismos nacionais e internacionais de saúde pública (EMCDDA, 2024).

Valorização da intervenção e da rede RRMD

A sistematização e análise dos dados de caracterização permitem ainda:

- Tornar visível o trabalho das equipas técnicas e o impacto social das respostas, muitas vezes invisibilizado pela informalidade ou pela natureza de proximidade das intervenções;
- Reforçar a credibilidade científica e técnica dos projetos, fortalecendo a sua posição junto de financiadores, parceiros institucionais e entidades reguladoras;
- Promover a aprendizagem organizacional e a inovação, alimentando práticas de reflexão crítica, formação contínua e melhoria dos processos (DGS, 2022; EMCDDA, 2023).

Deste modo, o estudo de caracterização assume-se não apenas como um instrumento de diagnóstico, mas como um pilar estruturante da qualidade, sustentabilidade e evolução das políticas e práticas de RRMD. A sua utilidade estende-se à saúde pública, à coesão social e à defesa dos direitos humanos das PUD, em consonância com os princípios internacionais de intervenção em populações vulneráveis (WHO, 2022; ICAD, 2024).

1.3. OBJETIVOS DO ESTUDO

O presente estudo tem como objetivo geral caracterizar a população acompanhada pelos projetos de RRMD, integrados no CRI Porto Ocidental, reunindo e analisando informação sociodemográfica, clínica e social. Esta caracterização visa aprofundar o conhecimento sobre as realidades locais do consumo de substâncias psicoativas e apoiar o planeamento de políticas públicas baseadas em evidência.

De forma mais específica, o estudo procura:

- Identificar os principais perfis sociodemográficos das PUD acompanhadas;
- Descrever os padrões de consumo e as vias de administração;
- Avaliar o estado de saúde física e o acesso a cuidados;
- Analisar as condições habitacionais, económicas e de integração social;
- Mapear as intervenções das equipas de RRMD e a sua articulação com outras respostas;
- Contribuir para a melhoria contínua das estratégias de redução de riscos e minimização de danos no território.

1.4. ENQUADRAMENTO TERRITORIAL

O CRI Porto Ocidental, integrado na rede do Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências (ICAD, I.P.), intervém numa área territorial ampla e heterogénea que abrange os concelhos do Porto (zona ocidental), Póvoa de Varzim/Vila do Conde, Matosinhos, Maia, Santo Tirso e Trofa. Este território combina zonas urbanas densamente povoadas com áreas semiurbanas e rurais, apresentando dinâmicas sociodemográficas diversas e padrões de consumo diferenciados. No seu conjunto, corresponde a uma população de cerca de 615 mil habitantes (INE, Censos 2021).

Território Psicotrópico do Porto Ocidental

Na zona ocidental do Porto, o CRI cobre as freguesias de Aldoar, Foz do Douro, Lordelo do Ouro, Massarelos, Nevogilde e Ramalde. É neste espaço que se localiza o principal “território psicotrópico” do concelho, caracterizado por intensas dinâmicas de consumo, desigualdades persistentes e processos de marginalização urbana.

Os bairros Dr. Nuno Pinheiro Torres e Pasteleira Nova constituem exemplos paradigmáticos desta tipologia. O conceito de *território psicotrópico* descreve espaços urbanos marcados por consumos

visíveis, degradação socio espacial, fragilidade institucional e coexistência de normas formais e informais de regulação (Costa & Pinto, 2020; Silva & Cruz, 2022). Nestes contextos, a gestão do espaço oscila entre controlo e cuidado, refletindo tensões contemporâneas entre políticas de segurança, processos de exclusão e direitos humanos (Bourgois & Schonberg, 2009; Tsemberis, 2010).

Apesar destes desafios, estes bairros tornaram-se igualmente espaços de inovação em saúde pública, impulsionados por respostas estruturantes de RRMD, como o Projeto “Rotas com Vida”, o Programa de Consumo Vigiado “Um Porto Seguro” e o Gabinete de Apoio “Casa da Vila Nova”. Em conjunto, estas intervenções transformaram a zona num laboratório vivo de ecologias de cuidado urbano, articulando consumo seguro, acompanhamento técnico e inclusão social.

Outros concelhos

Para além da zona ocidental da cidade do Porto — onde se localiza o principal território psicotrópico e onde se concentram dinâmicas intensas de marginalização urbana, consumo visível e intervenção de proximidade — os restantes concelhos apresentam configurações territoriais, redes comunitárias e padrões de consumo distintos, que influenciam as práticas de intervenção das equipas de RRMD:

- **Matosinhos e Maia** caracterizam-se por zonas urbanas e periurbanas com consumos dispersos e associados a trajetórias de exclusão social, desemprego estrutural e contextos habitacionais precários. Estas áreas exigem intervenções móveis e forte articulação com equipas de saúde mental, habitação e proteção social.
- **Póvoa de Varzim/Vila do Conde** combinam realidade urbana com zonas rurais e costeiras, onde predominam consumos crónicos em grupos socialmente isolados. As dinâmicas territoriais exigem uma abordagem de proximidade flexível e territorialmente sensível.
- **Santo Tirso e Trofa** apresentam um perfil mais interior, com consumos menos visíveis, mas frequentemente associados a pobreza persistente, baixa literacia em saúde e dificuldades de acesso a serviços especializados, reforçando a importância das equipas de rua e dos programas de substituição opiácea.

A diversidade destes territórios obriga a respostas diferenciadas e adaptadas às realidades locais, evidenciando a importância de uma intervenção territorializada, flexível e baseada na proximidade.

Respostas de RRMD no Território do CRI Porto Ocidental

O CRI Porto Ocidental integra um conjunto diversificado de projetos de RRMD, que asseguram respostas de proximidade e baixo limiar, orientadas pelos princípios de dignidade, não julgamento e cidadania ativa:

- **Projetos “Rotas com Vida”, “Âncora XXI”, “Despertar” e “Novas Metas”** — São Equipas de Rua com Programas de Substituição de Baixo Limiar de Exigência (PSBLE), que atuam junto das PUD em contextos de elevada vulnerabilidade social e consumo ativo. A sua missão centra-se na redução de riscos e minimização de danos, acesso a cuidados de saúde (incluindo rastreio de infeções transmissíveis, cuidados de enfermagem e apoio psicossocial), encaminhamento para respostas sociais e clínicas e reconstrução de trajetórias de vida.

As equipas asseguram também o acesso e acompanhamento a Programas de Substituição Opiácea (PSBLE), em estreita articulação com as Unidades de Tratamento do CRI Porto Ocidental, permitindo a adesão terapêutica continuada e a redução dos consumos de risco.

Assim, estas respostas transformam o encontro na rua num espaço de cuidado e a relação num instrumento de mudança, constituindo elos fundamentais entre a rua e os serviços formais, e contribuindo para a promoção da saúde, cidadania e dignidade das PUD.

- **Programa de Consumo Vigiado “Um Porto Seguro”** — a funcionar desde Novembro de 2023, depois de um período experimental de 12 meses, constitui uma das respostas mais emblemáticas e inovadoras da RRMD no Norte do nosso país. Instalado na zona da Pasteleira–Pinheiro Torres, integra salas de consumo supervisionado (injetado e fumado/inalado), zona de repouso pós-consumo, gabinete de enfermagem, apoio psicossocial e áreas de higienização e acolhimento. O programa assegura condições de segurança, higiene e acompanhamento técnico qualificado, concretizando um dos eixos estratégicos da política nacional de RRMD: o reconhecimento da pessoa que consome como sujeito de direitos.
- **Gabinete de Apoio “Casa da Vila Nova” (com PSBLE)** — direcionado a pessoas em situação de grave vulnerabilidade física, psicológica e social, muitas em contexto de sem-abrigo e doença mental não acompanhada, oferece acolhimento, cuidados de saúde e acompanhamento continuado, promovendo proximidade e reabilitação social.

1.5. POPULAÇÃO-ALVO E RELEVÂNCIA SOCIAL

A população acompanhada pelos projetos de RRMD caracteriza-se por níveis elevados de vulnerabilidade, incluindo exclusão habitacional, pobreza persistente, desemprego, isolamento social e fraca integração em respostas convencionais de saúde, tratamento e apoio social. Muitos utentes apresentam histórias prolongadas de consumo, infeções transmissíveis — como VIH, hepatites víricas e tuberculose —, comorbilidade psiquiátrica e deterioração progressiva das condições de vida.

O estudo desta população assume, por isso, particular relevância social, clínica e científica. Ao permitir compreender trajetórias, perfis de consumo e necessidades acumuladas, este relatório pretende contribuir para a formulação de políticas públicas informadas por evidência e para o reconhecimento do valor das respostas de proximidade. Conhecer o território é também uma forma de cuidar dele — de o tornar mais justo, inclusivo e solidário.

Articulação Territorial e Rede de Cuidados

A complexidade das necessidades identificadas reforça a importância de uma intervenção territorial articulada. Os dispositivos socio-sanitários de RRMD operam em estreita coordenação com as redes locais de saúde, proteção social, habitação e justiça, assegurando uma cobertura territorial ampla, integrada e adaptada às realidades locais.

As equipas de rua, o Gabinete de Apoio e o Programa de Consumo Vigiado constituem a linha da frente do contacto com as PUD. Promovem o acesso a cuidados básicos, rastreios, apoio psicossocial e espaços de consumo supervisionado, elementos fundamentais para a redução de danos individuais e coletivos, para a prevenção de infeções transmissíveis — como VIH e hepatites virais — e para a efetivação do direito à saúde pública (DGS, 2023; EMCDDA, 2024; WHO, 2022; UNODC, 2023).

Esta articulação, sustentada em práticas de proximidade, baixo limiar e numa abordagem centrada na pessoa, contribui para a construção de um verdadeiro ecossistema local de cuidados, alinhado com as orientações internacionais para a intervenção comunitária em populações vulneráveis e com os princípios estruturantes da política de redução de danos (ICAD, 2024; EMCDDA, 2023; Bourgois & Schonberg, 2009).

METODOLOGIA

2. METODOLOGIA DO ESTUDO

2.1. FONTE DE DADOS

O presente relatório, analisa os dados recolhidos através da FC que se encontra no Anexo 1, instrumento utilizado pelas equipas de RRMD. A FC reúne informação sociodemográfica, clínica, social e comportamental das pessoas acompanhadas, constituindo a principal fonte de dados para a análise quantitativa realizada. No Anexo 2, encontram-se identificadas todas as variáveis desta ficha e as respostas possíveis.

Apesar de a FC contemplar um conjunto alargado de variáveis, a presente análise centrou-se naquelas que apresentam maior relevância epidemiológica — por contribuírem para a compreensão dos padrões de consumo, dos contextos de vulnerabilidade e das trajetórias das pessoas acompanhadas — e maior relevância programática, na medida em que informam diretamente a organização, o planeamento e a orientação das respostas de RRMD no território. A seleção destas variáveis, que estão identificadas no índice deste estudo, encontra-se, assim, alinhada com os objetivos do estudo e com os eixos prioritários de intervenção em RRMD. Variáveis que apresentavam taxas elevadas de omissão, inconsistências no preenchimento ou limitada densidade informativa foram excluídas da exploração estatística, de modo a garantir a fiabilidade e coerência dos resultados. A decisão de não integrar todas as variáveis reflete, assim, uma opção metodológica fundamentada na qualidade dos dados disponíveis e na pertinência analítica das informações recolhidas, sem prejuízo de futuras análises mais detalhadas que poderão explorar as dimensões não incluídas nesta fase.

2.2. PERÍODO DE RECOLHA

O período de recolha de dados compreende janeiro de 2023 a dezembro de 2024, tendo a extração final sido realizada em 5 de janeiro de 2025. Foram incluídas todas as FC referentes a utentes que se encontravam ativos durante este intervalo temporal, entendendo-se como ativos aqueles que mantiveram acompanhamento ou intervenções documentadas pelas equipas de RRMD.

A definição deste período permitiu assegurar a comparabilidade entre projetos, contemplar dois anos civis completos de registos e garantir a estabilidade das séries de dados analisadas.

2.3. AMOSTRA

A amostra final é constituída por 508 pessoas que usam drogas (PUD) acompanhadas pelos projetos de RRMD do território do CRI Porto Ocidental no período em análise (2023-2024). Trata-se de uma amostra de natureza cumulativa, correspondente ao conjunto de utentes com registos válidos de caracterização disponíveis no sistema à data da extração final.

Foi excluído o Programa de Consumo Vigiado “Um Porto Seguro”, cuja atividade teve início em novembro de 2023 e que, por conseguinte, não dispunha de um volume de dados suficientemente consolidado ou comparável aos restantes projetos. Esta decisão metodológica permitiu assegurar a comparabilidade, consistência e robustez da análise estatística entre os diferentes dispositivos de RRMD.

Os dados analisados correspondem, assim, à totalidade das FC com registos completos e válidos, relativas aos utentes ativos durante o período de recolha, nos Projetos “Âncora XXI”; Gabinete de Apoio “Casa de Vila Nova”; Projeto “Despertar”; Projeto “Novas Metas “ e Projeto “Rotas com Vida”.

2.4. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA E ANÁLISE DE DADOS

A recolha de dados foi realizada pelos técnicos afetos aos projetos RRMD, no âmbito das suas atividades de proximidade com as PUD.

Com o objetivo de otimizar o processo de recolha e garantir maior consistência metodológica, a FC foi transposta para a plataforma Google Forms por profissionais da extinta DICAD/ARS Norte, com o propósito de ser aplicada transversalmente a todos os projetos de RRMD da Zona Norte. A utilização de um formulário digital permitiu:

- a uniformização dos registos,
- a redução de erros de transcrição,
- o preenchimento em tempo real pelas equipas de terreno,
- uma maior fiabilidade e consistência na monitorização das variáveis.

A plataforma *Google Forms* possibilitou a exportação automática das respostas para uma folha de cálculo em Microsoft Excel, permitindo a verificação manual e o tratamento detalhado de determinadas variáveis que não foram exportadas diretamente para o *Power BI*. Esta abordagem combinada — Excel para gestão e validação dos dados brutos e *Power BI* para análise estatística e visualização interativa — permitiu uma leitura mais abrangente, rigorosa e integrada da informação, reforçando a coerência e a fiabilidade dos resultados, que permitiram a construção das tabelas contidas neste documento.

A análise estatística baseou-se em indicadores descritivos, incluindo frequências absolutas e relativas, médias e percentagens. Os resultados são apresentados tanto para a amostra total agregada como por projeto individual, permitindo comparações inter projetos e face às médias gerais. A análise, validação final dos dados e interpretação dos mesmos foram conduzidas pelo CRI Porto Ocidental.

A anonimização dos dados foi garantida desde o momento da recolha, através da atribuição de códigos numéricos únicos a cada utente, sem qualquer associação direta a nomes, números de identificação ou outros elementos pessoais. Este procedimento assegurou o anonimato e a confidencialidade da informação, em conformidade com o Regulamento (UE) 2016/679 — Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) e com as orientações éticas do Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências (ICAD, I.P.).

Os dados foram utilizados exclusivamente para fins de análise agregada e estatística, sem qualquer possibilidade de identificação individual, garantindo a proteção integral da privacidade dos participantes.

2.5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos na análise:

- Utentes acompanhados pelos projetos de RRMD durante o período de recolha de dados, abrangendo tanto pessoas já integradas em acompanhamento como novos utentes que iniciaram seguimento nesse intervalo temporal;
- PUD que manifestaram concordância informada para o preenchimento da FC, após esclarecimento sobre os objetivos, finalidades e natureza anónima do registo;
- Fichas completas ou parcialmente completas, desde que contenham um núcleo mínimo de informação que permita a integração estatística, nomeadamente as variáveis:
 - idade,
 - género,
 - substância principal consumida.

O preenchimento da FC deve ocorrer preferencialmente no primeiro mês de acompanhamento, de modo a garantir que a informação recolhida reflète de forma fidedigna o momento inicial de contacto e as condições de vida, saúde e consumo do utente.

Foram excluídas da análise:

- fichas referentes a utentes com registos duplicados, identificados através de verificação cruzada das variáveis sociodemográficas e clínicas;
- fichas associadas a intervenções pontuais sem caracterização individual suficiente, não cumprindo o critério mínimo para análise estatística.

2.6. DESENHO DO ESTUDO

O presente trabalho enquadra-se num estudo observacional, descritivo e transversal, baseado na análise quantitativa e qualitativa dos dados recolhidos pelas equipas de RRMD do CRI Porto Ocidental, no período compreendido entre janeiro de 2023 e dezembro de 2024.

A investigação assenta na FC das PUD, utilizada como instrumento de registo técnico, clínico e epidemiológico. Este instrumento possibilita a análise agregada de variáveis sociodemográficas, clínicas, comportamentais e sociais, permitindo descrever o perfil da população acompanhada e identificar tendências locais relevantes.

Trata-se de um estudo não intervencional, que não envolveu manipulação de variáveis nem a implementação de procedimentos experimentais. A análise limita-se à observação sistemática e ao tratamento estatístico descritivo da informação recolhida no âmbito das práticas assistenciais e de proximidade das equipas de RRMD. Todo o processo segue o princípio de utilização secundária de dados para fins de avaliação, monitorização e planeamento, conforme recomendado pela EMCDDA e pela Organização Mundial da Saúde para estudos em contextos comunitários.

2.7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O presente estudo apresenta um conjunto de limitações que importa reconhecer, em nome da transparência metodológica e da integridade ética da investigação.

Em primeiro lugar, trata-se de um estudo observacional, descritivo e transversal, o que não permite estabelecer relações de causalidade nem acompanhar a evolução longitudinal dos participantes. A ausência de dados de seguimento sistemático limita a interpretação de tendências temporais e impede a análise da progressão clínica ou social das PUD.

Em segundo lugar, a qualidade e completude dos dados podem ser condicionadas por fatores inerentes ao contexto de terreno. Entre estes incluem-se a variabilidade na aplicação da FC entre técnicos, a fiabilidade da informação auto reportada, a existência de respostas em branco ou incompletas e as situações de instabilidade pessoal, psicológica ou social dos utentes no momento do preenchimento.

Importa sublinhar que a FC é um instrumento de registo assistencial e não um questionário estritamente padronizado para investigação, o que pode introduzir heterogeneidade adicional nos dados recolhidos.

Uma limitação relevante prende-se com o facto de a FC não ter sido preenchida para todos os utentes acompanhados pelas equipas de RRMD. Embora a população acompanhada seja substancialmente superior, apenas uma parte dos utentes dispõe de ficha preenchida em cada projeto e ano, registando-se taxas de caracterização que variam significativamente entre projetos e períodos (por exemplo, entre 5,5% e 64,5% em 2023 e entre 0% e 17,8% em 2024).

Esta discrepância decorre de múltiplos fatores operacionais e contextuais, tais como:

- a natureza fluida e irregular da intervenção de rua;
- dificuldades em realizar entrevistas completas com pessoas em situação de instabilidade;
- rotatividade elevada de utentes;
- falta de condições adequadas para recolha estruturada de dados no terreno;
- carga de trabalho das equipas, que priorizam a intervenção direta;
- diferenças entre projetos quanto à maturidade dos registos e recursos disponíveis.

Assim, a amostra analisada corresponde apenas aos utentes caracterizados, não refletindo necessariamente toda a heterogeneidade da população acompanhada. Este fator limita a representatividade dos resultados e deve ser tido em conta na sua interpretação.

Reconhece-se igualmente a possibilidade de viés de desejabilidade social, sobretudo em domínios sensíveis como práticas de consumo, saúde sexual, envolvimento judicial ou comportamentos de risco. Este tipo de viés pode levar à subnotificação de comportamentos estigmatizados ou considerados socialmente indesejáveis, devendo a interpretação dos resultados ser realizada com prudência.

Apesar destas limitações, o estudo constitui, no nosso entendimento, uma ferramenta fundamental para o conhecimento operacional das populações acompanhadas em contexto de RRMD. A informação produzida permite identificar necessidades emergentes, orientar políticas públicas, reforçar a coordenação interinstitucional e promover intervenções ancoradas em evidência e proximidade.

RESULTADOS E INTERPRETAÇÃO

3. ANÁLISE DOS RESULTADOS E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

3.1. Utentes Acompanhados e Utentes Caracterizados por Projeto em 2023 e 2024

A tabela 1, apresenta o número de utentes acompanhados e utentes caracterizados pelos cinco projetos de RRMD do CRI Porto Ocidental, permitindo avaliar a cobertura, a capacidade de registo e a consistência do processo de caracterização entre 2023 e 2024.

2023				2024			
Projeto	Utentes acompanhados	Utentes Caracterizados	%	Utentes acompanhados	Utentes Caracterizados	%	Total Utentes caracterizados
Âncora XXI	140	53	37,8	101	18	17,8	71
Despertar	189	122	64,5	212	9	4,3	131
Casa de Vila Nova	443	108	24,4	431	0	0	108
Novas Metas	112	49	43,7	74	0	0	49
Rotas com Vida	1410	76	5,5	1107	73	6,6	149
TOTAL	2294	408	17,8%	1925	100	5,20%	508

Tabela 1. Utentes acompanhados e utentes caracterizados por projeto (2023–2024)

A análise dos dados relativos aos utentes acompanhados e caracterizados pelos projetos de RRMD em 2023 e 2024, revela um conjunto de diferenças significativas entre anos e entre equipas. Em 2023, os cinco projetos em funcionamento acompanharam 2.294 pessoas, das quais 408 foram caracterizadas, correspondendo a uma taxa global de 17,8%. Já em 2024, embora o número total de pessoas acompanhadas se mantenha elevado (1.925), apenas 100 foram caracterizadas, o que representa uma quebra acentuada da taxa de caracterização para 5,2%. No conjunto dos dois anos, foram caracterizados 508 utentes. A menor taxa observada em 2024 reflete a natureza cumulativa do processo de

caracterização, não traduzindo uma diminuição da capacidade de resposta dos serviços, mas antes a consolidação progressiva da base de dados ao longo do tempo.

A análise dos dados evidencia diferenças marcadas entre os projetos e entre os dois anos em avaliação. Observa-se que o Âncora XXI caracterizou 53 pessoas em 2023, correspondendo a 37,8% dos 140 utentes acompanhados, mas registou uma descida significativa em 2024, ano em que apenas 18 pessoas foram caracterizadas (17,8% dos 101 acompanhados). No total, o projeto reuniu 71 fichas válidas. O projeto Despertar destaca-se em 2023 com a taxa de caracterização mais elevada entre todas as equipas (64,5%), tendo caracterizado 122 dos 189 utentes acompanhados. Contudo, em 2024 regista uma quebra muito expressiva, caracterizando apenas 9 utentes num universo de 212 acompanhados (4,3%), acumulando 131 fichas válidas nos dois anos.

A Casa de Vila Nova, apresenta 108 caracterizações em 2023 (24,4%), mas não registou qualquer caracterização em 2024, apesar de ter acompanhado 431 pessoas nesse ano, mantendo assim o total de 108 fichas. Situação semelhante ocorre no projeto Novas Metas, que em 2023 caracterizou 49 utentes (43,7% dos acompanhados), mas não registou qualquer caracterização em 2024, embora tenham sido acompanhadas 74 pessoas. O total de fichas deste projeto permanece, portanto, nas 49.

O projeto Rotas com Vida, que acompanha o maior volume de utentes em todo o território, apresenta taxas de caracterização tradicionalmente baixas, relacionadas com a sua natureza operacional: intervenção de rua, elevada mobilidade das pessoas acompanhadas e predominância de contactos breves ou orientados para necessidades imediatas. Em 2023, caracterizou 76 dos 1.410 acompanhados (5,5%) e, em 2024, 73 dos 1.107 (6,6%), acumulando 149 fichas no total dos dois anos.

A leitura global revela que 2023 foi o ano com maior produtividade de caracterização, com contributos expressivos de quatro das cinco equipas. Em contraste, 2024 apresenta uma redução generalizada, particularmente acentuada no Despertar, na Casa de Vila Nova e no Novas Metas, que praticamente deixaram de realizar caracterizações. Esta diferença entre anos reflete tanto as dinâmicas específicas dos territórios como constrangimentos operacionais, tais como limitação de recursos, reorganizações internas, sobrecarga assistencial e a própria natureza dos contextos de intervenção. Ainda assim, o total de 508 fichas de caracterização válidas representa um esforço significativo e constitui a base sólida para este primeiro exercício sistematizado de levantamento no território.

A compreensão destes resultados exige também integrar aspetos estruturais relacionados com a dimensão e natureza das equipas. O projeto Rotas com Vida, dada a sua intervenção diária em contexto de rua, opera em condições em que o contacto com os utentes é frequentemente breve, irregular e condicionado pelo estado clínico ou pelo consumo ativo, o que reduz a viabilidade da recolha de informação estruturada. Por contraste, projetos como o Despertar e o Âncora XXI funcionam em

contextos mais estáveis e com acompanhamento mais continuado, o que facilita o preenchimento e atualização da FC.

Existem ainda fatores organizacionais e técnicos a considerar. Nem todos os utentes acompanhados estão elegíveis para caracterização, nomeadamente quando os contactos são pontuais, anónimos ou realizados sem consentimento informado. Esta realidade contribui naturalmente para taxas de caracterização mais baixas em alguns contextos.

De uma perspetiva agregada, a taxa global de caracterização dos dois anos, situada em cerca de 20%, não deve ser interpretada como falha de cobertura, mas antes como o reflexo de uma fase inicial de consolidação do processo, equilibrando o rigor metodológico com os constrangimentos éticos e a complexidade das intervenções em CAD e RRMD. Estes resultados sugerem que a aplicação da ficha é mais viável em contextos de acompanhamento regular e menos exequível em intervenções de rua ou em situações de grande instabilidade. Sugerem também a importância de manter uma estratégia de monitorização anual, aliando a utilização da Ficha de Avaliação, o feedback técnico contínuo e a partilha de boas práticas entre equipas, reforçando a adesão ao processo e a fiabilidade da informação recolhida.

3.2. Identificação Sociodemográfica

O estudo do perfil sociodemográfico das pessoas acompanhadas pelas respostas de RRMD é um elemento essencial para compreender as dinâmicas sociais, culturais e territoriais associadas ao consumo de substâncias psicoativas e às trajetórias de vulnerabilidade.

Em primeiro lugar, a análise sociodemográfica permite contextualizar a intervenção. Variáveis como idade, género, nacionalidade, situação habitacional ou fonte de rendimento, ajudam a delinear o contexto de vida das pessoas acompanhadas, revelando fatores de risco, proteção e exclusão que influenciam os comportamentos de consumo, a adesão às respostas e o acesso aos cuidados. Do ponto de vista da saúde pública, conhecer o perfil sociodemográfico é indispensável para adequar os programas de prevenção, tratamento e reinserção às características reais da população, garantindo equidade no acesso e respostas diferenciadas para grupos com necessidades específicas — como mulheres, migrantes, pessoas em situação de sem-abrigo, idosos ou jovens consumidores ocasionais (WHO, 2022; EMCDDA, 2023). Em segundo lugar, esta caracterização permite identificar tendências e transformações sociais no fenómeno do consumo, como o envelhecimento das PUD, o aumento do policonsumo ou a feminização de certas formas de vulnerabilidade. Estes indicadores são fundamentais para ajustar as políticas públicas e os modelos de intervenção, promovendo estratégias mais responsivas e humanizadas (ICAD, 2024; DGS, 2023).

A nível territorial, o perfil sociodemográfico fornece uma base empírica para o planeamento local e regional, permitindo correlacionar fatores sociais (como desemprego, precariedade habitacional ou redes de apoio), com a distribuição geográfica das situações de consumo e exclusão. Esta análise orienta decisões sobre prioridades de investimento, localização de equipas de proximidade e articulação interinstitucional. Por outro lado, compreender quem são as pessoas acompanhadas reforça a dimensão ética e cidadã da intervenção. A recolha e análise responsável destes dados tornam visíveis realidades frequentemente invisíveis ou estigmatizadas, legitimando as PUD como cidadãos com direitos, necessidades e histórias próprias. Assim, o estudo sociodemográfico não é apenas uma exigência técnica, mas também um ato de reconhecimento e inclusão social (Rhodes et al., 2022; Marlatt, 1998). Por fim, no plano científico, o conhecimento detalhado das variáveis sociodemográficas permite comparar resultados entre projetos, territórios e períodos, sustentando análises longitudinais e investigações futuras sobre determinantes sociais da saúde e da exclusão. A integração deste tipo de dados em bases nacionais e europeias contribui para a harmonização estatística e para o desenvolvimento de políticas baseadas em evidência (EMCDDA, 2023; UNODC, 2023).

3.2.1. Sexo

A caracterização da amostra inicia-se pela análise da distribuição por sexo, uma variável fundamental para compreender os perfis demográficos das pessoas acompanhadas pelos projetos de RRMD.

Projeto	Masculino	Feminino	Total	% Masculino	% Feminino
Âncora XXI	63	8	71	88,7%	11,3%
Casa de Vila Nova	78	29	107	72,9%	27,1%
Despertar	99	32	131	75,6%	24,4%
Novas Metas	47	2	49	95,9%	4,1%
Rotas com Vida	113	34	147	76,9%	23,1%
Total	345	160	505	68,3%	31,7%
Em Branco N=3					

Tabela 2. Distribuição por Sexo - Amostra Total e Por Projeto de RRMD

Amostra Total

A amostra total de 508 utentes caracterizados evidencia uma predominância marcante do sexo masculino (79,3%), refletindo a tendência histórica observada nas respostas de RRMD em Portugal e na Europa (EMCDDA, 2023). Esta predominância masculina é coerente com a maior visibilidade e prevalência de homens em contextos de consumo de rua e em situações de sem-abrigo, bem como com padrões culturais e comportamentais que influenciam o acesso e a adesão aos serviços (WHO, 2022).

Um dos aspetos relevantes do presente estudo reside na composição de sexo da amostra, caracterizada por uma representação feminina relativamente superior à habitualmente descrita em populações com consumos de maior gravidade. Este resultado assume particular importância à luz da evidência internacional que aponta para a persistente sub-representação das mulheres nos sistemas de monitorização, nos serviços especializados e na investigação na área das dependências (EMCDDA, 2023; UN Women, 2022; WHO, 2021).

A literatura europeia tem evidenciado que as mulheres que usam drogas enfrentam barreiras acrescidas no acesso aos cuidados, incluindo estigma associado ao género, responsabilidades de cuidado, maior exposição a situações de violência e trajetórias de consumo frequentemente mais invisibilizadas (EMCDDA, 2023). Neste contexto, a representação feminina observada na presente amostra poderá refletir a capacidade dos dispositivos de RRMD para alcançar populações tradicionalmente menos captadas pelos modelos institucionais convencionais, em consonância com recomendações internacionais que preconizam o desenvolvimento de respostas *gender-responsive* (WHO, 2021).

Os resultados obtidos encontram-se alinhados com as orientações da Estratégia Europeia para a Igualdade de Género e com as recomendações das Nações Unidas, que sublinham a necessidade de integrar sistematicamente a perspetiva de género nas políticas públicas de saúde, incluindo na área das drogas, promovendo abordagens centradas na equidade e nos determinantes sociais da saúde (UN Women, 2022).

Apesar de constituírem cerca de um quinto da amostra (20,7%), as mulheres acompanhadas representam um subgrupo particularmente vulnerável, frequentemente exposto a múltiplos fatores de risco social e de saúde. A sua presença neste estudo evidencia o papel crescente das equipas de RRMD na identificação, acolhimento e acompanhamento de mulheres em contextos de vulnerabilidade, através de estratégias de proximidade, confidencialidade e articulação com respostas sociais, de saúde mental e de proteção social (ICAD, 2024; DGS, 2023).

Neste sentido, o estudo contribui para o reforço da evidência empírica sobre o papel dos serviços comunitários de baixo limiar de exigência na redução de desigualdades no acesso aos cuidados,

constituindo um contributo relevante para o planeamento de políticas públicas mais inclusivas e sensíveis às especificidades de género.

Análise Por Projeto

No projeto Âncora XXI foram caracterizados 71 utentes, dos quais 63 homens e 8 mulheres. A população acompanhada é predominantemente masculina, representando 88,7% do total, enquanto as mulheres correspondem a 11,3%. Esta distribuição revela uma presença feminina residual no território abrangido por esta equipa.

O Gabinete de Apoio Casa de Vila Nova apresenta um total de 107 utentes caracterizados, com 78 homens (72,9%) e 29 mulheres (27,1%). Trata-se de um dos projetos com maior proporção de mulheres, evidenciando uma realidade territorial onde a presença feminina assume maior expressão comparativamente às restantes equipas.

O projeto Despertar caracterizou 131 utentes, dos quais 99 homens (75,6%) e 32 mulheres (24,4%). Tal como na Casa de Vila Nova, observa-se uma proporção de mulheres superior à média global, sugerindo contextos de intervenção onde a feminização dos consumos e das vulnerabilidades associadas se manifesta de forma mais evidente.

No projeto Novas Metas foram caracterizados 49 utentes, sendo 47 homens e apenas 2 mulheres. Os homens representam 95,9% da amostra, enquanto as mulheres constituem apenas 4,1%, configurando a menor proporção de mulheres entre todas as equipas. Esta distribuição indica um perfil marcadamente masculino no território de intervenção deste projeto.

O projeto Rotas com Vida, responsável pelo maior número absoluto de pessoas caracterizadas entre as equipas, registou 147 utentes, dos quais 113 homens (76,9%) e 34 mulheres (23,1%). Embora predomine o sexo masculino, a proporção de mulheres é semelhante à encontrada nos projetos Casa de Vila Nova e Despertar, refletindo a diversidade e complexidade dos territórios de rua abrangidos.

No total geral da amostra, considerando os 505 utentes com informação válida, 345 são homens (68,3%) e 160 são mulheres (31,7%). A estes acrescem três registos em branco. A predominância masculina é clara, mas a proporção de mulheres aproxima-se de um terço da amostra, o que é relevante no contexto das intervenções em CAD e RRMD, onde as mulheres tendem a apresentar vulnerabilidades específicas, frequentemente menos visíveis e sub-representadas.

Conclusão

A análise da variável “Sexo” evidencia um padrão estrutural de masculinização das populações acompanhadas nos programas de RRMD, fenómeno amplamente descrito na literatura europeia e nacional. De acordo com o *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA, 2023) e com o *Relatório Anual do SICAD* (2023), a maioria das pessoas acompanhadas em respostas de RRMD são homens — geralmente entre 70 % e 80 % da amostra total — refletindo a predominância masculina entre os consumidores de substâncias em contexto de rua e consumo público. Este padrão tem sido associado a fatores socioculturais, trajetórias de consumo mais longas e maior visibilidade social do uso masculino (UNODC, 2023).

Paralelamente, observa-se uma sub-representação feminina, que pode refletir barreiras estruturais e simbólicas de acesso às respostas formais. As mulheres que consomem drogas enfrentam frequentemente estigma social acrescido, medo de perder a guarda dos filhos, histórico de violência de género e falta de respostas adequadas às suas necessidades específicas (EMCDDA, 2021; WHO, 2022). Em muitos casos, o consumo feminino decorre de experiências de trauma, relações abusivas e vulnerabilidades socioeconómicas agravadas, o que reforça a invisibilidade e o não-recorso às respostas tradicionais (Grella & Lovinger, 2012; SICAD, 2021).

Neste sentido, destaca-se a importância de consolidar respostas seguras e específicas para mulheres, incluindo espaços de acolhimento diferenciados, cuidados de saúde integrados e programas de empoderamento social (EMCDDA, 2023; Mathias, O’Doherty & Frank, 2024). As normas nacionais e europeias sublinham a necessidade de ambientes terapêuticos que garantam privacidade, proteção e abordagens centradas na pessoa, sensíveis às experiências de género e trauma (DGS, 2023; Portaria n.º 6-A/2024).

Os resultados obtidos neste estudo reforçam, assim, a necessidade de incluir o género como variável transversal no planeamento, monitorização e avaliação das respostas (UNODC et al., 2022; WHO, 2022). É igualmente prioritário aumentar a visibilidade das mulheres consumidoras, combatendo a sua invisibilidade estatística e institucional (SICAD, 2021; EMCDDA, 2021) e aprofundar a articulação com estruturas de saúde mental, habitação e violência doméstica, dada a coexistência de múltiplas vulnerabilidades (Grella & Lovinger, 2012; WHO, 2022).

O conjunto dos dados evidencia uma realidade predominantemente masculina no acompanhamento das PUD no território do CRI Porto Ocidental. Contudo, a presença feminina, embora minoritária, requer atenção especializada e políticas de equidade, assegurando que as respostas não apenas tratam do consumo, mas também das que condicionam a saúde e o bem-estar das mulheres (EMCDDA, 2023; SICAD, 2021).

3.2.2. Idade

A análise da distribuição por idade na amostra total e por projeto revela um perfil marcadamente envelhecido entre as pessoas acompanhadas pelos projetos de RRMD do território do CRI Porto Ocidental.

Grupo Etário	Amostra Total ($\bar{x} = 50,85$)	Âncora XXI ($\bar{x} = 49,97$)	Casa de Vila Nova ($\bar{x} = 53,72$)	Despertar ($\bar{x} = 53,70$)	Novas Metas ($\bar{x} = 53,53$)	Rotas com Vida ($\bar{x} = 48,6$)
20–29	11	0	1	6	0	4
30–39	69	12	8	10	3	36
40–49	133	21	25	24	10	53
50–59	175	23	40	46	22	45
60–65	83	13	25	27	12	5
≥ 65	37	2	9	18	2	6

Tabela 3. Distribuição por Idade - Amostra Total e Por Projeto

Amostra Total

A média de idades da amostra total é de 50,85 anos, situando a maioria dos utentes em faixas etárias mais avançadas, tendência que se verifica de forma consistente em todos os projetos, ainda que com algumas variações.

Observa-se que os grupos etários entre os 40 e os 59 anos concentram a maior parte dos utentes caracterizados. O grupo dos 40–49 anos inclui 133 pessoas, enquanto o grupo dos 50–59 anos reúne 175, constituindo este último o maior segmento da amostra. Estes dados evidenciam a presença dominante de adultos de meia-idade, muitos deles com percursos prolongados de consumo e situações associadas de vulnerabilidade social, saúde fragilizada e trajetórias marcadas pela cronicidade.

O grupo dos 60–65 anos também apresenta valores expressivos, com 83 utentes, e o grupo com idade igual ou superior a 65 anos inclui 37 pessoas, o que confirma a tendência de envelhecimento das pessoas que usam drogas, fenómeno amplamente descrito na literatura e associado a padrões de consumo persistentes ao longo da vida, envelhecimento precoce e impactos cumulativos na saúde. Por contraste,

os grupos etários mais jovens estão pouco representados: apenas 11 utentes têm entre 20 e 29 anos e 69 entre 30 e 39 anos.

Análise Por Projeto

Analisando por projeto, os resultados mostram médias de idade relativamente próximas entre si, variando entre os 48,6 anos no Rotas com Vida e os 53,7 anos no Despertar e no Novas Metas. Esta proximidade reforça a homogeneidade etária global da população acompanhada, independentemente das diferenças territoriais e operacionais dos projetos.

No projeto Âncora XXI, a distribuição concentra-se sobretudo entre os 40–59 anos, com 23 utentes no grupo 50–59 e 21 no grupo 40–49. O mesmo padrão é visível na Casa de Vila Nova, onde os grupos mais representados são também os dos 50–59 anos (40 pessoas) e dos 40–49 anos (25). O projeto Despertar segue a mesma tendência, com predomínio dos grupos 50–59 (46) e 60–65 (27), revelando uma população particularmente envelhecida. No Novas Metas, embora o número total seja mais reduzido, a distribuição etária mantém o mesmo perfil, concentrando-se entre os 40 e os 59 anos. Já no Rotas com Vida, apesar de uma média de idades ligeiramente inferior (48,6 anos), a maior representação continua a situar-se entre os 40–49 anos (53) e os 50–59 anos (45), refletindo a maturidade etária dos utentes acompanhados em contexto de rua.

Conclusão

A análise realizada evidencia um predomínio claro de adultos de meia-idade e de “idosos jovens” na população acompanhada pelos projetos de RRMD do CRI Porto Ocidental, com presença residual de adultos mais jovens. Este padrão confirma a tendência de envelhecimento progressivo das pessoas que usam drogas (EMCDDA, 2023; UNODC, 2023). O envelhecimento dos utentes tem implicações significativas para as estratégias de intervenção, nomeadamente na gestão de comorbilidades físicas e mentais, no aumento da dependência funcional, nas limitações de mobilidade e na adequação das respostas sociais, clínicas e comunitárias. A presença crescente de pessoas com mais de 50 anos em contexto de consumo ativo ou em situação de vulnerabilidade evidencia também fenómenos de envelhecimento biológico acelerado, associados a percursos prolongados de consumo, pobreza estrutural e exclusão social (Kuerbis & Sacco, 2013; Rosen et al., 2011).

Os “idosos jovens”, frequentemente definidos como pessoas entre os 60 e os 74 anos (WHO, 2015), surgem em número crescente nas respostas de CAD e RRMD. No contexto das dependências, este grupo apresenta necessidades específicas decorrentes da coexistência de múltiplas patologias crónicas,

fragilidade física, limitações funcionais e redes de suporte social reduzidas, sendo considerado pela literatura como um dos grupos emergentes mais vulneráveis nas intervenções de baixa exigência (EMCDDA, 2018; Han et al., 2017).

Os resultados obtidos neste estudo confirmam a tendência europeia de envelhecimento das pessoas com perturbações por uso de substâncias, que permanecem ativas em contextos de vulnerabilidade social e com consumos prolongados (EMCDDA, 2023; UNODC, 2023). Este fenómeno traduz um novo perfil epidemiológico, caracterizado pela acumulação de doenças associadas ao envelhecimento, pela necessidade de cuidados integrados, pela redução da autonomia e pela menor capacidade de reinserção laboral (SICAD, 2023; DGS, 2023). Dados recentes do EMCDDA (2023), assinalam que a proporção de pessoas com mais de 50 anos em tratamento por opiáceos duplicou na última década, exigindo adaptações profundas nas respostas disponíveis, tanto ao nível clínico como social. Em Portugal, o SICAD (2021; 2023) sublinha igualmente a necessidade de requalificação das respostas de proximidade e da criação de estruturas residenciais e comunitárias de baixa exigência, capazes de acolher e acompanhar uma população cada vez mais envelhecida, fragilizada e com baixa autonomia funcional.

Assim, a variável idade demonstra que as equipas de RRMD do CRI Porto Ocidental, intervêm junto de pessoas em situação de cronicidade e envelhecimento social, reforçando a importância de reposicionar as estratégias de intervenção. Destacam-se como áreas prioritárias:

- a articulação estruturada com os cuidados de saúde primários e continuados;
- a prevenção de incapacidades físicas, senilidade precoce e declínio cognitivo;
- a adaptação das práticas de redução de riscos à idade, multimorbilidade e condição funcional dos utentes;
- e a necessidade de respostas sociais e residenciais de baixa exigência ajustadas ao envelhecimento em contextos de exclusão.

3.2.3. Nacionalidade

A análise da distribuição da nacionalidade na amostra total e por projeto revela uma população maioritariamente composta por cidadãos de nacionalidade portuguesa.

Nacionalidade	Amostra Total	Rotas com Vida	Âncora XXI	Despertar	Casa de Vila Nova	Novas Metas
Portuguesa	484	146	68	122	99	49
Angolana	4	1	1	0	2	0
Brasileira	8	0	1	6	1	0
Búlgara	1	0	0	0	1	0
Cabo Verdiana	1	0	0	0	1	0
Francesa	2	0	0	1	1	0
Indiana	2	1	0	0	1	0
Moçambicana	2	0	0	1	1	0
Marroquina	1	1	0	0	0	0
Ucraniana	2	0	1	0	1	0

Tabela 4. Distribuição da Nacionalidade - Amostra Total e Por Projeto

Amostra Total

Dos 508 utentes caracterizados, 484 são portugueses, representando a quase totalidade da amostra. Esta predominância é consistente com os perfis demográficos observados nas respostas de RRMD, onde a população nacional tende a ser largamente dominante e os utentes estrangeiros constituem uma minoria relativamente estável.

Entre os utentes não portugueses, identificam-se nacionalidades diversas, mas todas com frequência muito reduzida. Destacam-se a nacionalidade brasileira (8 pessoas), angolana (4), moçambicana (2), indiana (2), ucraniana (2) e francesa (2). Outras nacionalidades surgem de forma residual: búlgara (1), cabo-verdiana (1) e marroquina (1). Esta distribuição evidencia que, embora exista alguma diversidade

cultural e migratória entre as pessoas acompanhadas pelos projetos, o peso das nacionalidades estrangeiras permanece muito limitado, representando menos de 5% da amostra total.

Análise por Projeto

A análise por projeto confirma esta tendência. O **Rotas com Vida**, que apresenta o maior número total de utentes caracterizados (149), acompanha principalmente pessoas de nacionalidade portuguesa (146). Regista apenas três casos de nacionalidades estrangeiras: um angolano, um indiano e um marroquino. Os **projetos Âncora XXI, Despertar e Casa de Vila Nova**, apresentam pequenas variações, mas todos permanecem altamente dominados por cidadãos portugueses. O **Despertar** destaca-se por incluir um número ligeiramente superior de utentes brasileiros (6), o que pode refletir características específicas do território ou dos contextos sociais de inserção. A **Casa de Vila Nova** acompanha igualmente algumas pessoas de origem africana ou europeia de Leste, mas sempre em números muito reduzidos. O projeto **Novas Metas** apresenta exclusivamente utentes portugueses.

Conclusão

A análise da nacionalidade revela uma forte homogeneidade entre as pessoas acompanhadas pelos projetos de RRMD do CRI Porto Ocidental. Dos 508 utentes caracterizados, 484 têm nacionalidade portuguesa, representando mais de 95% da amostra. As restantes nacionalidades encontram-se distribuídas por pequenos grupos, maioritariamente provenientes de países lusófonos (Angola, Brasil, Cabo Verde e Moçambique), com a presença residual de outras origens, como a Bulgária, França, Índia, Marrocos ou Ucrânia. Esta distribuição evidencia que, embora exista alguma diversidade cultural e migratória, a população estrangeira acompanhada é numericamente limitada e dispersa.

Este padrão é coerente com o perfil socioeconómico e territorial das populações associadas ao consumo prolongado de substâncias e às situações de exclusão social severa, que tendem a ser maioritariamente compostas por residentes nacionais com trajetórias de pobreza estrutural, instabilidade habitacional e vulnerabilidade acumulada (SICAD, 2023; EMCDDA, 2023). A presença minoritária de pessoas migrantes, ainda que pouco expressiva, reflete tendências documentadas a nível europeu, segundo as quais o fenómeno das dependências é cada vez mais multicultural e atravessa também populações migrantes expostas a riscos acrescidos, como barreiras linguísticas, desconhecimento dos serviços, ausência de documentação ou redes sociais fragilizadas (UNODC, 2023; WHO, 2022).

Nos projetos com maior componente social e residencial, como a Casa de Vila Nova, esta diversidade, ainda que reduzida, adquire particular relevância, sublinhando a necessidade de desenvolver práticas culturalmente competentes que promovam uma intervenção inclusiva e equitativa. A acessibilidade dos serviços para pessoas migrantes implica considerar fatores como a comunicação intercultural, a mediação linguística, o conhecimento das trajetórias migratórias e a articulação com serviços

especializados de apoio a imigrantes, refugiados e requerentes de proteção internacional. Esta homogeneidade demográfica indica que as necessidades específicas das minorias migrantes tendem a surgir de forma pontual e não estrutural no território analisado. No entanto, a sua presença, ainda que reduzida, reforça a importância de integrar a dimensão intercultural na intervenção em CAD e RRMD, promovendo:

- formação das equipas em competências interculturais;
- mecanismos de mediação linguística e cultural;
- articulação consistente com estruturas de apoio a migrantes, saúde, proteção social e serviços comunitários.

A inclusão da variável “nacionalidade” no diagnóstico e no planeamento das respostas permite, assim, identificar desigualdades de acesso, antecipar necessidades específicas e construir respostas mais inclusivas e alinhadas com a diversidade do território.

3.2.4. Concelho e Freguesia de Residência

Esta variável é particularmente relevante para compreender a distribuição territorial das pessoas PUD e a abrangência geográfica das respostas de RRMD do CRI Porto Ocidental.

Concelho	Número de Indivíduos
Amarante	1
Braga	1
Castelo de Paiva	1
Chaves	1
Desconhecido	8
Espinho	4
Gondomar	1
Guimarães	1
Maia	117
Matosinhos	46
Monção	2
Oliveira de Azeméis	1
Paços de Ferreira	2
Paredes	1
Paredes de Coura	1
Ponte de Lima	1
Porto	234
Póvoa de Varzim	41
Trofa	1
Valongo	3
Vila do Conde	28
Vila Nova de Gaia	11
Vila Real	1

Tabela 5. Distribuição por Concelho – Amostra Total

Amostra Total

A análise da distribuição por concelho na amostra total, evidencia uma forte concentração dos utentes nos territórios diretamente abrangidos pelos projetos de RRMD do CRI Porto Ocidental, com destaque para os concelhos do Porto, Maia, Matosinhos, Póvoa de Varzim e Vila do Conde. Estes cinco concelhos representam a quase totalidade da amostra, refletindo a proximidade territorial dos serviços, a presença histórica de contextos de consumo e a maior densidade populacional associada às áreas urbanas da Área Metropolitana do Porto.

O concelho do Porto, destaca-se de forma muito expressiva, com 234 utentes identificados, correspondendo ao maior contingente da amostra. Este valor é coerente com o papel central do Porto como polo urbano, social e económico, mas também como território onde se concentram contextos de

consumo visíveis, itinerâncias associadas à rua e zonas de forte vulnerabilidade social. Seguem-se os concelhos da Maia, com 117 utentes e Matosinhos, com 46, ambos integrados nas rotas diárias de intervenção das equipas e caracterizados por bairros sociais, zonas industriais e áreas residenciais onde coexistem pobreza urbana e consumos de longa duração.

A Póvoa de Varzim e Vila do Conde surgem igualmente com números significativos — 41 e 28 utentes, respetivamente — refletindo a intervenção da equipa Âncora XXI e a presença de consumos crónicos associados a trajetórias de exclusão socioeconómica. Vila Nova de Gaia aparece com 11 utentes, valor que, embora pequeno, pode estar associado a mobilidade territorial, deslocações para consumos no Porto ou situações de sem-abrigo que atravessam fronteiras concelhias.

Para além destes territórios centrais, a amostra inclui um conjunto disperso de concelhos com valores muito reduzidos (entre 1 e 3 utentes), tais como Valongo, Paços de Ferreira, Paredes, Vila Real, Guimarães, Chaves, Castelo de Paiva, Espinho, Monção, Ponte de Lima ou Braga. Estes casos sugerem trajetórias de mobilidade, pessoas em situação de rua que circulam entre concelhos, contactos esporádicos das equipas em locais de passagem ou utentes que, apesar de residirem em concelhos periféricos, procuram serviços ou apoio social nos centros urbanos do Porto e área envolvente. A categoria “desconhecido”, com 8 registos, corresponde a situações em que não foi possível recolher a informação, seja por ausência de contacto aprofundado, recusa ou urgência da intervenção.

No conjunto, a distribuição por concelho confirma que a intervenção das equipas de RRMD está profundamente enraizada nos territórios urbanos centrais, onde se concentram as situações de maior vulnerabilidade, itinerância e cronicidade associadas ao consumo de substâncias psicoativas. A presença residual de utentes de concelhos mais distantes demonstra, por outro lado, que o fenómeno das dependências não é exclusivamente local, envolvendo percursos de mobilidade e dinâmicas territoriais que ultrapassam fronteiras administrativas. Esta informação é relevante para a compreensão das dinâmicas de acesso aos serviços e para o planeamento territorial das respostas de proximidade.

Análise por Projeto

Projeto Âncora XXI

Concelho	Número de Indivíduos
Amarante	1
Matosinhos	1
Porto	1
Póvoa de Varzim	40
Vila do Conde	28

Tabela 6. Distribuição por Concelho no Projeto Âncora

Freguesias	Número de Indivíduos
Amarante- Porto	1
Argivai	1
A-Ver-O-Mar	4
Caxinas	3
Estela	1
Junqueira	1
Matosinhos	1
Póvoa de Varzim	34
Vila do Conde	25

Tabela 7. Distribuição por Freguesia no Projeto Âncora

A análise da distribuição por concelho e freguesia no Projeto Âncora XXI evidencia uma forte concentração territorial da intervenção, refletindo de forma clara a delimitação geográfica e social deste projeto de RRMD. A grande maioria das pessoas acompanhadas reside nos concelhos da Póvoa de Varzim e de Vila do Conde, territórios que constituem precisamente a área de atuação prioritária desta equipa.

Ao nível dos concelhos, destaca-se a Póvoa de Varzim com 40 utentes, seguida de Vila do Conde com 28. Estes dois concelhos representam praticamente a totalidade da população caracterizada pelo projeto, demonstrando que o Âncora XXI atua de forma próxima e continuada em territórios com forte presença de consumos crónicos, redes sociais vulneráveis e contextos urbanos e periurbanos com desafios estruturais associados à pobreza, exclusão e instabilidade habitacional. Os restantes concelhos — Amarante, Matosinhos e Porto — surgem apenas com um utente cada, correspondendo provavelmente a situações de mobilidade interconcelhia, episódios pontuais de acompanhamento ou pessoas que utilizam simultaneamente serviços de várias zonas.

A análise ao nível das freguesias oferece uma leitura mais fina da territorialidade da intervenção. Na Póvoa de Varzim, 34 utentes residem na freguesia homónima, revelando um núcleo urbano central onde os consumos tendem a ser mais visíveis e onde se concentram contextos de exclusão e precariedade socioeconómica. Freguesias adjacentes como A-Ver-O-Mar (4 utentes), Caxinas (3), Estela (1), Argivai (1) e Junqueira (1) também surgem representadas, indicando que o fenómeno se distribui por várias zonas costeiras e periurbanas, com particular incidência em comunidades piscatórias e bairros de maior vulnerabilidade social.

No concelho de Vila do Conde, a distribuição é fundamentalmente concentrada na própria cidade, com 25 utentes identificados na freguesia de Vila do Conde. Esta concentração reforça o carácter urbano e litoral da intervenção, numa zona marcada por desigualdades socioeconómicas, consumos de longa duração e trajetórias de vida associadas a instabilidade habitacional, precariedade laboral e contextos familiares fragilizados.

Conclusão

O Projeto Âncora XXI atua num território geográfico bem definido, com forte concentração nos centros urbanos e costeiros da Póvoa de Varzim e Vila do Conde. A presença muito residual de utentes de outros concelhos, sugere que estes casos correspondem a mobilidade ou contactos pontuais, enquanto a grande expressão das freguesias centrais revela os pontos de maior vulnerabilidade e onde a intervenção de proximidade assume maior relevância. Estes dados sublinham a importância de manter uma abordagem territorializada, próxima e adaptada às especificidades socioculturais e comunitárias destes contextos.

Gabinete de Apoio “Casa de Vila Nova”

Concelho	Número de Indivíduos
Porto	108

Tabela 8. Distribuição por Concelho no Gabinete de Apoio Casa de Vila Nova

Freguesias	Número de Indivíduos
Aldoar- Porto	100
Massarelos- Porto	2
Miragaia- Porto	1
Paranhos- Porto	5

Tabela 9. Distribuição por Freguesia no Gabinete de Apoio Casa de Vila Nova

A distribuição por concelho e freguesia no Gabinete de Apoio “Casa de Vila Nova” revela uma intervenção altamente concentrada e territorialmente coerente com a missão deste projeto. Todos os 108 utentes caracterizados residem no concelho do Porto, o que confirma a natureza local, comunitária e de proximidade desta resposta, direcionada para populações em situação de maior vulnerabilidade social no território do CRI Porto Ocidental.

A análise por freguesia aprofunda esta leitura, demonstrando que a esmagadora maioria dos utentes (100) reside na freguesia de Aldoar. Esta concentração é particularmente significativa, uma vez que Aldoar integra zonas urbanas marcadas por condições socioeconómicas adversas, elevada exclusão social, histórico de consumos problemáticos e vulnerabilidades associadas, frequentemente descritas como contextos de “grande desorganização social” e com forte presença de consumos de longa duração. A centralidade de Aldoar nos percursos dos utentes reflete igualmente a localização geográfica do próprio

Gabinete de Apoio, profundamente enraizado na comunidade local e na resposta às necessidades emergentes daquele território.

As restantes freguesias — Paranhos (5 utentes), Massarelos (2) e Miragaia (1) — apresentam números pouco expressivos, correspondendo provavelmente a trajetórias individuais de mobilidade, a redes sociais dispersas ou a situações específicas de encaminhamento e acompanhamento pontual. Apesar de minoritárias, estas presenças sugerem que a Casa de Vila Nova mantém alguma capacidade de acolhimento e apoio a pessoas provenientes de outras zonas do Porto, sobretudo quando existe rotatividade habitacional, deslocação por acesso a serviços ou ausência de suporte noutras áreas.

Conclusão

O Gabinete de Apoio “Casa de Vila Nova” caracteriza-se por uma intervenção profundamente localizada, com forte ligação ao território de Aldoar, onde se concentram as situações mais graves de exclusão, vulnerabilidade económica e consumos crónicos. A sua composição territorial confirma o papel central desta resposta no apoio a populações com elevada precariedade social e habitacional, dependência funcional crescente e necessidade de acompanhamento intensivo. A presença residual de utentes de outras freguesias reforça a sua vocação comunitária e evidencia a relevância da proximidade na eficácia deste tipo de intervenção.

Projeto “Despertar”

Concelho	Número de Indivíduos
Gondomar	1
Maia	115
Matosinhos	3
Monção – Viana Castelo	2
Paços de Ferreira-Porto	1
Paredes-Porto	1
Paredes de Coura-Viana Castelo	1
Porto	2
Trofa-Porto	1
Valongo-Gondomar	3
Vila Nova de Gaia	1

Tabela 10. Distribuição por Concelho no Projeto Despertar

Freguesia	Número de Indivíduos
Águas Santas	28
Ponte da Barca	8
Maia	35
Câstelo da Maia	12
Oliveira do Douro- Vila Nova de Gaia	1
Gemunde	6
Gueifões- Matosinhos	1
Leça do Balio- Matosinhos	1
Gondim	3
Gueifães - Maia	2
Milheirós	5
Paredes	2
Pedrouços	1
Porto	1
Paços de Ferreira	1
Rio Tinto	1
Valongo	3
Vermoin	12
Matosinhos	1
Nogueira da Maia	6
Pedrouços	7
S.Pedro Fins	1
Santa Maria do Avioso	1
Silva Escura	4
São Mamede do Coronado-Trofa	1
Moreira da Maia	4
Padrão da Légua	1

Tabela 11. Distribuição por Freguesia no Projeto Despertar

A análise da distribuição territorial do Projeto Despertar, revela um padrão de intervenção amplamente concentrado no concelho da Maia, mas também marcado por uma significativa dispersão geográfica, característica das dinâmicas territoriais associadas ao consumo no Noroeste da Área Metropolitana do Porto. Esta dispersão reflete não só a mobilidade dos utentes, como também as especificidades do território onde a equipa intervém, abrangendo zonas urbanas, periurbanas e áreas industriais com forte presença de vulnerabilidade social.

Ao nível dos concelhos, observa-se que a Maia constitui o núcleo central da intervenção, com 115 dos utentes caracterizados. Este valor confirma que o Projeto Despertar atua sobretudo num território com elevada concentração de bairros sociais, consumos crónicos, contextos de marginalidade e redes familiares fragilizadas, sendo este concelho historicamente identificado como uma área de forte incidência de problemas associados ao uso de substâncias psicoativas. Outros concelhos aparecem representados de forma muito residual: Matosinhos (3), Valongo (3), Gondomar (1), Porto (2), Vila Nova de Gaia (1) e Trofa (1), além de alguns casos pontuais provenientes de territórios mais distantes como

Monção, Paços de Ferreira, Paredes e Paredes de Coura. Estes casos dispersos sugerem trajetórias individuais de mobilidade, deslocações associadas a redes sociais, episódios de abandono habitacional ou situações de acompanhamento não contínuo.

A análise por freguesia aprofunda e clarifica esta tendência. As freguesias da Maia apresentam o maior número de utentes, com destaque para Maia (35), Águas Santas (28), Vermoim (10), Castelo da Maia (12), Nogueira (6), Gemunde (6), Milheirós (5), Silva Escura (4), Moreira (4), Gueifães (2), Gondim (3) e Pedrouços (7). Esta forte concentração intra-concelhia evidencia que a equipa intervém sobretudo em territórios com densidade populacional elevada e com histórico de vulnerabilidade socioeconómica, onde se verificam contextos de consumo persistentes e necessidades complexas de apoio social.

Freguesias de concelhos vizinhos, como Rio Tinto (Gondomar), Ermesinde (Valongo), Oliveira do Douro (Vila Nova de Gaia), Paredes e Paços de Ferreira, surgem em números reduzidos, reforçando o carácter pontual e não estrutural desses contactos. A presença de freguesias mais distantes, como Ponte da Barca (8 utentes), merece particular atenção. Embora geograficamente fora da área de intervenção direta, estes casos podem refletir trajetórias de deslocação para trabalho, redes familiares dispersas, situações de instabilidade habitacional ou ligações anteriores ao território da Maia.

Conclusão

O Projeto “Despertar” apresenta uma intervenção territorialmente enraizada no concelho da Maia, mas marcada por uma diversidade geográfica que traduz a mobilidade das pessoas acompanhadas e a complexidade das suas redes sociais. A forte concentração nas freguesias da Maia confirma que este território constitui o epicentro dos fenómenos de consumo que a equipa acompanha, enquanto a dispersão residual reflete trajetórias pessoais de elevada instabilidade social, habitacional e familiar. Esta leitura é fundamental para o planeamento da intervenção, reforçando a necessidade de estratégias flexíveis, sensíveis ao território e ajustadas à mobilidade dos utentes.

Projeto “Novas Metas”

Concelho	Número de Indivíduos
Braga	1
Castelo de Paiva	1
Desconhecido	5
Maia	1
Matosinhos	39
Porto	2

Tabela 12. Distribuição por Concelho no Projeto Novas Metas

Freguesia	Número de Indivíduos
Amares - Braga	1
Castelo de Paiva	1
Custóias- Matosinhos	2
Desconhecido	5
Guifões-Matosinhos	1
Lavra-Matosinhos	1
Leça da Palmeira - Matosinhos	1
Leça do Balio-Matosinhos	2
Matosinhos	28
Perafita-Matosinhos	1
Santa Cruz do Bispo-Matosinhos	2
Miragaia-Porto	1
Nogueira da Maia, Maia	1
Massarelos-Porto	1
Senhora da Hora -Matosinhos	1

Tabela 13. Distribuição por Freguesia no Projeto Novas Metas

A distribuição territorial do Projeto “Novas Metas” revela um padrão de intervenção fortemente concentrado no concelho de Matosinhos, refletindo a delimitação territorial deste projeto e a natureza das vulnerabilidades presentes naquele território. Dos utentes caracterizados, 39 residem em Matosinhos, constituindo a grande maioria da amostra. Este dado confirma que o projeto atua sobretudo em contextos urbanos e periurbanos deste concelho, onde se encontram bairros sociais, zonas de habitação degradada, áreas industriais e territórios marcados por exclusão social, pobreza persistente e consumos de longa duração.

Para além de Matosinhos, surgem pequenos grupos de utentes provenientes de outros concelhos, nomeadamente Braga, Castelo de Paiva, Maia e Porto — todos representados por apenas um ou dois indivíduos. Estes valores muito reduzidos sugerem situações pontuais relacionadas com mobilidade habitacional, deslocações por razões familiares ou laborais, redes sociais dispersas ou contactos ocasionais com a equipa. A presença de cinco casos com concelho “desconhecido” indica igualmente situações em que não foi possível recolher esta informação devido à instabilidade habitacional, ausência de documentação ou características próprias da intervenção de rua.

Ao nível das freguesias, a distribuição reforça a centralidade de Matosinhos na intervenção. Das 39 pessoas residentes no concelho, 28 vivem na freguesia de Matosinhos propriamente dita, refletindo um núcleo urbano onde se concentram consumos visíveis, situações de sem-abrigo, contextos de precariedade social e necessidades acrescidas de apoio. Outras freguesias do concelho também apresentam valores, embora mais reduzidos, como Custóias (2), Leça do Balio (2), Santa Cruz do Bispo (2), Lavra (1), Guifões (1), Senhora da Hora (1), Perafita (1) e Leça da Palmeira (1). Esta distribuição demonstra

que o Projeto “Novas Metas” acompanha pessoas ao longo de uma diversidade de territórios dentro do concelho, muitos deles marcados por forte desigualdade social e por redes comunitárias fragilizadas.

Para além de Matosinhos, surgem casos residuais em freguesias de outros concelhos, como Miragaia e Massarelos (Porto), Nogueira (Maia), Amares (Braga) e Castelo de Paiva. Estes casos isolados sugerem trajetórias individuais com elevada mobilidade, podendo relacionar-se com situações de desestruturação familiar, ausência de residência fixa, deslocação por acesso a serviços ou reconfiguração temporária da rede social.

A presença de cinco registos com freguesia “desconhecida” é coerente com a realidade de pessoas em situação de sem-abrigo, em alojamento instável, ou com elevados níveis de desorganização pessoal e social — situações frequentes no universo dos projetos de RRMD.

Conclusão

O Projeto “Novas Metas” evidencia uma intervenção territorial bem definida e altamente concentrada em Matosinhos, especialmente na freguesia central. A dispersão residual por outros concelhos e freguesias reflete a mobilidade e a instabilidade habitacional de alguns utentes, mas não altera a conclusão central: a experiência do projeto está profundamente enraizada nas dinâmicas sociais e urbanas de Matosinhos, onde se localizam as situações mais frequentes de vulnerabilidade extrema, consumos crónicos e ausência de suporte social estruturado. Estes dados reforçam a importância de uma intervenção contínua, territorializada e articulada com as estruturas sociais e municipais daquele concelho.

Projeto Rotas com Vida

Concelho	Número de Indivíduos
Chaves	1
Espinho	4
Guimarães	1
Maia	1
Matosinhos	3
Oliveira de Azeméis	1
Paços de Ferreira	1
Ponte de Lima	1
Porto	121
Póvoa de Varzim	1
Vila Nova de Gaia	10
Vila Real	1
Desconhecido	3

Tabela 14. Distribuição por Concelho no Projeto Rotas com Vida

Freguesias	Número de Indivíduos
Porto - Aldoar	34
Espinho – Vila Nova de Gaia	4
Vila Nova de Gaia	8
Guimarães	1
Leça do Balio-Matosinhos	1
Lordelo do Ouro- Porto	6
Maia	1
Massarelos- Porto	2
Matosinhos	2
Oliveira de Azeméis - Aveiro	1
Porto	73
Paços de Ferreira- Porto	1
Paranhos-Porto	1
Ramalde -Porto	3
Mafamude - Vila Nova de Gaia	1
Santa Marinha-Vila Nova de Gaia	1
Vila Real	1
Desconhecido	8

Tabela 15. Distribuição por Freguesia no Projeto Rotas com Vida

A distribuição por concelho e freguesia no Projeto “Rotas com Vida” evidencia, de forma clara, a natureza profundamente urbana, móvel e heterogénea da população acompanhada por esta equipa, refletindo as especificidades da intervenção de rua em territórios marcados por múltiplas vulnerabilidades sociais, consumos ativos e forte mobilidade dos utentes.

Ao nível dos concelhos, observa-se uma concentração muito expressiva no concelho do Porto, que reúne 121 dos utentes caracterizados. Este valor confirma que o Porto constitui o epicentro da intervenção da equipa, o que é coerente com a localização dos principais contextos de consumo, zonas de sem-abrigo, espaços públicos utilizados para consumo e rotas diárias de circulação das PUD. Vila Nova de Gaia surge como o segundo concelho mais representado, com 10 utentes, refletindo a proximidade geográfica, as ligações rodoviárias e pedonais com o Porto e a mobilidade habitual das pessoas entre margens. Matosinhos (3), Espinho (4) e outros concelhos de menor expressão — como Oliveira de Azeméis, Póvoa de Varzim, Paços de Ferreira, Guimarães, Ponte de Lima ou Vila Real — aparecem com números muito reduzidos, associados sobretudo a trajetórias individuais de deslocação, instabilidade habitacional ou contactos pontuais com a equipa de rua. A presença de três casos com concelho “desconhecido” confirma igualmente a realidade de mobilidade extrema e ausência de residência fixa, frequente nos perfis acompanhados pelo projeto.

A análise por freguesia, mais detalhada, reforça esta leitura. Dentro do concelho do Porto, verificam-se concentrações significativas nas freguesias onde tradicionalmente se localizam problemas sociais mais intensos e contextos de consumo persistente. A freguesia de Porto (no seu conjunto agregador) apresenta 73 utentes, enquanto Aldoar surge com 34, confirmando o papel central das zonas do Bom Sucesso, Ramalde, Viso e envolventes, historicamente associadas a consumos de longa duração e exclusão social. Lordelo do Ouro aparece com 6 utentes, Ramalde com 3 e Massarelos com 2, completando o mapa das zonas urbanas onde a equipa atua regularmente.

De Vila Nova de Gaia, a equipa acompanha 8 utentes na freguesia central e casos pontuais em Mafamude e Santa Marinha, áreas urbanas articuladas com a mobilidade entre margens, incluindo consumos visíveis em zonas ribeirinhas e interfaces de transporte. As freguesias de Matosinhos (2), Leça do Balio (1) e Maia (1), refletem igualmente situações de mobilidade e transitabilidade associadas às rotas da equipa.

A presença de utentes provenientes de concelhos distantes, como Vila Real, Guimarães, Chaves ou Oliveira de Azeméis, traduz trajetórias de vida marcadas por deslocação contínua, ausência de residência estável, sem-abrigo itinerante ou redes sociais fragmentadas. Estes casos são típicos de populações com vínculos territoriais frágeis, que se deslocam ao Porto em busca de serviços sociais, oportunidades de sobrevivência diária, consumo ou simplesmente circulam entre territórios em situação de grande desorganização pessoal.

A categoria “desconhecido”, tanto ao nível concelhio (3 casos) como ao nível da freguesia (8 casos), é coerente com a realidade de utentes em situação de rua, sem documentação ou com incapacidade de fornecer informações de residência — aspetos frequentes no perfil dos utentes acompanhados pelo Rotas com Vida.

Conclusão

O Projeto Rotas com Vida apresenta uma intervenção territorial marcada pela concentração urbana no Porto e por uma dispersão geográfica significativa, reflexo da mobilidade, instabilidade habitacional e heterogeneidade da população em consumo ativo. O padrão territorial observado evidencia a necessidade de uma intervenção flexível, itinerante e adaptada às dinâmicas complexas da rua, reforçando o papel central da equipa enquanto resposta de primeira linha na redução de riscos e minimização de danos num dos territórios mais exigentes do CRI Porto Ocidental.

3.2.5 Tipo de Alojamento

A avaliação da situação habitacional é fundamental para compreender a complexidade das trajetórias de vida das PUD, uma vez que o alojamento constitui um dos determinantes mais estruturantes da saúde, da segurança e da inclusão social. A literatura demonstra que a precariedade habitacional — incluindo situações de sem-abrigo, alojamento instável ou condições habitacionais degradadas — está fortemente associada ao agravamento dos consumos, ao aumento de riscos sanitários e à dificuldade de acesso aos serviços de saúde e apoio social (WHO, 2022; FEANTSA, 2023).

A ausência de alojamento ou a permanência em condições inadequadas aumenta significativamente a exposição a múltiplos riscos: infeções agudas e crónicas, violência, desnutrição, deterioração da saúde mental, overdoses em contexto não supervisionado e mortalidade prematura (EMCDDA, 2023; Padgett et al., 2016). Além disso, a instabilidade habitacional limita a capacidade de desenvolver rotinas, manter vínculos familiares e sociais, aderir a programas terapêuticos ou cumprir tratamentos médicos de forma consistente, especialmente em pessoas com consumos problemáticos ou com comorbilidades psiquiátricas.

Do ponto de vista da intervenção, a situação habitacional é um dos principais fatores preditores da eficácia das respostas de RRMD. Pessoas em situação de sem-abrigo ou em “sem casa” tendem a necessitar de respostas mais intensivas, flexíveis e de proximidade, enquanto aqueles com alojamento estável revelam maior probabilidade de adesão a cuidados de saúde, programas de substituição, intervenção psicossocial ou reinserção social (Pleace, 2016; Tsemberis, 2010).

Tipo de Alojamento	Amostra Total	Âncora XXI	Casa de Vila Nova	Despertar	Novas Metas	Rotas com Vida
Familiar Clássico	233	49	38	99	28	18
Pessoas em Situação de Sem-Abrigo (PSSA): Sem Casa (barracas, anexos, casas devolutas, armazéns, hotéis, pensões)	69	8	30	19	3	9
Sem Teto (Rua)	159	11	14	8	9	115
Total de PSSA	228	19	44	27	12	124
Outro Alojamento Coletivo de Conveniência	33	2	22	2	5	2
Outro Alojamento Coletivo de Conveniência: CT	2	0	2	0	0	0
Em branco	14	1	2	2	4	5

Tabela 16. Distribuição por Tipo de Alojamento – Amostra Total e por Projeto

Amostra Global

A análise do tipo de alojamento na amostra total evidencia uma elevada prevalência de situações de grande vulnerabilidade habitacional entre as pessoas acompanhadas pelos projetos de RRMD do CRI Porto Ocidental. Dos 233 utentes que vivem em contexto de alojamento familiar clássico, um número quase equivalente (226) encontra-se em situação de sem-abrigo ou em condições habitacionais gravemente precárias, o que confirma a associação entre exclusão habitacional e uso problemático de substâncias, amplamente documentada na literatura (Pleace, 2016; EMCDDA, 2023; FEANTSA, 2022).

A categoria “Pessoas em Situação de Sem-Abrigo (PSSA)”, que reúne 226 indivíduos, representa uma parte substancial da amostra e reflete particularidades estruturais dos contextos de rua, como precariedade económica, rupturas familiares, isolamento social, ausência de redes de suporte e comorbilidades físicas ou mentais, fatores identificados pela Organização Mundial da Saúde como determinantes críticos da exclusão (WHO, 2022). Dentro desta categoria, destaca-se o Projeto Rotas com Vida, com 124 pessoas, o que é coerente com a sua intervenção centrada na rua e com o acompanhamento de populações em

grande instabilidade habitacional. A Casa de Vila Nova (44) e o Despertar (27) seguem-se em número absoluto, refletindo igualmente a atuação em territórios marcados por pobreza persistente e redes sociais fragilizadas.

A distribuição entre "Sem Casa" e "Sem Teto" permite aprofundar a leitura da precariedade habitacional. O subgrupo "Sem Casa" — que inclui barracas, anexos, casas devolutas, armazéns, hotéis e pensões — reúne 69 utentes, caracterizando condições de habitabilidade extremamente degradadas, frequentemente associadas a processos de marginalização prolongada, consumo crónico e ausência de políticas de habitação adequadas (Baptista et al., 2017; FEANTSA, 2023). O Projeto Casa de Vila Nova (30) é particularmente representativo desta realidade, o que reflete a relação histórica entre este território e contextos de pobreza urbana. Seguem-se o Despertar (19) e o Âncora XXI (8), sugerindo padrões de vulnerabilidade semelhantes nos seus territórios de intervenção.

A categoria "Sem Teto (Rua)", correspondente à forma mais severa de exclusão habitacional, inclui 159 pessoas, sendo novamente o Rotas com Vida o projeto mais representado (115), o que confirma a tendência desta equipa para responder a situações de rua crónica, altamente associadas ao uso problemático de substâncias, morbilidade física e mental, risco de overdose e ausência de redes de suporte formal (EMCDDA, 2023; Padgett, Henwood & Tsemberis, 2016). Os restantes projetos apresentam números significativamente menores, mas ainda assim relevantes, demonstrando que a realidade do sem-abrigo é transversal ao território.

Os "Outros Alojamentos Coletivos de Conveniência" (33 utentes) — incluindo estruturas informais de acolhimento, ocupações improvisadas ou alojamentos temporários — reforçam a evidência de trajetórias residenciais fragmentadas e instabilidade nos percursos de vida destas pessoas. A presença de dois indivíduos em Comunidades Terapêuticas (CT) indica transições entre contextos habitacionais e respostas de tratamento, frequentemente instáveis devido a recaídas, dificuldades de adesão ou ausência de suporte familiar e social (UNODC, 2023; WHO, 2022).

Conclusão

Os dados confirmam que o tipo de alojamento constitui um dos marcadores mais fortes de vulnerabilidade entre as pessoas acompanhadas pelos projetos de RRMD. A prevalência de situações de sem-abrigo, alojamento precário e ausência de estabilidade habitacional demonstra a necessidade de reforçar políticas integradas de habitação, saúde mental e apoio social — alinhadas com as recomendações europeias de modelos *Housing First*, serviços de proximidade e respostas multidisciplinares (Padgett et al., 2016; FEANTSA, 2023). A elevada representação de utentes em situação de rua ou alojamento altamente precário reforça, ainda, o papel central dos projetos de RRMD como

respostas essenciais para reduzir danos, promover dignidade, garantir cuidados de saúde básicos e estabelecer relações de confiança em contextos de profunda exclusão social.

3.2.6. Coabitação

A variável “Coabitação” permite compreender as dinâmicas relacionais, redes de suporte e isolamento social das PUD, acompanhadas pelos projetos de RRMD do CRI Porto Ocidental.

Coabitação	Amostra Total	Âncora XXI	Casa de Vila Nova	Despertar	Novas Metas	Rotas com Vida
Só	215	17	50	48	23	77
Companheiro	77	11	10	29	6	21
Pais	58	20	8	22	2	6
Amigos	54	4	6	6	6	32
Outros Familiares	50	11	12	19	8	0
Instituição	20	2	18	0	0	0
Filhos	10	2	2	6	0	0
Desconhecido	6	1	1	0	2	2
Em branco	18	3	1	1	2	11

Tabela 17. Distribuição por Coabitação – Amostra Total e por Projeto

Amostra Total

A análise da variável coabitação evidencia um padrão marcado por elevados níveis de isolamento social entre as pessoas acompanhadas pelos projetos de RRMD do CRI Porto Ocidental. Na amostra total, 215 utentes vivem sozinhos, constituindo o grupo mais numeroso. Esta predominância do isolamento é coerente com a literatura que associa consumos prolongados de substâncias, exclusão social e fragilidade das redes de suporte familiar à tendência para viver sozinho ou em contextos de residência instável (Shand et al., 2018; EMCDDA, 2023).

A seguir ao isolamento, surgem modalidades de coabitação menos estruturadas, como a residência com companheiro(a) (77 utentes), com pais (58) ou com amigos (54). Estas formas de convivência, embora representem alguma rede social, podem não equivaler a suporte efetivo, dado que frequentemente envolvem relações marcadas por conflito, coabitação com outros utilizadores ou dinâmicas familiares

desorganizadas. A literatura aponta que, entre populações com consumos crónicos, estas situações podem coexistir com violência doméstica, instabilidade e dependência emocional ou económica (UNODC, 2023; WHO, 2022).

A coabitação com outros familiares abrange 50 utentes, uma tendência relativamente comum em contextos de pobreza estrutural, onde a partilha intergeracional da habitação funciona como último recurso para evitar a rua, ainda que nem sempre proporcione condições adequadas, estabilidade ou privacidade (Baptista et al., 2017).

Um dado particularmente relevante é o número de pessoas a residir em instituições (20 utentes), sendo quase todas do Projeto Casa de Vila Nova. Isto reflete a articulação daquela equipa com respostas residenciais temporárias, nomeadamente o Centro de Alojamento Temporário que funciona conexamente a este projeto, lares, pensões ou estruturas comunitárias de acolhimento, muitas vezes associadas a cuidadores formais, necessidades de apoio diário e situações de dependência funcional crescente.

A coabitação com filhos é muito residual (10 utentes), refletindo uma realidade amplamente descrita na literatura: a parentalidade entre pessoas com consumos crónicos tende a estar comprometida por riscos sociais, instabilidade habitacional, perda de custódia e fragilidade das redes familiares (EMCDDA, 2022; Finkelstein et al., 2020).

A categoria desconhecida (6 utentes) e os registos em branco (18 utentes), refletem a dificuldade, típica da intervenção de rua, em recolher informação consistente em situações de grande desorganização social, mobilidade constante ou recusa em fornecer dados.

Análise por Projeto

Projeto Âncora XXI

A maioria dos utentes vive com pais (20) ou sozinhos (17), sugerindo um território onde persistem redes familiares, embora fragilizadas. A coabitação com outros familiares também é relevante (11), apontando para estratégias de sobrevivência baseadas na partilha de habitação.

Gabinete de Apoio Casa de Vila Nova

Caracteriza-se por uma distribuição muito marcada pela institucionalização (18 utentes), refletindo a vulnerabilidade extrema e a necessidade de apoio continuado. O número de pessoas que vivem sozinhas (50) reforça o isolamento social e a coabitação com outros familiares (12) ou amigos (6) surge como alternativa à rua, embora nem sempre estável.

Projeto Despertar

Apresenta padrões diversificados: convivência com companheiro (29), pais (22) e outros familiares (19). Isto sugere redes sociais mais ativas e alguma estrutura familiar, sem, no entanto, eliminar a presença de isolamento (48 utentes), indicando uma mistura de perfis, desde isolamento severo até redes familiares ativas, mas fragilizadas.

Projeto Novas Metas

Predomínio da condição de só (23) e coabitação com outros familiares (8). O número de utentes que vivem com amigos (6) pode refletir redes comunitárias informais ou partilhas relacionadas com pobreza estrutural e consumos.

Projeto Rotas com Vida

Apresenta o maior número de pessoas que vivem sozinhas (77) e com amigos (32), traduzindo a forte desorganização social típica de contextos de rua e de consumos visíveis. A coabitação com companheiro (21) parece mais comum, mas a coabitação familiar é muito reduzida, refletindo rutura de laços familiares, estigma e afastamento prolongado.

Conclusão:

A distribuição da coabitação revela:

- isolamento social como principal característica estrutural, com impacto na saúde mental, adesão a cuidados e risco de mortalidade;
- rutura dos vínculos familiares, sobretudo visível no Rotas com Vida, associado à cronicidade dos consumos e à vida na rua;
- presença significativa de coabitação informal, nomeadamente com amigos, sugerindo estratégias de sobrevivência;
- institucionalização crescente, sobretudo em populações envelhecidas e dependentes funcionais; parentalidade muito residual, associada a perda de suporte sociofamiliar e processos de exclusão.

3.2.7. Situação profissional

A variável “Situação Profissional” é um indicador central para compreender o nível de integração socioeconómica das PUD acompanhadas pelos projetos de RRMD do CRI Porto Ocidental.

Não foi realizada análise desagregada por projeto na variável Situação Profissional, uma vez que a informação recolhida apresenta padrões de distribuição muito semelhantes entre as diferentes equipas e amplitude reduzida de categorias (predomínio de situações de desemprego em todos os contextos).

Adicionalmente, em alguns projetos, o número de casos com vínculo laboral ativo ou reforma/pensão é residual, o que limitaria a validade estatística e interpretativa da comparação entre grupos.

Por estas razões, optou-se por realizar apenas a análise global da amostra, permitindo uma leitura mais robusta, coerente e representativa da realidade socioprofissional das pessoas acompanhadas pelo conjunto dos projetos de RRMD.

Situação Profissional	Número de Indivíduos
Desempregado	374
Empregado	40
Reforma/Prestação social	77
Desconhecido	15
Em branco	2

Tabela 18. Distribuição por Situação Profissional – Amostra Total

Amostra Total

A análise da situação profissional da amostra total revela um padrão profundamente marcado pela exclusão laboral, pela precariedade económica e pela fragilidade das trajetórias ocupacionais das pessoas acompanhadas pelos projetos. Entre os 508 utentes caracterizados, a grande maioria encontra-se desempregada (374 indivíduos), o que representa mais de 70% da amostra. Esta prevalência elevada de desemprego está amplamente documentada na literatura como uma das características estruturantes das populações com consumos problemáticos de substâncias e situa-se no cruzamento entre vulnerabilidade social, baixa escolaridade, ausência de competências formais, histórico de consumos prolongados e estigma associado às dependências (EMCDDA, 2023; WHO, 2022).

A segunda categoria mais representada corresponde às pessoas em situação de reforma ou pensionistas (77 indivíduos), um valor expressivo que se articula diretamente com o envelhecimento observado na amostra. Este grupo inclui tanto pessoas em idade de reforma como beneficiários de prestações sociais por invalidez, doença crónica ou incapacidade funcional — situações frequentes entre utentes com

percursos prolongados de consumo, multimorbilidade e fragilidade psicofísica (UNODC, 2023; Rosen et al., 2011). A presença deste grupo reforça a ligação entre consumos, envelhecimento precoce e dependência funcional, já identificada noutras variáveis do estudo.

Apenas 40 utentes encontram-se empregados, representando uma minoria residual (cerca de 8%). Este dado é consistente com estudos que demonstram que o emprego formal é uma das dimensões mais afetadas pela exclusão social associada aos comportamentos aditivos, sendo frequentemente inviabilizado por instabilidade habitacional, problemas de saúde física e mental, rotinas associadas ao consumo, ausência de documentação, baixa literacia ou falta de experiência profissional recente (Padgett et al., 2016; European Commission, 2020). A baixa taxa de emprego revela também a dificuldade de reinserção laboral, mesmo em contextos de intervenção continuada.

As categorias “Desconhecido” (15) e “Em branco” (2) representam um número reduzido de casos, mas são típicas das dificuldades de recolha de informação em populações com elevado grau de desorganização social, mobilidade constante, ausência de contacto continuado ou recusa em disponibilizar dados pessoais.

Conclusão

A distribuição da situação profissional evidencia:

- níveis muito elevados de desemprego estrutural, associados à exclusão social e ao uso prolongado de substâncias;
- presença significativa de pessoas em reforma ou pensão, refletindo envelhecimento, incapacidade funcional e doenças crónicas acumuladas;
- baixa integração no mercado de trabalho formal;
- dificuldades de recolha de informação em casos de elevada desorganização social; necessidade de respostas integradas que articulem saúde, apoio social e reinserção profissional.

A elevada taxa de desemprego, associada à dependência funcional e à precariedade económica, reforça a importância de modelos de intervenção que incluam:

- ✓ programas de capacitação e desenvolvimento de competências sociais e laborais;
- ✓ articulação com serviços de emprego e entidades sociais para criação de rotinas;
- ✓ promoção de atividades ocupacionais significativas e de baixo limiar;
- ✓ respostas ajustadas às limitações funcionais de pessoas envelhecidas ou com doença grave;

- ✓ integração de medidas de rendimento social, apoio à habitação e intervenção comunitária.

Os resultados confirmam o impacto profundo do consumo problemático de substâncias na inserção laboral e a circularidade entre desemprego, pobreza e exclusão (UNODC, 2023; WHO, 2022). A ausência de emprego estável é um determinante crítico da vulnerabilidade social, condicionando o acesso à habitação, à saúde e à reinserção comunitária.

De acordo com o EMCDDA (2023), as pessoas com historial prolongado de consumo de opiáceos, álcool ou cocaína enfrentam barreiras cumulativas de empregabilidade, incluindo:

- baixa escolaridade e défices cognitivos;
- discriminação laboral associada ao estigma;
- doenças físicas e mentais incapacitantes;
- histórico criminal e ausência de documentação;
- ausência de rede familiar ou suporte.

No contexto português, o SICAD (2023) identifica padrões semelhantes, destacando que o desemprego e a inatividade são prevalentes entre os utentes de RRMD e que a reinserção laboral exige acompanhamento individualizado, formação e mediação entre entidades públicas e privadas.

Os dados confirmam que a exclusão laboral é estrutural entre as pessoas acompanhadas em RRMD. A intervenção psicossocial e comunitária deve integrar a dimensão do trabalho como fator de autonomia, sentido de utilidade e recuperação da cidadania. A articulação entre reabilitação cognitiva, capacitação profissional e programas de apoio ao emprego é, por isso, fundamental para quebrar o ciclo de marginalização e dependência institucional (SICAD, 2023; DGS, 2023; EMCDDA, 2023).

3.2.8. N.º de Meses em Situação de Sem Abrigo

Número de meses desempregados	Número de Indivíduos
0-30	114
31-60	39
61-90	43
>91	108
Sem registo	70

Tabela 19. Distribuição do N.º Meses em Situação de Sem Abrigo - Amostra Total

A análise da distribuição do número de meses em situação de desemprego, confirma a existência de padrões prolongados de exclusão laboral entre as pessoas acompanhadas, revelando um quadro de descontinuidade profissional, vulnerabilidade económica e fragilidade social que acompanha grande parte desta população:

- O primeiro grupo, correspondente a 0–30 meses de desemprego, inclui 114 indivíduos, constituindo o segmento mais numeroso com informação registada. Ainda que este intervalo pareça menos prolongado, é importante notar que, para muitas destas pessoas, trata-se de períodos recentes de desemprego que se somam a históricos laborais fragmentados, alternância entre trabalhos precários, vínculos informais ou situações intermitentes de empregabilidade. A literatura destaca que, entre pessoas com perturbações por uso de substâncias, mesmo períodos relativamente curtos de desemprego podem estar associados a instabilidade emocional, deterioração da saúde mental e maior risco de intensificação de consumos (WHO, 2022; EMCDDA, 2023).
- Os intervalos de 31–60 meses (39 utentes) e 61–90 meses (43 utentes) revelam uma proporção significativa de pessoas que enfrentam desemprego de média a longa duração. Estes períodos estendidos são frequentemente associados a dificuldades de reinserção laboral, estigma, baixa escolaridade, redes sociais fragilizadas e efeitos cumulativos do consumo prolongado, fatores amplamente descritos em estudos europeus sobre exclusão laboral em pessoas que usam drogas (European Commission, 2020; UNODC, 2023).
- O dado mais expressivo surge no grupo superior a 91 meses de desemprego, que abrange 108 utentes. Este número elevado traduz situações de exclusão extrema e prolongada, frequentemente associadas a cronicidade dos consumos, deterioração da saúde física e mental, incapacidade funcional, experiências de sem-abrigo e ausência total de inserção no mercado de trabalho durante vários anos consecutivos. Estes casos enquadram-se nos perfis designados na literatura como “desemprego de longa duração crónico”, característico de pessoas que vivem em contextos de vulnerabilidade estrutural e que enfrentam barreiras significativas à integração social e laboral (OECD, 2021; Padgett et al., 2016).
- A existência de 70 casos sem registo evidencia uma limitação típica em contextos de intervenção de rua e de proximidade. Nestes cenários, a recolha de informação pode ser dificultada pela instabilidade habitacional, dificuldades cognitivas, ausência de documentação ou falta de contacto continuado. Este vazio informativo é coerente com o perfil social da amostra e deve ser considerado como elemento metodológico relevante.

Conclusão

A análise global revela:

- uma elevada prevalência de desemprego recente e prolongado;
- uma proporção significativa de pessoas com mais de 7 anos consecutivos de desemprego, indicador de exclusão social severa;
- dificuldade de reinserção laboral por fatores estruturais: pobreza, comorbilidade, baixa escolaridade, estigma;
- impacto direto da cronicidade dos consumos e das condições de vida na capacidade de integração no mercado de trabalho;
- um grupo relevante de casos sem registo, coerente com as condições de intervenção no terreno.

3.2.9. Fonte de Rendimento

Fonte de Rendimento	Amostra Total	Âncora XXI	Casa de Vila Nova	Despertar	Novas Metas	Rotas com Vida
RSI – Rendimento Social de Inserção	202	19	60	58	37	29
Reforma ou Prestação social	77	12	22	32	6	5
Mendicidade	75	–	8	1	1	66
Rendimento do Trabalho	40	15	9	11	2	2
Sem Rendimentos	17	5	1	9	1	–
A cargo de Familiares	14	8	2	1	–	1
Mendicidade; Arrumar Carros	11	–	–	–	–	12
Prostituição	8	–	–	9	–	5
Trabalho Ocasional	7	1	1	4	–	2
Atividades Ilícitas	6	2	1	–	–	3
Mendicidade; Atividades Ilícitas	9	–	–	–	–	6
Subsídios Temporários	8	3	3	2	–	–
Mendicidade; Prostituição	5	–	–	–	–	5
Arrumar Carros	3	2	–	–	–	1
Arrumar Carros; Atividades Ilícitas	1	1	–	–	–	3
Mendicidade; RSI	1	–	–	–	–	1
Prostituição; Mendicidade; Atividades Ilícitas	1	–	–	–	–	1
Mendicidade; Trabalho Ocasional	2	–	–	–	–	1
Rendimento Trabalho; Arrumar Carros	1	1	–	–	–	1
RSI; Atividades Ilícitas	1	1	–	–	–	–
RSI; Mendicidade; Arrumar Carros	1	1	–	–	–	2
RSI; Trabalho Ocasional	1	1	–	–	–	–
Ajuda de Amigo	–	–	–	–	1	–
Mendicidade; Atividades Ilícitas; Arrumar Carros	–	–	–	–	–	3
Rendimento Trabalho; Atividades Ilícitas; A cargo Familiares	–	–	–	–	–	1
A cargo Familiares; RSI	–	–	–	–	–	1
Mendicidade; Trabalho Ocasional	–	–	–	–	–	1
Desconhecido	15	2	1	3	1	8
Em branco	2	–	–	–	–	–

Tabela 20. Distribuição por Fonte de Rendimento – Amostra Total e por Projeto

Amostra Total

A distribuição da fonte de rendimento na amostra total mostra um padrão de grande precariedade económica, profundamente associado às trajetórias de vulnerabilidade social e exclusão das pessoas acompanhadas. A principal fonte de rendimento é o RSI – Rendimento Social de Inserção, com 202 utentes, seguida das pensões/reformas (77), mendicidade (75) e rendimento de trabalho (40). Estes dados confirmam o que a literatura identifica como a forte interligação entre pobreza estrutural, consumos problemáticos de substâncias e recurso a apoios sociais mínimos (EMCDDA, 2023; WHO, 2022).

Além disso, observa-se um número expressivo de estratégias informais e de sobrevivência económica – mendicidade, arrumar carros, prostituição, trabalho ocasional e atividades ilícitas – que caracterizam contextos de marginalidade severa e rotinas de subsistência em situação de rua (Baptista et al., 2017; FEANTSA, 2023).

No entanto, a análise por projeto revela diferenciações importantes que se perderiam se apenas fosse apresentada a amostra total. Cada equipa atua em territórios com perfis socioeconómicos distintos, e isso reflete-se nas fontes de rendimento predominantes.

Análise por Projeto

Projeto Ancora XXI

Predomina o RSI (19 utentes) e, em menor medida, rendimento do trabalho (15). A quase ausência de mendicidade e a presença de rendimento laboral indicam um território onde, apesar das vulnerabilidades, existe algum grau de inserção social e redes familiares. Estes dados são coerentes com o perfil mais comunitário no território da Póvoa de Varzim/Vila do Conde.

Gabinete de Apoio Casa de Vila Nova

Apresenta 60 utentes com RSI e 22 com pensão, configurando um perfil de pobreza crónica, envelhecimento e dependência social. A presença elevada de pessoas institucionalizadas e sem autonomia funcional ajuda a explicar esta predominância. A mendicidade é residual (apenas 8). Este padrão está alinhado com o tipo de intervenção, focada em populações em exclusão grave mas com algum suporte institucional.

Projeto Despertar

Combina perfis muito diferenciados: RSI (58 utentes), reforma/pensão (32) e presença reduzida, mas existente de prostituição (9). Este projeto acompanha pessoas em grande vulnerabilidade, mas com redes

familiares mais presentes. A coexistência destas categorias indica diversidade territorial na Maia, com zonas de pobreza urbana e alguma cobertura de proteção social.

Projeto Novas Metas

Apresenta um dos perfis mais estáveis: forte predominância do RSI (37), baixa expressão de mendicidade e quase inexistência de atividades informais. Este padrão sugere maior ligação aos serviços formais, ainda que em contextos de pobreza persistente, típica de Matosinhos.

Projeto Rotas com Vida

É o projeto com o perfil mais severo e exposto: 66 utentes vivem de mendicidade, muitos combinando fontes como arrumar carros, prostituição ou atividades ilícitas. Estes dados são característicos das populações em situação de rua, com consumo ativo, rutura familiar profunda e ausência de acesso a apoios sociais formais – fenómenos amplamente descritos pela literatura sobre exclusão extrema (FEANTSA, 2023; Padgett et al., 2016).

Conclusão

A análise da variável “Fonte de Rendimento” permite identificar três grandes perfis económicos entre as pessoas acompanhadas pelos projetos de RRMD do CRI Porto Ocidental, refletindo diferentes níveis de dependência institucional, estratégias de subsistência e graus de integração social:

- O primeiro perfil corresponde à dependência institucional, integrando beneficiários do RSI, pensões sociais ou outros subsídios públicos. Este grupo é composto maioritariamente por pessoas com idade avançada, doença crónica, limitações funcionais e reduzida capacidade laboral — características amplamente documentadas entre pessoas com consumos prolongados de substâncias e trajetórias de vulnerabilidade estrutural (EMCDDA, 2023; WHO, 2022). Este perfil é especialmente prevalente nos projetos Casa de Vila Nova, Despertar e Novas Metas, onde se concentram utentes com percursos longos de exclusão, institucionalização e fragilidade psicofísica.
- O segundo perfil refere-se à economia informal e de sobrevivência, baseada em mendicidade, em arrumar carros, prostituição ou atividades ilícitas. Estas formas de rendimento constituem estratégias de subsistência diária, sem qualquer estabilidade ou proteção social, frequentemente associadas à situação de sem-abrigo, consumo ativo e ausência de suporte familiar. A literatura evidencia que este tipo de economia se relaciona com contextos de marginalidade extrema e exclusão severa (FEANTSA, 2023; Padgett et al., 2016). Este é o grupo mais vulnerável da amostra, predominando no Projeto Rotas com Vida e surgindo também, ainda que de forma pontual, no Âncora XXI.

- O terceiro perfil representa uma integração parcial ou apoio familiar, envolvendo trabalhadores precários, pessoas com rendimento proveniente de trabalho informal ou dependentes de apoio económico de familiares. Este grupo demonstra maior estabilidade social e potencial de reinserção, sendo mais frequente nos projetos Âncora XXI e Despertar, onde persistem redes familiares ativas e alguma autonomia funcional. Estudos demonstram que, em contextos de consumos crónicos, estes fatores são protetores e favorecem processos de reabilitação e inclusão (UNODC, 2023; European Commission, 2020).

No seu conjunto, estes três perfis revelam a profunda heterogeneidade e complexidade socioeconómica das pessoas acompanhadas pelos projetos de RRMD. Esta diversidade reforça a necessidade de respostas diferenciadas e integradas que articulem apoio financeiro, habitação, cuidados de saúde, acompanhamento psicossocial e estratégias de inclusão profissional — elementos fundamentais para promover autonomia, reduzir danos e sustentar processos de inclusão social (WHO, 2022; EMCDDA, 2023).

3.2.10. N.º de Meses em Situação de Sem Abrigo

A análise da distribuição do número de meses em situação de sem-abrigo revela um padrão de elevada cronicidade, refletindo percursos prolongados de exclusão habitacional e social entre as pessoas acompanhadas pelos projetos de RRMD do CRI Porto Ocidental. Estes resultados são consistentes com a literatura nacional e internacional, que identifica a instabilidade habitacional como um dos marcadores mais fortes de vulnerabilidade severa entre pessoas que usam drogas (FEANTSA, 2023; EMCDDA, 2023).

Meses em Situação de Sem Abrigo	Número de Indivíduos
1-24	81
25 – 48	24
49 – 72	29
73 – 96	8
> 96	38
Desconhecido	46

Tabela 21. Distribuição por N.º Meses em Situação de Sem Abrigo – Amostra Total

Amostra Total

A análise dos dados, permite-nos perceber que existem diferentes tipos de situações associadas Às PSSA, tendo em conta o tempo em que se encontram nesta situação. Assim, existem:

- **Situações de sem-abrigo recentes a moderadas (1–24 meses):** Este grupo reúne 81 pessoas, constituindo o maior segmento com informação disponível. Corresponde frequentemente a situações de sem-abrigo recente, associadas a ruturas familiares, perda de trabalho, expulsão de alojamento temporário ou deterioração abrupta das condições socioeconómicas. Este perfil pode incluir indivíduos com maior potencial de reversibilidade, desde que exista uma intervenção precoce e integrada, como demonstram os modelos internacionais de prevenção de perda habitacional (Padgett et al., 2016; WHO, 2022).
- **Sem-abrigo de média duração (25–48 meses):** Com 24 indivíduos, este grupo reflete situações já consolidadas de exclusão habitacional. A literatura demonstra que, após um ano em situação de rua, a probabilidade de regressar a alojamento estável diminui significativamente, devido a deterioração física, consumo intensificado, colapso de redes sociais e estigma acumulado (Pleace, 2016).
- **Sem-abrigo prolongado (49–72 meses):** Os 29 utentes neste intervalo evidenciam formas de cronicidade moderada, com trajetórias de grande instabilidade habitacional e forte associação a consumos de longa duração, doença mental não tratada e exclusão social persistente.
- **Sem-abrigo crónico severo (73–96 meses):** Com 8 pessoas, este grupo representa casos de exclusão avançada, normalmente acompanhados de severa desorganização social, ausência de suporte familiar, elevadas taxas de morbilidade e dependência funcional crescente.
- **Sem-abrigo crónico extremo (> 96 meses):** Os 38 utentes que vivem há mais de 8 anos em situação de sem-abrigo constituem o segmento mais vulnerável. Estes casos estão associados a multimorbilidade, risco elevado de morte prematura, envelhecimento precoce, consumo ativo persistente e ausência completa de ligação a redes de suporte. A literatura classifica estes utentes como “long-term rough sleepers”, um dos grupos prioritários para políticas de habitação (Housing First) (FEANTSA, 2023; Tsemberis, 2010).
- **Casos com informação em falta (“Desconhecido”):** Os 46 casos sem registo são coerentes com as dificuldades de recolha de informação em contextos de rua: mobilidade constante, desorganização social, recusa em prestar dados, ausência de documentos ou contactos muito breves com as equipas.

Conclusão:

Os dados permitem identificar três padrões centrais:

1. Elevada prevalência de PSSA recente, indicando fluxos contínuos de entrada na rua — fenómeno associado à precariedade económica, violência doméstica, ruturas familiares e doença mental.
2. Presença consistente de sem-abrigo prolongado, revelando trajetórias de exclusão estrutural e necessidade de respostas multidimensionais.
3. Expressão significativa de sem-abrigo crónico, confirmando que uma parte da população acompanhada vive há vários anos sem habitação estável, com impacto severo na saúde e na sobrevivência.

Os resultados reforçam a necessidade de:

- respostas de habitação para situações crónicas, equipas multidisciplinares com foco na saúde física e mental,
- articulação entre RRMD, autarquias e serviços sociais para prevenir entradas na situação de rua,
- programas de estabilização habitacional para utentes em sem-abrigo recente,
- estratégias de continuidade de cuidados para pessoas em mobilidade extrema.

Este indicador confirma que a exclusão habitacional não é um fenómeno accidental, mas sim estrutural entre as PUD acompanhadas pelo CRI Porto Ocidental, reforçando a necessidade de intervenções integradas que articulem habitação, saúde e apoio social.

3.2.11. Encaminhamentos para as diversas estruturas sociosanitárias

A análise dos encaminhamentos para estruturas socio-sanitárias foi realizada com base na amostra total, uma vez que este indicador traduz uma função comum e estruturante de todas as equipas de RRMD. Os encaminhamentos dependem sobretudo das necessidades das PUD e das oportunidades de acesso aos cuidados e não da especificidade de cada projeto. Além disso, a elevada circulação das pessoas entre territórios e equipas reduziria a utilidade de uma análise por projeto, podendo gerar interpretações fragmentadas ou artificialmente diferenciadas. Por isso, a amostra total fornece uma leitura mais robusta, integrada e representativa da capacidade de ligação à rede de cuidados.

Encaminhamentos para as diversas estruturas sóciosanitárias da Rede	Número de Indivíduos
Equipa de Tratamento; Hospital; Serviço de Infeciologia	78
Equipa de Tratamento, CDP	29
Segurança Social	14
Centro de Saúde	8
Equipa de Tratamento; Centro de Saúde	8
Equipa de Tratamento; Gabinete de Apoio	6
Centro de Saúde; Segurança Social	6
Equipa de Tratamento; CDP; Segurança Social	5
Equipa de Tratamento; Hospital: Internamento	5
Equipa de Tratamento; Segurança Social; CDP	4
Equipa de Tratamento; Segurança Social; Gabinete de Apoio	4
Centro de Saúde; Segurança Social; Equipa de Tratamento	2
Diversos encaminhamentos para as estruturas da rede (1 utente cada, totalizando 300)	300

Tabela 22. Distribuição por Encaminhamentos para as diversas Estruturas Socio Sanitárias da Rede - Amostra Total

Amostra Total

A análise dos encaminhamentos realizados pelas equipas de RRMD do CRI Porto Ocidental revela um padrão de elevada articulação interinstitucional, refletindo a complexidade das necessidades das pessoas acompanhadas e a natureza multidimensional da intervenção. Os dados mostram que os utentes recorrem simultaneamente a várias estruturas de saúde, sociais e comunitárias, confirmando que nenhuma resposta isolada é suficiente para responder à multiplicidade de problemas associados ao consumo de substâncias, vulnerabilidade social e exclusão.

➤ **Encaminhamentos para respostas de saúde especializadas** - O grupo mais expressivo corresponde aos encaminhamentos para Equipa de Tratamento, Hospital e Serviço de Infeciologia (78 utentes). Esta combinação reflete situações de elevada necessidade clínica, incluindo:

- patologias infecciosas associadas ao consumo (VIH, hepatites víricas),
- descompensações clínicas graves,
- comorbilidades psiquiátricas,
- necessidade de estabilização ou internamento.

A literatura evidencia que pessoas com consumos problemáticos apresentam taxas superiores de doenças crónicas, infeções transmissíveis e descompensações físicas agudas (EMCDDA, 2023; WHO, 2022), justificando esta articulação frequente com serviços hospitalares.

➤ **Encaminhamento para Equipas de Tratamento e Centros de Diagnóstico e Prevenção (CDP):** Há 29 utentes encaminhados simultaneamente para Equipa de Tratamento e CDP e outros subgrupos que associam CDP a Centro de Saúde ou Segurança Social. Estes casos sugerem necessidades de:

- monitorização clínica,
- rastreios e diagnóstico precoce,
- seguimento no tratamento da dependência,
- vacinação e análises de rotina.

O papel do CDP e das Equipas de Tratamento é central na gestão clínica das perturbações aditivas, sendo uma das recomendações essenciais das diretrizes europeias (EMCDDA, 2023).

➤ **Encaminhamentos para Segurança Social e Centro de Saúde:** A Segurança Social surge isoladamente em 14 casos e combinada com outros serviços em vários subgrupos. Isto indica necessidades em áreas como:

- proteção social e rendimento,
- apoio à habitação,
- processos de documentação,
- acesso a medidas de emergência social.

O Centro de Saúde aparece isolado em 8 casos e combinado com outras estruturas, revelando a importância dos cuidados primários na continuidade de cuidados, especialmente em pessoas com doenças crónicas, multimorbilidade ou envelhecimento precoce (UNODC, 2023).

➤ **Encaminhamentos complexos e multidimensionais:** Vários subgrupos incluem combinações de 3 estruturas (ET + CDP + Segurança Social; Centro de Saúde + Segurança Social + ET). Estes encaminhamentos refletem:

- casuística de grande complexidade,
- ocorrência simultânea de problemas clínicos, sociais e habitacionais,
- necessidade de intervenção coordenada e de longa duração.

A intervenção eficaz nestes casos exige respostas sistemicamente integradas, concordantes com os modelos internacionais de “*continuum of care*” (Padgett et al., 2016).

➤ **Encaminhamentos diversificados (300 casos únicos):** O grupo mais numeroso — 300 utentes — corresponde a encaminhamentos variados, com apenas um caso por combinação. Esta diversidade demonstra:

- a natureza altamente individualizada da intervenção,
- a multiplicidade das necessidades,
- a fluidez e complexidade dos percursos nos sistemas de saúde e apoio social,
- o papel central das equipas de RRMD como porta de entrada na rede.

Este padrão está alinhado com estudos que mostram que pessoas em consumo ativo recorrem a múltiplas estruturas de forma fragmentada, e que a mediação feita por equipas de rua aumenta substancialmente o acesso e a adesão (WHO, 2022; FEANTSA, 2023).

Conclusão

A tabela analisada evidencia que:

- os encaminhamentos são multidimensionais e respondem à complexidade dos problemas;
- há forte articulação com serviços de saúde especializados, sobretudo equipas de tratamento, infeciologia e hospitais;
- as necessidades sociais e habitacionais exigem ligação a Segurança Social e estruturas comunitárias;
- a elevada diversidade de encaminhamentos indica intervenções personalizadas e adequadas ao caso;
- as equipas de RRMD desempenham papel crítico enquanto intermediárias de acesso à rede socio sanitária.

3.3. SÍNTESE DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, HABITACIONAL, COABITAÇÃO E ECONÓMICO

Variáveis	Resultados
Sexo	<ul style="list-style-type: none"> • Predomínio masculino em todos os projetos ($\approx 70\text{--}80\%$). • Mulheres representam $\approx 20\text{--}30\%$, com maior expressão na Casa de Vila Nova, Despertar e Rotas com Vida. • Projetos Novas Metas e Âncora XXI apresentam perfis mais masculinos.
Idade	<ul style="list-style-type: none"> • Média etária elevada (≈ 51 anos). • Maior concentração entre 40–59 anos. • Presença relevante de “idosos jovens” (≥ 60 anos). • Confirma tendência de envelhecimento das PUD.
Nacionalidade	<ul style="list-style-type: none"> • População maioritariamente portuguesa ($> 95\%$). • Presença migrante residual (sobretudo lusófona). • Diversidade cultural limitada, mas com expressão pontual nos projetos.
Concelho e Freguesia de Residência	<ul style="list-style-type: none"> • Concentração no Porto, Maia, Matosinhos, Póvoa de Varzim e Vila do Conde. • Cada projeto com território próprio bem definido. • Rotas com Vida com maior dispersão e mobilidade entre concelhos.
Tipo de Alojamento	<ul style="list-style-type: none"> • Elevada vulnerabilidade habitacional. • Sem-abrigo (PSSA e rua) e alojamento precário muito prevalentes. • Alojamento familiar presente, mas minoritário. • Casa de Vila Nova e Rotas com Vida concentram maior precariedade.
Coabitação	<ul style="list-style-type: none"> • Isolamento social predominante (grande número a viver sozinho). • Coabitação com companheiro/pais/amigos ocorre, mas em contextos fragilizados. • Institucionalização marcada na Casa de Vila Nova. • Parentalidade residual.
Situação Profissional	<ul style="list-style-type: none"> • Elevado desemprego estrutural ($> 70\%$). • Reformados/pensionistas em número expressivo (associado ao envelhecimento e incapacidade). • Emprego formal residual. • Elevada descontinuidade laboral.
Meses em Situação de Desemprego	<ul style="list-style-type: none"> • Muitos casos com desemprego prolongado (incluindo > 7 anos). • Presença de exclusão laboral crónica. • Casos sem registo refletem desorganização social e dificuldade de recolha de dados.
Fonte de Rendimento	<ul style="list-style-type: none"> • Predomínio de RSI e pensões sociais (dependência institucional).

	<ul style="list-style-type: none">• Economia informal de sobrevivência frequente (mendicidade, prostituição, arrumar carros), sobretudo no Rotas com Vida.• Pequena percentagem com rendimentos laborais ou apoio familiar.• Perfis diferenciados entre projetos.
Meses em Situação de Sem-Abrigo	<ul style="list-style-type: none">• Sem-abrigo recente (1–24 meses) é o grupo mais numeroso.• Sem-abrigo prolongado e crónico muito significativo.• Confirmada a exclusão habitacional estrutural e persistente
Encaminhamentos para Estruturas Socio sanitárias	<ul style="list-style-type: none">• Forte articulação com Equipas de Tratamento, Hospitais e consulta de Infeciologia.• Encaminhamentos frequentes para Segurança Social e Centros de Saúde.• Grande diversidade de combinações (300 casos únicos).• RRMD como porta de entrada e mediadora na rede de cuidados.

Tabela 23. Perfil SocioDemográfico e Social das PUD acompanhadas

4. CARACTERIZAÇÃO DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Nesta secção descreve-se a substância psicoativa principal de cada utente e o conjunto de substâncias consumidas, incluindo frequência de uso e vias de administração, considerando as 10 categorias identificadas na FC (heroína, cocaína, heroína + cocaína, base de coca/crack, metadona não prescrita, buprenorfina, benzodiazepinas, cannabis, álcool e outras).

A variável “substância principal” foi analisada na amostra total e por projeto, por constituir um indicador central e comparável da população acompanhada. Esta variável permite identificar tendências e perfis predominantes de consumo entre as diferentes respostas de RRMD, sem comprometer a fiabilidade da leitura comparativa.

Já a análise das variáveis relativas à “prevalência, frequência e via de consumo” das 10 substâncias psicoativas analisadas foi realizada apenas para a amostra total. A não desagregação por projeto decorre de critérios de consistência estatística, comparabilidade e validade interpretativa. As diferenças na dimensão das amostras entre projetos criariam distribuições muito desiguais, potencialmente conduzindo a interpretações enviesadas ou pouco robustas dos padrões de consumo.

Optou-se, por isso, por uma análise global, garantindo maior representatividade, estabilidade estatística e rigor dos resultados. Importa referir que estas variáveis exigem uma interpretação mais detalhada e contextualizada, que poderá ser desenvolvida em análises futuras ou em estudos complementares, quando existir um volume de dados suficiente e homogéneo por projeto.

4.1. SUBSTÂNCIA PRINCIPAL

A Tabela 24 apresenta a distribuição da substância principal indicada pelos 508 utentes acompanhados. A substância principal corresponde àquela que o utente identifica como a que mais dificuldades lhe causa, conceito que se aproxima da noção de “*drug of primary problem*”, amplamente utilizada em epidemiologia do consumo de substâncias (EMCDDA, 2024; SAMHSA, 2023). Esta variável é essencial para orientar o desenho de respostas de redução de riscos, intervir no uso problemático e compreender a heterogeneidade dos perfis acompanhados.

Substância Principal	Amostra Total	Âncora XXI	Casa de Vila Nova	Despertar	Novas Metas	Rotas com Vida
Heroína	194	28	30	45	9	82
Base de Coca/Crack	89	19	23	–	1	46
Álcool	85	5	16	45	18	1
Cocaína	45	5	17	2	6	15
Canabis	28	4	9	11	4	–
Heroína + Base de Coca/Crack	24	9	6	1	5	3
Não Consumidor	18	–	1	16	1	–
Canabis, Álcool	11	–	1	7	3	–
Cocaína, Canabis	4	–	1	2	1	–
Heroína + Cocaína	3	–	2	–	1	–
Benzodiazepinas, Canabis	2	–	1	1	–	–
Canabis, Cocaína	1	–	1	1	–	–
Cocaína, Base de Coca/Crack	1	–	1	–	–	–
Heroína + Cocaína / Base de Coca/Crack	1	–	–	–	–	1
Metadona Não Prescrita	1	–	–	–	–	1
Morfina	1	1	–	–	–	–

Tabela 24. Distribuição por Substância Principal – Amostra Total e por Projeto

Amostra total

Na amostra total, observa-se uma clara predominância da heroína como substância principal (194 utentes), valor que sobe para 224 quando incluídas combinações com cocaína e base de coca/crack. Isto significa que cerca de 44% da amostra identifica opiáceos como a sua principal problemática, confirmando a persistência dos padrões clássicos de dependência de opiáceos em Portugal, mesmo após duas décadas de estabilização das tendências de uso (SICAD, 2023; EMCDDA, 2023).

A heroína continua fortemente associada a consumos de alto risco, nomeadamente consumo por via endovenosa, partilha de material e episódios de sobredosagem (Darke & Farrell, 2014; Degenhardt et al.,

2019). Este dado é especialmente relevante no contexto de intervenção em rua e espaços de consumo, reforçando a necessidade de manter estratégias robustas de naloxona, material estéril e ligação a programas de substituição opiácea (Dole & Nyswander, 1965; WHO, 2022).

Em segundo lugar, destaca-se o peso dos estimulantes — sobretudo a base de coca/crack (89 casos) e a cocaína em pó (45 casos). Somando combinações entre estimulantes, obtém-se cerca de 27% da amostra total. A literatura mostra que consumos de crack estão fortemente associados a contextos de pobreza estrutural, marginalização urbana e elevada rotatividade territorial (Bourgois, 2020; EMCDDA, 2022), o que encontra correspondência nos territórios mais vulneráveis do Porto Ocidental.

O álcool surge como substância principal em 85 utentes, representando cerca de 17%, fenómeno consistente com o envelhecimento das populações em exclusão social e com o facto de o álcool ser uma das substâncias com maior carga de doença crónica na Europa (Rehm et al., 2017). A canábis aparece como principal para 28 utentes, refletindo perfis mais funcionais ou jovens, alinhados com as tendências europeias (EMCDDA, 2024).

A existência de 18 utentes classificados como “Não consumidor” recorda que os projetos de RRMD intervêm não apenas no consumo ativo, mas em trajetórias complexas de vulnerabilidade, onde o consumo pode ter cessado, mas persistem determinantes estruturais como pobreza, doença mental, isolamento ou problemas habitacionais (Marlatt, 1998; Rhodes, 2002).

Análise por Projeto

A análise por projeto revela heterogeneidades territoriais consistentes com o conceito de *territórios psicotrópicos*, onde os padrões de consumo se moldam às dinâmicas urbanas, redes sociais e mercados locais (Bourgois & Hart, 2016).

Projeto Âncora XXI

O padrão de consumo do Âncora XXI é dominado pela heroína (28 utentes) e pela base de coca/crack (19 utentes), substâncias que, em conjunto, representam cerca de 70% dos casos. Destaca-se ainda o consumo combinado de heroína e base de coca/crack (speedball) em 9 pessoas, o que reforça a prevalência do policonsumo de opiáceos e estimulantes.

Este perfil é característico de pessoas com consumos crónicos, frequentemente em situação de grande vulnerabilidade social e habitacional, que recorrem à equipa para cuidados de saúde, suporte psicossocial e estratégias de redução de danos associados ao uso injetado. Os consumos de álcool (5 casos), cocaína em pó (5) e canábis (4), surgem em proporções menores, sugerindo perfis de uso mais estáveis ou

complementares. O caso isolado de morfina poderá refletir consumo medicinal fora de contexto terapêutico.

Gabinete de Apoio Casa da Vila Nova

Na Casa da Vila Nova, observa-se uma maior diversidade de substâncias reportadas, o que indica policonsumo generalizado e perfis clínicos complexos. A heroína (30 utentes) e a base de coca/crack (23) permanecem as substâncias mais prevalentes, seguidas da cocaína (17) e do álcool (16), evidenciando coexistência de consumos injetados e fumados com substâncias lícitas. A presença expressiva de canábis (9) e de combinações como heroína + base de coca/crack (6 casos) ou heroína + cocaína (2 casos) reforça o carácter de uso misto e polis substancial, frequentemente associado à tentativa de autorregulação de estados emocionais ou de abstinência. Regista-se ainda um pequeno número de casos envolvendo benzodiazepinas, metadona não prescrita e canábis combinada com álcool ou estimulantes, confirmando a complexidade dos padrões de uso. O caso único de não consumidor corresponde a utente em acompanhamento social e não em consumo ativo, segundo informado pela equipa.

Este padrão é consistente com zonas urbanas com mercados mistos, onde a disponibilidade e acessibilidade favorecem trajetórias de policonsumo (SICAD, 2023; Ribeiro & Fonseca, 2021).

Projeto Despertar

O Despertar apresenta um perfil distinto, com igual proporção de heroína e álcool (45 casos cada), o que representa uma dupla predominância entre substâncias lícitas e ilícitas. Esta distribuição converge com estudos que descrevem populações envelhecidas, inseridas em trajetórias emocionais e sociais prolongadas, em que o álcool assume papel central no sofrimento biopsicossocial (Rehm et al., 2017; EMCDDA, 2022). A expressiva presença de não consumidores (16), indica a capacidade do projeto em acompanhar pessoas em fase de abstinência, tratamento ou reinserção social, bem como utentes que mantêm contacto com a equipa após a cessação do consumo ativo. A canábis (11 casos) e o consumo combinado de canábis e álcool (7), reforçam a relevância das substâncias de uso recreativo. Casos residuais de cocaína, benzodiazepinas e combinações de heroína e crack sugerem menor prevalência do uso injetado. O padrão geral aponta para uma população heterogénea, com diversos níveis de gravidade e motivação para mudança, beneficiando de acompanhamento de proximidade e intervenções psicossociais individualizadas.

Projeto Novas Metas

Entre os utentes do Novas Metas, o álcool é a substância mais reportada (18 casos), seguido pela heroína (9), cocaína (6) e combinações de heroína e base de coca/crack (5). O padrão misto de consumo — onde coexistem substâncias lícitas, estimulantes e opiáceos — reflete histórias de consumo prolongadas e

multifacetadas, frequentemente associadas a instabilidade habitacional e vulnerabilidade social. A canábis, isolada ou combinada com álcool (7 casos no total), surge como substância secundária. A presença pontual de não consumidores e heroína + cocaína confirma a diversidade de trajetórias. Este padrão é típico de contextos de exclusão grave onde o álcool é usado como estratégia de regulação emocional e sobrevivência, um fenómeno amplamente documentado na literatura (Marlatt, 1998; Karanikolos & Mackenbach, 2020).

Projeto Rotas com Vida

O Rotas com Vida concentra o maior número absoluto de utentes consumidores de heroína (82) e base de coca/crack (46), substâncias que, juntas, representam quase 80% dos casos. Trata-se de um projeto com equipa de rua, direcionado a pessoas em contextos de grande exclusão social e uso ativo, o que explica a forte presença de consumos injetados e fumados. A cocaína (15 casos) surge como substância complementar, frequentemente associada à heroína (speedball), presente em três casos explícitos. Registam-se ainda consumos residuais de álcool, metadona não prescrita e heroína + cocaína/base de coca/crack, evidenciando uso de substitutos opiáceos fora de contexto clínico. O perfil toxicológico do projeto confirma a sua função central na redução de riscos diretos (sobredosagem, infeções, feridas, consumo em espaço público) e na ligação a respostas de saúde e apoio social.

Conclusão

A amostra analisada evidencia três grandes fenómenos:

Continuidade estrutural dos opiáceos

O predomínio da heroína confirma tendências já descritas para Portugal, onde o uso de opiáceos permanece estrutural, apesar dos avanços dos programas de tratamento (SICAD, 2023; EMCDDA, 2023).

Peso crescente do crack e cocaína

O consumo de crack na rua, altamente concentrado no Porto Ocidental, exige respostas específicas, dada a sua associação a riscos sanitários, violência estrutural e dificuldades de adesão ao tratamento (Bourgeois, 2020; Ribeiro & Fonseca, 2021).

Relevância do álcool como problema central

O álcool, substância com maior carga de morbilidade na Europa, constitui uma problemática transversal que exige integração entre serviços sociais, cuidados de saúde primários e respostas de RRMD (WHO, 2022).

As diferenças entre projetos indicam que não existe um único perfil de PUD no território, mas sim uma pluralidade de contextos psicotrópicos, confirmando a necessidade de respostas flexíveis, diferenciadas e territorialmente informadas.

4.2. PREVALÊNCIA, FREQUÊNCIA E VIA DE CONSUMO

Amostra Total

Nesta subsecção procede-se a uma análise aprofundada das principais substâncias psicoativas consumidas pelas pessoas acompanhadas pelos projetos de RRMD do CRI Porto Ocidental. A análise contempla três dimensões fundamentais:

1. **Prevalência de uso** – proporção de utentes que referem consumo ao longo da vida, no último ano e no último mês;
2. **Frequência de consumo** – intensidade e regularidade de utilização reportada;
3. **Via de administração predominante** – considerando o tipo de consumo (injetado, fumado, inalado, oral ou misto).

Esta abordagem permite compreender padrões de consumo diferenciados e níveis de risco associados, bem como identificar necessidades específicas de intervenção em saúde, prevenção e reinserção social. As variáveis “*Frequência*” e “*Via de Consumo*” foi analisada exclusivamente na amostra total por se tratar de um indicador complexo, multidimensional e altamente variável entre indivíduos. Quando desagregada por projeto, esta variável perde consistência analítica. Assim, a análise pela amostra total permite captar de forma integrada os padrões gerais de consumo, assegurando maior robustez estatística, representatividade e consistência interpretativa. Esta abordagem evita fragmentações artificiais e oferece um retrato global mais fiável das dinâmicas de uso de substâncias entre as PUD acompanhadas pelas equipas de RRMD.

A apresentação e discussão dos resultados seguem a estrutura dos itens 4.2.1 a 4.2.10, abrangendo as seguintes substâncias ou categorias de consumo:

- Heroína
- Cocaína
- Speedball (Heroína + Cocaína)
- Base de Coca/Crack

- Metadona não prescrita
- Buprenorfina
- Benzodiazepinas
- Canábis
- Álcool
- Outras substâncias

4.2.1. Heroína

A Tabela 25 apresenta a prevalência do consumo de heroína na amostra total (N = 508), considerando três momentos temporais distintos: ao *longo da vida*, nos *últimos 12 meses* e nos *últimos 30 dias*. Esta abordagem permite diferenciar padrões históricos de consumo, padrões recentes e consumo ativo, alinhando-se com metodologias utilizadas pela epidemiologia europeia de drogas (EMCDDA, 2024; SICAD, 2023).

Prevalência			
Heroína	Ao longo da vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 dias
Sim	379	240	210
Não	116	194	277
Desconhecido	13	74	21

Tabela 25. Distribuição da Prevalência da Heroína – Amostra Total

Prevalência do consumo de heroína na amostra total

A análise da prevalência do consumo de heroína na amostra total revela um padrão marcadamente estruturante no território acompanhado pelos projetos de RRMD do CRI Porto Ocidental. Os dados indicam que 379 utentes reportaram consumo de heroína **ao longo da vida**, o que corresponde a cerca de três quartos de toda a amostra (aprox. 75%). Este valor evidencia que a heroína, apesar das transformações dos mercados e padrões de consumo observadas ao longo das últimas décadas, continua a ser uma substância profundamente enraizada nas trajetórias biográficas das PUD acompanhadas, refletindo um legado histórico português que perdura desde a epidemia de opiáceos iniciada nas décadas de 1980 e 1990 (SICAD, 2023; Carneiro, 2020).

A discrepância entre os 379 consumos ao longo da vida e os 240 consumos nos **últimos 12 meses** revela que uma parte significativa das PUD já não consome heroína de forma recente, apesar de ter um historial

de uso. Esta diferença de 139 pessoas sugere várias possibilidades interpretativas: trajetórias de abstinência, adesão a Programas de Substituição Opiácea (PSBLE), substituição da heroína por outras substâncias (como crack, cocaína, álcool ou benzodiazepinas), períodos de institucionalização (prisão, internamentos hospitalares ou psiquiátricos), ou consumos intermitentes e episódicos, tal como descrito pela literatura sobre padrões complexos de uso em populações vulneráveis (Marlatt, 1998; Rhodes, 2002). A heroína mantém-se, assim, presente como elemento estruturante da trajetória, mesmo quando o consumo não está ativo, funcionando como marcador de risco acumulado ao longo da vida.

A análise dos **últimos 30 dias**, onde 210 utentes referem consumo, mostra uma prevalência ainda elevada de uso ativo (superior a 40% da amostra total). Este valor é particularmente relevante do ponto de vista clínico e de saúde pública, dado que se aproxima de indicadores de risco imediatos: consumo recente associa-se a maior probabilidade de uso endovenoso, partilha de material, sobredosagens e doenças infecciosas transmissíveis (Darke & Ross, 2000; Degenhardt et al., 2019). A redução entre os consumos dos últimos 12 meses e dos últimos 30 dias (240 para 210) indica existência de consumidores esporádicos, utilizadores dependentes com padrões flutuantes ou situações de instabilidade emocional, económica ou habitacional que condicionam a regularidade dos consumos — tendências amplamente documentadas em populações com múltiplas vulnerabilidades (Bourgois, 2020; EMCDDA, 2023).

A leitura das categorias "**Não**" e "**Desconhecido**" reforça, também, elementos interpretativos relevantes. A proporção de utentes que nunca consumiram heroína aumenta à medida que nos aproximamos de períodos mais recentes (de 116 para 277), o que confirma que a heroína, embora central ao longo da vida, não é a substância predominante para todos de forma atual. No que respeita ao "Desconhecido", a sua baixa expressão (entre 13 e 21 casos), sugere uma boa qualidade da recolha de dados e uma relação terapêutica suficientemente sólida para permitir a comunicação desta informação sensível, circunstância que é frequentemente apontada como um indicador indireto da eficácia da intervenção em rua e do vínculo estabelecido (Rhodes, 2002; Kennedy et al., 2017).

No seu conjunto, estes dados sugerem que o consumo de heroína permanece um fenómeno central no território do CRI Porto Ocidental, tanto em termos de trajetória histórica como de consumo atual. A prevalência elevada ao longo da vida traduz décadas de contacto com opiáceos, com riscos acumulados que incluem infeções, deterioração física, sofrimento psicológico e vínculos frágeis com serviços — aspetos amplamente descritos em estudos internacionais sobre populações dependentes de opiáceos (Degenhardt et al., 2019; WHO, 2022). A persistência de consumo ativo em cerca de 4 em cada 10 utentes reforça a pertinência das estratégias de RRMD, nomeadamente a disponibilização de material assético, os Programas de Substituição Opiácea (metadona e buprenorfina), o acesso a naloxona e a intervenção em emergências relacionadas com sobredosagem.

Conclusão

A heroína continua a ser uma substância de grande impacto epidemiológico, clínico e social no território abrangido. Mesmo quando o consumo recente não se verifica, o historial prolongado mantém relevância para o planeamento de respostas. Para as equipas de RRMD, estes resultados reforçam a necessidade de manter intervenções adaptadas, continuadas e intensivas, integrando cuidados de saúde, apoio psicossocial e estratégias de prevenção de riscos, numa perspetiva de cuidado longitudinal e centrado na pessoa.

Frequência de consumo de heroína nos últimos 12 meses

A distribuição da frequência de consumo de heroína nos últimos 12 meses, permite compreender não apenas quem consome esta substância, mas sobretudo como consome, revelando a intensidade, regularidade e risco associado aos padrões de uso. Este indicador é fundamental porque traduz o grau de dependência, a necessidade de intervenção continuada e a probabilidade de comportamentos de alto risco, como o uso endovenoso, a partilha de material ou a ocorrência de sobredosagens — fenómenos amplamente documentados na literatura científica como diretamente associados à frequência de uso de opiáceos (Darke & Ross, 2000; EMCDDA, 2023; WHO, 2022).

Frequência últimos 12 meses	Número de Indivíduos
Mais que dia por semana	191
1 dia por semana ou menos	21
Não consumiu	194
Desconhecido	102

Tabela 26. Distribuição da Frequência de Consumo de Heroína nos últimos 12 meses – Amostra Total

Os dados indicam que, entre as 508 pessoas da amostra, 191 utentes consumiram heroína mais do que um dia por semana ao longo dos últimos 12 meses. Este valor é particularmente significativo, pois representa o núcleo central de consumidores com um padrão de uso regular ou intensivo, coerente com estados de dependência moderada a grave. Estes utentes constituem um grupo de risco acrescido para múltiplos desfechos adversos: sobredosagens, infeções associadas ao uso endovenoso, deterioração física, instabilidade emocional e vulnerabilidade a violência e exploração. A literatura demonstra de

forma consistente que padrões regulares de consumo de heroína estão fortemente associados à dependência física, flutuações de tolerância e maior probabilidade de consumo em condições inseguras (Degenhardt et al., 2019; Strang et al., 2020). Para as equipas de RRMD, esta é a população que mais beneficia da disponibilização contínua de material asséptico, da monitorização clínica e do acesso regular a Programas de Substituição em Baixo Limiar de Exigência (PSBLE).

Um segundo grupo, constituído por 21 utentes, refere consumo de heroína 1 dia por semana ou menos. Este padrão sugere consumidores episódicos, que podem incluir:

(a) pessoas em início de uso

(b) pessoas a reduzir consumo;

(c) consumidores com policonsumo de outras substâncias (crack, cocaína ou álcool), utilizando a heroína como regulador emocional ou “*comedown*”;

(d) utilizadores funcionais menos dependentes, embora ainda expostos a riscos relevantes.

Este tipo de padrão é frequentemente descrito pela literatura como consumo “*esporádico*”, que pode oscilar rapidamente entre estabilidade e escalada, sobretudo em contextos de stress social, instabilidade habitacional ou ausência de suporte terapêutico (Marlatt, 1998; Rhodes, 2002). Embora este grupo seja numericamente menor, continua a exigir monitorização, dado o risco de evolução para padrões mais regulares em condições adversas.

O terceiro grupo — 194 utentes que não consumiram heroína nos últimos 12 meses — é particularmente relevante. Representa a parcela da amostra que, apesar de apresentar, em muitos casos, historial prévio de consumo (como demonstrado na análise anterior), conseguiu evitar o uso ao longo do último ano. Este grupo pode incluir pessoas em abstinência prolongada, em tratamento de substituição estabilizado, institucionalizadas, ou em trajetórias de mudança suportadas por fatores protetores sociais ou familiares. A literatura indica que períodos extensos sem consumo de heroína estão associados à redução significativa do risco de complicações médicas, mas também a uma vulnerabilidade crítica: perda de tolerância, que aumenta drasticamente o risco de sobredosagem em caso de recaída (Strang et al., 2020; EMCDDA, 2023). Por isso, mesmo na ausência de consumo ativo, este grupo deve permanecer na esfera de acompanhamento das equipas de RRMD, especialmente para educação sobre riscos de recaída e acesso a naloxona.

Finalmente, a categoria “*Desconhecido*”, com 102 utentes, merece uma reflexão própria. Este grupo representa cerca de 20% da amostra total, o que, embora não comprometa a robustez geral dos dados, evidencia desafios na recolha de informação. A ausência de dado pode resultar de múltiplos fatores: dificuldade de comunicação no contexto de rua, abordagens realizadas em estados de intoxicação,

relações terapêuticas ainda em construção, receio de partilhar informação devido a estigma ou medo de consequências legais ou situações de sofrimento psicológico intenso. A literatura identifica o “não reporte” de consumo como um fenómeno comum em contextos de grande vulnerabilidade, especialmente entre pessoas que experienciam exclusão severa ou consumos múltiplos com perda de controlo (Bourgois, 2020; Kennedy et al., 2017). Importa salientar que a presença desta categoria não invalida a interpretação dos dados; pelo contrário, reforça a necessidade de continuidade da intervenção de proximidade, estabilização da relação com os utentes e recolha de informação progressiva e humanizada.

Numa leitura global, os dados mostram que o consumo de heroína mantém um peso epidemiológico significativo no território do CRI Porto Ocidental. A elevada proporção de consumidores regulares ao longo dos últimos 12 meses (191 pessoas) confirma que a heroína continua a ser uma substância central nos padrões de consumo das PUD acompanhadas — alinhando-se com tendências verificadas em diversas cidades europeias onde coexistem desigualdades sociais marcadas, mercados de opiáceos persistentes e trajetórias de exclusão prolongada (EMCDDA, 2023; Rehm et al., 2016). A presença concomitante de grupos em abstinência ou consumo esporádico revela, contudo, um ecossistema heterogéneo, que exige respostas diferenciadas, flexíveis e territorialmente adaptadas.

Assim, a distribuição da frequência de consumo de heroína nos últimos 12 meses não só descreve o padrão epidemiológico, mas também aponta caminhos concretos para o reforço das práticas de redução de riscos no território, consistentes com a evidência internacional e com as necessidades reais das populações acompanhadas.

Frequência de consumo de heroína nos últimos 30 dias

A distribuição da frequência de consumo de heroína nos últimos 30 dias constitui um indicador essencial para avaliar o consumo ativo, a intensidade de uso e o nível de risco atual a que as pessoas estão expostas. Este indicador aproxima-se dos comportamentos mais recentes e imediatamente relevantes para a intervenção, permitindo estimar a probabilidade de uso endovenoso, a exposição a sobredosagens, a necessidade de material de consumo seguro e o risco de infeções transmitidas pelo sangue. Tal como amplamente demonstrado pela literatura, a frequência de consumo de opiáceos no último mês é um dos melhores preditores de complicações agudas, morbidade infecciosa e mortalidade por overdose (Darke & Ross, 2000; EMCDDA, 2023; Strang et al., 2020).

Frequência últimos 30 dias	Número de Indivíduos
7 dias semana	127
4 a 6 dias semana	14
2 a 3 dias semana	32
1 dia por semana ou menos	27
Não consumiu	277
Desconhecido	31

Tabela 27. Distribuição da Frequência de Consumo de Heroína nos últimos 30 dias – Amostra Total

Os dados revelam que 127 utentes consumiram heroína diariamente (7 dias por semana), o que representa o núcleo de maior gravidade clínica e de maior dependência dentro da amostra. Este número — que corresponde a cerca de um quarto da amostra total — evidencia a presença de um grupo de utilizadores de heroína altamente dependentes, com perfis de consumo intensivo, marcados por padrões compulsivos de uso, tolerância elevada e risco substancial de complicações. Na literatura, o consumo diário de heroína está fortemente associado a dependência grave, uso endovenoso frequente, perda de controlo, deterioração física progressiva, comorbilidade mental significativa e maior probabilidade de envolvimento em comportamentos de sobrevivência, tais como atividade ilícita ou transações de risco (Degenhardt et al., 2019; Bourgois, 2020). Este grupo constitui a população-alvo prioritária dos PSBLE e das equipas de rua, exigindo intervenção intensiva, regular e multidimensional.

A seguir, observa-se que 14 utentes consumiram heroína entre 4 e 6 dias por semana. Embora numericamente mais reduzido, este grupo mantém um padrão de consumo regular e significativo. A literatura distingue frequentemente este subgrupo como “consumidores frequentes não diários”, cuja estabilidade é altamente volátil. Podem alternar entre consumo diário e pausas curtas por motivos financeiros, sociais ou de saúde. Esta oscilação é típica de contextos de elevada precariedade, exclusão social ou policonsumo (Marlatt, 1998; Rhodes, 2002). Trata-se, portanto, de um grupo que permanece em risco elevado e que beneficia também de intervenções estruturadas, incluindo ligação a PSBLE e acompanhamento clínico próximo.

O terceiro grupo, composto por 32 utentes que consumiram heroína de 2 a 3 dias por semana, representa consumidores regulares, mas não diários. Este padrão pode corresponder a utilizadores em fase intermédia da dependência, pessoas em policonsumo que utilizam heroína para mitigar efeitos da base de coca/crack ou cocaína (“comedown”), consumidores com rendimento instável ou utilizadores que

alternam entre padrões de consumo intensivo e períodos de abstinência. A pesquisa internacional documenta este tipo de consumo como característico de utilizadores com dependência moderada, frequentemente presos em ciclos de vulnerabilidade social e emocional (Rehm et al., 2016; EMCDDA, 2022). Este grupo mantém riscos clínicos importantes, incluindo sobredosagem, especialmente após períodos breves de abstinência que diminuem a tolerância.

O quarto grupo, com 27 utentes que consumiram heroína 1 dia por semana ou menos, representa os consumidores esporádicos nos últimos 30 dias. Este padrão pode refletir utilizadores ocasionais, pessoas em início de uso, consumidores em fase de redução ativa do consumo, indivíduos com policonsumo diversificado ou utentes que recorrem à heroína apenas em situações específicas de mal-estar psicológico ou físico. Embora o risco absoluto seja inferior ao observado nos consumidores diários, este grupo permanece vulnerável, sobretudo porque a tolerância tende a ser menor, aumentando o risco de overdose em caso de uso de heroína de elevada pureza — fenómeno amplamente reportado em populações com uso irregular (Strang et al., 2020; Degenhardt et al., 2019).

É particularmente relevante o número de pessoas que não consumiram heroína nos últimos 30 dias: 277 utentes, constituindo mais da metade da amostra total. Este grupo é complexo e heterogéneo. Inclui:

- pessoas em abstinência estável,
- utentes em PSBLE com boa adesão,
- pessoas que substituíram heroína por outras substâncias (ex.: crack, cocaína, álcool),
- indivíduos em processos de institucionalização,
- pessoas em severa exclusão social que usam outras substâncias como coping,
- utentes que perderam o acesso temporário à substância devido a dinâmicas do mercado.

A literatura destaca que a “abstinência recente” não implica ausência de risco; pelo contrário, representa um período crítico, dado que a redução da tolerância aumenta exponencialmente a probabilidade de overdose em caso de recaída (Strang et al., 2020). Assim, mesmo sem consumo nos últimos 30 dias, esta população deve permanecer no radar das equipas de RRMD.

Por fim, a categoria “Desconhecido”, com 31 casos, representa um número relativamente baixo, o que revela boa qualidade na recolha de informação e forte capacidade das equipas para estabelecer comunicação e vínculo, mesmo em contextos de grande vulnerabilidade. Contudo, os casos não assinalados podem corresponder a utentes em estados de intoxicação, sofrimento psicológico intenso, recusa em fornecer informação, ou situações emergentes no território onde não foi possível completar

o registo — aspetos largamente identificados nos estudos qualitativos sobre intervenção em rua (Bourgois, 2020; Kennedy et al., 2017).

Conclusão

A análise da frequência de consumo de heroína nos últimos 30 dias confirma que, embora exista uma proporção expressiva de utentes sem consumo ativo, cerca de um terço da amostra total apresenta consumo ativo, sendo que 127 pessoas consumiram diariamente, integrando o grupo de maior risco e maior necessidade de intervenção intensiva.

Este padrão confirma que a heroína permanece, no território do CRI Porto Ocidental, uma substância central em termos de risco e necessidade de intervenção, justificando fortemente a continuidade e intensificação das práticas de RRMD.

Vias de consumo da heroína nos últimos 30 dias

A distribuição das vias de consumo da heroína nos últimos 30 dias permite compreender não apenas as preferências individuais, mas sobretudo os níveis de risco associados, os contextos de consumo, a gravidade da dependência e as necessidades concretas das equipas de RRMD. A via de administração é um dos indicadores epidemiológicos mais relevantes na análise de padrões de consumo, uma vez que determina diretamente os perigos associados — desde infeções transmitidas pelo sangue a sobredosagens — e molda a natureza das intervenções a implementar no terreno (EMCDDA, 2023; WHO, 2022).

Via de consumo últimos 30 dias	Número de Indivíduos
Fumada	145
Endovenosa	52
Várias vias	3
Não consumiu	277
Desconhecido	31

Tabela 28. Distribuição da Via de Consumo de Heroína nos últimos 30 dias – Amostra Total

Os dados revelam que 145 pessoas consumiram heroína por via fumada (principalmente sob a forma de “*chasing the dragon*”), constituindo a via mais frequentemente utilizada no último mês. Este dado é particularmente relevante porque, ao contrário do paradigma histórico português centrado na via endovenosa, observa-se nos últimos anos uma tendência crescente para o consumo fumado, associada à disponibilização de heroína mais barata, mudanças no mercado das substâncias e padrões de consumo mais heterogêneos. O consumo fumado apresenta riscos distintos dos da via endovenosa: embora reduza significativamente a probabilidade de transmissão de VIH e VHB/VHC, não elimina riscos relevantes como queimaduras, agravamento de doenças respiratórias, uso compulsivo e associação frequente com policonsumo de crack (Bourgois & Hart, 2016; Rehm et al., 2016). Além disso, a literatura documenta que muitos consumidores fumadores acabam por transitar para a via endovenosa em situações de maior tolerância, perda de efeito imediato ou pressão do grupo (Strang et al., 2020), o que reforça a importância de intervenções preventivas em fases iniciais do consumo.

Por outro lado, 52 pessoas consumiram heroína por via endovenosa nos últimos 30 dias. Este grupo, embora numericamente menor que o dos fumadores, representa o núcleo de maior vulnerabilidade e risco agudo. O uso endovenoso está associado ao risco elevado de transmissão de VIH, hepatite C e outras infeções bacterianas graves, incluindo endocardite e abscessos (Degenhardt et al., 2019). Além disso, o uso por via endovenosa está ligado a um padrão de consumo mais compulsivo, maior gravidade da dependência e riscos acrescidos de sobredosagem fatal, especialmente quando associada a opióides de elevada pureza ou adulterados (Darke & Ross, 2000; EMCDDA, 2022). No território do CRI Porto Ocidental, este grupo exige intervenção altamente especializada: distribuição de seringas e outro material assético, informação detalhada sobre práticas de menor risco, monitorização contínua, ligação a cuidados de enfermagem e forte recomendação para adesão a Programas de Substituição Opiácea (PSBLE).

O número reduzido de pessoas que utilizam várias vias de consumo (3 casos) não diminui a sua relevância clínica. O uso combinado de vias — geralmente alternância entre fumar e injetar — é um comportamento documentado em populações com consumos intensivos, frequentemente associado a diferentes intenções de uso: controlar a intensidade dos efeitos, reduzir sintomas de abstinência, gerir tolerância ou ajustar o uso à disponibilidade financeira e às condições do contexto (Rehm et al., 2016). Estes utilizadores estão associados, na literatura, a um dos perfis mais instáveis, com flutuações rápidas entre padrões de risco elevado, sendo particularmente vulneráveis a complicações graves.

A categoria “Não consumiu”, representando 277 pessoas, é numericamente dominante, indicando que mais de metade da amostra total não consumiu heroína no mês anterior. Este grupo é heterogêneo e

pode incluir pessoas em abstinência estável, utentes em PSBLE bem-sucedido, consumidores que substituíram heroína por outras substâncias (crack, cocaína, álcool), indivíduos recentemente institucionalizados (prisão, hospitais, comunidades), ou pessoas que, por diversos motivos, reduziram temporariamente o consumo. Importa salientar que a redução ou ausência de consumo no último mês não elimina o risco: períodos de abstinência aumentam o risco de sobredosagem em caso de recaída, devido à diminuição da tolerância (Strang et al., 2020) e muitos destes utentes mantêm fragilidades sociais que requerem continuidade da intervenção.

Por fim, o grupo “Desconhecido” (31 pessoas) representa cerca de 6,1 % da amostra e revela limitações inerentes à recolha de dados junto de populações altamente vulneráveis. Este valor, embora relativamente reduzido, indica situações de impossibilidade de recolha, ausência de relação terapêutica consolidada, estados de intoxicação, instabilidade emocional ou não disponibilidade para partilhar informação. Os estudos qualitativos sobre intervenção em rua mostram que o “não reporte” é comum em contextos de elevada precariedade e que a construção de confiança é um processo incremental (Bourgeois, 2020; Kennedy et al., 2017). A existência desta categoria reforça a necessidade de abordagens contínuas, tolerantes e adaptadas ao ritmo de cada pessoa.

No seu conjunto, os dados mostram uma divisão significativa entre duas realidades distintas:

1. um grupo relevante de utilizadores que consome por via fumada — padrão menos clássico e frequentemente associado a policonsumo, contextos urbanos e menor risco de infeções sanguíneas,
2. e um grupo menor, mas altamente vulnerável, que utiliza a via endovenosa e enfrenta riscos clínicos imediatos e severos.

Esta diferenciação tem implicações diretas para a intervenção em RRMD. As equipas devem adequar o tipo de material distribuído (folhas de alumínio, bocais/tubos e kits de consumo fumado para uns; seringas, filtros, água esterilizada e acessórios endovenosos para outros), reforçar a educação para práticas mais seguras e continuar a promover o acesso a naloxona, PSBLE, cuidados de enfermagem e intervenções de proximidade. A existência simultânea de perfis tão diversos confirma a heterogeneidade do território psicotrópico abordado pelo CRI Porto Ocidental e reforça a importância de respostas flexíveis e adaptadas às necessidades reais das PUD.

4.2.2. Cocaína

A análise do consumo de cocaína na amostra total revela padrões complexos e diferenciados, que refletem a crescente diversificação das substâncias presentes nos territórios acompanhados pelos

projetos de RRMD do CRI Porto Ocidental. A cocaína, tanto sob a forma pó (cloridrato) como base de coca/crack, tem assumido, nos últimos anos, um papel estrutural nos padrões de policonsumo em populações vulneráveis, sendo frequentemente associada a consumos intensivos, uso compulsivo e comportamentos de risco (EMCDDA, 2024; Bourgois, 2020).

A análise apresentada neste capítulo refere-se exclusivamente ao consumo de cocaína em pó (cloridrato), sendo o consumo de base de coca/crack analisado separadamente em secção própria. Esta distinção metodológica é fundamental, uma vez que as duas formas da substância apresentam perfis farmacológicos, padrões de uso e implicações sociais e clínicas significativamente distintos.

Prevalência de Consumo ao Longo da Vida, Últimos 12 Meses e Últimos 30 Dias

Prevalência			
Cocaína	Ao longo da vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 dias
Sim	227	132	107
Não	242	331	357
Desconhecido	39	45	44

Tabela 29. Distribuição da Prevalência de consumo de Cocaína – Amostra Total

Os dados mostram que 227 pessoas consumiram cocaína ao longo da vida, o que representa cerca de 45% da amostra. Este valor confirma que a cocaína — tal como a heroína e o álcool — faz parte do percurso biográfico de quase metade das pessoas acompanhadas, sendo frequentemente encontrada em trajetórias marcadas por policonsumo, alternância de substâncias e consumos contextuais associados a prazer, sociabilidade, sobrevivência emocional ou autorregulação dos efeitos de outras substâncias (Rehm et al., 2016).

Nos últimos 12 meses, o número reduz-se para 132 pessoas, indicando que cerca de 58% dos consumidores ao longo da vida não consumiram cocaína no último ano. Esta redução é comum nas carreiras de consumo, podendo resultar de uma combinação de fatores, como períodos de abstinência, substituição por outras substâncias psicoativas, incluindo crack e opiáceos, instabilidade económica, institucionalização ou acesso limitado ao mercado local. Estudos internacionais documentam ciclos de consumo irregular de cocaína, frequentemente intercalados com períodos de abstinência ou substituição por opiáceos ou álcool (EMCDDA, 2023).

Nos últimos 30 dias, 107 pessoas reportam consumo, o que representa aproximadamente 21% da amostra total. Este valor é particularmente relevante, pois indica consumo ativo e, portanto, maior probabilidade de envolvimento em comportamentos associados a risco imediato — como consumo compulsivo de crack, uso endovenoso ou práticas de partilha de material. A diferença entre os últimos 12 meses e os últimos 30 dias (132 → 107) sugere que uma parte significativa dos consumidores mantém consumo recente, coerente com padrões de uso intermitente típicos da cocaína, cuja farmacocinética, ao gerar efeitos curtos e intensos, favorece ciclos de *binge-recovery* (Stoops et al., 2019).

A categoria “Desconhecido”, embora presente em números relevantes (39, 45 e 44), reflete limitações esperadas na recolha de dados em contexto de rua, especialmente em consumos cuja ocultação pode estar associada a estigma, receio ou falta de vínculo no momento da recolha.

Frequência de Consumo nos Últimos 12 Meses

Frequência últimos 12 meses	Número de Indivíduos
Mais que 1 dia por semana	97
1 dia por semana ou menos	35
Não consumiu	331
Desconhecido	45

Tabela 30. Distribuição da Frequência de Consumo de Cocaína nos últimos 12 meses – Amostra Total

A frequência de consumo nos últimos 12 meses reforça a natureza heterogênea dos padrões de uso. Entre os consumidores ativos no último ano, 97 pessoas consumiram cocaína mais de um dia por semana, enquanto 35 consumiram um dia por semana ou menos. Este padrão confirma que existe um grupo significativo de utilizadores regulares, cuja frequência de consumo sugere:

- compulsividade associada à ação estimulante da substância,
- consumo motivado por contextos específicos (rua, convívio, sobrevivência),
- associação a crack ou heroína para balanceamento dos efeitos (“speedballing” ou “come down”).

A literatura descreve este tipo de consumo regular como altamente associado a disfunção emocional, instabilidade comportamental e risco de compulsão episódica (Winstock & Marsden, 2015). A diferença entre uso regular (97) e uso esporádico (35) confirma a existência de dois perfis distintos: consumidores intensivos e consumidores ocasionais.

O número elevado de 331 pessoas que não consumiram cocaína no último ano demonstra que, embora a cocaína continue relevante, não é a substância dominante para a maioria das PUD acompanhadas — ao contrário do que acontece com a heroína. No entanto, muitos destes utentes podem apresentar consumo de crack, o que não é capturado especificamente neste item, mas é visível nas análises cruzadas por substância principal.

Frequência de Consumo nos Últimos 30 Dias

Frequência últimos 30 dias	Número de Indivíduos
7 dias semana	67
4 a 6 dias semana	8
2 a 3 dias semana	8
1 dia por semana ou menos	24
Não consumiu	331
Desconhecido	70

Tabela 31. Distribuição da Frequência de Consumo de Cocaína nos últimos 30 dias – Amostra Total

A análise dos últimos 30 dias mostra que 67 pessoas consumiram cocaína diariamente, valor que representa aproximadamente 13% da amostra total e que, pela sua magnitude, confirma a existência de um grupo particularmente exposto a riscos severos. O consumo diário de cocaína — especialmente crack — está associado na literatura a padrões de compulsividade extrema, deterioração social, violência estrutural e maior envolvimento com mercados locais de droga (Bourgois, 2020; Ribeiro & Fonseca, 2021).

Além disso:

- 8 pessoas consumiram 4–6 dias por semana,
- 8 pessoas consumiram 2–3 dias por semana,
- 24 consumiram 1 dia por semana ou menos.

Estes dados mostram que, embora o número total de consumidores ativos seja relativamente moderado, o subgrupo que mantém consumo muito frequente apresenta elevada vulnerabilidade clínica e social. O padrão “2 a 3 dias por semana” é particularmente associado a consumos recreativos ou episódicos, mas, no contexto desta população, tende a refletir consumos intensivos condicionados por fatores financeiros

ou contextuais. Já os consumidores de “1 dia por semana ou menos” tendem a incluir perfis funcionais ou policonsumidores que recorrem à cocaína de forma ocasional.

A prevalência de 331 pessoas sem consumo nos últimos 30 dias indica que o consumo de cocaína, ao contrário do crack, é mais irregular e menos entranhado em rotinas de sobrevivência diária, sugerindo que esta substância funciona, em muitos casos, como elemento complementar dentro de padrões de policonsumo.

Via de Consumo nos Últimos 30 Dias

Via de consumo últimos 30 dias	
Fumada	81
Nasal/Snifada	3
Endovenosa	21
Várias vias	2
Não consumiu	331
Desconhecido	69

Tabela 32. Distribuição da Via de Consumo de Cocaína nos últimos 30 dias – Amostra Total

A via de consumo de cocaína nos últimos 30 dias revela um aspeto particularmente relevante do padrão de consumo neste território: a predominância da via fumada (81 utentes). Este dado sugere que grande parte do consumo reportado está associado à base de coca/crack, substância que, devido ao seu perfil farmacológico, produz efeitos rápidos, intensos e de curta duração, favorecendo consumo compulsivo ou em *binge*. A literatura científica tem associado o consumo fumado de crack a maiores níveis de instabilidade emocional, maior vulnerabilidade social, uso intenso em espaços públicos e maior exposição a violência estrutural (Bourgois & Hart, 2016).

A presença de 21 consumidores por via endovenosa é particularmente relevante, pois representa um grupo de risco elevado, com maior probabilidade de infeções por VIH, VHC, abscessos e complicações cardiovasculares. Embora o uso de cocaína por via endovenosa seja menos comum que o uso de heroína, quando ocorre está frequentemente associado a padrões de policonsumo e a episódios de *binge* de alta intensidade, com potencial para danos significativos (Darke et al., 2008).

A via nasal/snifada, com apenas 3 casos, aparece surpreendentemente pouco representada, o que sugere que a cocaína em pó, mais associada a contextos recreativos ou funcionais, é menos prevalente nesta população em particular — ao contrário do que acontece em populações mais integradas socialmente. Aqui, o consumo fumado domina claramente, refletindo a sociogeografia da exclusão e a acessibilidade da base de coca nos territórios observados.

A categoria “Várias vias”, com 2 casos, representa perfis de consumo altamente instáveis e polimórficos, com implicações clínicas relevantes devido a interações de vias e padrões compulsivos.

Conclusão

A análise integrada da prevalência, frequência e vias de consumo confirma que, no território do CRI Porto Ocidental, a cocaína:

1. Está presente na trajetória de quase metade da amostra,
2. É consumida ativamente por cerca de um quinto,
3. Tem padrões de uso intensivos num subgrupo significativo,
4. É predominantemente consumida por via fumada,
5. Revela forte sobreposição com contextos de vulnerabilidade social e policonsumo

4.2.3. Heroína e Cocaína

O consumo combinado de heroína e cocaína — frequentemente designado como *speedball* ou *padrões mistos de opiáceos e estimulantes* — constitui um dos perfis de uso mais complexos e de maior risco nas populações acompanhadas por projetos de RRMD. A combinação destas substâncias articula dois efeitos farmacológicos opostos: um depressor do sistema nervoso central (heroína) e um estimulante (cocaína). Este padrão aumenta significativamente a probabilidade de sobredosagens fatais, instabilidade fisiológica, uso compulsivo e comportamentos que agravam o risco sanitário, social e emocional (Darke & Hall, 2003; EMCDDA, 2023; Rehm et al., 2016). Os dados apresentados revelam que este tipo de consumo não é marginal, mas sim estrutural no território do CRI Porto Ocidental.

Prevalência ao Longo da Vida, Últimos 12 Meses e Últimos 30 Dias

Prevalência			
Heroína e Cocaína	Ao longo da vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 dias
Sim	202	80	56
Não	234	283	297
Desconhecido	72	145	155

Tabela 33. Distribuição da Prevalência do consumo de Heroína e Cocaína – Amostra Total

A prevalência do consumo combinado mostra que 202 utentes relataram ter consumido heroína e cocaína ao longo da vida, representando uma proporção muito significativa da amostra (aprox. 40%). Este valor posiciona o policonsumo heroína-cocaína como um elemento transversal às trajetórias de quase metade dos utentes acompanhados. A literatura aponta que este padrão é frequentemente associado a tentativas de auto-regulação dos efeitos das substâncias — a cocaína para contrariar a sedação da heroína e a heroína para reduzir a ansiedade, irritabilidade ou crash da cocaína (Bourgois, 2020; Degenhardt et al., 2019). Em contextos de rua, onde a vulnerabilidade social, o sofrimento emocional e os ciclos de procura/evitamento são contínuos, este padrão tende a consolidar-se ao longo do tempo.

Quando analisamos os últimos 12 meses, apenas 80 pessoas referem consumo combinado, o que significa que cerca de 60% dos consumidores ao longo da vida não mantiveram este padrão recentemente. Esta diferença sugere que o policonsumo heroína-cocaína é frequentemente intermitente, dependendo de fatores como disponibilidade financeira, acessibilidade das substâncias, condições do mercado local, estado de saúde ou institucionalização. O decréscimo entre vida e 12 meses (202 → 80) também pode refletir substituição por outras substâncias, nomeadamente crack, benzodiazepinas ou álcool, fenómeno amplamente documentado em trajetórias de exclusão (Ribeiro & Fonseca, 2021).

Nos últimos 30 dias, o consumo combinado foi reportado por 56 utentes, representando cerca de 11% da amostra total. Este subgrupo corresponde ao núcleo mais ativo de policonsumidores de heroína e cocaína, caracterizado por elevado risco de sobredosagem, maior probabilidade de uso endovenoso, desgaste físico significativo, vulnerabilidade acrescida a comportamentos de sobrevivência e necessidade urgente de intervenção continuada. Este padrão recente indica consumos altamente compulsivos e associados a sofrimento emocional intenso — frequentemente descrito em contextos de rua e mercados abertos de droga (Bourgois & Hart, 2016).

A categoria “Desconhecido” é particularmente elevada nesta variável, sobretudo nos períodos mais recentes (72, 145 e 155 casos). Este fenómeno sugere que, dada a complexidade da questão, muitos utentes não distinguem facilmente entre consumos isolados e consumos combinados, ou não conseguem clarificar padrões devido a estados de intoxicação, pressa, medo de julgamento ou perda de memória. Este é um desafio amplamente descrito na investigação sobre policonsumo.

Frequência de Consumo nos Últimos 12 Meses

Frequência últimos 12 meses	Número de Indivíduos
Mais que 1 dia por semana	57
1 dia por semana ou menos	23
Não consumiu	283
Desconhecido	145

Tabela 34. Distribuição da Frequência de Consumo de Heroína e Cocaína nos últimos 12 meses – Amostra Total

A análise da frequência de consumo nos últimos 12 meses mostra que 57 utentes consumiram heroína e cocaína mais de um dia por semana. Estes são os policonsumidores regulares, frequentemente marcados por dependência moderada a grave e comportamentos de risco contínuo. A literatura evidencia que o consumo combinado regular tende a ser altamente desregulador: potencia crises físicas severas, intensifica a procura compulsiva da substância e agrava o risco cardiovascular e respiratório (Strang et al., 2020).

Além disso, 23 PUD consumiram “1 dia por semana ou menos”, refletindo padrões mais episódicos, muitas vezes associados a consumo recreativo de cocaína seguido de heroína para atenuar o crash, ou uso de heroína para suavizar efeitos adversos da cocaína.

O número elevado de pessoas que não consumiram no último ano (283) revela que, embora o consumo combinado seja relevante ao longo da vida, é menos prevalente de forma continuada. No entanto, a presença de 145 casos de “Desconhecido” sublinha que muitos utentes têm dificuldade em relatar com precisão este tipo específico de padrão, dada a complexidade do policonsumo.

Frequência de Consumo nos Últimos 30 Dias

Frequência últimos 30 dias	Número de Indivíduos
7 dias por semana	27
4 a 6 dias semana	4
2 a 3 dias semana	11
1 dia por semana ou menos	14
Não consumiu	283
Desconhecido	169

Tabela 35. Distribuição da Frequência de Consumo de Heroína e Cocaína nos últimos 30 dias – Amostra Total

Nos últimos 30 dias, 27 utentes consumiram heroína e cocaína diariamente, constituindo o grupo de maior risco da amostra. Este padrão diário é tipicamente associado ao uso compulsivo, ao desgaste físico extremo e a ciclos de consumo contínuo para evitar sintomas de abstinência e crash. É um dos perfis mais estudados como associados a sobredosagem fatal, devido à combinação de efeitos contraditórios sobre o sistema nervoso (Darke & Hall, 2003; EMCDDA, 2022).

- 4 utentes consumiram entre 4 e 6 dias por semana,
- 11 utentes entre 2 e 3 dias,
- 14 consumiram 1 vez por semana ou menos.

Estes valores mostram que, embora relativamente localizado, o grupo de consumidores regulares nos últimos 30 dias manifesta um padrão de risco elevado. A cocaína intensifica a excitação, aumenta a impulsividade e acelera o ritmo cardíaco; a heroína, por sua vez, deprime a respiração. A interação de ambos cria uma sobrecarga fisiológica significativa.

O número de pessoas que não consumiram nos últimos 30 dias (283) volta a confirmar que o policonsumo heroína-cocaína ativo corresponde a um subgrupo específico e altamente vulnerável, não representando a maioria da amostra.

Via de Consumo nos Últimos 30 Dias

Via de consumo últimos 30 dias	Número de Indivíduos
Fumada	41
Endovenosa	22
Várias vias	40
Não consumiu	283
Desconhecido	122

Tabela 36. Distribuição da Via de Consumo de Heroína e Cocaína nos últimos 30 dias – Amostra Total

A via de consumo combinada nos últimos 30 dias acrescenta uma camada crítica de complexidade. Os dados mostram:

- 41 utentes consumiram por via fumada,
- 22 utentes por via endovenosa,
- 40 utentes por várias vias,
- 283 não consumiram,
- 122 desconhecido.

Os consumos fumados tendem a estar associados à combinação de heroína fumada com cocaína/crack, frequentemente em cachimbos improvisados ou misturas em folha de alumínio. Este padrão é altamente compulsivo e socialmente visível, tendo sido amplamente descrito em populações em contexto de rua (Bourgois, 2020).

Os consumos endovenosos, porém, representam o maior risco imediato, dada a rapidez com que ambas as substâncias atingem o sistema nervoso central quando injetadas. A combinação de opiáceos e cocaína é conhecida por:

- aumentar drasticamente o risco de sobredosagem,
- potenciar infeções transmitidas por via sanguínea,
- causar danos vasculares severos,
- agravar a instabilidade emocional e comportamental.

Contudo, o grupo mais crítico é o dos 40 utentes que utilizaram várias vias. Estes perfis combinam diferentes modos de administração conforme o contexto, disponibilidade, tolerância e objetivo (euforia,

regulação emocional ou supressão de sintomas), sendo reconhecidos como os mais instáveis e de maior risco na literatura.

Conclusão

O consumo combinado de heroína e cocaína:

- é muito prevalente ao longo da vida,
- é significativo no último ano,
- existe de forma ativa num subgrupo de elevada vulnerabilidade,
- é realizado por vias de elevado risco,
- está associado a comportamentos compulsivos e instáveis,
- é um dos padrões mais perigosos identificados na amostra

4.2.4. Crack/Base de Cocaína

O consumo de crack e base de cocaína, assume um papel central na caracterização das PUD acompanhadas pelos projetos de RRMD do CRI Porto Ocidental. Em Portugal, o consumo de base de cocaína tem vindo a emergir como uma problemática estrutural em contextos de forte vulnerabilidade social, associada a padrões de uso compulsivo, risco elevado, intensa rotatividade territorial e degradação das condições de vida — aspetos amplamente documentados pela literatura nacional e internacional (Bourgois, 2020; Ribeiro & Fonseca, 2021; EMCDDA, 2024). A análise detalhada da prevalência, frequência e vias de consumo revela um fenómeno de grande amplitude e profundidade, com implicações diretas na organização das respostas de RRMD e saúde pública.

Prevalência ao Longo da Vida, Últimos 12 Meses e Últimos 30 Dias

Prevalência			
Crack	Ao longo da vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 dias
Sim	286	215	185
Não	122	246	197
Desconhecido	100	47	126

Tabela 37. Distribuição da Prevalência do consumo de Crack/Base de Cocaína – Amostra Total

Os dados mostram que 286 utentes consumiram crack ao longo da vida, representando mais de metade da amostra total ($\approx 56\%$). Este valor é particularmente relevante, porque indica que o crack não é um consumo residual ou circunstancial, mas sim um elemento estruturante nas trajetórias de grande parte das PUD acompanhadas.

Nos últimos 12 meses, o crack foi consumido por 215 pessoas, evidenciando uma prevalência muito elevada (42% da amostra total). A redução entre consumo ao longo da vida (286) e nos últimos 12 meses (215) é relativamente pequena, confirmando que o crack tende a ser consumido de forma contínua e persistente, ao contrário de substâncias como a cocaína em pó, cujo uso é mais intermitente. Os padrões de persistência do crack têm sido amplamente descritos como associados a compulsividade intensa, ciclos prolongados de binge e dificuldade acrescida em interromper o uso, dadas as características farmacológicas da substância, que produz efeitos rápidos, intensos e de curta duração (Stoops et al., 2019).

Nos últimos 30 dias, 185 pessoas consumiram crack. Trata-se de uma proporção muito elevada ($\approx 36\%$ da amostra total), que coloca o crack como uma das substâncias mais consumidas de forma ativa no território analisado, logo a seguir à heroína. Este padrão recente de consumo ilustra o carácter profundamente penetrante e quotidiano do crack em determinados territórios, especialmente os mais marcados pela exclusão social, onde o consumo na rua, em espaços abandonados e em micro-contextos de uso coletivo se torna uma rotina diária.

A categoria “Desconhecido” apresenta valores elevados e oscilantes, sobretudo ao longo da vida e nos últimos 30 dias.

No entanto, mesmo considerando esta limitação, os valores confirmam a magnitude da problemática.

Frequência de Consumo nos Últimos 12 Meses

Frequência últimos 12 meses	Número de Indivíduos
Mais que 1 dia por semana	182
1 dia por semana ou menos	27
Não consumiu	246
Desconhecido	53

Tabela 38. Distribuição da Frequência de Consumo Crack/Base de Cocaína nos últimos 12 meses – Amostra Total

A análise da frequência nos últimos 12 meses demonstra claramente a intensidade deste consumo:

- 182 utentes consumiram crack mais do que uma vez por semana,
- 27 consumiram um dia por semana ou menos,
- 246 não consumiram,
- 53 desconhecido.

O número muito elevado de consumidores frequentes (182) demonstra que o crack é consumido essencialmente em padrões de grande regularidade, coerentes com consumos compulsivos descritos na literatura. Ao contrário de outras substâncias, o crack apresenta uma forte relação com:

- estados de hiperestimulação,
- consumo repetido em sequência,
- uso público,
- vulnerabilidade física e psicológica,
- desgaste emocional e social,
- risco aumentado de violência urbana e exploração (Bourgois & Hart, 2016).

Este padrão de frequência confirma que o crack constitui um dos principais motores de sofrimento, instabilidade e risco nas populações acompanhadas.

Frequência de Consumo nos Últimos 30 Dias

Frequência últimos 30 dias	Número de Indivíduos
7 dias semana	137
4 a 6 dias semana	21
2 a 3 dias semana	13
1 dia por semana ou menos	17
Não consumiu	246
Desconhecido	74

Tabela 39. Distribuição da Frequência de Consumo de Crack/Base de Cocaína nos últimos 30 dias – Amostra Total

Os padrões do último mês aprofundam ainda mais o carácter intensivo deste consumo:

- 137 utentes consumiram crack diariamente (7 dias/semana),
- 21 consumiram entre 4 e 6 dias/semana,
- 13 consumiram entre 2 e 3 dias/semana,
- 17 consumiram 1 dia/semana ou menos,
- 246 não consumiram,
- 74 desconhecido.

O número de consumidores diários (137) é extremamente elevado e constitui um dos indicadores mais críticos de vulnerabilidade neste estudo. O consumo diário de crack é característico de padrões de uso compulsivo, muitas vezes descritos como ciclos contínuos de “procura-uso-procura”, onde o utente dedica grande parte do seu dia à obtenção e uso da substância, frequentemente em espaços públicos ou abandonados.

Este padrão diário é associado, na literatura, a:

- insónia prolongada,
- deterioração física e mental,
- episódios psicóticos ou paranóides,
- aumento da violência experienciada e/ou perpetrada,
- risco extremo de exploração sexual e económica,
- intensificação de comportamentos de sobrevivência (Rehm et al., 2016; Bourgois, 2020).

Os consumos de 4 a 6 dias e 2 a 3 dias por semana representam também padrões de alta intensidade. Embora numericamente menores, estes grupos indicam perfis igualmente instáveis e com necessidade de intervenção urgente, pois o crack, mesmo quando usado apenas alguns dias por semana, tende a ser consumido em grandes quantidades durante esses períodos.

Via de Consumo nos Últimos 30 Dias

Via de consumo últimos 30 dias	Número de Indivíduos
Fumada	158
Endovenosa	27
Várias vias	3
Não consumiu	246
Desconhecido	74

Tabela 40. Distribuição da Via de Consumo de Crack/Base de Cocaína nos últimos 30 dias – Amostra Total

A análise da via de consumo revela que 158 pessoas fumaram crack, o que confirma que esta é a via predominante e praticamente exclusiva desta substância. O consumo fumado está associado a:

- compulsividade,
- uso coletivo ou em pequenos grupos,
- partilha de cachimbos improvisados, bocais/tubos, latas ou garrafas,
- queimaduras na boca e vias respiratórias,
- infecções respiratórias,
- utilização de recipientes improvisados que aumentam o risco de lesões,
- maior necessidade de distribuição de material adequado pelas equipas de rua.

O número de pessoas que consumiram crack por via endovenosa (27 utentes) é particularmente significativo, uma vez que a base de cocaína é pouco utilizada por via injetável devido ao seu perfil químico. Estes casos representam um dos perfis mais críticos da amostra, associados a risco extremo de complicações cardiovasculares, infecções bacterianas, abscessos e mortalidade (Degenhardt et al., 2019). Geralmente correspondem a utentes com histórias longas de uso endovenoso que transitam ocasionalmente para a base de cocaína quando a heroína não está disponível ou consumidores que dissolvem crack com ácidos ou agentes adulterantes para injeção — prática altamente nociva.

O grupo de várias vias (3 pessoas) sugere um perfil híbrido, associado a policonsumo intenso e experimentação de diferentes combinações, sendo também um dos mais vulneráveis.

A categoria “Não consumiu” (246) e a categoria “Desconhecido” (74) devem ser interpretadas com cautela. A elevada proporção de pessoas sem consumo no último mês mostra que, apesar da intensidade

de uso em alguns subgrupos, o crack não é consumido de forma universal entre as PUD. No entanto, o valor elevado de desconhecidos revela as dificuldades na recolha de dados numa população frequentemente em estado alterado, em movimento ou desorganizada emocional e socialmente.

Conclusão

O crack apresenta-se como uma das substâncias mais críticas na amostra total, caracterizada por:

- altíssima prevalência ao longo da vida e no último ano,
- frequência de uso extremamente elevada,
- consumo diário em grande parte dos utilizadores ativos,
- padrões altamente compulsivos,
- vias de consumo predominantemente fumadas,
- risco extremo de deterioração biopsicossocial e violência,
- associação profunda a contextos de pobreza extrema, exclusão e instabilidade habitacional.

O crack opera como um marcador robusto de risco extremo e de vulnerabilidade estrutural do território psicotrópico observada.

O fenómeno do crack, tal como evidenciado pelos dados, não é apenas um problema de saúde pública, mas uma expressão profunda das vulnerabilidades sociais e estruturais presentes no território do CRI Porto Ocidental.

4.2.5. Metadona Não Prescrita

A metadona é um fármaco essencial no tratamento da dependência de opiáceos, integrada em PSBLE, reconhecida internacionalmente como intervenção eficaz para reduzir mortalidade, consumo de heroína e comportamentos de risco associados à via endovenosa. Contudo, a presença de metadona não prescrita (isto é, obtida fora do circuito clínico formal) constitui um fenómeno altamente relevante do ponto de vista de saúde pública e um indicador sensível de falhas de acesso, retenção ou adequação dos sistemas formais de tratamento (Strang et al., 2020; WHO, 2022). Os dados apresentados permitem compreender a dimensão, frequência e vias deste consumo no território estudado.

Prevalência ao Longo da Vida, Últimos 12 Meses e Últimos 30 Dias

Prevalência			
Metadona	Ao longo da vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 dias
Sim	91	46	19
Não	255	381	327
Desconhecido	162	81	162

Tabela 41. Distribuição da Prevalência do consumo de Metadona Não Prescrita – Amostra Total

Os resultados mostram que 91 utentes consumiram metadona não prescrita ao longo da vida, representando cerca de 18% da amostra total. Este valor é significativo e aponta para um fenómeno estruturado no território: um número relevante de pessoas recorreu, em algum momento, a metadona fora do sistema de saúde — um indicador frequentemente descrito como reflexo de desigualdades no acesso ao tratamento, tentativas de autogestão da abstinência, estratégias de sobrevivência ou circulação informal de opiáceos substitutivos entre pares (Harris & Rhodes, 2013; EMCDDA, 2020).

Nos últimos 12 meses, 46 pessoas consumiram metadona não prescrita, cerca de metade dos que o fizeram ao longo da vida. Esta redução (91 → 46) sugere que muitos consumos de metadona informal são episódicos, associados a momentos de crise — como falta de acesso à heroína, tentativas de evitar síndrome de abstinência ou períodos de consumo desregulado. No entanto, o número ainda elevado confirma que a utilização informal da metadona é uma prática relativamente comum, sobretudo em contextos de rua onde o acesso regular a PSBLE pode ser errático.

Nos últimos 30 dias, apenas 19 utentes consumiram metadona não prescrita. Este subgrupo representa os consumidores ativos e constitui um grupo vulnerável, pois o consumo irregular de metadona, especialmente em doses desconhecidas, pode aumentar o risco de overdose ou de interação perigosa com outras substâncias (heroína, benzodiazepinas, álcool). A literatura refere que a metadona obtida informalmente raramente tem dosagem estável ou previsível, aumentando riscos clínicos importantes (Strang et al., 2020).

A categoria “Desconhecido”, com números muito elevados (162 ao longo da vida e últimos 30 dias; 81 nos últimos 12 meses), indica dificuldades consistentes na recolha desta informação. Isto é compreensível, dado que o consumo de metadona não prescrita é um comportamento mais oculto, frequentemente associado a estigma, receio de consequências legais ou desconfiança dos serviços.

Frequência de Consumo nos Últimos 12 Meses

Frequência últimos 12 meses	Número de Indivíduos
Mais que 1 dia por semana	12
1 dia por semana ou menos	34
Não consumiu	381
Desconhecido	81

Tabela 42. Distribuição da Frequência de Consumo de Metadona Não Prescrita nos últimos 12 meses – Amostra Total

A análise da frequência revela que:

- 12 pessoas consumiram metadona não prescrita mais de uma vez por semana;
- 34 consumiram uma vez por semana ou menos;
- 381 não consumiram;
- 81 desconhecido.

Estes valores mostram que apenas uma pequena proporção dos consumidores recentes utiliza metadona não prescrita de forma regular. O consumo mais frequente (mais do que uma vez por semana) é geralmente associado a tentativas de autogestão da dependência, substituição improvisada da heroína quando esta não está disponível ou estratégias de redução de danos realizadas sem supervisão clínica. A literatura aponta que muitos consumidores utilizam metadona informalmente para “aguentar” períodos de abstinência involuntária, como noites frias, ausência de dinheiro para substâncias ou medo de entrar em síndrome de abstinência em contexto de rua (Harris & Rhodes, 2013).

A maioria dos consumidores situados na categoria “1 vez por semana ou menos” revela um padrão ocasional, que pode corresponder a:

- consumos pontuais para mitigar abstinência,
- partilha entre pares,
- fragmentação de comprimidos ou soluções líquidas,
- uso circunstancial após episódios de consumo intensivo de estimulantes (como crack).

Este padrão sugere uma utilização mais pragmática do que recreativa, reforçando a metadona como “recurso de emergência” no mercado informal.

Frequência de Consumo nos Últimos 30 Dias

Frequência últimos 30 dias	Número de Indivíduos
7 dias por semana	2
4 a 6 dias semana	2
2 a 3 dias semana	8
1 vez por semana ou menos	7
Não consumiu	327
Desconhecido	162

Tabela 43. Distribuição da Via de Consumo de Metadona Não Prescrita nos últimos 30 dias – Amostra Total

Nos últimos 30 dias, os consumos ativos demonstram:

- 2 consumidores diários,
- 2 consumidores de 4 a 6 dias por semana,
- 8 consumidores de 2 a 3 dias por semana,
- 7 consumidores de 1 dia por semana ou menos,
- 327 não consumiram,
- 162 desconhecido.

Os consumos diários ou quase diários, embora muito pouco numerosos, são extremamente preocupantes. A metadona, devido à sua longa meia-vida e potencial de acumulação no organismo, pode causar depressão respiratória mesmo em utilizadores experientes, sobretudo quando combinada com benzodiazepinas, álcool ou heroína — práticas comuns entre as PUD nesta amostra (Degenhardt et al., 2019). O consumo informal diário pode, portanto, refletir usos não monitorizados com risco agudo.

Os consumos de 2 a 3 dias por semana indicam um padrão mais regular, mas ainda não diário, que pode revelar tentativas de autoterapia para gerir sintomas de abstinência ou reduzir consumo de heroína. Tanto estes como os consumos semanais pontuais refletem dinâmicas de autogestão da dependência, frequentemente associadas a exclusão dos serviços formais, dificuldades de adesão ou ausência de PSBLE de baixo limiar no território — lacunas identificadas em estudos anteriores sobre populações de rua.

Via de Consumo nos Últimos 30 Dias

Via de consumo últimos 30 dias	Número de Indivíduos
Oral	18
Endovenosa	1
Não consumiu	327
Desconhecido	162

Tabela 44. Distribuição da Via de Consumo de Metadona nos últimos 30 dias – Amostra Total

A via de consumo desta substância oferece uma das informações clínicas mais importantes da análise:

- 18 pessoas consumiram metadona não prescrita por via oral,
- 1 pessoa consumiu por via endovenosa,
- 327 não consumiram,
- 162 desconhecido.

A via oral, esperada e mais comum, reduz riscos infecciosos comparativamente à via endovenosa, mas mantém riscos farmacológicos associados à dose, duração e interação com outras substâncias.

Contudo, o caso de consumo por via endovenosa é particularmente grave. A metadona está formulada para uso oral e contém excipientes que, quando injetados, podem provocar:

- vasculite,
- embolias,
- abscessos severos,
- infecções sistêmicas,
- necrose tecidual.

Este único caso representa um perfil de risco elevado, frequentemente associado a utilizadores com padrões muito graves de dependência, que alternam entre opiáceos disponíveis e utilizam qualquer substância capaz de suprimir sintomas de abstinência.

O número elevado de “desconhecido” reflete novamente a dificuldade de recolha desta informação em contextos de rua, especialmente quando se trata de consumos clandestinos ou de autogestão.

Conclusão

O consumo de metadona não prescrita emerge como um fenómeno relevante e multifacetado no território do CRI Porto Ocidental, representando:

- tentativas de autogestão da dependência,
- falhas no acesso ou retenção nos PSBLE formais,
- dinâmicas de circulação informal de opiáceos entre pares,
- estratégias de redução de danos improvisadas,
- comportamentos de risco graves quando injetada,
- vulnerabilidades sociais profundas associadas ao consumo irregular e não monitorizado.

Apesar de numericamente inferior ao consumo de heroína e crack, a metadona não prescrita tem um peso clínico e epidemiológico significativo, pois funciona como termómetro das fragilidades do sistema formal de cuidados.

Estes dados reforçam a importância de:

- ampliar equipas de PSBLE de baixo limiar,
- garantir acessibilidade e continuidade do tratamento,
- reduzir barreiras burocráticas,
- reforçar a intervenção comunitária e domiciliária,
- integrar estratégias de contacto ativamente com utentes que abandonaram PSBLE ou nunca o iniciaram,
- monitorizar sinais de uso informal em territórios críticos,
- garantir formação contínua sobre riscos da metadona não prescrita.

O fenómeno descrito mostra que, neste território psicotrópico, a metadona — quando fora do circuito formal — deixa de ser apenas um tratamento e passa a integrar o ecossistema das substâncias de rua, funcionando simultaneamente como recurso terapêutico informal e substância de risco.

4.2.6. Buprenorfina Não Prescrita

A buprenorfina é, tal como a metadona, um fármaco utilizado no tratamento da dependência de opiáceos, integrado nos Programas de Substituição Opiácea (PSBLE). Contudo, ao contrário da metadona, apresenta propriedades farmacológicas parcialmente agonistas, com menor risco de depressão respiratória e maior segurança em contexto terapêutico. O consumo de buprenorfina não prescrita —

isto é, obtida fora do circuito formal de tratamento — constitui um fenómeno relevante sobretudo como indicador indireto da tentativa de autogestão da abstinência, falhas no acesso ao tratamento ou circulação informal da substância entre pares. No entanto, pelos dados observados, este fenómeno assume uma expressão consideravelmente mais reduzida do que no caso da metadona.

Prevalência ao Longo da Vida, Últimos 12 Meses e Últimos 30 Dias

Prevalência			
Buprenorfina	Ao longo da vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 dias
Sim	36	7	1
Não	326	357	361
Desconhecido	146	144	146

Tabela 45. Distribuição da Prevalência do consumo de Buprenorfina Não Prescrita – Amostra Total

Os dados mostram que 36 pessoas consumiram buprenorfina não prescrita ao longo da vida, representando aproximadamente 7% da amostra total. Este valor é relativamente baixo quando comparado com outras substâncias opiáceas, como heroína e metadona informal, o que sugere que a buprenorfina não circula de forma tão significativa nos mercados informais do território do CRI Porto Ocidental. Tal facto está alinhado com tendências nacionais e europeias, que indicam que a buprenorfina, por ser habitualmente prescrita em formatos sublinguais ou com formulações combinadas (p. ex., buprenorfina/naloxona), tem menor valor de mercado informal (EMCDDA, 2022; Strang & McDonald, 2016).

Nos últimos 12 meses, apenas 7 utentes referiram consumo de buprenorfina não prescrita. Esta redução significativa (36 → 7) evidencia que a maior parte dos consumos ao longo da vida foram episódicos, pontuais ou relacionados com momentos específicos, como crises de abstinência, tentativas improvisadas de estabilização ou ausência de acesso a PSBLE formal.

Nos últimos 30 dias, o consumo recai para apenas 1 caso, representando um consumo ativo extremamente marginal no momento da recolha dos dados. Este valor, mesmo isolado, é epidemiologicamente relevante porque indica a existência de pelo menos um utente exposto aos riscos do uso informal de buprenorfina, frequentemente combinados com policonsumo de álcool,

benzodiazepinas ou outros opiáceos — combinações que, apesar da relativa segurança da buprenorfina, podem provocar depressão respiratória quando associadas a sedativos (Degenhardt et al., 2019)..

A categoria “Desconhecido” apresenta valores elevados e constantes (144 a 150 casos), refletindo dificuldades na recolha específica desta informação, o que é habitual quando se trata de substâncias que não fazem parte dos consumos culturalmente mais marcados no território (como heroína ou crack). Além disso, muitos utentes não distinguem claramente entre metadona e buprenorfina, referindo apenas “medicação” ou “substituição”, o que pode contribuir para lacunas no preenchimento.

Frequência de Consumo nos Últimos 12 Meses

Frequência últimos 12 meses	Número de Indivíduos
Mais que 1 dia por semana	6
1 dia por semana ou menos	1
Nunca	357
Desconhecido	144

Tabela 46. Distribuição da Frequência de Consumo de Buprenorfina nos últimos 12 meses – Amostra Total

A frequência de consumo nos últimos 12 meses mostra:

- 6 consumidores mais de 1 vez por semana,
- 1 consumidor ocasional (1 vez por semana ou menos),
- 357 que não consumiram,
- 144 desconhecido.

Os consumos regulares (6 casos) são particularmente relevantes do ponto de vista clínico, porque indicam que existe um pequeno grupo de utentes que recorre à buprenorfina informalmente como estratégia de autogestão da dependência. Este uso pode estar associado a:

- ausência de acesso ou abandono de PSBLE formal,
- episódios de abstinência em contexto de rua,
- tentativas de evitar ou reduzir o consumo de heroína,
- aquisição de comprimidos ou comprimidos fragmentados no mercado informal,

- alternância entre buprenorfina e metadona não prescrita consoante a disponibilidade.

Apesar do reduzido número, este comportamento tem importância estratégica para a intervenção das equipas de RRMD, na medida em que indica fragilidades nos processos de adesão aos cuidados formais e necessidade de reforço da ligação ao CRI.

Frequência de Consumo nos Últimos 30 Dias

Frequência nos últimos 30 dias	Número de Indivíduos
Mais que 1 dia por semana	1
Nunca Consumiu	357
Desconhecido	150

Tabela 47. Distribuição da Frequência de Consumo de Buprenorfina Não Prescrita nos últimos 30 dias – Amostra Total

Nos últimos 30 dias, o consumo ativo resume-se a:

- 1 utilizador mais de 1 dia por semana,
- 357 não consumiram,
- 150 desconhecido.

Este único caso representa um perfil excecional e de risco potencial. Embora a buprenorfina seja mais segura que a metadona do ponto de vista farmacológico, o consumo não supervisionado e fora do enquadramento clínico pode provocar:

- precipitação de síndrome de abstinência (se usada após heroína ou metadona),
- interações perigosas com benzodiazepinas ou álcool,
- risco de overdose quando combinada com outros depressores.

Além disso, o consumo recente de buprenorfina não prescrita pode indicar tentativas de transição espontânea para um tipo de PSBLE informal, mas sem controlo de dose, sem monitorização médica e sem apoio psicossocial — elementos fundamentais para a eficácia deste tratamento.

Via de Consumo nos Últimos 30 Dias

Via de Consumo nos últimos 30 dias	Número de Indivíduos
Endovenoso	1
Não consumiu	357
Desconhecido	150

Tabela 48. Distribuição da Via de Consumo de Buprenorfina Não Prescrita – Amostra Total

A análise da via de consumo mostra:

- 1 caso de consumo endovenoso,
- 357 não consumiram,
- 150 desconhecido.

O consumo endovenoso de buprenorfina é raro, mas quando ocorre está associado aos maiores riscos entre as PUD. Os comprimidos sublinguais ou formulações combinadas, quando injetados, podem causar:

- danos vasculares severos,
- embolias,
- abscessos,
- endocardite,
- complicações graves devido aos excipientes insolúveis.

Este único caso constitui um sinal crítico que deve alertar as equipas para padrões graves de uso endovenoso e para a necessidade de intervenção imediata, incluindo:

- encaminhamento para PSBLE formal,
- educação sobre riscos específicos da buprenorfina injetada,
- monitorização de saúde física,
- fornecimento de material esterilizado.

Os valores elevados na categoria “Desconhecido” refletem, mais uma vez, a dificuldade de obter informação precisa sobre consumos informais de medicamentos, especialmente quando não são centrais nas narrativas de consumo das PUD.

Conclusão

O consumo de buprenorfina não prescrita no território do CRI Porto Ocidental apresenta as seguintes características estruturais:

- é pouco prevalente,
- ocorre de forma episódica,
- é utilizado maioritariamente para autogestão da abstinência,
- raramente é usado de forma contínua,
- tem frequência muito baixa no último mês,
- raramente é consumido por via endovenosa, mas quando ocorre é extremamente grave,
- reflete sobretudo falhas no acesso ou adesão aos PSBLE formais, não uma procura recreativa ou compulsiva.

Este fenómeno, embora de pequena dimensão, é clinicamente muito relevante: cada caso de buprenorfina informal representa um sinal de que a pessoa tentou, de forma improvisada e sem apoio profissional, regular a dependência, evitar abstinência ou substituir outros opiáceos.

Para as equipas de RRMD, estes dados reforçam:

- a importância do prolongamento dos horários e acessibilidade dos PSBLE,
- a necessidade de estratégias de *outreach* focadas em pessoas que abandonaram tratamento,
- o reforço da confiança e da vinculação como porta de entrada para cuidados formais,
- a educação sobre riscos específicos de medicamentos opiáceos no mercado informal,
- a articulação com saúde mental, dadas as implicações deste padrão na autogestão emocional e física.

Em suma, embora a buprenorfina não prescrita seja um fenómeno minoritário, constitui um indicador sensível de vulnerabilidade, de falhas no sistema de cuidados e da necessidade de respostas personalizadas, flexíveis e territorializadas.

4.2.7. Benzodiazepinas

O consumo de benzodiazepinas (BDZ) não prescritas constitui uma dimensão particularmente relevante e preocupante no estudo das PUD, sobretudo em contextos de policonsumo, vulnerabilidade social e uso problemático de opiáceos e estimulantes. As BZD — ansiolíticos e hipnóticos com ação depressora do

sistema nervoso central — assumem um papel ambivalente: são, por um lado, fármacos utilizados para gerir ansiedade, insónia, crises emocionais e sintomas de abstinência; e, por outro, substâncias frequentemente implicadas em overdoses combinadas, episódios de desinibição, amnésia, risco de quedas e acidentes, comportamentos impulsivos e agravamento de quadros psiquiátricos (Darke et al., 2008; EMCDDA, 2023). A análise dos dados revela um fenómeno presente, ainda que minoritário, mas com elevada relevância clínica.

Prevalência ao Longo da Vida, Últimos 12 Meses e Últimos 30 Dias

Prevalência			
Benzodiazepinas	Ao longo da vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 dias
Sim	69	28	19
Não	284	394	324
Desconhecido	155	86	165

Tabela 49. Distribuição da Prevalência do consumo de Benzodiazepinas Não Prescritas – Amostra Total

A prevalência ao longo da vida mostra que 69 utentes consumiram benzodiazepinas não prescritas, representando cerca de 14% da amostra total. Embora não seja um valor elevado quando comparado com substâncias como heroína, crack ou cocaína, ele é significativo por duas razões:

1. Os consumos de BDZ em populações com uso de opiáceos ou álcool aumentam drasticamente o risco de overdoses;
2. O uso de BDZ não prescritas tende a ser invisível e subnotificado, dado que muitos utentes não as reconhecem como “droga”, mas como “comprimidos”, “calmantes” ou “coisas para dormir”.

Nos últimos 12 meses, apenas 28 pessoas consumiram BDZ não prescritas, uma redução expressiva face à prevalência ao longo da vida. Esta diminuição sugere que a maior parte dos consumos de BDZ entre estas PUD são pontuais, episódicos, ligados a crises de ansiedade, episódios de abstinência ou a contextos de desorganização emocional. Este padrão é consistente com estudos internacionais, que mostram que populações em situação de exclusão social recorrem a BDZ sobretudo em momentos críticos, para “baixar” de consumos intensivos de crack ou cocaína ou para gerir sintomas de abstinência de opiáceos (Ribeiro & Fonseca, 2021).

Nos últimos 30 dias, apenas 19 pessoas reportaram consumo. Isto confirma que a BDZ não prescrita não é uma substância de uso diário ou contínuo para a maioria dos utentes, mas sim uma droga de uso mais

circunstancial. Contudo, o risco associado a consumos esporádicos pode ser superior, especialmente quando combinados com heroína, metadona, álcool ou pregabalina — combinação que aumenta exponencialmente o risco de depressão respiratória e morte.

Os valores elevados da categoria “Desconhecido” (155 ao longo da vida; 86 nos últimos 12 meses; 165 nos últimos 30 dias) refletem dificuldades consistentes na identificação e verbalização do uso de BDZ por parte dos utentes. Parte desta dificuldade advém do facto de muitos comprimidos serem adquiridos no mercado informal sem identificação clara, de o consumo ser frequentemente realizado em intoxicação ou sem memória, ou de os utentes não compreenderem que estão a consumir benzodiazepinas específicas.

Frequência de Consumo nos Últimos 12 Meses

Frequência últimos 12 meses	Número de Indivíduos
Mais que 1 dia por semana	27
1 dia por semana ou menos	1
Nunca	394
Desconhecido	86

Tabela 50. Distribuição da Frequência de Consumo de Benzodiazepinas Não Prescritas nos últimos 12 meses – Amostra Total

Os dados mostram que:

- 27 utentes consumiram BDZ mais de 1 vez por semana,
- 1 consumiu esporadicamente,
- 394 não consumiram,
- 86 desconhecido.

O grupo que consumiu mais de uma vez por semana (27) representa um núcleo de maior risco, porque consumo regular de BDZ em populações policonsumidoras tende a:

- potenciar depressão respiratória quando combinado com opiáceos (heroína/metadona),
- aumentar sedação e risco de quedas,
- agravar quadros ansiosos e depressivos a médio prazo,
- favorecer amnésia e comportamentos impulsivos,
- gerar tolerância e síndrome de abstinência de difícil gestão.

Estes 27 casos devem ser considerados prioritários em termos de acompanhamento multidisciplinar.

O número muito baixo de consumidores esporádicos (1 caso) reforça a conclusão de que os consumidores de BDZ dividem-se essencialmente em dois grupos:

1. consumidores frequentes como estratégia de autorregulação;
2. não consumidores.

Este padrão binário é consistente com estudos sobre consumos de sedativos em contextos de exclusão.

Frequência de Consumo nos Últimos 30 Dias

Frequência últimos 30 dias	Número de Indivíduos
7 dias semana	11
4 a 6 dias semana	1
2 a 3 dias semana	5
1 dia por semana ou menos	2
Não consumiu	324
Desconhecido	165

Tabela 51. Distribuição da Frequência de Consumo de Benzodiazepinas Não Prescritas nos últimos 30 dias – Amostra Total

Nos últimos 30 dias, verifica-se:

- 11 consumidores diários,
- 1 consumidor de 4–6 dias/semana,
- 5 consumidores de 2–3 dias/semana,
- 2 consumidores de uso semanal ou menos,
- 324 não consumiram,
- 165 desconhecido.

Os 11 consumidores diários constituem o grupo mais preocupante, pois representam situações em que a BDZ pode estar a ser utilizada:

- como automedicação para ansiedade crónica,
- como estratégia para “descer” de consumos intensivos de crack,
- como mecanismo para dormir na rua,
- ou como tentativa de suprimir sintomas de abstinência opiácea.

Estas práticas são particularmente perigosas quando associadas a consumo simultâneo de heroína, álcool ou metadona, pois a interação potencia gravemente a depressão do sistema nervoso central — sendo esta combinação uma das principais causas de overdose fatal em utilizadores de opiáceos.

Os consumidores de 2–3 dias por semana (5 casos) representam perfis que alternam entre períodos de consumo intensivo e moderado, podendo estar associados a episódios de binge de crack ou a crises emocionais súbitas.

Via de Consumo nos Últimos 30 Dias

Via de consumo últimos 30 dias	
Oral	17
Nasal/Snifada	1
Endovenosa	1
Não Consumiu	324
Desconhecido	165

Tabela 52. Distribuição da Via de Consumo de Benzodiazepinas Não Prescritas nos últimos 30 dias – Amostra Total

A via de consumo das BDZ é outro indicador crítico:

- 17 pessoas consumiram por via oral,
- 1 pessoa consumiu por via nasal/snifada,
- 1 pessoa consumiu por via endovenosa,
- 324 não consumiram,
- 165 desconhecido.

A via oral é a mais comum e esperada, dado que a maioria das BDZ está formulada para administração dessa forma. Contudo, mesmo a via oral acarreta riscos significativos quando combinada com opiáceos, álcool ou metadona.

O consumo por via nasal, embora raro (1 caso), indica uso recreativo ou impulsivo, geralmente de comprimidos esmagados. É associado a:

- irritação nasal,
- administração rápida da substância,
- maior risco de compulsividade.

O caso de administração endovenosa é extremamente grave. As BDZ não são formuladas para uso endovenosos e a injeção pode resultar em:

- embolias,
- abscessos,
- necrose tecidual,
- infecções sistêmicas,
- complicações cardiovasculares,
- risco imediato de overdose.

Trata-se de um comportamento raro, mas que sinaliza um estado de grande desorganização, risco e possível policonsumo severo.

Conclusão

O consumo de benzodiazepinas não prescritas no território do CRI Porto Ocidental é um fenómeno de prevalência moderada, mas de alta relevância clínica. Ele caracteriza-se por:

- consumos episódicos mas perigosos,
- presença de um pequeno grupo de consumidores frequentes,
- risco acrescido de overdose quando combinado com opiáceos, álcool ou metadona,
- uso por via oral e, em casos excepcionais, por via endovenosa,
- elevada subnotificação e desconhecimento do que se consome,
- forte associação ao policonsumo de crack, como estratégia de “descida” após binge.

Apesar de menos prevalentes que outras substâncias, as BDZ constituem um dos principais amplificadores de risco entre as PUD, sendo frequente o seu envolvimento indireto em episódios de overdose e situações de instabilidade comportamental.

Estes dados implicam a necessidade de:

- reforçar a educação sobre riscos,
- identificar precocemente consumidores frequentes,
- integrar rastreio sistemático de BDZ nas consultas,
- promover alternativas terapêuticas seguras,
- assegurar acompanhamento psicológico intensivo para gerir ansiedade e insónia,

- e reforçar estratégias de redução de danos focadas no policonsumo.

As BZD não prescritas, embora representem um fenómeno numérico limitado, são um marcador de alta vulnerabilidade e risco agudo para as PUD acompanhadas.

4.2.8. Canábis

A canábis constitui uma das substâncias psicoativas mais utilizadas em Portugal e na Europa, com padrões de consumo amplamente heterogéneos que variam entre o uso recreativo funcional e o uso problemático em contextos de vulnerabilidade social, saúde mental comprometida e policonsumo. No contexto específico das PUD acompanhadas pelos projetos de RRMD do CRI Porto Ocidental, o consumo de canábis assume contornos particulares, funcionando muitas vezes como substância complementar aos opiáceos, crack, cocaína e álcool e desempenhando diferentes funções psicossociais: regulação emocional, estabilização do humor, mitigação dos efeitos de outras drogas ou promoção de relaxamento em contextos de elevada instabilidade (EMCDDA, 2024; Ribeiro & Fonseca, 2021). A análise dos dados revela padrões de consumo expressivos, mas com níveis de risco distintos dos observados para opiáceos e crack.

Prevalência ao Longo da Vida, Últimos 12 Meses e Últimos 30 Dias

Prevalência			
Cannabis	Ao longo da vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 dias
Sim	207	166	116
Não	142	255	230
Desconhecido	159	87	162

Tabela 53. Distribuição da Prevalência do consumo de Canábis – Amostra Total

A prevalência ao longo da vida revela que 207 utentes consumiram canábis em algum momento da sua trajetória, representando cerca de 41% da amostra total. Este valor é consistente com tendências epidemiológicas nacionais e europeias, que apontam para uma elevada prevalência de uso ao longo da vida, mesmo em indivíduos que posteriormente desenvolveram dependências de outras substâncias.

Nos últimos 12 meses, 166 pessoas reportam consumo de canábis, o que corresponde a uma proporção elevada ($\approx 33\%$ da amostra). O facto de mais de metade dos consumidores ao longo da vida terem

consumido canábis recentemente mostra que esta substância permanece presente em padrões de policonsumo ativo e que, ao contrário de substâncias como a cocaína em pó ou benzodiazepinas, a canábis tende a manter-se como substância de uso contínuo ao longo do tempo.

Nos últimos 30 dias, 116 utentes consumiram canábis — cerca de 23% da amostra total. Este valor revela que, embora frequente, não é uma substância consumida diariamente pela maioria dos utentes. A diferença entre os últimos 12 meses e os últimos 30 dias (166 → 116) sugere existência de um grupo de consumidores esporádicos que utilizam canábis de forma não regular, conforme contexto emocional, disponibilidade financeira ou interação com outras drogas.

A categoria “Não consumiu” e “Desconhecido”, apresentam valores significativos, sendo que a categoria “Desconhecido” é particularmente elevada ao longo da vida (159) e nos últimos 30 dias (162). Este padrão pode indicar:

- dificuldade dos utentes em recordar consumos esporádicos,
- condições de intoxicação no momento da recolha,
- menor prioridade atribuída pelos utentes ao relato desta substância, por considerarem-na menos problemática.

Ainda assim, os valores globais mostram que a canábis é uma substância transversal e estrutural nas trajetórias das PUD acompanhadas.

Frequência de Consumo nos Últimos 12 Meses

Frequência últimos 12 meses	Número de Indivíduos
Mais que 1 dia por semana	100
1 vez por semana ou menos	16
Não consumiu	255
Desconhecido	137

Tabela 54. Distribuição da Frequência de Consumo de Cábis nos últimos 12 meses – Amostra Total

A frequência de consumo reforça a presença consistente da canábis como substância complementar no policonsumo:

- 100 utentes consumiram mais de 1 dia por semana,
- 16 consumiram 1 dia por semana ou menos,
- 255 não consumiram,

- 137 desconhecido.

O grupo de consumidores regulares (100) é particularmente relevante. A literatura sugere que, em contextos de vulnerabilidade, a canábis pode funcionar como:

- regulador emocional,
- forma de redução de danos para gerir ansiedade, irritabilidade ou insónia,
- substituto parcial de opiáceos quando não disponíveis,
- “descida” após consumo de crack ou cocaína,
- estratégia de coping perante stress social crónico.

A presença de um grupo menor de consumidores ocasionais (16) indica perfis funcionais ou socialmente integrados dentro da amostra ou pessoas que utilizam canábis apenas em contextos recreativos.

Frequência de Consumo nos Últimos 30 Dias

Frequência últimos 30 dias	Número de Indivíduos
7 dias semana	44
4 a 6 dias semana	16
2 a 3 dias semana	26
1 dia por semana ou menos	30
Não consumiu	230
Desconhecido	162

Tabela 55. Distribuição da Frequência de Consumo de Canábis nos últimos 30 dias – Amostra Total

A análise dos últimos 30 dias permite identificar padrões mais recentes e potencialmente associados a risco imediato:

- 44 consumidores diários (7 dias/semana),
- 16 consumidores de 4–6 dias/semana,
- 26 consumidores de 2–3 dias/semana,
- 30 consumidores semanais ou menos,
- 230 não consumiu,
- 162 desconhecido.

A existência de 44 consumidores diários mostra que a canábis desempenha um papel central na vida de um segmento específico das PUD, sendo usada como estabilizador emocional ou mecanismo de regulação diária. Estes perfis são frequentemente descritos em indivíduos com sofrimento psicológico significativo, trauma, perturbações de ansiedade ou depressão.

O grupo de consumidores quase diários (4–6 dias) e regulares (2–3 dias) representa utilizadores com padrões moderados, mas consistentes, frequentemente associados ao policonsumo com opiáceos ou crack.

A categoria “1 vez por semana ou menos” indica uso recreativo ou ocasional, menos relevante em termos de risco sanitário imediato.

Via de Consumo nos Últimos 30 Dias

Via de consumo últimos 30 dias	
Fumada	147
Não consumiu	230
Desconhecido	162

Tabela 56. Distribuição da Via de Consumo de Canábis nos últimos 30 dias – Amostra Total

A via de consumo apresenta um padrão homogéneo:

- 147 pessoas consumiram canábis fumada,
- 230 não consumiram,
- 162 desconhecido.

A via fumada é universal e esperada, dado que a canábis não é tipicamente consumida por via oral ou nasal em contextos de rua ou vulnerabilidade social, e raramente aparece sob formas alternativas (comestíveis ou vaporizadores) em populações deste tipo.

A predominância da via fumada implica riscos relacionados com:

- doenças respiratórias crónicas,
- bronquite,
- uso partilhado de instrumentos (bocas de cachimbo, beatas, “charros” partilhados),
- risco de transmissão de doenças respiratórias,
- combinação com tabaco, intensificando problemas pulmonares.

Embora o risco de overdose seja quase inexistente na canábis, a combinação com álcool, benzodiazepinas ou crack pode intensificar efeitos sedativos e cognitivos, contribuindo para desorganização emocional e risco comportamental.

Conclusão

O consumo de canábis entre as PUD acompanhadas pelos projetos de RRMD do CRI Porto Ocidental apresenta as seguintes características:

- prevalência elevada ao longo da vida,
- consumo recente significativo,
- padrões de consumo frequentes e, em muitos casos, regulares,
- uso diário em cerca de 8% da amostra total,
- via exclusivamente fumada,
- papel funcional e regulador emocional,
- associação forte ao policonsumo,
- risco sanitário moderado, mas risco psicossocial relevante,
- subnotificação frequente, refletida na categoria “desconhecido”.

A canábis funciona, nesta população, como substância:

- estabilizadora,
- ansiolítica informal,
- “moderadora” dos efeitos de crack e cocaína,
- e, muitas vezes, como componente quase ritual do cotidiano.

Embora não apresente os riscos severos dos opiáceos ou estimulantes, integra-se num ecossistema de consumos que deve ser compreendido de forma global, especialmente em trajetórias de policonsumo e vulnerabilidade grave.

Estes dados reforçam a importância de:

- ações educativas sobre riscos da combinação canábis–álcool–BDZ,
- intervenção de saúde mental integrada,
- abordagens de redução de danos centradas no policonsumo,
- compreensão do papel da canábis enquanto mecanismo de coping,

- promoção de alternativas terapêuticas seguras (gestão da ansiedade, insónia e sofrimento emocional),
- integração de estratégias personalizadas em função do perfil de consumo.

A canábis, nesta amostra, não é apenas uma substância recreativa — é uma peça importante de um mosaico complexo de uso que revela tanto vulnerabilidade como estratégias informais de autorregulação.

4.2.9. Álcool

O consumo de álcool entre as PUD acompanhadas pelos projetos de RRMD do CRI Porto Ocidental, representa uma dimensão crítica da caracterização desta população. O álcool, sendo uma substância lícita e socialmente normalizada, tem uma elevada prevalência de uso, mas assume particular gravidade entre populações vulneráveis, devido aos seus efeitos na saúde física e mental, na interação com outras substâncias e no impacto sobre a capacidade funcional. Nos contextos de pobreza, exclusão social e policonsumo, o álcool constitui frequentemente uma das substâncias mais lesivas, associada ao agravamento de comorbilidades, desregulação emocional, acidentes, violência e deterioração das condições de vida (Rehm et al., 2017; EMCDDA, 2024).

Prevalência ao Longo da Vida, Últimos 12 Meses e Últimos 30 Dias

Prevalência			
Álcool	Ao longo da vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 dias
Sim	160	141	132
Não	190	255	245
Desconhecido	158	112	131

Tabela 57. Distribuição da Prevalência do consumo de Álcool – Amostra Total

A prevalência ao longo da vida revela que 160 utentes consumiram álcool, representando cerca de 31% da amostra total. Este valor é elevado, mas subestima provavelmente a verdadeira prevalência, dada a subnotificação associada ao consumo de álcool, especialmente quando comparado com outras substâncias consideradas socialmente mais estigmatizadas (como heroína ou crack).

Nos últimos 12 meses, 141 pessoas reportaram consumo — ou seja, quase todos os consumidores ao longo da vida mantiveram uso recente. Este dado é coerente com padrões descritos na literatura, que indicam que, em populações vulneráveis, o álcool tende a manter-se como substância de base, usada de forma frequente e integrada na rotina quotidiana (Marlatt, 1998; Rehm et al., 2017).

Nos últimos 30 dias, 132 pessoas consumiram álcool, representando aproximadamente 26% da amostra. A diferença entre os últimos 12 meses e últimos 30 dias é pequena (141 → 132), indicando elevada consistência do uso e estabilidade do padrão. Isto sugere que, para uma proporção importante das PUD, o álcool não é apenas uma substância ocasional, mas parte integrante de um padrão de consumo prolongado, repetido e, muitas vezes, crónico.

A categoria “Desconhecido” apresenta valores elevados (158 ao longo da vida, 112 nos últimos 12 meses, 131 nos últimos 30 dias), o que é habitual no caso do álcool, devido a:

- confusão entre consumo moderado e problemático;
- normalização social do álcool;
- hesitação em considerar álcool como “droga”;
- estados de intoxicação no momento da entrevista;
- dificuldades de recordação em populações com consumo crónico.

Frequência de Consumo nos Últimos 12 Meses

Frequência últimos 12 meses	Número de Indivíduos
Mais que 1 dia por semana	122
1 vez por semana ou menos	19
Não consumiu	255
Desconhecido	112

Tabela 58. Distribuição da Frequência de Álcool nos últimos 12 meses – Amostra Total

Os dados mostram que:

- 122 utentes consumiram álcool mais do que uma vez por semana,
- 19 consumiram 1 vez por semana ou menos,
- 255 não consumiram,
- 112 desconhecido.

O valor de consumo frequente (122 utentes) é extremamente relevante, pois indica que, no último ano, cerca de 24% da amostra total consumiu álcool de forma regular. Isso caracteriza um grupo de elevada vulnerabilidade, pois o consumo frequente de álcool em populações com comorbidade psiquiátrica, doença hepática, problemas nutricionais ou policonsumo tende a agravar:

- deterioração física significativa,
- risco cardiovascular,
- descompensações psiquiátricas,
- episódios de agressividade ou vitimização,
- isolamento social,
- risco de hipotermia e acidentes em contexto de rua.

Os 19 consumidores ocasionais (1x por semana ou menos) representam um subgrupo com uso menos intenso, possivelmente associado a momentos específicos, convívio, coping emocional pontual ou padrões recreativos.

Frequência de Consumo nos Últimos 30 Dias

Frequência últimos 30 dias	Número de Indivíduos
7 dias semana	95
4 a 6 dias semana	11
2 a 3 dias semana	11
1 vez por semana ou menos	15
Não consumiu	245
Desconhecido	131

Tabela 59. Distribuição da Frequência de Consumo de Álcool nos últimos 30 dias – Amostra Total

A análise dos últimos 30 dias mostra uma persistência preocupante dos padrões de uso:

- 95 utentes consumiram álcool diariamente,
- 11 consumiram 4–6 dias por semana,
- 11 consumiram 2–3 dias por semana,
- 15 consumiram 1 vez por semana ou menos,
- 245 não consumiram,
- 131 desconhecido.

O dado mais crítico é a existência de 95 consumidores diários, representando cerca de 19% da amostra total. O consumo diário de álcool nesta população está fortemente associado a:

- doença hepática crónica (cirrose, hepatite alcoólica),
- défices nutricionais graves (avitaminoses),
- neuropatia periférica,
- maior risco de queda, trauma e hipotermia,
- agressividade impulsiva ou desinibição,
- pior gestão de medicação,
- aumento de interações perigosas com opiáceos, benzodiazepinas e crack,
- aumento significativo do risco de overdose combinada com heroína ou metadona.

Os consumidores de 4–6 dias (11 utentes) e 2–3 dias (11 utentes) por semana também apresentam padrões preocupantes, ainda que menos intensivos. Em geral, o consumo regular de álcool em populações de rua está fortemente associado à sobrevivência emocional, mitigação de sofrimento, alívio do frio, redução temporária da ansiedade ou depressão e, muitas vezes, à ausência de alternativas terapêuticas.

Os consumidores semanais (15 casos) sugerem perfis menos desorganizados ou uso mais funcional.

Via de Consumo nos Últimos 30 Dias

Via de consumo últimos 30 dias	Número de Indivíduos
Oral	132
Não consumiu	245
Desconhecido	131

Tabela 60. Distribuição da Via de Consumo de Álcool nos últimos 30 dias – Amostra Total

A análise da via de consumo confirma que:

- 132 utentes consumiram álcool por via oral,
- 245 não consumiram,
- 131 desconhecido.

A via oral, sendo a única via possível, não levanta questões de administração, mas a escolha da substância (tipicamente bebidas de baixo custo e alto teor alcoólico) e o padrão de consumo são marcadamente problemáticos. Em populações de rua, o álcool consumido tende a:

- ter alta concentração (vinhos, bebidas espirituosas),
- ser consumido rapidamente, com o estômago vazio,
- ser utilizado de forma contínua ao longo do dia,
- intensificar episódios de blackout, quedas e ferimentos,
- ser combinado com outras substâncias (especialmente crack), aumentando risco cardiovascular e comportamental.

O número elevado de “Desconhecido” reforça a dificuldade em recolher dados num consumo tão normalizado e constante.

Conclusão

O álcool surge como uma substância com prevalência elevada, consumo persistente e padrões de uso frequentemente diários numa parte significativa da amostra. A sua relevância na população acompanhada traduz-se em:

- impacto expressivo na saúde física,
- elevada mortalidade e morbilidade associada,
- agravamento de comorbilidades psiquiátricas,
- risco aumentado quando combinado com outras drogas,
- papel de “âncora” em trajetórias de exclusão crónica,
- forte associação a violência, quedas, acidentes e vulnerabilidade.

Enquanto substância lícita, o álcool tende a ser subvalorizado pelos próprios utentes, mas representa, muitas vezes, um dos maiores fatores de deterioração biopsicossocial.

Os padrões observados indicam a necessidade de:

- reforço da intervenção de saúde mental,
- articulação com cuidados de saúde primários e hepatologia,
- programas de reduzido limiar de exigência para gestão de abstinência alcoólica,
- educação sobre riscos combinados álcool–opiáceos–benzodiazepinas,

- estratégias de contenção de danos adaptadas a consumo crónico,
- apoio alimentar e cuidados de enfermagem,
- ações de estabilização social (habitação, apoio contínuo).

Em síntese, o álcool constitui uma das problemáticas mais profundas e transversais entre as PUD acompanhadas, exigindo uma intervenção integrada e sustentada, que reconheça a sua centralidade no sofrimento e exclusão vividos por esta população.

4.2.10. Outras Substâncias Psicoativas

Prevalência de Uso

Esta categoria agrega todas as substâncias não incluídas nas classes principais anteriormente analisadas — nomeadamente estimulantes sintéticos (anfetaminas, metanfetamina, MDMA/ecstasy), substâncias alucinogéneas (LSD, cogumelos, DMT), inalantes voláteis, anabolizantes, e novas substâncias psicoativas (NSP).

A prevalência de uso é muito baixa, o que confirma que estas substâncias não têm expressão significativa entre as pessoas acompanhadas pelas respostas de RRMD do CRI Porto Ocidental:

- 14 utentes (2,8%) relataram consumo ao longo da vida;
- 6 (1,2%) nos últimos 12 meses;
- e apenas 4 (0,8%) nos últimos 30 dias.

Este padrão evidencia que o consumo de substâncias emergentes ou recreativas é pontual, experimental e não sistemático, o que contrasta com a prevalência elevada de substâncias clássicas (heroína, crack, álcool).

Os dados sugerem que o perfil das PUD acompanhadas se mantém marcadamente tradicional, centrado em opiáceos e estimulantes de administração fumada ou injetada, com baixa introdução de novas drogas sintéticas observadas em contextos recreativos ou festivos.

Frequência de Consumo

Entre os poucos casos registados, o uso é predominantemente esporádico:

- apenas 2 pessoas relataram consumo regular (mais de uma vez por semana) no último ano;

- os restantes referiram uso pontual ou experimental, sem continuidade nos últimos meses.

Este padrão é típico de consumos episódicos, de curiosidade ou oportunidade e não de dependência ou hábito consolidado. O baixo número de utilizadores e a ausência de consumo recente indicam escassa disponibilidade territorial destas substâncias e menor atratividade para o perfil socio-clínico das PUD acompanhadas.

Via de Consumo nos Últimos 30 Dias

Entre os raros casos de consumo recente, as vias predominantes foram fumada e inalada (4 utentes). O pequeno número de casos e a natureza heterogénea das substâncias inviabilizam inferências robustas, mas reforçam a importância de manter mecanismos de vigilância toxicológica ativa e formação das equipas de RRMD para reconhecer sinais de novas substâncias psicoativas e comportamentos emergentes.

Conclusão

A categoria “Outras Substâncias” representa uma fração mínima (inferior a 3%) da amostra global e não apresenta relevância epidemiológica significativa no território de intervenção do CRI Porto Ocidental. Contudo, o seu acompanhamento é estrategicamente importante, pois permite:

- detetar precocemente novas tendências de consumo (ex.: NSP, catinonas sintéticas, canabinóides sintéticos, ketamina);
- prevenir intoxicações agudas e interações desconhecidas com substâncias clássicas;
- e ajustar as práticas de redução de danos e de vigilância laboratorial (rastreiros, alertas toxicológicos).

Trata-se, assim, de um fenómeno residual e esporádico, mas que deve continuar a ser monitorizado de forma sistemática, dada a rápida mutabilidade do mercado ilícito de drogas e o potencial risco associado ao uso não intencional de misturas adulteradas.

4.3. SÍNTESE DO PADRÃO DE CONSUMOS

Variáveis	Resultados
Perfil Geral	<ul style="list-style-type: none"> • População altamente heterogénea, com marcadores profundos de vulnerabilidade social, económica e habitacional, frequentemente em situação de rua, precariedade severa ou exclusão social. • Trajetórias longas de consumo, com padrões crónicos e persistentes, elevado desgaste físico e múltiplas tentativas prévias de tratamento. • Prevalência elevada de policonsumo, combinando opiáceos, estimulantes e álcool — muitas vezes usados de forma alternada para modular efeitos, reduzir mal-estar ou controlar abstinência. • Baixa adesão a respostas convencionais, forte dependência da intervenção de proximidade e das equipas de RRMD para cuidados básicos, apoio psicossocial e ligação aos serviços. • Forte concentração em territórios urbanos marcados por consumo público, instabilidade habitacional e ausência de redes de suporte.
Padrões de Substâncias e Consumo	<ul style="list-style-type: none"> • Heroína permanece a substância principal mais frequente (38,1%), refletindo o peso histórico dos opiáceos na região. • Base de coca/crack assume papel estruturante (17,5% como droga principal; 185 utentes nos últimos 30 dias), com consumo intensivo, predominantemente fumado e associado a elevada compulsividade. • Álcool mantém elevada expressão (16,7% como droga principal; 132 consumidores no último mês), frequentemente combinado com drogas ilícitas e utilizado como modulador emocional. • Cocaína em pó (8,9%) e speedball (4,7%) revelam padrões mistos, associados a risco agudo (overdose, arritmias, infeções). • Canábis (5,5% como principal) surge como substância transversal, usada por regulação emocional, em combinação com tabaco e álcool. • Substâncias medicamentosas (metadona não prescrita, buprenorfina, benzodiazepinas) têm prevalência baixa, mas funcionam como estratégias informais de autogestão da abstinência ou do sofrimento emocional. • Outras substâncias (sintéticas, LSD, ecstasy, inalantes) têm expressão residual (<3%).

<p>Frequência e Continuidade de Consumo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Uma proporção significativa dos utentes apresenta consumo diário ou quase diário de heroína, crack e/ou álcool. • Últimos 30 dias: 41% consumiu heroína, 37% crack, 26% álcool. • Os padrões intensivos demonstram dependência consolidada e necessidade de apoio clínico e psicossocial sustentado. • Consumos ocasionais (cocaína, canábis, benzodiazepinas) coexistem com padrões compulsivos de opiáceos e estimulantes.
<p>Vias de Administração</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Predomínio claro da via fumada em crack, canábis e heroína, com diminuição relativa da via endovenosa. • Uso endovenoso mantém relevância (sobretudo em heroína e speedball), exigindo manutenção dos programas de troca de seringas e cuidados de feridas. • Via oral prevalece em álcool, metadona e benzodiazepinas. • Uso nasal e endovenoso de substâncias não terapêuticas é raro, mas representa riscos elevados.
<p>Diferenças entre Projetos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rotas com Vida e Âncora XXI: perfis de consumo ativo e crónico, forte presença de opiáceos e crack. • Casa da Vila Nova: policonsumo intenso, elevada instabilidade social e procura de apoio psicossocial. • Despertar e Novas Metas: perfil mais heterogéneo, maior proporção de não consumidores e de consumo de álcool/canábis, refletindo percursos de reabilitação ou estabilização.
<p>Tendências e Implicações</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidação do padrão clássico opiáceos + estimulantes, com clara migração da via endovenosa para via fumada. • Crescente importância de álcool e canábis como moduladores de humor e substâncias de manutenção. • Necessidade de respostas integradas entre RRMD, saúde mental, PSBLE e reinserção social. • Reforço da educação em saúde, rastreios, vacinação, consulta de enfermagem e intervenção psicológica. • Relevância estratégica das salas de consumo vigiado e das equipas de rua.

5. COMPORTAMENTOS DE RISCO

5.1. CONSUMO POR VIA ENDOVENOSA

O consumo por via endovenosa, constitui um dos comportamentos de risco mais relevantes na caracterização das PUD acompanhadas pelos projetos de RRMD do CRI Porto Ocidental. O uso injetado está historicamente associado a maior risco de infeções transmissíveis (VIH, VHC, VHB), complicações médicas agudas (abscessos, celulites, endocardite), sobredosagens e impactos sociais significativos (estigma, violência, criminalização). A análise da distribuição do consumo endovenoso na amostra total e por projeto revela padrões heterogêneos e territorialmente diferenciados, refletindo perfis de consumo distintos e graus variáveis de vulnerabilidade.

Consumo por Via Endovenosa	Amostra Total	Âncora XXI	Casa de Vila Nova	Despertar	Novas Metas	Rotas com Vida
Nunca injetou	283	41	46	101	34	61
Injetou mas já não injeta (há mais de um ano)	106	20	47	23	12	4
Injetou no último ano (não incluiu o último mês)	17	6	2	0	1	8
Injetou no último mês	61	3	9	6	0	43
Desconhecido	41	1	4	1	2	33

Tabela 61. Distribuição da Frequência de Consumo de Consumo por Via Endovenosa ao longo da vida– Amostra Total e por Projeto

Amostra Total

Do total das pessoas caracterizadas, 283 (56%) nunca injetaram substâncias psicoativas, o que indica que mais de metade da população acompanhada não apresenta histórico de consumo por via endovenosa. Este dado é relevante, pois contraria a percepção, por vezes generalizada, de que as pessoas em contexto de RRMD injetam drogas. Ainda assim, cerca de 36,2% da amostra (184 indivíduos), apresenta algum histórico de consumo injetado, ativo ou passado, o que reforça a necessidade de manter estratégias de prevenção e acompanhamento continuado junto deste grupo, dada a sua maior vulnerabilidade a infeções transmissíveis e complicações físicas associadas.

Dentro deste grupo, destacam-se três perfis:

- 106 pessoas (21%) referem ter injetado no passado, mas já não o fazem há mais de um ano, o que pode refletir processos de mudança comportamental, envelhecimento dos consumidores ou transição para outras vias de administração;
- 61 pessoas (12%) indicaram ter injetado no último mês, o que aponta para uma prática endovenosa ativa e recente, exigindo intervenções de proximidade e medidas de minimização de danos, nomeadamente distribuição de material esterilizado, rastreios regulares e apoio médico e psicossocial continuado;
- 17 pessoas (3%) relataram ter injetado no último ano, mas não no último mês, o que pode corresponder a um consumo intermitente ou episódico, com risco de recaída.

Adicionalmente, em 37 casos (7%) não foi possível obter informação (categoria “desconhecido”), o que poderá dever-se a reserva dos utentes em abordar este comportamento ou a limitações no preenchimento da ficha, devendo este aspeto ser tido em conta em análises futuras.

Globalmente, observa-se que o consumo por via endovenosa permanece presente, mas tende a ser minoritário e concentrado em grupos específicos. Estes resultados são coerentes com as tendências nacionais e europeias reportadas pela EMCDDA (2023) e pelo SICAD (Relatório Nacional, 2024), que apontam para uma redução progressiva da via injetada e um aumento do consumo fumado ou inalado de substâncias como heroína e cocaína.

Análise por Projeto

A análise desagregada por projeto revela padrões distintos de consumo endovenoso, coerentes com o perfil e a natureza da intervenção de cada resposta de RRMD. Esta diferenciação é relevante para compreender as dinâmicas locais e ajustar as estratégias de redução de riscos às especificidades de cada contexto.

Projeto Âncora XXI

A maioria dos utentes nunca injetou (41), representando quase dois terços da amostra do projeto. Contudo, 29 pessoas (34%) têm histórico de consumo injetado, sendo que 9 mantêm práticas recentes (último mês ou ano). Este perfil sugere trajetórias de consumo marcadas por policonsumo e episódios de consumo endovenoso, mas com tendência à estabilização e abandono desta via, coerente com a natureza de apoio psicossocial e reabilitação do projeto.

Projeto Gabinete de Apoio Casa de Vila Nova

Apresenta maior prevalência histórica de consumo endovenoso, com 47 pessoas (44%) que injetaram mas já não o fazem e 11 (10%) que injetaram no último ano ou mês. Estes dados refletem histórias de

consumo prolongado e elevado grau de vulnerabilidade, frequentemente associadas a situações de exclusão social e comorbilidades de saúde física e mental. Este padrão é consistente com o público-alvo da Casa de Vila Nova, composto por pessoas em situação de grave fragilidade psicossocial e baixa adesão a respostas convencionais.

Projeto Despertar

Destaca-se por uma proporção muito elevada de utentes que nunca injetaram (101 de 130; 78%), evidenciando perfis de consumo menos associados à via endovenosa e mais centrados em substâncias fumadas (crack, heroína fumada) ou inaladas (cocaína). Apenas 6 pessoas (5%), mantêm consumo endovenoso recente. Este padrão sugere uma população com maior estabilidade social e menor risco associado ao uso de material partilhado, compatível com a tendência do projeto para o acompanhamento e reinserção.

Projeto Novas Metas

Apresenta igualmente uma baixa prevalência de consumo endovenoso ativo: 34 pessoas nunca injetaram (69%) e 12 (24%) injetaram no passado, com apenas um caso de consumo recente. Este perfil reforça a ideia de que o projeto acompanha pessoas em fase de manutenção ou recuperação, com trajetórias de consumo estabilizadas e adesão a programas de tratamento e reinserção social.

Projeto Rotas com Vida

É o projeto que regista maior número absoluto e relativo de consumidores endovenosos ativos, com 43 utentes (27%) que injetaram no último mês e 8 (5%) no último ano, num total de 52 pessoas (33%) com consumo recente. Somando os 4 casos de consumo antigo, observa-se uma forte concentração de utilizadores de via injetada, coerente com o perfil de intervenção de rua e contacto direto com contextos de consumo ativo. A existência de 31 registos “desconhecidos” (20%) poderá dever-se a limitações na recolha de dados em contexto de rua, onde a confidencialidade e a resistência à partilha de informação são frequentes.

A leitura comparativa evidencia um gradiente claro entre projetos: Rotas com Vida, Casa de Vila Nova concentram a maioria dos consumidores via endovenosa ativos, refletindo maior vulnerabilidade e risco sanitário. Os projetos Despertar, Novas Metas e Âncora, apresentam percentagens mais baixas de consumo por via endovenosa, com tendência à cessação da prática.

Conclusão

A distribuição do consumo por via endovenosa no território do CRI Porto Ocidental revela:

- uma transição estrutural da via endovenosa para a via fumada, acompanhando tendências nacionais e europeias;
- mais de metade da amostra nunca injetou, o que é um dado muito positivo;
- um grupo de cerca de 12% de pessoas que injetam, que representa o grupo de maior risco clínico e social;
- projetos com perfis muito diferenciados, exigindo respostas distintas;
- Rotas com Vida como principal foco de risco de consumo endovenoso (PSSA, consumo intensivo, crack + heroína);
- Casa de Vila Nova com forte legado histórico de consumo endovenoso;
- Despertar e Novas Metas com perfis de menor risco de consumo endovenoso;
- necessidade de continuidade e reforço das equipas de rua, troca de seringas, cuidados de enfermagem e PSBLE.

5.2. PARTILHA DE MATERIAL CONSUMO ENDOVENOSO

A partilha de material de consumo constitui um dos comportamentos de risco mais relevantes e sensíveis entre as PUD, devido à sua associação direta com a transmissão de infeções sanguíneas (VIH, VHB, VHC), infeções bacterianas e complicações graves relacionadas com práticas de consumo em condições inseguras. A análise da partilha ao longo da vida e nos últimos 30 dias revela não apenas padrões históricos de risco, mas também níveis atuais de vulnerabilidade, permitindo compreender melhor o risco epidemiológico presente no território acompanhado pelos projetos de RRMD do CRI Porto Ocidental.

Amostra total

Período	Partilha de Material	Número de Indivíduos
Ao longo da vida	Sim	74
	Não	110
Últimos 30 dias	Sim	12
	Não	31
Desconhecido= 18		

Tabela 62. Distribuição da Frequência de Partilha de Material de Consumo ao longo da vida– Amostra Total

Partilha de material ao longo da vida

Entre as pessoas que referiram ter consumido por via endovenosa, 74 indivíduos afirmaram ter partilhado material de consumo em algum momento da vida, enquanto 110 negaram esse comportamento.

Embora a maioria refira nunca ter partilhado, a proporção de quatro em cada dez pessoas com histórico de partilha é expressiva e revela exposição cumulativa significativa ao risco de infeção, sobretudo entre consumidores mais antigos e com longas trajetórias de consumo.

Estes resultados são consistentes com a evidência nacional (SICAD, Relatório Nacional 2024) e europeia (EMCDDA, 2023), que apontam para uma redução progressiva da partilha ao longo das últimas décadas, fruto da distribuição de material esterilizado e das intervenções de proximidade das equipas de RRMD. Ainda assim, persistem comportamentos de risco residuais, frequentemente associados à escassez de recursos, contextos de rua, pressão do consumo imediato e ausência de condições higiénicas adequadas.

Partilha de material nos últimos 30 dias

Nos 30 dias anteriores, apenas 12 pessoas (28%) referiram ter partilhado material de consumo, enquanto 31 (72%) declararam não o ter feito. Esta proporção é significativamente inferior à observada ao longo da vida, o que sugere mudanças positivas de comportamento e impacto das estratégias de redução de riscos.

Contudo, a existência de um grupo que continua a partilhar material, ainda que minoritário, mantém-se clínica e epidemiologicamente relevante, devendo ser alvo de intervenções reforçadas de sensibilização e acompanhamento personalizado, sobretudo nos contextos de consumo ativo em espaço público.

Os dados indicam uma tendência de diminuição da partilha recente, mas confirmam a persistência de comportamentos de risco entre parte da população acompanhada. A manutenção de programas de distribuição de material seguro, o acompanhamento de pares, a educação sobre infeções transmissíveis e a ligação precoce a cuidados de saúde continuam a ser pilares fundamentais da intervenção em RRMD.

Conclusão:

A comparação entre os dois períodos revela três tendências importantes:

Transição significativa para práticas mais seguras

A redução da partilha ao longo da vida (74 casos) para apenas 12 no último mês demonstra que:

- as práticas de redução de riscos estão a ter impacto real,

- o acesso ao material é determinante na prevenção,
- a relação com as equipas permite educar, aconselhar e distribuir material de forma eficaz.

Persistência de um núcleo de alto risco

Os 12 casos de partilha recente representam um grupo pequeno, mas extremamente vulnerável.

Estas pessoas, frequentemente:

- consomem em contextos muito precários;
- têm dificuldades em organizar material individual;
- podem estar com policonsumo severo (crack + heroína);
- apresentam instabilidade emocional ou cognitiva;
- alternam entre consumo fumado e injetado.

Este núcleo deve ser alvo de intervenção intensiva, nomeadamente:

- reforço de distribuição de material,
- vigilância de feridas e rastreios,
- acompanhamento de proximidade,
- estratégias de prevenção em zonas específicas (spots de consumo).

Importância das intervenções territoriais

A diferença entre os consumos históricos e atuais sugere que:

Os programas e as intervenções de RRMD, têm sido eficazes no território do CRI Porto Ocidental.

O efeito é claro: a partilha está a diminuir, mas não desapareceu, e continua a ser um indicador essencial para identificar situações de maior risco epidemiológico.

A análise da partilha de material demonstra que:

- A maioria dos utentes acompanhados não partilha material atualmente,
- Mas existe um contingente relevante (histórico) e um núcleo recente (12 casos) que confirmam práticas de risco persistentes,
- A intervenção de RRMD tem reduzido significativamente a partilha,
- A partilha continua a ser um dos indicadores mais sensíveis de risco, exigindo vigilância contínua,

- E reforça a necessidade de salas de consumo vigiado, PSBLE acessíveis, programas alargados de troca de material e equipa de enfermagem presente no terreno.

5.3. PARTILHA DE MATERIAL CONSUMO FUMADO

A partilha de material de consumo fumado constitui um risco frequentemente subvalorizado quando comparado com a partilha de material injetável. No entanto, no contexto das PUD, especialmente em populações com consumo de crack/base e heroína fumada, esta prática está associada a riscos clínicos e sociais significativos, incluindo transmissão de infeções respiratórias, agravamento de feridas orais, queimaduras, micoinfeções, e, sobretudo, exposição repetida a situações de violência, coação e exploração em contextos de consumo coletivo. A análise dos dados revela que a partilha de material fumado é um comportamento muito mais frequente do que a partilha de material injetável, refletindo tanto a transição da via endovenosa para via fumada como a normalização social da partilha em contextos de rua.

Amostra Total

Período	Partilha de Material	Número de Indivíduos
Ao longo da vida	Sim	192
	Não	214
	Desconhecido	102
Últimos 30 dias	Sim	96
	Não	288
	Desconhecido	106

Tabela 63. Distribuição da Frequência de Partilha de Material de Consumo Fumado ao longo da vida – Amostra Total

Ao Longo da Vida

Mais de quatro em cada dez pessoas (44,1%) referem já ter partilhado material de consumo fumado (p. ex., cachimbos, bocais/tubos, latas ou outros dispositivos improvisados). Este dado evidencia uma exposição significativa a riscos infecciosos, nomeadamente tuberculose, VIH e hepatites virais, frequentemente associadas a práticas de partilha em contextos de consumo informal ou de rua.

A proporção elevada de respostas afirmativas, aliada a um número ainda expressivo de casos “desconhecidos” (102), sugere a necessidade de reforçar:

- a avaliação sistemática desta variável nas fichas de caracterização,
- e a educação em saúde sobre o não-partilhar utensílios de consumo fumado — frequentemente desvalorizados face à troca de seringas.

Nos últimos 30 dias

Observa-se uma redução significativa da partilha: apenas cerca de um quinto da amostra (22,1%) manteve esta prática recentemente. Este dado pode indicar efeitos positivos das intervenções de RRMD.

Ainda assim, um quinto da amostra recente representa um grupo numericamente relevante, cuja adesão a práticas seguras continua insuficiente. A manutenção de ações educativas, reforço da oferta de material individualizado e promoção do consumo em contextos supervisionados (como salas de consumo vigiado) são estratégias prioritárias.

Conclusão

A diferença entre os dados “ao longo da vida” e “nos últimos 30 dias” mostra uma tendência de diminuição recente da partilha, mas não a sua eliminação; Os valores desconhecidos (10%) podem refletir sub-registo, omissão ou resistência à partilha de informação sobre práticas de consumo — devendo ser alvo de maior atenção metodológica; A persistência de práticas de partilha, mesmo que minoritárias, continua a constituir um vetor importante de transmissão de doenças e de risco social, justificando reforço de ações de proximidade e acompanhamento individualizado.

5.4. LOCAL DE CONSUMO NOS ÚLTIMOS 30 DIAS

Caracterizar os locais de consumo é fundamental para compreender os riscos reais das práticas, planejar respostas mais eficazes e garantir que ninguém fique fora do alcance dos cuidados — especialmente quem consome em contextos mais perigosos e invisibilizados.

A forma e o local onde as substâncias são consumidas não são neutros: eles condicionam diretamente o tipo de riscos a que as pessoas se expõem — sanitários, sociais, legais e emocionais. Por isso, a informação recolhida na Tabela 65 sobre onde decorre o consumo nos últimos 30 dias, é mais do que uma estatística: é um instrumento de leitura do território, das desigualdades no acesso aos cuidados e das estratégias (formais ou improvisadas) que as pessoas usam para lidar com o seu consumo.

Locais como a rua, edifícios abandonados ou carros são frequentemente marcados por instabilidade, insegurança e ausência de privacidade. Nestes contextos, o consumo tende a ser mais apressado, muitas vezes partilhado, sem condições mínimas de higiene ou contenção de riscos e danos. Estes locais expõem as pessoas a um risco acrescido de:

- infeções transmissíveis (devido à partilha de material ou feridas abertas),
- sobredosagens não assistidas, por falta de vigilância ou acesso imediato a ajuda,
- violência física ou sexual, sobretudo em zonas de consumo coletivo,
- criminalização e estigmatização, pelo consumo em espaço público.

Além disso, quem consome nestes espaços encontra-se frequentemente fora do sistema: sem morada, sem documentação, sem inscrição nos serviços de saúde, sem rede familiar. São pessoas que, muitas vezes, não procuram os serviços — e precisam que os serviços vão até elas. Por isso, conhecer e mapear estes locais de consumo permite às equipas:

- desenvolver e implementar estratégias de intervenção de proximidade, adequadas às rotinas e realidades locais;
- alocar recursos humanos e materiais de forma eficaz (por exemplo, equipas móveis, kits de uso seguro, naloxona);
- perceber onde falham as estruturas de apoio existentes
- negociar com o poder local e as forças de segurança a criação de zonas de menor repressão, onde o cuidado seja priorizado sobre a punição.

Por outro lado, o consumo em casas próprias ou de conhecidos pode indicar algum grau de estabilidade e proteção, mas não está isento de riscos — sobretudo quando ocorre em isolamento. Neste cenário, pode haver:

- ausência de ajuda em caso de sobredosagem,
- ocultação do consumo devido a vergonha ou conflito familiar,
- ou manutenção de práticas inseguras em ambiente doméstico, como partilha de material ou reutilização de utensílios.

A caracterização dos locais de consumo permite também avaliar o impacto das respostas já existentes. Por exemplo, o facto de tão poucos utentes referirem a sala de consumo vigiado como local de uso revela a necessidade de:

- divulgação mais eficaz destes espaços,

- eliminar barreiras de acesso (horário, regras, localização),
- ou mesmo repensar o modelo de funcionamento destas estruturas para que se adaptem melhor às realidades da população-alvo.

Finalmente, compreender os locais de consumo é essencial para assegurar que ninguém fica invisível ou esquecido. Num território marcado por consumos expostos e pobreza extrema, garantir presença técnica nos espaços onde o uso acontece é condição mínima de dignidade e cuidado. Só assim é possível alinhar a intervenção com os princípios da RRMD: não julgar, não afastar, não desistir — mas estar presente, mesmo nos contextos mais adversos.

Local	Número de Indivíduos
Rua ou Local Público	96
Rua ou Local Público; Edifício Abandonado	85
Casa Própria	68
Casa Própria ou Rua ou Local Público	46
Edifício Abandonado	15
Casa de Conhecidos	10
Quarto	5
Rua ou Local Público ou Casa de Conhecidos	11
Casa Própria ou Café	4
Não Consumiu	3
Carro	2
Casa de Conhecidos ou Casa Própria	6
Casa Própria ou Carro	2
Casa Própria ou Programa de Consumo Vigiado	3
Edifício Abandonado ou Casa Própria	3
Rua ou Edifício Abandonado ou Casa Própria	1
Edifício Abandonado ou Programa de Consumo Vigiado	1
Garagem	1
Pensão	1

Tabela 64. Distribuição da Frequência do Local de Consumo nos últimos 30 dias – Amostra Total

Os dados relativos ao local de consumo nos últimos 30 dias evidenciam uma forte predominância do consumo em contextos públicos ou informais, frequentemente associados a maior risco sanitário e social. Cerca de 96 pessoas (19%), referiram consumir na rua ou em local público e 85 (17%) combinaram essa opção com o consumo em edifícios abandonados, totalizando 181 indivíduos (36%) que consomem em espaços abertos, desprotegidos e de elevada vulnerabilidade. Estes locais representam risco acrescido de exposição a infeções, violência, criminalização e ausência de condições mínimas de higiene e privacidade.

Por outro lado, 68 pessoas (13%) indicaram consumir em casa própria, o que poderá traduzir maior estabilidade habitacional e autonomia, ainda que nem sempre associada à redução de riscos — sobretudo quando o consumo ocorre em isolamento. Adicionalmente, 46 pessoas (9%) declararam consumir tanto em casa própria como em locais públicos, sugerindo padrões mistos de consumo, em que a estabilidade residencial coexiste com consumo em espaço aberto, possivelmente condicionado pela dinâmica de rua, pela procura de substâncias ou por relações de grupo.

O consumo em edifícios abandonados isoladamente (15 casos; 3%) e em casas de conhecidos (10 casos; 2%) reforça a presença de redes informais de uso, frequentemente associadas a precariedade habitacional. Situações mais pontuais incluem quartos (5), carros (2), garagens (1) ou pensões (1), revelando estratégias improvisadas de consumo.

Regista-se ainda um número reduzido de pessoas que referiram não ter consumido nos últimos 30 dias (3 casos), o que pode indicar períodos de abstinência, tratamento ou ausência de informação completa.

Importa destacar que apenas 3 pessoas referiram o Programa de Consumo Vigiado como local de consumo (isolado ou combinado) e 1 pessoa reportou uso em edifício abandonado e programa vigiado. Este valor, embora baixo, evidencia a importância de estruturas deste tipo, que oferecem condições higiénicas, supervisão técnica e ligação a cuidados de saúde.

Conclusão

De forma global, observa-se que mais de um terço da amostra consome em locais de rua ou edifícios abandonados, o que evidencia graves fragilidades sociais e habitacionais entre as pessoas acompanhadas. A baixa proporção de utilização de espaços seguros de consumo reforça a necessidade de ampliar e diversificar os dispositivos de RRMD, garantindo acesso facilitado, horários alargados e cobertura territorial adequada.

Os dados também sugerem que uma parte significativa dos consumidores se movimenta entre espaços públicos e privados, refletindo a instabilidade das condições de vida e a ausência de contextos seguros e estáveis de consumo. Estes resultados são consistentes com as tendências observadas a nível nacional e europeu (EMCDDA, 2023; SICAD, 2024), que apontam para a persistência do consumo em contextos de risco entre pessoas em situação de exclusão.

5.5. RELAÇÕES SEXUAIS A TROCO DE DINHEIRO OU QUALQUER VANTAGEM

A troca de sexo por dinheiro, substâncias ou outros bens constitui um indicador sensível de vulnerabilidade social e económica, frequentemente associado a contextos de consumo problemático, exclusão habitacional, violência e ausência de rede de apoio. Este comportamento, ainda que subdeclarado, reflete dinâmicas de sobrevivência extrema e exige uma leitura cuidadosa, articulando fatores de género, trajetória de consumo e contextos de marginalização. A caracterização desta variável permite identificar grupos em maior risco de infeções sexualmente transmissíveis, exploração sexual e desproteção social, orientando estratégias de intervenção mais ajustadas e integradas.

Amostra Total - Ao longo da Vida

Projeto	Sim	Não	Desconhecido / Em branco
Amostra Total	40	359	109
Âncora XXI	5	19	47
Casa de Vila Nova	5	87	6
Despertar	15	116	–
Novas Metas	1	38	10
Rotas com Vida	4	99	46

Tabela 65. Distribuição da Frequência de Relações Sexuais a Troco de Dinheiro ou Qualquer Vantagem ao Longo da Vida – Amostra Total e por Projeto

Os dados mostram que cerca de 8% da amostra total refere já ter tido relações sexuais em troca de dinheiro ou outra vantagem material ao longo da vida. Embora esta percentagem pareça reduzida, trata-se de um indicador sensível e subdeclarado, geralmente marcado por estigma, medo de julgamento e desconfiança no contexto da recolha de informação — o que justifica a elevada proporção de respostas “desconhecido” (21%).

Este valor de “desconhecido” sugere que uma parte significativa da amostra poderá estar sub-representada, pelo que o fenómeno pode ser mais prevalente do que o declarado.

Em termos comparativos, a taxa de 8% é consistente com estudos nacionais e europeus em contextos de uso problemático de substâncias, nos quais a troca sexual por dinheiro, drogas, alojamento ou proteção é frequentemente observada, sobretudo entre:

- mulheres em situação de sem-abrigo ou exclusão social,
- pessoas com consumos injetáveis ou de elevado risco,
- e pessoas transgénero ou migrantes sem rede de apoio.

A prática de relações sexuais a troco de dinheiro ou vantagens constitui um marcador de vulnerabilidade múltipla, associando-se a instabilidade económica, marginalização, consumo em contexto de sobrevivência e ausência de rede social ou familiar.

Do ponto de vista da saúde pública, este grupo apresenta risco acrescido de IST e gravidez não planeada, exigindo estratégias integradas de prevenção.

Amostra Total – últimos 30 dias

Amostra Total e Projeto	Sim	Não	Desconhecido / Em branco
Amostra Total	11	385	112
Âncora XXI	1	22	48
Casa de Vila Nova	5	97	6
Despertar	2	127	–
Novas Metas	1	38	9
Rotas com Vida	2	101	44

Tabela 66. Distribuição da Frequência de Relações Sexuais a Troco de Dinheiro ou Qualquer Vantagem nos últimos 30 dias – Amostra Total e por Projeto

Nos últimos 30 dias, apenas 2,2% das pessoas acompanhadas referem ter mantido relações sexuais em troca de dinheiro, bens ou outros benefícios. Este valor representa uma redução significativa face ao indicador “ao longo da vida” (7,9%), sugerindo que a maioria das situações relatadas dizem respeito a experiências passadas, e não a comportamentos recentes.

No entanto, a percentagem elevada de respostas “desconhecidas” (22,1%), continua a limitar a leitura global e levanta hipóteses de sub-registo — seja por reserva dos utentes em abordar o tema, seja por dificuldade técnica na recolha de informação sobre comportamentos sexuais de troca.

Mesmo sendo uma minoria, as 11 pessoas que assumem este tipo de prática nos últimos 30 dias correspondem a um grupo de risco acrescido, merecendo atenção prioritária pelas equipas de RRMD,

dado o seu potencial de exposição a: violência sexual e física, transmissão de IST, exploração sexual associada ao consumo de substâncias e instabilidade habitacional e económica.

A presença, ainda que reduzida, de relações sexuais de troca recentes evidencia persistência de contextos de sobrevivência associados ao consumo de substâncias, sobretudo em grupos com fragilidade económica extrema e ausência de rede de suporte social.

Análise por Projeto:

Projeto Âncora

Ao Longo da Vida

Apenas 6,8% dos utentes referem já ter tido relações sexuais em troca de dinheiro ou qualquer vantagem ao longo da vida.

No entanto, a percentagem muito elevada de respostas “desconhecido” (67,1%) compromete a fiabilidade interpretativa e sugere forte sub-registo, possivelmente devido a:

- reserva dos utentes perante um tema sensível e estigmatizado;
- contexto de recolha pouco confidencial ou informal;
- e baixa literacia em saúde sexual.

Assim, o valor real pode estar significativamente subestimado, sobretudo tendo em conta que este projeto acompanha pessoas com perfis de exclusão social severa, consumo em via pública e ausência de recursos básicos — fatores associados a práticas sexuais de sobrevivência.

Últimos 30 dias

Apenas uma pessoa (1,4%) declarou ter tido relações sexuais de troca recentemente, mas mais de dois terços da amostra (65,8%) não forneceu esta informação. A baixa taxa de respostas válidas (apenas 33% da amostra) sugere dificuldades metodológicas na recolha, possivelmente associadas ao contacto breve e flutuante com os utentes, bem como à natureza altamente estigmatizada da questão.

A leitura dos dados do Projeto Âncora XXI, revela fragilidade no registo e subdeclaração de comportamentos sexuais de troca, mas indícios claros de risco social e económico elevado. Mais do que a frequência declarada, o dado essencial é o contexto de vulnerabilidade estrutural, que torna esta população particularmente suscetível a relações sexuais mediadas por necessidades básicas (dinheiro, alimentação, abrigo ou substâncias).

O reforço da abordagem de proximidade, confidencialidade e empatia é determinante para melhorar a fiabilidade da recolha de informação e a eficácia das ações de prevenção e redução de riscos sexuais.

Projeto Casa de Vila Nova

Ao Longo da Vida

Apenas 5,2% dos utentes referem ter tido relações sexuais em troca de dinheiro, bens ou qualquer vantagem em algum momento da vida.

Este valor é relativamente baixo, considerando o perfil de vulnerabilidade da população acompanhada na CVN — composta por pessoas em situação de sem-abrigo, pobreza extrema, doença crónica e exclusão social prolongada.

Contudo, deve ter-se em conta a possibilidade de subdeclaração, dado o carácter altamente sensível e estigmatizado do tema, associado a vergonha, receio de julgamento ou ocultação perante os técnicos.

Apesar do número reduzido de respostas afirmativas, é importante reconhecer que mesmo poucos casos representam situações de alto risco, frequentemente associadas a consumo de substâncias em contexto de sobrevivência, coerção ou exploração sexual, e requerem atenção individualizada e acompanhamento especializado.

Nos últimos 30 dias

A prevalência de relações sexuais de troca recentes (4,7%) é muito próxima da observada “ao longo da vida”, o que sugere que as situações relatadas correspondem a práticas ainda ativas e persistentes.

Estes dados apontam para um pequeno grupo de utentes que continua exposto a riscos acrescidos, mantendo comportamentos de sobrevivência sexual associados a vulnerabilidade económica e consumo ativo.

A estabilidade do número de casos e a baixa percentagem de respostas “desconhecidas” (5–6%) indicam maior proximidade e confiança entre técnicos e utentes, favorecendo maior fiabilidade da informação em comparação com outros projetos.

O Gabinete de Apoio da Casa de Vila Nova, apresenta uma baixa prevalência de práticas sexuais de troca, mas com continuidade temporal, evidenciando situações crónicas de vulnerabilidade.

Estes casos tendem a estar associados a utentes com consumos ativos e condições de vida precárias, onde o ato sexual pode ser utilizado como meio de subsistência ou acesso a bens essenciais (alojamento, alimentação ou substâncias).

A proximidade e vínculo técnico observados na CVN parecem favorecer maior honestidade na resposta e uma redução da omissão (“desconhecido”), o que reforça a eficácia relacional da equipa e a importância do acompanhamento continuado.

Os dados da Casa de Vila Nova revelam um pequeno grupo de utentes com práticas sexuais de troca persistentes, em contraste com a maioria que não apresenta esse comportamento. Ainda assim, estas situações têm forte impacto sanitário e social, constituindo indicadores de exclusão e de risco acrescido de IST, violência e exploração. A continuidade das ações de educação, rastreio, prevenção e acompanhamento social, aliada ao vínculo relacional sólido entre equipa e utentes, é essencial para proteger este grupo vulnerável e promover trajetórias de maior autonomia e dignidade.

Projeto Despertar

Ao longo da Vida

Cerca de 11,5% das pessoas acompanhadas pelo projeto “Despertar” referem já ter tido relações sexuais em troca de dinheiro, bens ou outra vantagem ao longo da vida.

Esta percentagem é superior à média global da amostra total (7,9%), o que sugere que neste projeto o fenómeno é mais expressivo, refletindo situações de vulnerabilidade económica, consumos associados ao contexto sexual e histórias de marginalização social.

A ausência de respostas “desconhecidas” indica boa qualidade da recolha de dados e relação de confiança consolidada entre os técnicos e os utentes.

O dado reforça a importância de reconhecer que a sexualidade pode ser vivida em contextos de sobrevivência, em particular entre pessoas com historial de consumo crónico, desestruturação familiar ou ausência de rendimentos estáveis.

Nos últimos 30 dias

Apenas 1,5% dos utentes declarou ter mantido relações sexuais de troca nos últimos 30 dias, o que representa uma diminuição significativa em relação às experiências relatadas “ao longo da vida”.

Esta diferença sugere redução de práticas de risco recentes, possivelmente associada à estabilização psicossocial e relacional de parte dos utentes e à ação preventiva e educativa da equipa do Despertar.

O número muito reduzido de casos recentes evidencia impacto positivo da intervenção, mas também a necessidade de vigilância contínua, pois situações pontuais de vulnerabilidade económica podem reativar comportamentos de risco.

O Projeto Despertar, apresenta uma das taxas mais elevadas de experiências sexuais de troca ao longo da vida (11,5%), mas uma das mais baixas em termos de ocorrência recente (1,5%) — evidenciando um processo de estabilização e redução de risco efetivo. A intervenção demonstra resultados positivos na mudança de comportamentos e na promoção da saúde sexual, refletindo boa capacidade técnica da equipa e eficácia das estratégias de proximidade e educação.

A manutenção desta abordagem integrada — técnica, relacional e educativa — é fundamental para consolidar ganhos em saúde e inclusão social, prevenindo a reemergência de práticas sexuais de sobrevivência.

Projeto Novas Metas

Ao Longo da Vida

Apenas uma pessoa (2%) declarou ter tido relações sexuais em troca de dinheiro, bens ou qualquer vantagem, o que representa uma prevalência muito baixa.

No entanto, a presença de 20,4% de respostas “desconhecidas” sugere que o valor pode estar ligeiramente subestimado, sobretudo considerando o carácter sensível da questão.

Ainda assim, a proporção elevada de respostas negativas (77,6%) aponta para maior estabilidade social e relacional dos utentes, e menor exposição a situações de sobrevivência extrema.

Este resultado é consistente com o perfil do projeto “Novas Metas”, que acompanha pessoas em processo de reinserção ou com consumos estabilizados, com acesso regular a cuidados de saúde e apoios sociais.

Nos últimos 30 dias

Os resultados recentes mantêm-se praticamente idênticos aos observados “ao longo da vida”: apenas um caso de prática sexual de troca (2,1%) foi reportado.

A coerência entre os dois períodos reforça a interpretação de que, neste grupo, estas práticas são pontuais e excecionais, não constituindo padrão comportamental.

A redução ligeira dos “desconhecidos” (18,8%) também reflete boa qualidade de recolha de dados e relação técnica consistente com os utentes.

O Projeto Novas Metas, apresenta um dos níveis mais baixos de vulnerabilidade sexual entre as respostas de RRMD, com apenas 2% de casos identificados e ausência de aumento recente. Estes dados traduzem um contexto de maior estabilidade e integração, bem como a eficácia das intervenções de proximidade e acompanhamento social. Ainda assim, é fundamental não descurar a prevenção, dado que mesmo casos pontuais podem estar associados a situações de dependência, violência ou precariedade económica momentânea.

A manutenção de estratégias educativas e de apoio psicossocial individualizado é essencial para preservar os ganhos alcançados e garantir que as situações residuais sejam acompanhadas de forma preventiva e protetora.

Projeto Rotas Com Vida

Ao longo da Vida

Apenas 2,7% das pessoas acompanhadas referem já ter tido relações sexuais em troca de dinheiro, bens ou outra vantagem.

Contudo, a elevada proporção de respostas “desconhecidas” (30,7%) indica grande limitação na recolha de informação, o que é previsível no contexto de intervenção de rua, caracterizado por contactos breves, abordagens anónimas e vínculos ainda em construção.

É provável que o valor real seja superior, uma vez que a exposição à vulnerabilidade económica, à precariedade habitacional e à exclusão social são fatores de risco para práticas sexuais de sobrevivência, sobretudo entre mulheres e pessoas transgénero.

O dado deve, portanto, ser interpretado com cautela, privilegiando a compreensão qualitativa do contexto social e não apenas o número absoluto de casos.

Nos últimos 30 dias

Nos últimos 30 dias, apenas duas pessoas (1,3%) declararam manter relações sexuais de troca recentes, mas quase um terço da amostra (29,3%) não respondeu ou não foi possível apurar a informação.

Esta ausência de dados reflete as especificidades da intervenção de rua, onde o grau de confiança e de confidencialidade ainda está em desenvolvimento e as entrevistas formais nem sempre são possíveis.

Mesmo com valores baixos, é importante reconhecer que a presença de casos ativos indica vulnerabilidade persistente, associada a situações de consumo em contexto de rua, pobreza extrema e necessidade de sobrevivência diária.

Os resultados do Projeto Rotas com Vida apontam para baixa prevalência declarada de práticas sexuais de troca, mas também para grande lacuna de informação, refletindo as condições complexas de intervenção no espaço público. Apesar da limitação quantitativa, os casos identificados confirmam a existência de situações de vulnerabilidade sexual e económica, que exigem acompanhamento próximo, estratégias de redução de riscos e articulação interinstitucional.

A atuação da equipa deve continuar a privilegiar a proximidade, a escuta ativa e a abordagem sem julgamento, consolidando o vínculo com as pessoas acompanhadas e garantindo proteção e dignidade nos contextos de maior exclusão social.

5.6. RELAÇÕES SEXUAIS SEM PRESERVATIVO COM PARCEIRO INFETADO

A prática de relações sexuais sem preservativo com parceiro infetado representa um dos comportamentos de risco mais críticos no domínio da saúde sexual, particularmente entre populações vulneráveis e expostas a múltiplos fatores de risco, como é o caso das PUD. Este comportamento está associado à transmissão de VIH, hepatites virais e outras infeções sexualmente transmissíveis (IST) e reflete não apenas o risco epidemiológico, mas também dinâmicas relacionais, emocionais e sociais que influenciam a tomada de decisão.

A análise dos dados ao longo da vida e nos últimos 30 dias revela padrões mistos de vulnerabilidade, subnotificação e dificuldades de prevenção no contexto da amostra acompanhada pelo CRI Porto Ocidental.

Amostra Total

Ao longo da vida	Sim	24
	Não	336
	Desconhecido	148
Últimos 30 dias	Sim	10
	Não	373
	Desconhecido	120

Tabela 67. Distribuição da Frequência de Relações Sexuais Sem Preservativo com Parceiro Infetado ao Longo da Vida – Amostra Total

Amostra Total

Ao longo da Vida

4,7% da amostra total referem já ter tido relações sexuais sem preservativo com um parceiro infetado, o que representa um grupo de elevado risco para infeções sexualmente transmissíveis (IST), em particular VIH, hepatites virais e sífilis.

A percentagem elevada de “desconhecidos” (29,1%) revela limitações na recolha desta informação, possivelmente devido à falta de conhecimento do estado serológico do parceiro, à omissão por vergonha ou receio de julgamento, ou à ausência de diálogo sobre o tema entre pares e técnicos.

A prevalência global, ainda que aparentemente baixa, é clinicamente e epidemiologicamente relevante, pois um pequeno número de exposições desprotegidas pode ter impacto significativo na transmissão comunitária.

Este dado confirma a necessidade de reforçar a educação sexual, a promoção do uso consistente de preservativo e o aconselhamento sobre práticas sexuais seguras, em especial entre pessoas com consumos ativos e relações ocasionais ou múltiplas.

Nos últimos 30 dias

Apenas 2% da amostra declarou ter mantido relações sexuais sem preservativo com parceiro infetado nos últimos 30 dias, o que representa uma redução significativa face ao valor acumulado “ao longo da vida” (4,7%).

Esta diminuição pode refletir maior consciência do risco e eficácia das ações de prevenção sexual promovidas pelas equipas de RRMD, como a distribuição de preservativos, informação e aconselhamento individualizado.

Ainda assim, o valor de “desconhecido” mantém-se elevado (23,7%), o que indica sub-registo e falta de clareza sobre o estatuto serológico dos parceiros, especialmente em relações casuais ou em contextos de consumo partilhado.

A análise evidencia que uma parte minoritária, mas relevante, da população acompanhada manteve ou mantém relações sexuais desprotegidas com parceiros infetados, revelando risco potencial de transmissão de IST. Os dados demonstram melhoria recente dos comportamentos preventivos, mas também necessidade de intensificar as estratégias de testagem, aconselhamento e prevenção sexual combinada.

Em suma, o indicador confirma a importância da integração da saúde sexual e reprodutiva nas respostas de RRMD, com especial atenção à RRMD, autonomia e empoderamento das pessoas acompanhadas.

5.7. SÍNTESE DOS COMPORTAMENTOS DE RISCO

Variáveis	Resultados
Consumo por Via Endovenosa	<p>Padrão geral</p> <ul style="list-style-type: none"> • 56% nunca injetaram, contrariando a percepção de que a via endovenosa predomina nos contextos de RRMD. • 36% têm histórico de consumo injetado (ativo ou passado). • 12% injetaram no último mês → grupo de maior risco clínico e social. • 7% desconhecido → necessidade de reforço da recolha. <p>Perfis principais</p> <ul style="list-style-type: none"> • 21% injetaram no passado mas deixaram há >1 ano. • 12% consumo injetado ativo (último mês). • 3% consumo intermitente (último ano, mas não no último mês). <p>Diferenciação por projetos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rotas com Vida: maior concentração de consumo endovenoso ativo (27% último mês). • Casa de Vila Nova: forte legado histórico; prevalência elevada de consumo passado. • Despertar e Novas Metas: prevalência muito baixa de consumo injetado ativo. • Âncora XXI: consumo endovenoso presente, mas maioritariamente passado. <p>Conclusão</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tendência clara de transição para a via fumada. • Pequeno núcleo mantém práticas de risco elevado → prioridade para material asséptico, PSBLE e intervenção de rua.
Partilha de Material Endovenoso	<p>Ao longo da vida</p> <ul style="list-style-type: none"> • 74 pessoas já partilharam; 110 nunca partilharam. • Prevalência de partilha histórica elevada (≈40% entre quem já injetou) → risco cumulativo de infeções. <p>Últimos 30 dias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apenas 12 partilharam → redução significativa; impacto positivo das RRMD. <p>Conclusão</p> <ul style="list-style-type: none"> • A maioria não partilha atualmente, mas existe um núcleo muito vulnerável, associado a:

	<p>policonsumo, consumo compulsivo, contexto de rua, dificuldade em gerir material.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Necessário reforço de vigilância, feridas, rastreios e distribuição de material.
<p>Partilha de Material Fumado</p>	<p>Ao longo da vida</p> <ul style="list-style-type: none"> • 44% já partilharam material fumado (cachimbos, garrafas, tubos). • Exposição relevante a TP e infeções respiratórias. • 102 “desconhecidos” → sub-registo. <p>Últimos 30 dias</p> <ul style="list-style-type: none"> • 22% partilharam recentemente → comportamento muito prevalente. <p>Conclusão</p> <ul style="list-style-type: none"> • Este é um dos comportamentos de risco mais frequentes no território. • Reforçar distribuição de material consumo fumado, já existentes. • Implementar a distribuição de cachimbos • Importância crítica de salas de consumo fumado.
<p>Local de Consumo (últimos 30 dias)</p>	<p>Padrão global</p> <ul style="list-style-type: none"> • 36% consomem na rua ou edifícios abandonados → risco sanitário e social extremo. • 13% consomem em casa própria → maior estabilidade, mas nem sempre menor risco. • Muitos apresentam padrões mistos (casa ↔ rua) → instabilidade habitacional. <p>Conclusão</p> <ul style="list-style-type: none"> • Território marcado por forte precariedade residencial. • Baixa utilização de espaços seguros de consumo → necessidade de expansão de dispositivos de consumo vigiado.
<p>Relações Sexuais a Troco de Dinheiro ou Vantagem</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A prevalência global de 8% ao longo da vida e 2,2% nos últimos 30 dias, apesar de aparentemente reduzida, deve ser interpretada com cautela devido à elevada subdeclaração, refletida no número significativo de respostas “desconhecido”. • O fenómeno concentra-se em grupos com vulnerabilidade extrema, caracterizados por pobreza, instabilidade habitacional, ausência de recursos básicos, consumo problemático e fraca rede de apoio.

	<ul style="list-style-type: none"> • A prática de troca sexual constitui um marcador crítico de exclusão social e risco múltiplo, associando-se a violência, exploração, IST, gravidez não planeada e consumo em contexto de sobrevivência. • Os projetos revelam padrões distintos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Despertar mostra elevada prevalência histórica, mas baixa ocorrência recente, sugerindo efeito protetor da intervenção. ○ Âncora XXI e Rotas com Vida apresentam grande número de “desconhecidos”, refletindo dificuldades na recolha de dados e possível risco subestimado. ○ Casa de Vila Nova revela casos persistentes, associados a vulnerabilidade crónica. ○ Novas Metas apresenta prevalência mínima, coerente com maior estabilidade social. • Os dados reforçam a importância de intervenções contínuas de saúde sexual, proximidade relacional, redução de danos sexuais, apoio social e empoderamento, bem como estratégias que promovam segurança, direitos e dignidade das pessoas acompanhadas.
<p>Relações Sexuais sem Preservativo com Parceiro Infetado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A prevalência de 4,7% ao longo da vida e 2% nos últimos 30 dias identifica um grupo minoritário, mas epidemiologicamente muito relevante, dada a elevada probabilidade de transmissão de VIH e hepatites virais. • A proporção considerável de casos “desconhecidos” evidencia sub-registo, desconhecimento do estado serológico do parceiro e barreiras na comunicação sobre saúde sexual. • A redução dos casos recentes pode refletir impacto das estratégias de prevenção, distribuição de preservativos, aconselhamento e educação sexual realizadas pelas equipas de RRMD. • Os dados demonstram que, apesar de comportamentos preventivos globais parecerem melhorar, persistem situações de elevado risco, frequentemente associadas a relações marcadas por dependência emocional, vulnerabilidade económica, violência ou contextos de consumo. • A análise destaca a necessidade de integrar a saúde sexual e reprodutiva como eixo estratégico da RRMD, com especial foco em: <ul style="list-style-type: none"> ○ testagem regular e aconselhamento individualizado; ○ promoção de preservativos e estratégias de prevenção combinada (incluindo PrEP, se aplicável); ○ trabalho relacional orientado ao empoderamento e tomada de decisão segura.

6.DADOS CLÍNICOS/INFEÇÕES

A análise das infeções transmissíveis (VIH, VHB, VHC e tuberculose) foi efetuada, numa primeira fase, ao nível da amostra total, uma vez que se trata de indicadores clínicos estruturais, associados a trajetórias prolongadas de consumo e não exclusivamente à intervenção de um projeto específico.

A agregação dos dados permite aumentar a robustez da leitura epidemiológica, reduzir o impacto de valores ‘desconhecido’ presentes de forma desigual entre projetos e evitar interpretações erróneas decorrentes de tamanhos amostrais reduzidos.

6.1. SITUAÇÃO FACE AO VIH

A caracterização da situação face ao VIH nas PUD acompanhadas pelos projetos de RRMD do CRI Porto Ocidental é fundamental para compreender o risco epidemiológico do território, orientar intervenções preventivas, ajustar estratégias de rastreio e definir prioridades clínicas. Os dados revelam uma distribuição heterogénea entre projetos e uma prevalência de VIH superior à população geral, mas coerente com o que se verifica historicamente em populações de consumidores problemáticos de substâncias.

Situação Face ao HIV

Amostra Total Projeto	Negativo	Desconhecido	Positivo
Amostra Total	356	87	65
Rotas com Vida	71	59	19
Despertar	118	8	5
Casa de Vila Nova	71	5	32
Âncora XXI	57	10	4
Novas Metas	39	5	5

Tabela 68. Distribuição da Situação face ao VIH - Amostra Total e por Projeto

A análise da situação face ao VIH entre as pessoas acompanhadas pelas respostas de RRMD do CRI Porto Ocidental permite observar que a maioria apresenta resultado negativo, embora se mantenha uma proporção relevante de casos positivos e um número ainda expressivo de situações desconhecidas.

Na amostra total, 70,1% das pessoas reportaram resultado negativo, 13,4% resultado positivo e 16,5% referiram desconhecer a sua situação. Estes dados indicam uma cobertura de rastreio globalmente satisfatória, mas também revelam a necessidade de reforçar as estratégias de testagem e monitorização periódica, uma vez que quase uma em cada seis pessoas não dispõe de informação atualizada sobre o seu estado serológico.

Análise por Projeto

A análise por projeto evidencia algumas diferenças relevantes. O **projeto Despertar** destaca-se por apresentar o maior número de resultados negativos (118) e o menor número de casos desconhecidos, o que reflete uma boa articulação com os serviços de saúde e um acompanhamento clínico mais sistemático. O **Rotas com Vida**, regista uma proporção mais elevada de resultados negativos; O **Gabinete de Apoio Casa da Vila Nova** apresenta um número considerável de casos positivos (10), os projetos **Âncora XXI** e **Novas Metas** apresentam níveis de rastreio relativamente à sua dimensão.

No que respeita ao **acompanhamento clínico para a infeção VIH**: ao longo da vida, a maioria das pessoas seropositivas referiu ter acompanhamento regular e nos últimos 30 dias esta tendência mantém-se, com um número significativo de utentes a relatar seguimento ativo. Os projetos **Casa da Vila Nova** e **Rotas com Vida** são os que apresentam maior número de pessoas acompanhadas, sugerindo uma maior ligação aos serviços hospitalares e às equipas comunitárias de saúde.

Apesar da prevalência de resultados negativos, os dados apontam para a persistência de casos de infeção VIH em grupos particularmente vulneráveis, bem como para adesão na continuidade no acompanhamento médico. A existência de um número significativo de situações desconhecidas reforça a importância de intensificar a testagem em contexto de rua, fortalecer a articulação com as equipas hospitalares de infecciologia e medicina interna e assegurar a monitorização regular dos utentes com diagnóstico positivo, garantindo a adesão ao tratamento antirretroviral e a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida.

Acompanhamento ao Longo da Vida

Projeto	Sim	Não
Rotas com Vida	13	6
Despertar	5	-
Casa de Vila Nova	31	1
Novas Metas	5	-
Âncora XXI	2	2

Tabela 69. Distribuição do Acompanhamento para a infeção VIH ao Longo da Vida - por Projeto

Acompanhamento nos últimos 30 dias

Projeto	Sim	Não
Rotas com Vida	13	6
Despertar	5	0
Casa de Vila Nova	29	3
Novas Metas	5	-
Âncora XXI	3	1

Tabela 70. Distribuição do Acompanhamento para a infeção VIH nos últimos 30 dias - por Projeto

A análise do acompanhamento para a infeção VIH nos últimos 30 dias evidencia diferenças marcadas entre projetos, refletindo a heterogeneidade dos perfis acompanhados e o grau de vinculação das PUD aos cuidados de saúde.

O projeto **Rotas com Vida** destaca-se pelo perfil de maior vulnerabilidade clínica e social. Trata-se de uma população caracterizada pelo consumo intensivo de crack e heroína, precariedade habitacional extrema, forte instabilidade emocional e social e grandes dificuldades de vinculação a consultas regulares. A isto soma-se um número elevado de utentes com estatuto serológico desconhecido, o que complica a gestão global do risco epidemiológico. Apesar deste contexto adverso, verificou-se que 9 utentes tiveram acompanhamento clínico para VIH nos últimos 30 dias, traduzindo um esforço significativo da equipa de proximidade e do PSBLE em garantir ligação aos serviços de saúde. No entanto, a presença de 6 utentes sem qualquer acompanhamento recente permanece preocupante, pois traduz falhas na continuidade

terapêutica, perda de seguimento, risco aumentado de progressão da infeção, maior probabilidade de carga viral elevada e maior risco de transmissão, bem como eventual interrupção de terapêutica antirretroviral. Assim, embora o número absoluto de acompanhamentos seja positivo, a taxa relativa é insuficiente face à gravidade dos perfis acompanhados, o que torna Rotas com Vida um projeto prioritário para reforço clínico.

No projeto **Despertar**, o cenário é substancialmente diferente. Esta equipa acompanha uma população com menor prevalência de VIH, maior estabilidade clínica, melhor adesão ao tratamento e maior organização no acesso aos cuidados. Os resultados confirmam esta tendência: 5 utentes estiveram em acompanhamento no último mês, enquanto 3 não tiveram seguimento. Esta distribuição é coerente com o perfil mais estável dos utentes do projeto, refletindo uma intervenção clínica eficaz e capacidade elevada de garantir ligação às consultas hospitalares. Os poucos casos sem acompanhamento poderão corresponder a situações pontuais de instabilidade, recaída ou transição nos cuidados.

O projeto **Casa de Vila Nova** é aquele que concentra o maior número absoluto de utentes VIH+, apresentando simultaneamente a melhor taxa de acompanhamento clínico de toda a rede. Dos utentes identificados, 29 estiveram em acompanhamento nos últimos 30 dias, correspondendo a uma cobertura clínica de 90,6%. Este valor é positivo e indica forte articulação com as consultas hospitalares, elevada integração dos utentes nos cuidados, rotina de toma diária de terapêutica antirretroviral e intervenção consistente da equipa na vigilância, apoio e referenciação. Os três utentes sem acompanhamento exigem, contudo, atenção imediata, uma vez que representam risco elevado de progressão da infeção, interrupção terapêutica e maior vulnerabilidade imunológica.

O projeto **Novas Metas** evidencia igualmente um desempenho clínico muito positivo. Todos os 5 utentes identificados nesta categoria estiveram em acompanhamento nos últimos 30 dias, o que representa uma cobertura de 100%. Este resultado sugere forte ligação aos cuidados de saúde, menor gravidade social e habitacional, menor prevalência de policonsumo severo e maior adesão à terapêutica antirretroviral. Entre todos os projetos, Novas Metas é aquele que demonstra a melhor estabilidade clínica e a maior capacidade de assegurar continuidade de cuidados no VIH.

Já o projeto **Âncora XXI** acompanha uma população com menor prevalência de VIH, mas apresenta um desempenho clínico globalmente positivo. Dos utentes identificados, 3 estiveram em acompanhamento no último mês e apenas 1 não teve seguimento. Embora se trate de um número reduzido, este único caso sem acompanhamento representa risco clínico imediato, sendo fundamental recuperar rapidamente o vínculo. Em termos percentuais, o projeto apresenta uma cobertura de 75%, um valor razoável, mas que deve continuar a ser reforçado.

Comparando globalmente os projetos, verifica-se que **Casa de Vila Nova** e **Novas Metas** apresentam os melhores resultados, com excelentes taxas de acompanhamento e forte articulação clínica. O projeto **Despertar** surge logo de seguida, refletindo o perfil mais estável da sua população. O **Âncora XXI** mostra desempenho aceitável, mas com margem para melhoria. Por sua vez, **Rotas com Vida** apresenta algumas dificuldades decorrente da elevada vulnerabilidade das pessoas que acompanha.

Face a estes dados, é essencial priorizar intervenções reforçadas no Rotas com Vida, intensificando visitas de rua e domiciliárias, articulando com equipas hospitalares e criando mecanismos de entrega supervisionada de terapêutica quando clinicamente adequado. Deve ainda ser intensificada a testagem e reavaliação serológica, particularmente entre os casos com estatuto desconhecido. É igualmente importante manter e fortalecer os modelos de intervenção que demonstraram eficácia nos restantes projetos, nomeadamente a articulação célere com doenças infecciosas, o acompanhamento motivacional e a promoção da literacia em saúde. Para os poucos utentes sem acompanhamento, em todos os projetos, impõe-se a criação de um plano de contacto imediato e referenciação urgente.

Conclusão

Elevada heterogeneidade epidemiológica

Os projetos apresentam perfis muito distintos, refletindo diferenças territoriais, trajetórias de consumo e acesso aos cuidados.

Dois projetos com maior preocupação imediata:

- **Casa de Vila Nova** (prevalência muito alta de VIH)
- **Rotas com Vida** (39% sem testagem conhecida → risco real possivelmente maior)

Projetos com melhor controlo epidemiológico:

- **Despertar** (baixa prevalência + boa testagem)
- **Âncora XXI** e **Novas Metas** (testagem consistente, prevalências moderadas/baixas)

Recomenda-se:

- Reforço da testagem rápida especialmente em **Rotas com Vida**.
- Integração de rastreios regulares com intervenções de proximidade.
- Reforço da educação para o VIH, PrEP e redução de danos sexuais.
- Intervenção territorial específica em Casa de Vila Nova, que concentra a prevalência mais alta.

A variável “acompanhamento para a infeção VIH nos últimos 30 dias” é um indicador fundamental de integração em cuidados, adesão ao seguimento clínico e capacidade dos serviços em assegurar continuidade terapêutica, especialmente para utentes VIH positivos ou em situação de vulnerabilidade imunológica.

Os dados por projeto revelam diferenças marcadas entre territórios e perfis de utentes, refletindo desigualdade no acesso aos cuidados de saúde, na vinculação aos serviços e na estabilidade biopsicossocial.

6.2. SITUAÇÃO FACE AO VHC

A infeção pelo Vírus da Hepatite C (VHC) permanece uma das principais preocupações clínicas no acompanhamento das PUD, especialmente entre aquelas com histórico de consumo por via endovenosa ou práticas de partilha de material. A análise da situação serológica face ao VHC nos diferentes projetos do CRI Porto Ocidental revela um cenário epidemiológico complexo, marcado por prevalência significativa de infeção, grande heterogeneidade entre territórios e desafios persistentes na testagem e continuidade de cuidados.

Projeto / Categoria	Negativo	Desconhecido	Positivo
Amostra Total	311	127	70
Rotas com Vida	69	60	20
Despertar	103	7	21
Casa de Vila Nova	59	43	6
Âncora XXI	46	10	15
Novas Metas	34	7	8

Tabela 71. Distribuição da Situação Face ao VHC – Amostra Total e por Projeto

Análise da Amostra Total

Na amostra total, composta por 508 utentes, verifica-se que 70 pessoas são positivas para o vírus da hepatite C (VHC), correspondendo a uma prevalência de 13,8%. Este valor, embora substancialmente superior ao observado na população geral, encontra-se alinhado com o perfil epidemiológico descrito em

peessoas que usam drogas (PUD), particularmente em trajetórias de consumo prolongado e associadas ao uso endovenoso (Degenhardt et al., 2017; EMCDDA, 2023).

A maioria dos utentes apresenta resultado negativo (311 indivíduos, 61,2%), o que poderá refletir uma combinação de fatores, incluindo a predominância de vias de consumo não injetáveis em determinados segmentos da amostra, o impacto das estratégias de redução de riscos e minimização de danos (RRMD), bem como percursos prévios de tratamento e cura da infeção (Platt et al., 2018; WHO, 2022). Importa, contudo, salientar que 127 utentes (25%) se encontram na categoria “desconhecido”, evidenciando limitações na cobertura de testagem, fragilidades na vinculação aos cuidados de saúde ou constrangimentos na recolha de informação. Este grupo configura um potencial reservatório epidemiológico oculto, sublinhando a necessidade de reforço das estratégias de rastreio no território (ECDC & EMCDDA, 2023).

A prevalência de VHC observada revela-se inferior à descrita em populações de PUD integradas em programas de tratamento estruturado ou em contexto prisional, onde historicamente se registam valores mais elevados em Portugal e noutros países europeus (EMCDDA, 2023; Larney et al., 2013). Este resultado sugere a importância de interpretar os dados à luz das especificidades das populações acompanhadas em projetos de RRMD, caracterizadas por maior heterogeneidade nos padrões de consumo, trajetórias mais fluidas de contacto com os serviços e diferentes níveis de exposição cumulativa a práticas de risco (Rhodes, 2009; Strike & Watson, 2019).

A evidência internacional demonstra que a infeção por VHC permanece fortemente associada ao uso injetável de drogas, sobretudo em coortes mais envelhecidas de utilizadores de opiáceos (Degenhardt et al., 2017; Trickey et al., 2019). No entanto, transformações recentes nos mercados de drogas e nos perfis de consumo — nomeadamente a crescente relevância de estimulantes fumados e a diversificação das vias de administração — poderão contribuir para uma redução relativa da exposição ao risco de transmissão sanguínea em determinados subgrupos (EMCDDA, 2023; UNODC, 2023). Neste estudo, a menor expressão do consumo injetável em segmentos da amostra poderá constituir um fator explicativo parcial para a prevalência observada.

Paralelamente, o papel das intervenções de RRMD deve ser considerado. A expansão do acesso a programas de troca de seringas, testagem comunitária, educação para práticas de consumo mais seguras e encaminhamento para tratamento antiviral tem sido associada a reduções na incidência de infeções relacionadas com o uso injetável (Platt et al., 2018; WHO, 2022). Embora a natureza transversal dos dados não permita estabelecer relações causais, os resultados são consistentes com a evidência que aponta para o impacto positivo destas estratégias na mitigação da transmissão.

Globalmente, os resultados sugerem uma possível transição epidemiológica nos perfis de risco infeccioso associados ao uso de drogas em contexto urbano, reforçando a importância de abordagens integradas que articulem intervenções biomédicas, comunitárias e estruturais (Rhodes, 2009; EMCDDA, 2023). A evidência produzida contribui para o debate internacional sobre o papel das respostas de baixo limiar na mitigação de danos infecciosos e sublinha a necessidade de sistemas de informação mais sensíveis às dinâmicas contemporâneas do consumo.

Análise por Projeto

A análise por projeto revela diferenças marcadas entre populações:

O projeto **Rotas com Vida**, que acompanha as populações mais vulneráveis, apresenta uma das maiores proporções de casos positivos, com 20 utentes VHC+, bem como 60 casos desconhecidos, o valor mais elevado entre todos os projetos. Isto reflete a combinação de múltiplos fatores de risco: elevado consumo endovenoso ativo ou histórico, partilha de material, precariedade habitacional, consumo compulsivo de crack e heroína, e dificuldade substancial de vinculação aos serviços clínicos. O peso dos casos desconhecidos sugere que a prevalência real pode ser ainda superior à registada.

O projeto **Despertar** apresenta o maior número absoluto de casos positivos (21 utentes), apesar de ter uma proporção relativamente baixa de desconhecidos (7). Este perfil é consistente com uma população que, embora mais estável em termos habitacionais e de adesão terapêutica, integra um grupo expressivo de utentes com infeção crónica pelo VHC associada a consumos antigos. O facto de se observar um número tão elevado de positivos nesta equipa reforça a necessidade de integrar cuidados de infecciologia, acompanhamento continuado e avaliação para terapêuticas antivíricas.

Na **Casa de Vila Nova**, a situação é distinta: apenas 6 utentes são VHC positivos, mas há 43 casos desconhecidos, uma proporção muito elevada. Este número de desconhecidos compromete a leitura epidemiológica e sugere que a testagem é insuficiente ou difícil de concretizar, sendo necessário reforçar a intervenção no terreno. Considerando que esta equipa acompanha uma população com longa história de consumo, a prevalência real poderá estar subestimada.

No projeto **Âncora XXI**, observa-se uma prevalência elevada, com 15 casos positivos num total de 71 utentes. Este valor reflete um grupo com historial de consumo endovenoso importante e reforça a necessidade de acompanhamento clínico mais estruturado. O número de desconhecidos (10) é moderado, mas exige reforço da testagem para garantir diagnóstico precoce.

O projeto **Novas Metas** apresenta 8 casos positivos, com uma proporção equilibrada de negativos (34) e poucos desconhecidos (7). A prevalência moderada está alinhada com o perfil menos desorganizado

deste projeto, onde há menor prevalência de consumo endovenoso e maior adesão aos cuidados de saúde.

A análise do acompanhamento clínico face ao VHC aprofunda a interpretação epidemiológica e revela diferenças marcantes entre projetos.

Projeto	Sim	Não
Rotas com Vida	14	6
Despertar	21	-
Casa de Vila Nova	2	4
Novas Metas	8	-
Âncora XXI	12	3

Tabela 72. Distribuição do Acompanhamento Face VHC – por Projeto

O projeto **Despertar** destaca-se com o melhor desempenho: 21 utentes acompanhados e nenhum caso sem acompanhamento. Este valor é particularmente significativo, demonstrando elevado grau de vinculação aos serviços, boa organização interna e forte coordenação com cuidados hospitalares. Trata-se de um dos exemplos mais robustos de continuidade terapêutica na rede.

No **Novas Metas**, verifica-se igualmente um bom desempenho: 8 casos acompanhados e nenhum utente sem acompanhamento, o que demonstra elevada adesão clínica e ligação consistente às respostas de infecciologia, coerente com o perfil mais estável deste grupo.

O projeto **Âncora XXI** apresenta 12 acompanhamentos e 3 casos sem seguimento, correspondendo a uma cobertura de 80%. Embora satisfatório, este resultado revela margem de melhoria, sobretudo para recuperar os utentes não acompanhados, que representam risco clínico significativo.

A situação é mais preocupante no **Rotas com Vida**, onde apenas 14 utentes estão em acompanhamento, enquanto 6 permanecem sem seguimento. Dada a elevada prevalência de casos positivos e a enorme proporção de desconhecidos neste projeto, esta insuficiência de acompanhamento é crítica e exige intervenção prioritária. É necessário reforçar mecanismos de ligação aos serviços hospitalares, estratégias de rastreio/testagem e ações de proximidade intensivas.

Na **Casa de Vila Nova**, o cenário é inverso: apenas 2 utentes estão em acompanhamento, enquanto 4 não têm seguimento, apesar do baixo número de positivos. A baixa adesão ao acompanhamento clínico

neste projeto é um alerta importante, indicando dificuldades na referênciação, na motivação ou na adesão terapêutica que devem ser trabalhadas pela equipa.

Conclusão

A situação face ao VHC no território revela uma prevalência significativa e um número preocupante de casos sem informação serológica. Os projetos apresentam perfis distintos: **Despertar** e **Novas Metas** evidenciam forte integração nos cuidados, **Âncora XXI** apresenta desempenho moderado, **Casa de Vila Nova** tem dificuldade relevante em assegurar acompanhamento e **Rotas com Vida** concentra o maior risco epidemiológico, com grande número de desconhecidos e insuficiente continuidade terapêutica.

Estes resultados reforçam a urgência em reforçar estratégias de testagem, articulação com hepatologia, acompanhamento intensivo no terreno, supervisão terapêutica quando necessário e criação de circuitos rápidos de referênciação, garantindo que todos os utentes VHC+ tenham acesso efetivo a diagnóstico, tratamento e cura.

6.3. SITUAÇÃO FACE AO HVB

A infeção pelo Vírus da Hepatite B (VHB) tem uma expressão distinta da infeção por VHC no contexto das PUD, apresentando menor prevalência, mas riscos clínicos relevantes, especialmente entre utentes com historial de uso endovenoso, feridas crónicas, comorbilidades hepáticas e condições de vulnerabilidade extrema. A análise dos dados evidencia uma prevalência global reduzida, mas com diferenças expressivas entre projetos, refletindo padrões epidemiológicos diferenciados e níveis distintos de acesso à testagem e continuidade de cuidados.

Amostra Total e Projeto	Negativo	Desconhecido	Positivo
Amostra Total	367	124	17
Rotas com Vida	82	65	2
Despertar	118	8	5
Casa de Vila Nova	97	6	5
Âncora XXI	30	39	2
Novas Metas	40	6	3

Tabela 73. Distribuição da Situação Face ao VHB – Amostra Total por Projeto

Amostra Total

A análise da situação face ao vírus da hepatite B (VHB) na amostra total revela uma predominância clara de resultados negativos, embora se mantenham valores residuais de positividade e uma proporção relevante de situações desconhecidas.

Na **amostra total**, composta por 508 utentes, observa-se que apenas 17 pessoas são VHB positivas, correspondendo a 3,3% da amostra — uma prevalência relativamente baixa quando comparada com o VHC e também inferior ao que historicamente se verificava em populações de consumidores de drogas injetáveis. Esta baixa prevalência pode resultar de diversos fatores: campanhas de vacinação implementadas desde os anos 90, menor eficiência de transmissão do VHB através de material partilhado quando comparado com o VHC, e maior probabilidade de resolução espontânea da infeção. Ainda assim, trata-se de uma infeção com risco clínico elevado, sobretudo em pessoas com consumo crónico de álcool ou polimedicados, pelo impacto cumulativo na função hepática.

A maioria dos utentes apresenta resultado negativo (367 utentes, cerca de 72% da amostra), o que reflete um nível razoável de proteção populacional. No entanto, 124 utentes (24%) encontram-se na categoria “desconhecido”, refletindo dificuldades na recolha de informação, ausência de testagem recente ou impossibilidade de avaliar o estado serológico devido a desorganização biopsicossocial. Este número elevado de “desconhecidos” exige reforço da testagem no terreno, sobretudo porque a hepatite B é prevenível por vacinação, tornando essencial conhecer o estatuto de cada utente para planear intervenções adequadas.

Análise por Projeto

A análise por projeto demonstra variações significativas:

O projeto **Rotas com Vida** apresenta 2 casos positivos, mas destaca-se sobretudo pelo número muito elevado de desconhecidos (65), representando um desafio clínico e epidemiológico relevante. A população acompanhada apresenta consumos intensivos, instabilidade emocional e social significativas, práticas de risco associadas ao uso fumado e histórico de partilha, além de grandes dificuldades de vinculação aos serviços de saúde. O número elevado de “desconhecidos” compromete a avaliação real da prevalência e constitui prioridade imediata para testagem.

O projeto **Despertar**, por outro lado, apresenta 5 casos positivos, com um número baixo de desconhecidos (8). Trata-se de uma equipa que acompanha utentes com maior estabilidade clínica e social, o que se reflete na elevada proporção de resultados negativos e na qualidade da informação. A

prevalência de positivos pode refletir infecções antigas, adquiridas durante períodos de consumo endovenoso.

Na **Casa de Vila Nova**, observam-se 5 casos positivos, acompanhados de 6 desconhecidos — uma proporção reduzida que sugere alguma estabilidade no acompanhamento clínico. A população apresenta consumos históricos relevantes, mas mantém melhor ligação às estruturas de saúde, refletindo-se num bom nível de testagem.

O projeto **Âncora XXI** revela um cenário mais desafiante: apesar de apenas 2 casos positivos, apresenta 39 utentes com estatuto desconhecido, o que representa mais de metade da amostra do projeto. Este dado pode refletir rotatividade elevada, dificuldade na recolha de informação ou resistência dos utentes em realizar testes. É um dos projetos onde a testagem deve ser claramente reforçada.

No **Novas Metas**, regista-se 3 casos positivos, com apenas 6 desconhecidos — valores que indicam boa cobertura de testagem e conhecimento razoável do estado serológico dos utentes.

A **análise do acompanhamento clínico face ao VHB** complementa a avaliação epidemiológica e identifica os projetos que garantem maior continuidade de cuidados.

Projeto	Sim	Não
Rotas com Vida	1	1
Despertar	5	-
Casa de Vila Nova	2	3
Novas Metas	3	-
Âncora XXI	1	1

Tabela 74. Distribuição da Frequência do Acompanhamento Face ao VHB—por Projeto

O projeto **Despertar** destaca-se claramente, assegurando acompanhamento clínico para todos os 5 utentes positivos. Este resultado demonstra excelente articulação com serviços de hepatologia e forte capacidade da equipa para garantir que os utentes mantêm seguimento adequado. Trata-se de um indicador de boa organização e elevada adesão aos cuidados.

No **Novas Metas**, o desempenho é igualmente exemplar: os 3 utentes positivos encontram-se em acompanhamento, evidenciando elevada estabilidade clínica e forte ligação dos utentes às respostas de saúde.

No projeto **Âncora XXI**, há 12 utentes acompanhados e 1 sem acompanhamento, revelando que, apesar do número elevado de serologias desconhecidas, os casos positivos conhecidos recebem cuidado clínico. No entanto, este único caso sem acompanhamento representa risco imediato e deve ser alvo de recuperação rápida de vínculo.

Rotas com Vida apresenta apenas 1 utente acompanhado e 1 sem acompanhamento, refletindo novamente dificuldades estruturais em garantir continuidade de cuidados. Esta situação exige reforço clínico urgente, dada a vulnerabilidade extrema da população acompanhada e a elevada proporção de casos desconhecidos.

Por fim, na **Casa de Vila Nova**, observam-se 2 utentes acompanhados e 3 sem acompanhamento, um desempenho clínico insuficiente considerando o perfil de risco da população. As falhas de seguimento podem refletir instabilidade social, dificuldades logísticas, desmotivação ou barreiras institucionais, sendo crucial implementar estratégias de aproximação ao cuidado.

Conclusão

A situação face ao VHB no território do CRI Porto Ocidental revela prevalência global reduzida, mas um número muito elevado de casos sem informação serológica, especialmente no Rotas com Vida e Âncora XXI. Projetos como o Despertar e o Novas Metas demonstram excelente desempenho em continuidade de cuidados, enquanto Casa de Vila Nova e Rotas com Vida exigem reforço imediato na recuperação e manutenção de utentes em acompanhamento clínico. A elevada proporção de “desconhecidos” torna imprescindível intensificar testagens, rastrear necessidades de vacinação, garantir referência rápida à consulta de infecciologia e assegurar intervenção de proximidade consistente para recuperar casos perdidos para o sistema.

6.4. SITUAÇÃO FACE À TUBERCULOSE (TP)

A tuberculose (TP), é uma infeção respiratória transmissível com elevada relevância em populações vulneráveis, particularmente entre PUD acompanhadas por projetos de RRMD. A combinação de fatores como habitação precária, vida em espaços fechados ou sobrelotados, estados nutricionais deficitários, comorbilidades como VIH ou VHC e exposição contínua a ambientes de consumo fumado (onde circulam dispositivos partilhados e partículas aerossolizadas) aumenta substancialmente o risco de transmissão e adoecimento. A análise da situação face à TP no território do CRI Porto Ocidental revela um cenário epidemiológico heterogéneo, marcado por prevalência moderada da infeção, elevada proporção de casos desconhecidos e diferenças muito acentuadas entre projetos.

Amostra Total/ Projeto	Negativo	Desconhecido	Positivo
Amostra Total	332	145	31
Rotas com Vida	77	62	7
Despertar	96	32	3
Casa de Vila Nova	93	6	9
Âncora XXI	30	34	7
Novas Metas	36	8	5

Tabela 75. Distribuição da Situação Face à Tuberculose – Amostra Total e por Projeto

Amostra Total

Na **amostra total**, composta por 508 utentes, registam-se 31 casos positivos, equivalentes a cerca de 6,1% da população acompanhada. Este valor é superior ao da população geral portuguesa e coerente com o perfil das PUD em contexto de exclusão social. A maior proporção de utentes encontra-se com resultado negativo (332 utentes), sugerindo alguma efetividade de medidas de prevenção e rastreio, bem como o impacto da articulação com cuidados de saúde primários e serviços de doenças infecciosas. No entanto, o número elevado de 145 casos “desconhecidos” — quase 30% da amostra — representa um problema epidemiológico sério, já que impede a caracterização clara do risco, mascara eventuais casos ativos e compromete a capacidade de atuação preventiva. Este valor indica dificuldades na recolha de informação, ausência de testagens recentes, perda de contacto ou desorganização dos utentes, sendo necessário reforçar esforços de rastreio ao nível comunitário.

Análise por Projeto

A distribuição por projeto mostra diferenças que refletem perfis sociodemográficos e padrões de consumo distintos.

O projeto **Rotas com Vida**, que acompanha uma das populações mais vulneráveis do território, apresenta 7 casos positivos e um número muito elevado de desconhecidos (62). O consumo intensivo de crack e heroína, a permanência frequente em espaços públicos ou abandonados, a partilha de material de consumo fumado, a falta de condições habitacionais e a baixa imunidade associada ao estado nutricional e ao policonsumo tornam esta população particularmente exposta à TP. O número de desconhecidos é

especialmente preocupante, pois sugere falha significativa na testagem e implica que a prevalência real pode ser substancialmente maior do que a detetada.

O **Projeto Despertar** apresenta 3 casos positivos e 96 negativos, mas também 32 desconhecidos. Apesar de acompanhar uma população mais estável e com menor prevalência de risco respiratório, a presença de trinta e dois desconhecidos indica a necessidade de intensificar rastreios preventivos, especialmente considerando que a TP pode permanecer assintomática em fases iniciais.

Na **Casa de Vila Nova**, registam-se 9 casos positivos, um dos valores mais altos entre os projetos, com apenas 6 desconhecidos. Este perfil sugere que a prevalência elevada reflete exposições mais antigas ou infeções associadas a períodos de maior precariedade e uso endovenoso prolongado. A baixa proporção de desconhecidos demonstra boa cobertura de testagem, facilitando o acompanhamento de casos ativos e contactos próximos.

O projeto **Âncora XXI** apresenta 7 casos positivos, mas um número muito elevado de desconhecidos (34). Esta distribuição sugere que a população acompanhada tem um risco potencialmente elevado, mas que existe importante lacuna na testagem, dificultando a classificação epidemiológica. A prevalência de “desconhecidos” coloca este projeto como um dos que mais necessita de reforço de rastreio comunitário e intervenção de proximidade focada na saúde respiratória.

Por fim, o projeto **Novas Metas** regista 5 casos positivos, com 36 negativos e 8 desconhecidos. Este projeto acompanha uma população com consumos menos desorganizados e melhor inserção social, o que explica a menor prevalência de casos e o número reduzido de desconhecidos. Ainda assim, a presença de 5 positivos num universo relativamente pequeno indica a necessidade de manter rastreio ativo, sobretudo em utentes com historial de vida em espaços comunitários ou contacto prévio com ambientes de risco.

A tabela 77, complementa a leitura epidemiológica, apresentando dados sobre o acompanhamento ou tratamento da TP por projeto. Os resultados são reveladores de uma articulação clínica muito positiva.

Projeto	Sim	Não
Rotas com Vida	7	-
Despertar	3	-
Casa de Vila Nova	9	-
Novas Metas	8	-
Âncora XXI	7	-

Tabela 76. Distribuição do Acompanhamento/Tratamento Face à Tuberculose – por Projeto

Todos os projetos apresentam valores que sugerem 100% de acompanhamento entre os casos identificados como positivos. No Rotas com Vida, os 7 casos positivos estão em acompanhamento; em Despertar, os 3 positivos também estão em seguimento; na Casa de Vila Nova, os 9 positivos têm acompanhamento clínico; e o mesmo acontece com os 8 casos de Novas Metas e os 7 casos de Âncora XXI.

A presença de valores “Sim” iguais ao número de casos positivos indica que nenhum dos projetos apresenta utentes com TP identificada sem acompanhamento, o que constitui um resultado extremamente positivo e revela uma articulação eficaz entre as equipas de RRMD, cuidados primários e serviços de pneumologia/tuberculose. Trata-se de um indicador de grande relevância clínica, demonstrando que, apesar da vulnerabilidade das populações acompanhadas, os casos positivos são integrados de forma adequada nos circuitos formais de tratamento, garantindo medidas como isolamento, terapêutica antibacilar e vigilância médica regular.

Este resultado contrasta positivamente com as dificuldades observadas no VIH e no VHC, onde alguns projetos apresentam perdas de seguimento. No caso da TP, a resposta institucional tem sido particularmente eficaz, talvez devido à visibilidade clínica da doença, à organização nacional dos serviços de diagnóstico e tratamento e ao carácter urgente das intervenções.

Conclusão

A situação face à tuberculose no território do CRI Porto Ocidental revela um padrão complexo: prevalência moderada mas significativa, grande heterogeneidade entre projetos, elevado número de casos desconhecidos e articulação clínica muito sólida para os casos identificados. Projetos como Rotas com Vida e Âncora XXI apresentam maior risco epidemiológico e maiores lacunas na testagem, exigindo reforço urgente dos rastreios. Projetos como Casa de Vila Nova, Despertar e Novas Metas demonstram

melhor conhecimento serológico dos seus utentes e excelente capacidade de assegurar acompanhamento dos casos positivos.

A elevada proporção de utentes com estatuto “desconhecido” reforça a necessidade de intensificar rastreios ativos no terreno, especialmente em contextos de consumo fumado e habitação precária, assegurando deteção precoce, proteção comunitária e continuidade terapêutica.

6.5. SÍNTESE DO PERFIL DOS DADOS CLÍNICOS/ INFEÇÕES

Variáveis	Resultados
Perfil clínico global	<ul style="list-style-type: none"> • Território epidemiologicamente heterogéneo, com: <ul style="list-style-type: none"> ○ projetos altamente estabilizados - Despertar, Novas Metas ○ projetos de muito alto risco e lacunas de testagem - Rotas com Vida, Âncora XXI. • Prevalências de VIH, VHC, VHB e TP superiores à população geral, mas consistentes com perfis de consumo prolongado. • Elevado número de “desconhecidos” para VHC, VHB e TP → risco oculto significativo.
VIH	<p>Amostra total: 13,4% positivos, 70% negativos e 16,5% desconhecido.</p> <p>Padrões por projeto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Casa de Vila Nova e Rotas com Vida: maior concentração de positivos. • Despertar e Novas Metas: melhor cobertura de testagem e menor risco.
VHC	<p>Amostra total</p> <ul style="list-style-type: none"> • 13,8% positivos → prevalência elevada. • 25% desconhecido → risco subdiagnosticado. <p>Padrões por projeto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rotas com Vida e Despertar: maior número de positivos. • Casa de Vila Nova e Âncora XXI: muitos desconhecidos → necessidade de reforço de testagem.
VHB	<p>Amostra total</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3,3% positivos (baixa prevalência). • 24% desconhecido → prioridade para testagem e vacinação. <p>Padrões por projeto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Âncora XXI e Rotas com Vida: muitos desconhecidos → risco não avaliado. • Despertar e Novas Metas: melhor clareza epidemiológica.
Tuberculose	<p>Amostra total</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6,1% positivos → valor significativo. • 29% desconhecido → risco respiratório não caracterizado. <p>Padrões por projeto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Casa de Vila Nova, Novas Metas e Âncora XXI: valores positivos mais elevados. <p>Rotas com Vida e Âncora XXI: muitos desconhecidos → prioridade de rastreio.</p>

7. ACOMPANHAMENTO EM CAD AO LONGO DA TRAJETÓRIA

Período	Sim	Não	Desconhecido
Últimos 12 meses	204	258	46
Últimos 30 dias	211	252	45

Tabela 77. Distribuição do Acompanhamento em CAD ao Longo da Vida – Amostra Total

A análise do histórico de acompanhamento por respostas especializadas em CAD, permite compreender o grau de contacto prévio das pessoas acompanhadas com a rede formal de tratamento e reabilitação. Esta informação é particularmente relevante para avaliar a integração das pessoas em trajetórias terapêuticas, identificar padrões de afastamento dos serviços e orientar estratégias de (re)ligação aos cuidados.

Nos últimos 12 meses

Quando analisado o período mais recente, observa-se que 50,8% das pessoas mantiveram acompanhamento por respostas de CAD, enquanto 41,1% não tiveram contacto com a rede e 9,1 % não souberam responder.

Nos últimos 30 dias

Nos 30 dias anteriores à recolha de dados, 41,5% dos utentes referiram estar atualmente em acompanhamento por respostas de CAD, 49,6% não tinham qualquer acompanhamento ativo e 7% desconheciam a sua situação. Este dado revela um aumento do acompanhamento ativo em comparação com o indicador “nos últimos 12 meses”, refletindo diminuição de abandono, menor rotatividade e aproximação progressiva dos serviços convencionais. Esta realidade é coerente com o perfil das populações acompanhadas em RRMD, que frequentemente enfrentam barreiras de acesso relacionadas com o estigma, instabilidade habitacional, exigências burocráticas ou desmotivação após experiências terapêuticas anteriores.

Estes resultados mostram que, apesar de metade da amostra se encontrar ligada a serviços especializados, existe uma proporção expressiva de pessoas sem qualquer seguimento formal, o que reforça o papel essencial das equipas de RRMD na manutenção de contacto, motivação e encaminhamento para cuidados de saúde e tratamento.

Conclusão

Há mais pessoas a reportar acompanhamento nos últimos 30 dias do que nos últimos 12 meses (211 vs. 204). Este dado pode indicar retoma recente de cuidados, motivada por crises, agravamento de consumos, iniciativas das equipas de RRMD ou intervenções de reaproximação.

O número de respostas “Não” é ligeiramente inferior nos 30 dias, sugerindo que alguns utentes sem acompanhamento no último ano tiveram contacto pontual ou recente com serviços de CAD.

As proporções de “Desconhecido” mantêm estabilidade (≈ 45 casos), evidenciando que esta variável tem desafios estruturais de recolha.

Os dados sugerem que:

- Os dados mostram que cerca de metade das PUD permanece desligada das estruturas formais de cuidados, tanto em períodos longos como curtos.
- A RRMD assume um papel fundamental como intervenção de proximidade, frequentemente o único contacto regular que estas pessoas mantêm com o sistema de saúde.
- O aumento de acompanhamentos nos 30 dias pode refletir ganhos das equipas, sobretudo na capacidade de:
 - promover a religação terapêutica,
 - facilitar encaminhamentos,
 - assegurar continuidade de cuidados.

7.1. INTEGRAÇÃO EM PROGRAMAS DE SUBSTITUIÇÃO OPIÁCEA (PSBLE)

Período	Sim	Não	Desconhecido
Ao longo da vida	191	296	21
Últimos 12 meses	204	251	53
Últimos 30 dias	204	249	55

Tabela 78. Distribuição da Integração em Programa de Substituição Opiácea – Amostra Total

A análise da integração anterior em Programas de Substituição Opiácea (PSBLE) fornece um indicador essencial sobre o contacto das pessoas com os serviços de tratamento farmacológico, nomeadamente com terapêuticas de metadona. Estes programas constituem uma ferramenta central na abordagem dos comportamentos aditivos, favorecendo a estabilização clínica, a redução de riscos e a integração social.

Ao longo da vida

Os dados indicam que 37,6 % das pessoas acompanhadas referiram já ter estado integradas em PSBLE, ao longo da vida, não incluindo situações de tratamento atual ou recente. 58,3% nunca estiveram e 4,1 % declararam não saber ou não responderam. Estes resultados demonstram que a maioria dos utentes acompanhados pelas respostas de RRMD não teve contacto anterior com programas de substituição opiácea, o que não traduz uma experiência acumulada de tratamento e acompanhamento médico. Este dado é coerente com o perfil de utilizadores com trajetórias de consumo prolongadas.

Nos últimos 12 meses

Durante o último ano, 40,2 % dos participantes declararam ter estado integrados num PSBLE, 49,5% não o estiveram e 10,3% desconheciam ou não responderam. Este padrão evidencia um reforço recente na integração em PSBLE, sobretudo quando comparado com o indicador relativo à experiência “ao longo da vida”, no qual se observavam proporções inferiores de pessoas alguma vez integradas. Ou seja, verifica-se uma tendência de aumento na adesão a programas de substituição em períodos mais recentes, sugerindo maior ligação destas pessoas a respostas estruturadas, maior acessibilidade proporcionada pelos projetos de RRMD ou maior disponibilidade dos participantes para integrar este tipo de intervenção.

Em conjunto, estes resultados indicam um movimento positivo de aproximação das PUD às respostas de baixo limiar, o que constitui um indicador programático relevante pela sua contribuição para a estabilização dos consumos, redução de danos e facilitação de percursos terapêuticos mais estruturados.

Nos últimos 30 dias

Nos 30 dias anteriores à recolha de dados, 40,2 % das pessoas indicaram estar atualmente integradas num PSBLE, 40,1% não estavam em tratamento e 10,7% desconheciam a sua situação. Este resultado evidencia que cerca de menos de metade da amostra se encontra sob terapêutica de substituição opiácea ativa, o que constitui um dado relevante do ponto de vista clínico e de saúde pública, tendo em conta o impacto destes programas na redução do uso injetado, da mortalidade e das infeções transmissíveis. Contudo, a elevada proporção de pessoas fora de tratamento ativo continua a representar um desafio significativo para a sustentabilidade da intervenção.

Conclusão

A análise da integração das PUD em PSBLE, revela um padrão consistente de aproximação recente a respostas estruturadas, ainda que coexistindo com uma proporção elevada de pessoas que permanecem fora de tratamento.

Os dados demonstram que, **ao longo da vida**, apenas 37,6% dos participantes referiram alguma experiência prévia com um PSBLE, enquanto a maioria (58,3%) nunca tinha integrado um programa deste tipo. Este resultado é revelador de trajetórias de consumo prolongadas sem contacto regular com serviços formais de substituição opiácea, refletindo a exclusão histórica de muitos destes indivíduos das respostas tradicionais de tratamento.

Contudo, a leitura dos períodos mais recentes evidencia uma evolução positiva. Nos **últimos 12 meses**, observa-se um acréscimo de pessoas integradas em PSBLE (40,2%), indicando maior adesão a estas respostas e sugerindo que as equipas de RRMD têm desempenhado um papel determinante na facilitação do acesso, motivação e encaminhamento para programas de substituição. Esta tendência mantém-se nos **últimos 30 dias**, com 40,2% dos participantes a referirem estar atualmente integrados, o que mostra continuidade terapêutica entre uma parte da população acompanhada.

Apesar destes sinais encorajadores, cerca de **metade das PUD permanece fora de terapêutica de substituição**, mesmo nos períodos mais recentes. Este dado é programaticamente relevante, uma vez que a não integração em PSBLE está associada a maior instabilidade de consumos, risco aumentado de uso injetado, sobreposição de vulnerabilidades e maior exposição a eventos adversos, incluindo mortalidade e infeções transmissíveis.

Em síntese, os resultados apontam para **um progresso significativo na ligação das PUD às respostas de baixo limiar**, mas evidenciam igualmente a necessidade de continuar a reforçar estratégias de aproximação, motivação, continuidade de cuidados e redução de barreiras ao acesso. A consolidação deste movimento é essencial para garantir trajetórias de tratamento mais estáveis, promover a redução de danos e contribuir para melhores indicadores de saúde pública no território do CRI Porto Ocidental.

7.2. SITUAÇÃO RELATIVA A SOBREDOSAGENS AGUDAS

A ocorrência de sobredosagens agudas constitui um importante indicador de risco clínico e de vulnerabilidade social entre as pessoas com perturbações por uso de substâncias, refletindo padrões de consumo de elevado risco, instabilidade psicossocial, ausência de acompanhamento médico e dificuldade de acesso a contextos de consumo seguro.

Período	Sim	Não	Desconhecido
Últimos 12 meses	11	252	245
Últimos 30 dias	4	262	242

Tabela 79. Distribuição das Sobredosagens Agudas nos últimos 12 meses e 30 dias

Nos últimos 12 meses

Durante o último ano, 49,6 % das pessoas acompanhadas não reportaram episódios de sobredosagem aguda, 48,2 % apresentaram situação desconhecida e 2,2 % referiram ter sofrido pelo menos uma sobredosagem. Estes dados sugerem que, metade da amostra dos utentes não tenha vivenciado episódios deste tipo, existe um grupo minoritário, mas clinicamente relevante, com histórico recente de sobredosagem, que requer atenção específica por parte das equipas técnicas. A percentagem de casos desconhecidos é também significativa, o que poderá refletir a dificuldade de obtenção de informação fiável ou o sub-registo de eventos ocorridos fora do contexto institucional.

Nos últimos 30 dias

No período mais recente, 51,7% dos utentes não reportaram sobredosagens, 47,6% declararam desconhecer ou não responderam e 0,8 % indicaram ter sofrido um episódio agudo de sobredosagem. Esta diminuição face ao período anual pode traduzir uma estabilização recente dos consumos, um maior impacto das estratégias de redução de riscos ou uma eventual subnotificação. Ainda assim, a existência de casos no último mês reforça a necessidade de monitorização contínua e intervenção imediata em situações de risco elevado.

A análise comparativa entre os dois períodos evidencia que a prevalência de sobredosagens, embora relativamente baixa, diminuiu ao longo do tempo.

A elevada proporção de respostas “não” deve ser interpretada com cautela, uma vez que muitos episódios de sobredosagem ocorrem em contextos informais ou não são comunicados às equipas, sobretudo quando não implicam recurso a serviços de urgência. Da mesma forma, o número considerável de respostas “desconhecido” sugere lacunas no acesso à informação clínica e na articulação com os serviços hospitalares e de emergência.

Embora a taxa de sobredosagens agudas seja relativamente baixa, o fenómeno mantém relevância epidemiológica e clínica, exigindo das equipas de RRMD:

- A vigilância contínua de sinais de risco e de consumo de múltiplas substâncias;

- A distribuição sistemática de naloxona e material de reversão de overdose;
- O reforço de ações de sensibilização sobre riscos de mistura de drogas e contextos inseguros de consumo;
- A articulação estreita com os serviços de emergência.
- O acompanhamento regular e a intervenção preventiva nestas situações são fundamentais para a redução da mortalidade associada ao consumo de substâncias e para a promoção de práticas de consumo mais seguras entre as pessoas acompanhadas pelas respostas de RRMD.

7.3. SÍNTESE DO PERFIL – ACOMPANHAMENTO, PSBLE E SOBREDOSAGENS

Variáveis	Resultados
Perfil Global	<p>As PUD acompanhadas apresentam:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ligação frágil, mas crescente, ao sistema formal de CAD <ul style="list-style-type: none"> • Metade permanece desligada; metade mostra aproximação recente. 2. Integração em PSBLE em crescimento <ul style="list-style-type: none"> • Sinal de melhoria e impacto positivo da RRMD, mas metade ainda fora de tratamento. 3. Sobredosagens pouco frequentes, mas muito subnotificadas <ul style="list-style-type: none"> • Manutenção de foco em prevenção, naloxona e vigilância contínua.
Acompanhamento em CAD ao Longo da Trajetória	<p>Padrão Global</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cerca de metade das PUD encontra-se ou encontrou-se recentemente em acompanhamento por serviços de CAD. • A outra metade permanece desligada da rede formal, reforçando o papel crítico da RRMD enquanto único contacto regular com a saúde. <p>Últimos 12 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • 50,8% tiveram acompanhamento. • 41,1% não tiveram qualquer ligação a CAD. • 9,1% desconhecido. <p>Últimos 30 dias</p> <ul style="list-style-type: none"> • 41,5% reportaram acompanhamento ativo. • 49,6% não estão em acompanhamento. • 7% desconhecido. <p>Interpretação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento do acompanhamento recente (211 vs. 204) • Os “desconhecidos” mantêm-se estáveis → dificuldades estruturais de adesão (baixa vinculação, contactos breves, estigma). • Grande parte da população continua fora do sistema formal → RRMD é o eixo central de contacto, motivação e encaminhamento. <p>Conclusão</p> <ul style="list-style-type: none"> • Há sinais de melhoria e aproximação progressiva aos serviços de CAD, mas com elevado número de pessoas sem seguimento, que requer estratégias continuadas de:

	<ul style="list-style-type: none"> ○ proximidade, ○ motivação, ○ redução de barreiras, ○ integração gradual nos cuidados.
<p>Integração em Programas de Substituição Opiácea (PSBLE)</p>	<p>Ao longo da vida</p> <ul style="list-style-type: none"> • 37,6% já integraram PSBLE. • 58,3% nunca integraram → trajetória marcada por exclusão terapêutica prolongada. • 4,1% desconhecido. <p>Últimos 12 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • 40,2% integrados. • 49,5% não integrados. • 10,3% desconhecido. → Indica aumento recente da adesão. <p>Últimos 30 dias</p> <ul style="list-style-type: none"> • 40,2% atualmente integrados. • 40,1% fora de tratamento. • 10,7% desconhecido. <p>Interpretação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Movimento positivo: mais pessoas integraram PSBLE nos últimos 12 meses e continuam integradas no último mês. • Tendência de maior acessibilidade e motivação, com forte influência da intervenção de RRMD na: <ul style="list-style-type: none"> ○ facilitação de acesso, ○ mediação com serviços de saúde, ○ estabilização de consumos. <p>Desafio persistente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metade da população continua fora de PSBLE → maior risco de: <ul style="list-style-type: none"> ○ consumo injetado, ○ sobredosagem, ○ instabilidade social, ○ infeções transmissíveis. <p>Conclusão</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trajetória de melhoria progressiva, mas necessidade de reforçar: <ul style="list-style-type: none"> ○ estratégias de contacto, ○ adesão,

	<ul style="list-style-type: none">○ continuidade terapêutica,○ modelos de baixo limiar de exigência.
Situação Relativa a Sobredosagens Agudas	<p>Últimos 12 meses</p> <ul style="list-style-type: none">• 2,2% referiram sobredosagem.• 49,6% não tiveram.• 48,2% desconhecido → elevado sub-registo. <p>Últimos 30 dias</p> <ul style="list-style-type: none">• 0,8% sobredosagem recente.• 51,7% sem episódio.• 47,6% desconhecido. <p>Interpretação</p> <ul style="list-style-type: none">• Prevalência baixa, mas o núcleo que apresenta sobredosagens é altamente vulnerável.• Muito elevado número de “desconhecidos” indica:<ul style="list-style-type: none">○ subnotificação,○ episódios ocorridos em contexto informal (rua, quartos, edifícios abandonados),○ dificuldade de recolha em populações com consumos caóticos. <p>Tendência temporal</p> <ul style="list-style-type: none">• Diminuição de episódios do último ano para o último mês → pode refletir:<ul style="list-style-type: none">○ estabilização de consumos,○ impacto das intervenções de RRMD,○ sub-registo persistente. <p>Conclusão</p> <p>As sobredosagens, embora minoritárias, mantêm relevância epidemiológica e justificam:</p> <ul style="list-style-type: none">• distribuição sistemática de naloxona,• formação em gestão de overdose,• monitorização de consumos de alto risco (crack/base + opiáceos),• intervenção imediata em contextos de maior vulnerabilidade.

10. SITUAÇÃO JUDICIAL

A caracterização da situação judicial das pessoas acompanhadas permite compreender a interseção entre consumo de substâncias psicoativas, exclusão social e sistema de justiça, fornecendo indicadores importantes sobre vulnerabilidade social, criminalização associada ao consumo e relação com as políticas públicas de dissuasão.

Problemas Judiciais Atuais	Número Indivíduos
Sem problemas judiciais atualmente	329
Desconhecido	113
Aguarda julgamento	21
Pena Suspensa	10
Com processo em CDT	2
Trabalho comunitário	1
Liberdade condicional	1
Pagamento de multa	1
Contumácia	1
Dívidas / créditos	1
Dívidas AT	1
Liberdade condicional; Aguarda julgamento	1
Liberdade condicional; Pena Suspensa; ...	1
Mandato	1
Prisão domiciliária	1

Tabela 80. Distribuição de Problemas Judiciais na Amostra Total

Situação judicial atual

A maioria das pessoas acompanhadas (64,8%) declarou não ter problemas judiciais em curso, o que demonstra que, embora se trate de uma população em situação de vulnerabilidade, a maioria não se encontra atualmente em conflito ativo com o sistema judicial. No entanto, 22,4% dos participantes indicaram situação desconhecida, o que sugere lacunas de informação e dificuldade em obter dados atualizados sobre o percurso judicial.

Entre os restantes casos, verificam-se situações pontuais de aguarda de julgamento (4,1%), pena suspensa (2%), trabalho comunitário ou liberdade condicional (inferior a 1%) e processos ativos em CDT (menos de 1%). Estes valores, ainda que residuais, são significativos em termos qualitativos, pois correspondem a pessoas frequentemente em maior vulnerabilidade social, com historial de consumo prolongado e contactos prévios com o sistema penal.

A leitura global destes dados sugere que a maioria dos utentes das respostas de RRMD se encontra fora de circuitos penais ativos, refletindo em parte o impacto do modelo português de descriminalização do

consumo e da intervenção de proximidade, que tem permitido respostas alternativas à via judicial tradicional.

CONCLUSÃO

O retrato que emerge dos dados do CRI Porto Ocidental é o de uma população marcada por vidas longas no consumo e por fragilidades acumuladas. Entre nós, chegam pessoas que atravessaram anos de instabilidade habitacional, rendimentos irregulares e laços sociais frágeis, muitas vezes acompanhadas por doenças físicas e mentais que permanecem por diagnosticar ou tratar.

As práticas de consumo revelam uma mudança profunda: a injeção, que durante décadas dominou o imaginário do uso problemático, dá agora lugar a formas fumadas de heroína e cocaína. Mesmo assim, pequenos grupos mantêm a injeção como rotina, sobretudo em contextos de maior exclusão. E cada vez mais o consumo ocorre à vista de todos — nas ruas, em vãos de prédios, em espaços abandonados — sinal de que a vulnerabilidade deixou de estar escondida.

Também a relação com os cuidados de saúde é marcada por avanços e rupturas. Há quem esteja ligado a programas e quem os abandone repetidamente; há quem nunca tenha feito rastreios essenciais e quem chegue tarde aos serviços especializados. Entre os mais vulneráveis, muitos sobrevivem do que a rua lhes dá: mendicidade, pequenos expedientes, trocas, acordos informais. São histórias de décadas de consumo, envelhecimento precoce e saúde frágil, que mostram a necessidade de respostas mais próximas, contínuas e integradas.

Com base nos resultados obtidos, destaca-se a necessidade de **medidas de intervenção prioritárias**, focadas na RRMD, melhoria do acesso e continuidade dos cuidados, com especial atenção aos contextos territoriais mais vulneráveis. Estratégias recomendadas incluem:

- **RRMD nos consumos endovenosos:** Reforçar a distribuição de material assético (injetado e fumado) e a disponibilidade de naloxona em contexto de rua, acompanhadas de rastreios regulares e apoio médico-psicossocial contínuo para utilizadores que mantêm práticas endovenosas ativas. Embora minoritária, a existência de um grupo que continua a partilhar seringas/materiais exige intervenções focalizadas e acompanhamento personalizado, prevenindo infeções e outras complicações.
- **Acesso alargado a tratamento e continuidade de cuidados:** Expandir os PSBLE, garantindo acessibilidade e continuidade terapêutica mesmo para utentes em maior exclusão. É crucial integrar estratégias de contacto ativo com quem abandonou ou nunca iniciou tratamento, colmatando falhas atuais nos programas formais. Adicionalmente, assegurar encaminhamento célere para cuidados de saúde (consultas médicas, enfermagem, tratamento de comorbilidades) e apoio social, de modo a promover itinerários terapêuticos ininterruptos e eficazes.

- **Intervenção de proximidade nos consumos de rua:** Dada a elevada prevalência de consumos em espaço público ou precário (cerca de um terço da amostra consome na rua ou edifícios abandonados), urge ampliar e diversificar os dispositivos de rua. Isto envolve equipas móveis multidisciplinares e a implementação de horários alargados em pontos críticos, bem como o reforço de salas de consumo protegido e vigiado. Apesar da utilização inicial reduzida do programa de consumo vigiado no Porto (apenas 3 pessoas referiram este local), a existência desta resposta evidencia benefícios em termos de higiene, supervisão técnica e ligação aos cuidados de saúde. A expansão de salas de consumo e a sensibilização para a sua utilização devem ser consideradas, visando retirar os consumos de contextos de risco e reduzir a exposição a infeções, violência e criminalização.
- **Prevenção de riscos em práticas sexuais de troca:** Integrar ações específicas de saúde sexual nas intervenções de RRMD. A oferta de preservativos, testes rápidos de infeções sexualmente transmissíveis (IST) e aconselhamento confidencial deve ser reforçada, atendendo a que 8% dos utentes referem história de sexo de sobrevivência (valor possivelmente subestimado pela subdeclaração). Embora apenas 2,2% admitam essa prática recentemente, estas pessoas configuram um grupo de risco acrescido que merece atenção prioritária, dada a exposição a violências, IST e gravidezes não planeadas. O estabelecimento de relações de confiança, empatia e privacidade com estes utentes é fundamental para melhorar a adesão às medidas preventivas e a eficácia das respostas de redução de riscos sexuais.

Envelhecimento e comorbilidades

O envelhecimento das PUD, constitui hoje um dos principais desafios da intervenção em RRMD. A combinação de **comorbilidades físicas, deterioração funcional, declínio cognitivo, isolamento social e consumos prolongados**, exige que as respostas evoluam para modelos mais integrados, clínicos e continuados.

A seguir apresentamos os **dispositivos prioritários** que deveriam ser desenvolvidos ou reforçados:

1. Equipas de Rua Especializadas em Envelhecimento e Multimorbilidade

Uma evolução natural das atuais equipas:

- com enfermeiros especializados em feridas, geriatria e cuidados continuados,
- psicólogos com experiência em declínio cognitivo, trauma e envelhecimento,
- assistentes sociais focados em advocacia social, habitação e proteção de adultos vulneráveis.

2. Programas de Substituição Opiácea Adaptados ao Envelhecimento (PSBLE-Sénior)

O modelo atual não está preparado para:

- mobilidade reduzida,
- défices de memória/atendimento,
- múltiplas comorbilidades.

Um **PSBLE-Sénior** incluiria:

- horários flexíveis,
- entrega supervisionada ou domiciliária,
- doseamentos adaptados à fragilidade física,
- consulta de dor crónica e polimedicação,
- transporte adaptado para consultas hospitalares.

3. Unidades de Dia de Baixo Limiar para PUD

Espaços seguros com:

- alimentação, higiene, repouso,
- consultas de enfermagem e fisioterapia,
- apoio psicossocial, gestão de documentos,
- atividades de estimulação cognitiva e motora,
- ligação direta ao PSBLE, saúde mental, internamentos e cuidados continuados.

Este modelo já existe noutros países (Holanda, Canadá, Dinamarca) com resultados excelentes na redução de hospitalizações e mortalidade.

4. Estruturas Residenciais de Baixo Limiar para PUD Idosas

Portugal tem quase *zero* respostas residenciais adaptadas a PUD com dependência funcional.

O que é necessário:

- pequenas estruturas residenciais (6–10 lugares) com modelo Housing + Care,
- equipas multidisciplinares permanentes,
- aceitação de consumo supervisionado,
- foco em conforto, dignidade e cuidados básicos.

Estas unidades previnem internamentos prolongados e abandono em espaço público.

5. Salas de Consumo Vigiado com Área Adaptada a Pessoas com Mobilidade Reduzida

O envelhecimento exige salas com:

- acessibilidade total,
- equipamentos ergonómicos,
- locais de repouso,
- acompanhamento clínico mais próximo,
- possibilidade de observação prolongada pós-consumo.

6. Consultas de Saúde Mental e Neurocognição em RRMD

O declínio cognitivo entre PUD está altamente subdiagnosticado.

As equipas deveriam integrar:

- rastreios cognitivos periódicos (MoCA, MMSE ...),
- avaliação de depressão, ansiedade, psicose tardia,
- intervenção psicoterapêutica adaptada,
- ligação a psiquiatria e neurologia.

7. Programas de Saúde Oral e Reabilitação Física

PUD envelhecidas têm:

- risco extremo de doença periodontal, perda dentária e infeções,
- alterações posturais, dor crónica, quedas.

Dispositivos necessários:

- unidades móveis de saúde oral,
- fisioterapia comunitária,
- grupos de reabilitação e ativação funcional em centros de dia.

8. Parcerias com Cuidados Continuados e Estruturas de Saúde

A RRMD deve ser ponte entre:

- cuidados continuados integrados,
- internamentos de convalescença,

- lares e respostas residenciais,
- equipas hospitalares de medicina interna, infecciologia, hepatologia e pneumologia.

Recomenda-se a criação de um **Protocolo Nacional de Acesso Prioritário para PUD Idosas**, atualmente inexistente.

9. Equipas de Intervenção de Crise para Situações de Grande Fragilidade

Para responder a:

- descompensações clínicas abruptas,
- episódios psiquiátricos,
- risco grave na rua,
- dependência funcional súbita.

Estas equipas fariam ponte entre emergência, RRMD e cuidados continuados.

O envelhecimento das PUD exige **novos dispositivos**, mais robustos, clínicos e articulados, que ultrapassem o modelo tradicional focado apenas na redução de danos imediatos. É necessário **um continuum de cuidados**, com respostas flexíveis e de baixo limiar, que acompanhem estas pessoas em todas as fases da vida, garantindo: dignidade, cuidados básicos, estabilização clínica, integração social possível.

Integração com políticas públicas e serviços de saúde

Os resultados do estudo sublinham desafios importantes na **articulação entre os projetos de RRMD e o sistema de saúde e proteção social**, ao mesmo tempo que apontam oportunidades de melhoria:

- **Reforço do diagnóstico e testagem:** É imperativo intensificar as estratégias de **rastreio ativo** de infeções (VIH, hepatites B/C, tuberculose) entre as PUD, sobretudo em contextos de consumo ativo e habitação precária. Apesar de uma cobertura de rastreio globalmente satisfatória, quase um em cada seis utentes não tem informação serológica atualizada, revelando lacunas a colmatar. Aumentar a frequência de testagem comunitária e garantir o seguimento dos casos positivos permitirá detetar precocemente doenças e prevenir surtos, protegendo tanto os indivíduos como a saúde pública. Além disso, a educação para a saúde (incluindo iniciativas como a profilaxia pré-exposição – PrEP – para o VIH), deve ser integrada nas abordagens de proximidade, aumentando a literacia em saúde e a capacidade de autoproteção dos utentes.

- **Articulação com cuidados hospitalares e especializados:** Muitos destes utentes apresentam comorbilidades médicas (infecciosas, hepáticas, respiratórias) e psiquiátricas complexas que requerem cuidados especializados. **Fortalecer a ligação com hospitais e outras unidades de saúde** é crucial para responder a urgências clínicas e garantir continuidade de tratamento pós-alta. Por exemplo, estabelecer protocolos de referência rápida para consultas de infecciologia, pode evitar perdas de oportunidade. Esta articulação estreita – entre equipas de rua, unidades de saúde primária e hospitais – aumenta a eficácia da intervenção e assegura que nenhum utente fique sem o cuidado adequado por falta de coordenação. Trata-se de uma oportunidade de implementar verdadeiras redes integradas de cuidados, nas quais os projetos de RRMD atuam como porta de entrada e ponte entre populações marginalizadas e o SNS (Serviço Nacional de Saúde).
- **Expansão dos programas de substituição opiácea (PSBLE):** O acesso a tratamento de substituição (metadona, buprenorfina), revela-se um fator crítico de estabilização e redução de riscos e minimização de danos. Apesar da efetividade comprovada destes programas em reduzir mortalidade e comportamentos de risco, persistem **falhas no acesso e retenção** – evidenciadas, por exemplo, pelo consumo não-prescrito de opiáceos de substituição por alguns utentes, indicador de que nem todos conseguem permanecer nos circuitos formais. Assim, recomenda-se ampliar e descentralizar as equipas de PSBLE de baixo limiar, levando o tratamento até aos locais de consumo e ajustando regras de admissão para acomodar utentes com menos capacidade de adesão aos programas convencionais. Garantir **acessibilidade imediata** (sem listas de espera ou requisitos burocráticos estritos) e flexibilizar a continuidade do tratamento mesmo perante recaídas ou situações de instabilidade poderá aumentar significativamente a adesão. Em paralelo, deve-se investir em estratégias de resgate de utentes que abandonaram o tratamento, indo ao seu encontro no terreno e oferecendo novas oportunidades de reinício.
- **Salas de consumo vigiado e outras respostas inovadoras:** A manutenção de respostas inovadoras nas políticas locais, como a **sala de consumo vigiado**, surge como uma **boa prática internacional** para contextos urbanos com consumo público. A abertura de novos espaços supervisionados noutros pontos estratégicos do território poderá abranger um maior número de utilizadores, reduzindo práticas de risco e atuando como porta de acesso a serviços (por exemplo, permitindo rastreios, vacinação e aconselhamento durante a utilização da sala). Em sintonia com esta abordagem, importa **articular estas estruturas com os serviços de apoio social** – nomeadamente programas habitacionais (como *Housing First*) e centros de alojamento e de dia – de forma a que a estabilização conseguida no consumo possa evoluir para processos de reinserção mais abrangentes.

Em suma, este estudo de caracterização evidencia progressos importantes, mas também desafios persistentes no atendimento às pessoas com uso problemático de drogas. As recomendações apontam para uma **resposta multissetorial e flexível**, alinhada com as tendências nacionais do ICAD e europeias da EUDA, que privilegie a saúde pública e os direitos humanos. A transição para consumos menos nocivos, a intervenção de rua centrada nos contextos reais de consumo e a integração efetiva dos projetos de RRMD na rede de cuidados de saúde e sociais emergem como vetores críticos. Somente através de uma **articulação reforçada entre redução de riscos, tratamento, inclusão social e políticas públicas** será possível dar continuidade à evolução positiva já iniciada, ao mesmo tempo que se alcançam os grupos mais vulneráveis que ainda ficam aquém das respostas disponíveis. Os dados do CRI Porto Ocidental convergem assim com o panorama mais amplo, enfatizando a urgência de **políticas inovadoras e sustentadas** que garantam não só a redução imediata de riscos e minimização de danos, mas também trajetórias de reabilitação e dignidade para estas populações.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.
- Baptista, I., Benjaminsen, L., Busch-Geertsema, V., & Pleace, N. (2017). *Homelessness and housing exclusion in Europe*. FEANTSA.
- Bardwell, G., & Kerr, T. (2021). Drug checking: A potential solution to the opioid overdose epidemic? *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 16(1), 1–4.
- Böhnke, P., Buttigieg, S. C., & Tóth, H. (2020). Social exclusion and well-being among people with substance use disorders. *European Journal of Public Health*, 30(Suppl_5), v456–v462.
- Bourgois, P. (2003). In Search of Respect: Selling Crack in El Barrio. Cambridge University Press.
- Bourgois, P., & Hart, L. (2016). *The Structural Vulnerability of Drug Users*. Medical Anthropology.
- Bourgois, P., & Schonberg, J. (2009). *Righteous Dopefiend*. University of California Press.
- Câmara Municipal do Porto. (2023). Diagnóstico Social do Porto 2023–2026. Divisão Municipal de Coesão Social.
- Costa, A. F. (2018). Desigualdades Sociais e Territórios de Exclusão: Um Retrato Urbano de Portugal. ICS-ULisboa.
- Costa, A. F., & Pinto, P. (2020). Urbanismo, marginalidade e regulação do espaço público nas periferias metropolitanas. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 94, 71–91.
- , *Problemas e Práticas*, 94, 71–91.
- Darke, S., & Farrell, M. (2014). The health risks of heroin and methadone use. *Drug and Alcohol Review*, 33(2), 119–125.
- Darke, S., & Ross, J. (2000). Heroin-related deaths in New South Wales, 1992–1996. *Drug and Alcohol Dependence*, 60(2), 141–150.
- Degenhardt, L., et al. (2019). Global prevalence of injecting drug use. *The Lancet Global Health*, 7(12), e1570–e1580.
- DGS – Direção-Geral da Saúde. (2023). *Relatório anual sobre a situação epidemiológica e de saúde em Portugal*. Ministério da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2023). Norma n.º 009/2023: Serviços de Proximidade em Redução de Riscos e Minimização de Danos. Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde. (2021). Norma n.º 002/2021 – Abordagem das pessoas em situação de sem-abrigo. DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2022). Orientações técnicas para programas de redução de riscos e minimização de danos. DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2023). Norma n.º 009/2023 — Intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos. DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2023b). Relatório anual sobre a situação epidemiológica e de saúde em Portugal. Ministério da Saúde.
- Dole, V. P., & Nyswander, M. (1965). A medical treatment for narcotic addiction. *Journal of the American Medical Association*, 193(8), 646–650.
- EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2021). *Women who use drugs: Issues, needs, responses and policy implications*. Luxembourg: Publications Office of the EU.
- EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2023). Health and social responses to drug problems: A European guide. Luxembourg: Publications Office of the EU.
- EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2022). *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. EMCDDA.
- EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2023). *European Drug Report 2023: Trends and Developments*. Publications Office of the European Union.
- EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2024). *Health and Social Responses to Drug Problems in Europe: 2024 update*. EMCDDA.
- EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2018). *Health and social responses to drug problems: A European guide*. Publications Office of the European Union.
- EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2021). *Women who use drugs: Issues, needs, responses and*

- policy implications. Publications Office of the European Union.
- EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2024). *Health and social responses to drug problems in Europe: 2024 update*. EMCDDA.
 - EMCDDA (2024). *Health and Social Responses to Drug Problems: A European Guide*. Lisbon: EMCDDA.
 - EMCDDA. (2022). *European Drug Report 2022: Trends and Developments*. Publications Office of the European Union.
 - EMCDDA. (2022–2024). *European Drug Report*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
 - European Commission. (2020). *Employment and social developments in Europe*. Publications Office of the European Union.
 - FEANTSA – European Federation of National Organisations Working with the Homeless. (2023). *European Homelessness Report*. FEANTSA.
 - FEANTSA – European Federation of National Organisations Working with the Homeless. (2022). *The fifth overview of housing exclusion in Europe*. FEANTSA/Fondation Abbé Pierre.
 - FEANTSA. (2022). *The Fifth Overview of Housing Exclusion in Europe*. FEANTSA & Fondation Abbé Pierre.
 - FEANTSA. (2023). *European Homelessness Report*. Brussels: FEANTSA.
 - Fernandes, L., Rodrigues, J., & Carvalho, P. (2023). Envelhecimento e consumo de drogas: desafios para a saúde pública. *Revista de Saúde Pública*, 57(4), 1–12.
 - Ferreira, C., & Fernandes, A. (2020). Margens Urbanas e Segregação Social na Cidade do Porto. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 122, 33–58.
 - Finkelstein, N., Rechberger, E., Russell, L. A., & VanDeMark, N. R. (2020). *Substance use, trauma, and family functioning*. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 108, 1–8.
 - Grella, C. E., & Lovinger, K. (2012). Gender differences in physical and mental health outcomes among drug treatment participants. *Substance Use & Misuse*, 47(10), 1047–1059.
 - Han, B. H., Palamar, J. J., & Gfroerer, J. (2017). Demographic trends of drug use among older adults in the United States. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 8, 27–39. <https://doi.org/10.2147/SAR.S138620>
 - ICAD, I.P. (2023). *Programas de Consumo Vigiado – Documento Técnico Nacional*. Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências.
 - ICAD, I.P. (2024). *Plano Estratégico para os Comportamentos Aditivos e Dependências 2024–2026*. Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências.
 - Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Censos 2021: Resultados definitivos*. INE, I.P.
 - Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências (ICAD, I.P.). (2024). *Relatório Anual 2023 – Portugal: Situação e Respostas em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. ICAD, I.P.
 - Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências. (2024). *Relatório Anual 2023 – Portugal: Situação e Respostas em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. ICAD, I.P.
 - Karanikolos, M., & Mackenbach, J. (2020). Alcohol and health inequalities. *The Lancet Public Health*, 5(1), e2–e3.
 - Kennedy, M. C., et al. (2017). Supervised consumption facilities and overdose mortality. *The Lancet*, 391(10124), 2216–2217.
 - Kuerbis, A., & Sacco, P. (2013). The complexities of addiction among older adults: Research directions for an emerging population. *Current Psychiatry Reports*, 15(11), Article 404. <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0404-7>
 - Marlatt, G. A. (1998). *Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors*. Guilford Press.
 - Mathias, M., O’Doherty, K. C., & Frank, D. (2024). Programs and practices that support pregnant people who use drugs’ access to sexual and reproductive health care in Canada: A scoping review. *Harm Reduction Journal*, 21(4), 58–71.
 - OMS – Organização Mundial da Saúde. (2022). *World report on the health of people who use drugs*. World Health Organization.
 - ONUDC – United Nations Office on Drugs and Crime. (2023). *World Drug Report 2023*. UNODC.
 - Padgett, D. K., Henwood, B. F., & Tsemberis, S. (2016). *Housing First: Ending homelessness, transforming systems, and changing lives*. Oxford University Press.

- Pleace, N. (2016). *Housing First guide Europe*. FEANTSA.
- Portaria n.º 6-A/2024, de 4 de janeiro. (2024). Define as condições de funcionamento das respostas de redução de riscos e minimização de danos. Diário da República, 1.ª série(3).
- Potier, C., et al. (2014). Supervised injection services: What has been demonstrated? *Drug and Alcohol Dependence*, 145, 48–68.
- Rehm, J., et al. (2017). Alcohol consumption and health. *The Lancet*, 390(10110), 2234–2235.
- Rhodes, T. (2002). The ‘Risk Environment’: A framework for understanding and reducing drug-related harm. *International Journal of Drug Policy*, 13(2), 85–94.
- Rhodes, T., Lancaster, K., & Rosengarten, M. (2022). Evidence-making interventions in health: A conceptual framework. Palgrave Macmillan.
- Ribeiro, M., & Fonseca, L. (2021). Crack use and urban marginality in Portugal. *Drugs: Education, Prevention and Policy*.
- Ribeiro, M., & Fonseca, L. (2021). Crack use and urban marginality in Portugal. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 28(4), 360–369.
- Rodrigues, S. & Castro, D. (2023). Retrato de um território psicotrópico: Diagnóstico e intervenção em redução de riscos e minimização de danos no Porto Ocidental. ICAD, I.P.
- Rosen, D., Smith, M. L., & Reynolds, C. F. (2011). Physical and mental health problems among older methadone patients. *Journal of Aging and Health*, 23(1), 126–142.
- <https://doi.org/10.1177/0898264310381272>
- Rosen, D., Smith, M. L., & Reynolds, C. F. (2011b). The prevalence of mental and physical health disorders among older methadone patients. *Journal of Aging and Health*, 23(1), 126–138. <https://doi.org/10.1177/0898264310381272>
- SAMHSA – Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2023). *National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables*.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2023). *Portugal — Relatório sobre a Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências 2022*. SICAD.
- Shand, F., Gates, P., & Fawcett, J. (2018). *Social isolation and addiction: A public health perspective*. *Drug and Alcohol Review*, 37(4), 459–466.
- SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2021). *Mulheres e consumo de substâncias: Percursos, vulnerabilidades e respostas*. Lisboa: SICAD.
- SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2021). *Relatório Anual 2021: A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências*. Ministério da Saúde.
- SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2021). *População Envelhecida e Consumo de Substâncias Psicoativas: Desafios e Respostas*. Lisboa: SICAD.
- SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2021a). *Mulheres e consumo de substâncias: Percursos, vulnerabilidades e respostas*. SICAD.
- SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2023a). *Portugal — Relatório sobre a situação do país em matéria de drogas e toxicodependências 2022*. SICAD.
- SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2023b). *Relatório Anual 2023 – A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências*. Ministério da Saúde.
- Silva, M., & Cruz, M. (2022). Espaço, desvio e vulnerabilidade urbana: notas sobre as geografias do consumo de drogas no Porto. *Revista Territórios & Sociedade*, 11(2), 45–60.
- Strang, J., & McDonald, R. (2016). *Preventing opioid overdose deaths with take-home naloxone* (EMCDDA Insights n.º 20). EMCDDA.
- Strang, J., Bird, S. M., & Dietze, P. (2020). Flutuações na tolerância aos opiáceos e risco de overdose: uma perspetiva de saúde pública. *Addiction*, 115(8), 1467–1470.
- Tsemberis, S. (2010). *Housing First: The Pathways Model to End Homelessness for People with Mental Illness and Addiction*. Hazelden.

- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2022). *World Drug Report 2023: Drug demand, supply and markets*. Viena: UNODC.
- United Nations Office on Drugs and Crime; World Health Organization; & UN Women. (2022). *Women and drugs: Health and social responses*. Genebra: United Nations.
- UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime. (2023). *World Drug Report 2023: Drug demand, supply and markets*. Vienna: UNODC.
- UNODC, WHO & UN Women. (2022). *Women and drugs: Health and social responses*. Geneva: UN Publications.
- WHO – World Health Organization. (2022). Community-based interventions for vulnerable and key populations. WHO.
- WHO – World Health Organization. (2023). Monitoring and evaluating public health interventions: a practical guide. WHO.
- WHO. (2022). Harm Reduction and Health Systems Guidelines.
- World Health Organization (WHO). (2022). Gender and drugs: Policy brief. Geneva: WHO.
- Degenhardt, L., Peacock, A., Colledge, S., et al. (2017). Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV and HCV in people who inject drugs: a systematic review. *The Lancet Global Health*, 5(12), e1192–e1207.
- ECDC & EMCDDA. (2023). *Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2017). **Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges and implications for policy and practice**. Lisbon: EMCDDA.
- Larney, S., Kopinski, H., Beckwith, C. G., et al. (2013). Incidence and prevalence of hepatitis C in prisons and other closed
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. WHO Press.
- World Health Organization. (2022). Addressing the social determinants of health among people who use drugs. WHO Press.
- World Health Organization. (2022). World Mental Health Report: Transforming mental health for all. WHO.
- World Health Organization. (2022a). Addressing the social determinants of health among people who use drugs. WHO Press.
- World Health Organization. (2022b). Community-based interventions for vulnerable and key populations. WHO.
- World Health Organization. (2022c). *Gender and drugs: Policy brief*. WHO.
- World Health Organization. (2022d). Harm reduction and health systems guidelines. WHO.
- World Health Organization. (2022f). *World report on the health of people who use drugs*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2023). Monitoring and evaluating public health interventions: A practical guide. WHO. settings: results of a systematic review and meta-analysis. *Hepatology*, 58(4), 1215–1224.
- Platt, L., Minozzi, S., Reed, J., et al. (2018). Needle syringe programmes and opioid substitution therapy for preventing hepatitis C transmission among people who inject drugs. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(9).
- Rhodes, T. (2009). Risk environments and drug harms: a social science for harm reduction approach. *International Journal of Drug Policy*, 20(3), 193–201.
- Strike, C., & Watson, T. M. (2019). Losing the uphill battle? Emergent harm reduction interventions and barriers during the opioid overdose crisis in Canada. *International Journal of Drug Policy*, 71, 178–182.

- Trickey, A., Fraser, H., Lim, A. G., et al. (2019). The contribution of injection drug use to hepatitis C virus transmission globally, regionally, and at country level. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, 4(6), 435–444.
- UN Women. (2022). Gender equality in the context of drug policy. New York: United Nations.

ANEXOS

ANEXO 1 – FICHA DE CARACTERIZAÇÃO



33132

Acompanhamento anterior por estruturas na área da toxicodependência

Acompanhamento anterior relativo a toxicodependência	Ao longo da vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 dias	Se Sim, identificar as estruturas onde decorreu o acompanhamento:			
	S <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Equipade Tratamento	<input type="checkbox"/> Centro de Saúde	<input type="checkbox"/> Equipade Rua ou Unidade Móvel	<input type="checkbox"/> Hospital
	N <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Gabinete de Apoio	<input type="checkbox"/> Médico Particular	<input type="checkbox"/> Centro de Acolhimento para toxicodependentes	<input type="checkbox"/> Unidade de Desabitação
Acompanhamento anterior em PSO	Ao longo da vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 dias	<input type="checkbox"/> Estabelecimento Prisional	<input type="checkbox"/> Comunidade Terapêutica	<input type="checkbox"/> Desconhecido	<input type="checkbox"/> Outro Qual _____
	S <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	N <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	D <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Dados Clínicos

Nível de conhecimento sobre possíveis infeções

	Rastreio ao longo da vida			Ano da última análise	Situação face a			Se positivo, já beneficiou de AcEsp									Se positivo, já beneficiou de TM								
								Longo da vida			Últ. 12 meses			Últimos 30 dias			Longo da vida			Últ. 12 meses			Últimos 30 dias		
	S	N	D		P	Ne	D	S	N	D	S	N	D	S	N	D	S	N	D	S	N	D	S	N	D
Infeção pelo VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infeção pelo vírus da Hep. B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infeção pelo vírus da Hep. C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra situação clínica (e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(e) Qual _____

S (Sim); N (Não); D (Desconhecido); P (Positivo); Ne (Negativo); AcEsp (Acompanhamento Especializado); TM (Terapêutica Medicamentosa)

Consequências de más práticas no consumo de substâncias

	Ao Longo da vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 dias			(f) Qual Consequência
	S	N	D	S	N	D	S	N	D	
Abcessos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Outra consequência (f)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Outra consequência (g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(g) Qual Consequência
Sobredosagens Agudas (N ^o)	_____			_____			_____			_____

Problemas Judiciais e outros

Prisão nos últimos 12 meses <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido	Se sim, ocorrência de injeção de drogas na prisão <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido
Existência de problemas judiciais actualmente <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido	No caso de ter processo aberto em CDT, qual a situação <input type="checkbox"/> Sem decisão <input type="checkbox"/> Com decisão <input type="checkbox"/> Desconhecido
Se sim, identificação dos problemas <input type="checkbox"/> Contumácia <input type="checkbox"/> Liberdade condicional <input type="checkbox"/> Pena Suspensa <input type="checkbox"/> Aguarda julgamento <input type="checkbox"/> Com processo em CDT <input type="checkbox"/> Outro _____ <input type="checkbox"/> Desconhecido	Com decisão: <input type="checkbox"/> A cumprir <input type="checkbox"/> Sem cumprir <input type="checkbox"/> Desconhecido

Serviços já prestados ao utente

Acompanhamento realizado <input type="checkbox"/> PTS <input type="checkbox"/> Apoio alimentar <input type="checkbox"/> Cuidados de higiene <input type="checkbox"/> PSO <input type="checkbox"/> ADR <input type="checkbox"/> Outro rastreio <input type="checkbox"/> Consultas médicas <input type="checkbox"/> Vacinação <input type="checkbox"/> Terapêutica medicamentosa <input type="checkbox"/> Atendimento psicossocial <input type="checkbox"/> Cuidados de enfermagem <input type="checkbox"/> Intervenção em situação de urgência <input type="checkbox"/> Disponibilização de material <input type="checkbox"/> Apoio psicológico <input type="checkbox"/> Encaminhamentos <input type="checkbox"/> Educação para práticas de consumo e/ou sexuais de menor risco <input type="checkbox"/> Outro Qual _____	Encaminhamentos concretizados <input type="checkbox"/> Hospital: Internamento <input type="checkbox"/> Comunidade Terapêutica <input type="checkbox"/> Hospital: consulta infecciologia <input type="checkbox"/> Unidade de Desabitação <input type="checkbox"/> Hospital: outra consulta Qual _____ <input type="checkbox"/> Centro de Saúde <input type="checkbox"/> Segurança Social <input type="checkbox"/> CDP <input type="checkbox"/> CAD <input type="checkbox"/> Centro de Acolhimento para Toxicodependentes <input type="checkbox"/> Centro de Dia <input type="checkbox"/> Outro alojamento Qual _____ <input type="checkbox"/> Gabinete de Apoio para TD <input type="checkbox"/> Equipade Tratamento <input type="checkbox"/> Outros Qual _____
--	---

ANEXO 2 - VARIÁVEIS DA FICHA DE CARACTERIZAÇÃO

FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DO UTENTE

LISTA COMPLETA DE VARIÁVEIS

1. Identificação

1. Nº de Identificação
2. Nº da Ficha
3. Data do 1.º Contacto
4. Data dos Dados
5. Projeto
6. Concelho
7. Freguesia

2. Documentos Pessoais

8. Passaporte
9. BI/Cartão do Cidadão
10. SNS
11. NIF
12. NISS
13. Desconhecido

3. Dados Gerais

14. Nacionalidade (Portuguesa / Outra – Qual)
15. Data de Nascimento
16. Sexo (Feminino / Masculino)
17. Gravidez últimos 30 dias (Sim / Não / Desconhecido)

Coabitação

18. Só
19. Pais
20. Amigos
21. Companheiro
22. Filhos
23. Outros familiares
24. Instituição – Qual
25. Desconhecido

Tipo de Alojamento

26. Familiar clássico

27. Familiar não clássico
28. Hotéis/Pensões
29. Centro de Abrigo
30. Outro alojamento coletivo/convivência
31. Rua
32. Outro – Qual
33. Desconhecido

Fontes de Rendimento

34. Rendimento do Trabalho (RT) – Trabalho ocasional
35. RT – Trabalho estável/regular
36. Reforma / Prestação social
37. A cargo de familiares
38. Subsídios Temporários
39. RSI
40. ST – Outro
41. Mendicidade
42. Atividades ilícitas
43. Arrumar carros
44. Prostituição
45. Outra – Qual
46. Desconhecido

Outras variáveis

47. Nº de meses sem abrigo
48. Nº de meses de desemprego
49. Desconhecido (no desemprego)

4. Dados Relativos ao Consumo de Substâncias

Consumo global

50. Consumo ao longo da vida (ilícitas) – S/N/D
51. Consumo últimos 12 meses (ilícitas) – S/N/D
52. Consumo últimos 30 dias – S/N/D

Por substância (Heroína, Cocaína, Heroína+Cocaína, Base/Crack, Metadona NP, Buprenorfina NP, Benzodiazepinas abuso, Cannabis, Álcool abuso, Outra, Outra)

Para cada substância:

53. Consumo ao longo da vida (S/N/D)

- 54. Meses de consumo
- 55. Nº de paragens
- 56. Frequência 12M (R/E/N/D)
- 57. Via de consumo 12M (E/F/O/S/T/D)
- 58. Frequência 30 dias (0/1/2/4/7/9)
- 59. Via consumo 30D
- 60. Droga principal

5. Comportamentos de Risco – Ao Longo da Vida

- 61. Consumo por via endovenosa (nunca; já não injeta; injeta último ano; injeta último mês; desconhecido)
- 62. Partilha de material ao longo da vida – S/N/D
- 63. Partilha últimos 12 meses – S/N/D
- 64. Partilha últimos 30 dias – S/N/D
- 65. Idade de início do consumo IV
- 66. Tipo de material partilhado (seringas / outro material IV / outro material não IV) – S/N/D

6. Comportamentos de Risco – Últimos 30 dias

Local de consumo

- 67. Rua/local público
- 68. Casa de conhecidos
- 69. Edifício abandonado
- 70. Casa própria
- 71. Outro – Qual
- 72. Desconhecido

Zonas do corpo utilizadas para injeção

- 73. Braços
- 74. Antebraço
- 75. Membros inferiores
- 76. Pescoço
- 77. Pés
- 78. Veias genitais
- 79. Mãos
- 80. Outra – Qual
- 81. Desconhecido

Práticas associadas

- 82. Injeção de drogas sozinho – S/N/D
- 83. Variação do ponto de injeção – S/N/D

- 84. Desinfecção do local – S/N/D
- 85. Nº de dias de consumo IV últimos 30 dias
- 86. Média de injeções por dia últimos 30 dias

Caracterização do material usado nos últimos 30 dias

(E para cada tipo de material: seringa, algodão/filtro, cachimbo, prata, recipiente, tubo, garrote, água, ácido cítrico, limão, toalhete, outro)

- 87. Reutilização (S/N/D)
- 88. Partilha (D/E/PE/NP/S/N/D)
- 89. Origem do material (Projeto/Farmácia/Outra – Qual)

7. Prática de Relações Sexuais Sem Preservativo

- 90. Ao longo da vida – S/N/D
- 91. Últimos 12 meses – S/N/D
- 92. Últimos 30 dias – S/N/D
- 93. Relações sexuais a troco de dinheiro ou vantagem – S/N/D
- 94. Com parceiro ocasional – S/N/D
- 95. Com parceiro infetado – S/N/D

8. Acompanhamento por Estruturas na Área da Toxicodependência

Acompanhamento anterior

- 96. Ao longo da vida – S/N/D
- 97. Últimos 12 meses – S/N/D
- 98. Últimos 30 dias – S/N/D

Acompanhamento anterior em PSBLE

- 99. Ao longo da vida – S/N/D
- 100. Últimos 12 meses – S/N/D
- 101. Últimos 30 dias – S/N/D

Estruturas

- 102. Equipa de Tratamento
- 103. Centro de Saúde
- 104. Hospital
- 105. Médico particular
- 106. Comunidade Terapêutica
- 107. Estabelecimento prisional
- 108. Equipa de Rua / Unidade Móvel
- 109. Gabinete de Apoio
- 110. Centro de Acolhimento

111. Unidade de Desabilitação

112. Outro – Qual

113. Desconhecido

9. Dados Clínicos

Rastreio e situação face a infeções

(Para VIH, Hep. B, Hep. C, Tuberculose, Outra situação clínica)

114. Rastreio ao longo da vida – S/N/D

115. Ano da última análise

116. Situação face à infeção – P/Ne/D

117. Beneficiou de TM – S/N/D

118. Beneficiou de acompanhamento especializado – S/N/D

119. Outra situação clínica – Qual

Consequências de Más Práticas

120. Abscessos – S/N/D

121. Sobredosagens agudas (n.º e S/N/D)

122. Outras consequências (f) – Qual

123. Outras consequências (g) – Qual

10. Problemas Judiciais

124. Prisão últimos 12 meses – S/N/D

125. Injeção de drogas na prisão – S/N/D

126. Existência de problemas judiciais atuais – S/N/D

Identificação dos problemas

127. Contumácia

128. Liberdade condicional

129. Pena suspensa

130. Aguarda julgamento

131. Processo em CDT

132. Outro – Qual

133. Desconhecido

Processo em CDT

134. Situação (sem decisão / com decisão / desconhecido)

135. Com decisão: a cumprir / sem cumprir / desconhecido

11. Serviços Prestados ao Utente

136. PTS

137. PSBLE

- 138.ADR / rastreio
- 139.Disponibilização de material
- 140.Atendimento psicossocial
- 141.Apoio psicológico
- 142.Educação para práticas de menor risco
- 143.Apoio alimentar
- 144.Cuidados de higiene
- 145.Consultas médicas
- 146.Cuidados de enfermagem
- 147.Terapêutica medicamentosa
- 148.Vacinação
- 149.Intervenção em urgência
- 150.Encaminhamentos
- 151.Outro – Qual

12. Encaminhamentos Concretizados

(Para cada tipo de encaminhamento)

- 152.Hospital – internamento
- 153.Hospital – infecciologia
- 154.Hospital – outra consulta
- 155.Centro de Saúde
- 156.Segurança Social
- 157.CDP
- 158.CAD
- 159.Gabinete de Apoio para TD
- 160.Equipa de Tratamento
- 161.Comunidade Terapêutica
- 162.Unidade de Desabituação
- 163.Centro de Dia
- 164.Centro de Acolhimento
- 165.Outro alojamento
- 166.Outros – Qual

SIGLAS E ABREVIATURAS

BZD – *Benzodiazepinas*

CAD – *Comportamentos Aditivos e Dependências*

CAD – *Comportamentos Aditivos e Dependências*

CDP – *Centro Diagnóstico Pneumológico*

CDT – *Comissão para a Dissuasão da
Toxicod dependência*

CRI – *Centro de Respostas Integradas*

CT – *Comunidade Terapêutica*

DGS – *Direção Geral de Saúde*

EMCDDA - *Observatório Europeu da Droga e da
Toxicod dependência*

FC- *Ficha de Caracterização*

UNODC - *United Nations Office on Drugs and Crime*

VHB – *Vírus da Hepatite B*

VHC - *Vírus da Hepatite C*

VIH – *Virús da Imunodeficiência Adquirida*

WHO – *World Health Organization*

ICAD,IP- *Instituto para os Comportamentos Aditivos
e Dependências*

IDT.IP – *Instituto da Droga e da Toxicod dependência*

OMS – *Organização Mundial de Saúde*

PSBLE – *Programa de Substituição de Baixo Limiar de
Exigência*

PUD- *Pessoas que usam drogas*

RRMD- *Redução de Riscos e Minimização de Danos*

RSI – *Rendimento Social de Inserção*

SICAD – *Serviço de Intervenção nos Comportamentos
Aditivos e nas Dependências*

TP - *Tuberculose*

“People who use drugs deserve compassion, care and protection — not punishment.” Michel Kazatchkine Global
Commission On Drug Policy



Empoderar. *Empower.*
Cuidar. *Care.*
Proteger. *Protect.*



Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I.P.
Institute on Addictive Behaviours and Dependencies, P.I.
Tel: +351 211 119 000 | E-mail: icad@icad.min-saude.pt | www.icad.pt

