

TOOLKIT

RECURSOS E COMPETÊNCIAS CULTURAIS PARA A INTERVENÇÃO COM PESSOAS LGBTQIA+ QUE CONSUMEM DROGAS

COM O APOIO

ENTIDADE PROMOTORA

ENTIDADES PARCEIRAS

PESSOAS AUTORAS

Cristiana Vale Pires (Kosmicare)

Filipe Couto Gomes (Consulta DiverGENTE-ICAD; Kosmicare)

Rita Aires (gentopia)

Helena Valente (Kosmicare)

Joana Castro (Kosmicare)

Filipe Gaspar (gentopia)

Daniela Ribeiro (Abraço)

Gabriela Oliveira (GAT-Intendente)

Ary Teixeira (Crescer)

Mar Cunha (Kosmicare)

Nélson Ramalho (CIES-ISCTE.IUL; APF)

Bruna Viatico (Kosmicare)

Para além das pessoas autoras, gostaríamos de agradecer:

- A todas as pessoas e organizações a intervir no Porto que participaram nos nossos laboratórios de ideias sobre pessoas LGBTQIA+ que consomem drogas, nomeadamente: André Silva, Alexandra Duque e Rita Braga (Fundação Portuguesa “A Comunidade Contra a SIDA”); Patrícia Carvalho (DICAD – ARSNorte); Catarina Marques (Centro Gis-Plano i e, posteriormente, Com Alma); Joana Vilares e Luísa Falcão (Abraço); Alexandra Ramos (APF) e Lucas Sampaio, Gonçalo R. Dias e Mariana Vieira (Associação Anémoma);

- A todas as pessoas e organizações que participaram no nosso “Laboratório de ideias focado nas experiências de mulheres trans que consomem drogas”, nomeadamente: Cátia Alves (GAT-Intendente); Joana Canedo e Anastasia (GAT-Manas), André Silva (Fundação Portuguesa “A Comunidade Contra a SIDA”);

- Pedro Morais, Ana Pinho, Teresa Teixeira, Noah Fernandes, Ricardo Fuertes, Alexandre Gomes, Telmo Fernandes, Feli Suhs, Joana Correia e a todas as pessoas que participaram nas duas edições do curso “Estratégias de intervenção com pessoas LGBTQIA+ que consomem drogas”, e a todas as pessoas LGBTQIA+ que participaram nas nossas atividades de investigação.

Identidade visual: Kirill Zaytsev

Design: Pedro Monteiro

Para mais informação:

queercare@kosmicare.org

www.Kosmicare.org

Publicações Kosmicare, 2023

Este relatório foi elaborado no âmbito de um financiamento atribuído pelo Programa [Cidad@s Ativ@s](#) (EEA Grants). O conteúdo deste *toolkit* representa o conhecimento e perspetivas das pessoas autoras e é da sua inteira responsabilidade.

ÍNDICE

Introdução

1) Competências culturais para a intervenção com pessoas LGBTQIA+

- 1.1) LGBTQuê?
- 1.2) Vivências e experiências específicas das pessoas LGBTQIA+
 - 1.2.1) Tríade do insulto, da invisibilidade e do isolamento
 - 1.2.2) *Stress* de minoria e resiliência
- 1.3. Competências culturais na intervenção com pessoas LGBTQIA+

2) Recomendações para o acolhimento de pessoas LGBTQIA+ em respostas de saúde

- 2.1. Que barreiras enfrentam as pessoas LGBTQIA+ nos cuidados de saúde?
- 2.2. Quais as especificidades das pessoas LGBTQIA+ na saúde?
- 2.3. Modelos de intervenção com pessoas LGBTQIA+
 - 2.3.1) Perspetiva afirmativa
 - 2.3.2) Serviços responsivos à diversidade e informados pelo trauma
- 2.4. Como criar um ambiente acolhedor e inclusivo em serviços e respostas de saúde?

3) Competências culturais e abordagens responsivas à diversidade para a intervenção com pessoas LGBTQIA+ que consomem drogas

Introdução

- 3.1) Consumo de drogas por pessoas LGBTQIA+
- 3.2) Abordagens responsivas e culturalmente competentes para a intervenção com pessoas LGBTQIA+ que consomem drogas
 - 3.2.1) Redução de Riscos e Minimização de Danos
 - 3.2.2) Intervenção centrada na pessoa
 - 3.2.3) Intervenção responsiva ao género e ao trauma
 - 3.2.4) Envolvimento de pares
 - 3.2.5) Promoção de espaços afirmativos
- 3.3) Intervenção com subgrupos específicos de pessoas LGBTQIA+ que consomem drogas
 - 3.3.1) Intervenção com pessoas LGBTQIA+ que consomem drogas em ambientes de lazer noturno
 - 3.3.2) Intervenção com pessoas que praticam *chemsex*
 - 3.3.3) Intervenção com mulheres trans que consomem drogas em contextos de trabalho sexual
 - 3.3.4) Intervenção com pessoas LGBTQIA+ em situação de sem abrigo que consomem drogas

ANEXOS

Introdução

Este *toolkit* foi elaborado no âmbito do projeto Queercare, financiado pelo Programa [Cidad@S Ativ@S](#) – EEA Grants 2018-2024, Grandes Projetos/Eixo 2 – Apoiar e defender os direitos humanos (projeto nº 263508).

O projeto Queercare foi coordenado pela [Kosmicare](#) e contou com a parceria da [Associação Abraço](#), da [gentopia](#) e da ONG islandesa [Rótin](#). Através de uma abordagem colaborativa, este projeto teve como objetivo desenvolver perspectivas responsivas à diversidade de género e sexual e competências culturais nos serviços de saúde e sociais que intervêm com pessoas LGBTQIA+ que consomem drogas. Procurou também fomentar o diálogo comunitário e criar uma rede de referência para uma resposta articulada e adaptada às especificidades e prioridades de subgrupos específicos de pessoas LGBTQIA+ que consomem drogas.

A evidência científica tem mostrado que a população LGBTQIA+ está sujeita a significativas disparidades no que diz respeito à sua saúde e bem-estar, quando se compara com pessoas cisgénero e heterossexuais. O estigma associado ao consumo de drogas intersecciona-se com as experiências de hostilidade e violência anti-LGBTQIA+, agravando os potenciais riscos e danos físicos, psicológicos e sociais desses consumos. Por outro lado, dentro das comunidades LGBTQIA+ tendem a surgir subculturas de consumo de drogas que apresentam especificidades em relação ao tipo de substâncias que consomem, aos seus padrões de consumo, contextos de uso e trajetórias de vida. No entanto, a falta de dados desagregados em função do género e da orientação sexual na investigação na área das drogas e da saúde mental aliada à falta de conhecimento e competências culturais dos serviços a intervir nessas áreas contribuem para a invisibilização sistemática das experiências destas pessoas. A segregação das políticas públicas e da intervenção na área da saúde e social (na área das drogas, da saúde sexual, da saúde mental e do género) dificulta a implementação de abordagens holísticas capazes de responder às necessidades complexas e específicas das pessoas LGBTQIA+ que consomem drogas.

Este *toolkit* resultou de um processo de colaboração comunitária com profissionais e pares presentes em vários contextos de intervenção. Os conteúdos apresentados têm por base bibliografia relevante na área em análise e as experiências de investigação e de intervenção clínica e comunitária das pessoas autoras e das pessoas que participaram nas atividades do projeto. Inclui informação referente às atividades de investigação implementadas pelo projeto,

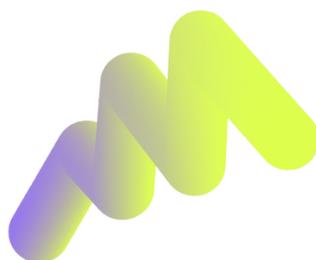
mas também o conhecimento cocriado no âmbito do “Laboratório de ideias sobre pessoas LGBTQIA+ que consomem drogas” realizado no Porto, do “Laboratório de ideias sobre mulheres trans que consomem drogas” e as duas edições da formação colaborativa “Estratégias de intervenção com pessoas LGBTQIA+ que consomem drogas”.

O *toolkit* inclui um conjunto de conhecimentos, competências e recursos para apoiar a intervenção com pessoas LGBTQIA+ em vários contextos de atuação, estando dividido em três secções principais:

1. Competências culturais para a intervenção com pessoas LGBTQIA+
2. Recomendações para o acolhimento de pessoas LGBTQIA+ em respostas de saúde
3. Competências culturais para a intervenção com pessoas LGBTQIA+ que consomem drogas

O *toolkit* inclui ainda 5 anexos onde estão compilados serviços de intervenção em várias áreas de especialidade para apoiar uma referenciação adequada e adaptada de pessoas LGBTQIA+ que consomem drogas.

Este recurso foi construído como um material de consulta e de apoio em situações concretas e, por esse motivo, esperamos que este seja utilizado como uma ferramenta de trabalho ao serviço de respostas e práticas de atendimento e de prestação de cuidados mais inclusivas e culturalmente competentes.



* Este *toolkit* utiliza, de forma transversal, uma linguagem inclusiva, utilizando pessoa como universal por forma a evitar o uso de pronomes que tendem a excluir as vivências diversas.

** O texto inclui vários conceitos desenvolvidos no âmbito das teorias queer e também vocabulário recente, formulado e definido para visibilizar e representar as experiências de opressão e de emancipação social de pessoas LGBTQIA+, entre outros grupos historicamente oprimidos. Desta forma, sugerimos a consulta do manual [“isto não é um glossário: in/definições de géneros e sexualidades”](#) desenvolvido pela gentopia.

1) COMPETÊNCIAS CULTURAIS PARA A INTERVENÇÃO COM PESSOAS LGBTQIA+

1.1) LGBTQuê?

LGBTQIA+ é a “sigla usada para referir de forma conjunta as pessoas lésbicas, gays, bissexuais, trans, transgénero, transexual, queer, intersexo, assexuais, aliades (vd. aliadas/os/es) + todas as diversas possibilidades de orientações sexuais, identidades/identificações e/ou expressões de géneros” (Teixeira et al., 2021, p. 60). Este é um conceito agregador que visibiliza a diversidade de género, das características sexuais, da orientação sexual e da sexualidade nas vivências e processos de desenvolvimento humano.

Historicamente, as pessoas e comunidades LGBTQIA+ têm sido desproporcionalmente afetadas por processos de penalização social, invisibilização sistemática, estigma, exclusão e violência prescritas pelas normas sociais hegemónicas e processos de socialização de género e sexual assentes nos valores morais dominantes. A cisnormatividade¹ e o heterossexismo² estratificam a sociedade de forma binária, impõem papéis específicos em função do sexo biológico e modelos de relação interpessoal, de relação de intimidade e de organização familiar e social considerados normativos. Neste contexto, as pessoas e comunidades LGBTQIA+ têm sido sistematicamente invisibilizadas e marginalizadas. Por esse motivo, tem sido a partir das margens que várias gerações de pessoas LGBTQIA+ em Portugal têm desenvolvido processos de resiliência individual e coletiva, resultando na criação de comunidades de pertença, subculturas e espaços seguros para a sua experimentação identitária, afirmação das suas diversidades e prioridades e para a reivindicação dos seus direitos (Aires et al., 2022; Pires et al., in press). O processo de aceitação social das existências e vivências de pessoas LGBTQIA+ é recente e ainda está longe de ser pleno. Só em 1982 é que a homossexualidade foi descriminalizada através da revisão do Código-Penal (Decreto-lei n.º 400/82, de 23 de setembro). O associativismo e a criação de espaços comunitários LGBTQIA+ apenas teve início a partir da década de 90 em Portugal e, desde aí, vários direitos foram sendo lentamente conseguidos, tendo por base muito esforço individual e coletivo de pessoas LGBTQIA+ e aliadas e também muita adversidade e sofrimento (Aires et al., 2022).

¹ “Sistema de crenças tácitas que institucionalizaram o sistema de género como binário e absoluto” contribuindo para “uma organização social que apenas contempla pessoas cisgénero”, ou seja, “pessoas cuja identidade/identificação de género corresponde ao sexo/género binário que lhe foi atribuído à nascença” em detrimento de pessoas com identidades trans e não-binárias (Teixeira et al., 2021).

² “Sistema ideológico que parte do pressuposto de que todas as pessoas se identificam como heterossexuais e que por isso nega, difama e/ou estigmatiza qualquer identificação e/ou vivência fora da norma heterossexual” (Teixeira et al., 2021).

À data da escrita deste *toolkit*, foi aprovado na Assembleia da República Portuguesa o projeto de lei sobre a autodeterminação da identidade de género nas escolas, apresentando um conjunto de medidas para garantir o direito de crianças e jovens à sua expressão de género, privacidade, prevenção da não-discriminação e promoção da sua segurança em ambiente escolar. Este projeto de lei fez-se acompanhar de uma forte contestação social, demonstrando que o caminho em direção a uma efetiva igualdade de género e sexual ainda está longe de ser alcançado.

1.2) VIVÊNCIAS E EXPERIÊNCIAS ESPECÍFICAS DAS PESSOAS LGBTQIA+

O desenvolvimento físico, psicológico e social das pessoas LGBTQIA+ é marcado pela sua socialização num contexto cisheteronormativo, pelos desafios emocionais e sociais associados à sua afirmação de género e/ou sexual (*coming out*) e à experiência de discriminação e hostilidade anti-LGBTQIA+³ nos vários domínios da sua vida (Ramalho, 2020; Saleiro et al., 2022; Plaza, 2023). Este processo de vulnerabilização social⁴ tende a ser agravado entre pessoas LGBTQIA+ que experienciam desvantagens sociais relacionadas com o seu estatuto socioeconómico, atribuição/identidade étnica ou racial, capacidade, idade, origem geográfica, estatuto de cidadania, comportamentos (e.g., consumo de drogas) e estratégias de sobrevivência (e.g., trabalho sexual).

A intervenção com pessoas LGBTQIA+ implica o conhecimento e reconhecimento das suas vivências e circunstâncias específicas. Abaixo destacamos alguns pontos que consideramos essenciais para o desenvolvimento de competências culturais responsivas à diversidade de género e sexual.

1.2.1) Tríade do insulto, da invisibilidade e do isolamento

Perante a normatividade e o estigma contra a diversidade, as pessoas LGBTQIA+ crescem a viver e a ter experiências de insulto e agressão, a não se encontrar representadas nos discursos

³

Utilizamos o conceito “hostilidade anti-LGBTQIA+” para agregar as experiências de homofobia, lesbofobia, bifobia, transfobia e queerfobia.

⁴

No site da Infopédia – Dicionários Porto Editora, vulnerabilidade é definida como “1. Qualidade de vulnerabilidade; 2. Ponto fraco de algo ou de alguém”, remetendo para algo que é intrínseco e individual. Desta forma, neste *toolkit* utilizamos em alternativa o conceito de “vulnerabilização” para destacar o processo social, e, portanto, externo, que condiciona e empurra, de forma sistémica e sistemática, determinados grupos sociais para situações e estados de vulnerabilidade.

comuns, a não estar entre pares e a viver situações de solidão. As pessoas LGBTQIA+ crescem e desenvolvem-se dentro de um quadro de insulto. O insulto que lhes é dirigido é particularmente forte porque incide sobre o núcleo da sua identidade e, desse modo, influencia o seu autoconceito e a forma como se relacionam com as outras pessoas, incluindo nos relacionamentos de amizade, românticos ou de cariz sexual (Meyer, 2003; Ramalho, 2020; Saleiro et al., 2022; Plaza, 2023). Muitas pessoas LGBTQIA+ aprendem desde cedo que o seu âmagio é algo de errado ou imoral, isto é, aprendem e internalizam a hostilidade anti-LGBTQIA+.

Habitualmente, as pessoas LGBTQIA+ não têm, na sua infância, no contexto familiar, comunitário e escolar, outras pessoas com que se identifiquem e que lhes sirvam de referência ou com as quais possam partilhar as suas experiências, dúvidas e dificuldades. Assim, na sua primeira fase de vida, esta dimensão pessoal é vivida de modo individual, fechada sobre si mesma. Para além de um entorno que prescreve a heterossexualidade, são frequentes as experiências de hostilidade anti-LGBTQIA+ na família e na escola (Saleiro et al., 2022). As pessoas LGBTQIA+ crescem mergulhadas em discursos sociais negativos, e têm dificuldade em encontrar modelos positivos de orgulho, pertença e felicidade que as representem. A internalização destas agressões no seu autoconceito e a expectativa de rejeição podem dificultar o estabelecimento de relações próximas desde uma idade precoce.

As pessoas LGBTQIA+ podem voltar a encontrar a hostilidade e a violência nos seus relacionamentos íntimos (Moleiro et al., 2016; Neves et al., 2022). A tríade do insulto, da invisibilidade e do isolamento agrava estas situações de violência nas relações de intimidade:

- A violência verbal e psicológica frequentemente inclui hostilidade anti-LGBTQIA+ e ameaças de *outing*, isto é, a revelação, sem o seu consentimento, da sua orientação sexual ou identidade de género a outras pessoas;
- O *stress* de minoria interage e intensifica as dinâmicas de ciúme, controlo, dependência afetiva e desvalorização ou normalização da violência;
- É particularmente frequente para pessoas LGBTQIA+ que exista uma fragilidade ou ausência de laços familiares e de amizades, o que promove o seu isolamento nas dinâmicas de violência doméstica.

As pessoas LGBTQIA+ frequentemente não recorrem aos serviços de apoio nesta área porque precisam de preservar a sua privacidade, não conhecem os seus direitos e os recursos de ajuda e têm receio quanto à forma como serão recebidas (Ramalho, 2023a). Para além disso, muitas vezes não há uma intervenção adequada nos serviços de saúde, nos serviços sociais, nas polícias, nos gabinetes de apoio a vítimas e nos processos judiciais, de que é exemplo não reconhecer aquelas duas pessoas como um casal, não valorizar a violência entre duas

mulheres, ou considerar que entre dois homens há um “equilíbrio de forças” (Moleiro et al., 2016; Neves et al., 2022).

1.2.2) Stress de minoria e resiliência

O modelo de *stress* de minoria integra os fatores sociais, psicológicos e estruturais que determinam desigualdades em saúde para as pessoas LGBTQIA+, comparativamente à população cisgênero heterossexual (Frost & Meyer, 2023). O *stress* crónico, cumulativo, gera efeitos biológicos e psicológicos que, em conjunto com as dificuldades socioeconómicas, têm impacto negativo na sua saúde física e mental.

O estigma, a discriminação, a hostilidade e a violência contra a diversidade de género e sexual são, por si só, fatores específicos de *stress* psicossocial crónico, que neste modelo são designados como “processos distais” (Frost & Meyer, 2023). Os fatores distais originam-se em torno da pessoa, a partir de outras pessoas, de instituições e de estruturas socioculturais. Remetem para as práticas, as políticas e as leis, para eventos de grande impacto imediato, para contextos prolongados e quotidianos de *stress*, e para o défice de recursos, como sejam os cuidados de saúde adequados. Incluem-se ainda os fatores simbólicos, como a cisnormatividade e o heterossexismo, mas também os não-eventos, ou seja, eventos positivos que não chegam a concretizar-se por efeito do estigma e da discriminação.

A circunstância de *stress* crónico tenderá a gerar estratégias psicológicas defensivas, e eventualmente desadaptativas, designadas como “processos proximais” (Frost & Meyer, 2023). Consideram-se dois tipos de processos internos com impacto negativo na saúde mental. Por um lado, processos gerais de reação ao *stress* crónico, que incluem dificuldades na regulação emocional, dificuldades na interação interpessoal, e vieses cognitivos, incluindo a tríade da auto-desvalorização, pessimismo e desesperança. Por outro lado, é importante atender também aos processos específicos das populações estigmatizadas, nos quais se incluem o auto-estigma, a antecipação da rejeição e a ocultação da identidade:

- O auto-estigma consiste numa alteração negativa do autoconceito, da ideia de como as outras pessoas nos veem, e das expectativas quanto ao futuro, induzida em sociedades que reproduzem hostilidade anti-LGBTQIA+. Favorece também uma visão negativa sobre as outras pessoas LGBTQIA+;
- A antecipação da rejeição consiste na expectativa negativa quanto às reações das outras pessoas quando estas conhecem ou supõem a orientação sexual e a identidade de género. Essa antecipação é fundamentada pelo conhecimento do enquadramento sociocultural de hostilidade anti-LGBTQIA+, pelas experiências prévias de discriminação, hostilidade e

e violência, e pelo auto-estigma. A antecipação da rejeição resulta num estado de permanente hipervigilância nas interações sociais, sensibilidade a sinais mínimos ou ambíguos que possam ser interpretados como rejeição, e reação intensa a essa percepção. Favorece uma exagerada preocupação com a adequação e conformidade social, e também facilita a adesão a discursos prescritores do que devem fazer e ser as pessoas LGBTQIA+ para serem socialmente aceites, nos moldes da masculinidade hegemónica, da homonormatividade e da transnormatividade;

- Salvo manifestação oposta, a diversidade de género e sexual não é tida em conta nas sociedades caracterizadas por hostilidade anti-LGBTQIA+. Dado que a orientação sexual e a identidade de género não são necessariamente atributos visíveis, as pessoas LGBTQIA+ têm de gerir o modo como se apresentam e o quanto podem revelar da sua intimidade. Em espaços seguros, essa abertura facilita a formação de laços interpessoais, enquanto em espaços não seguros, a ocultação permite alguma proteção face a um contexto adverso. Contudo, isto favorece uma permanente tensão, vigilância e incerteza, e mantém expectativas de rejeição e perigo. Por vezes, existe a ameaça, ou mesmo concretização, de uma revelação da orientação sexual de alguém sem o seu consentimento (*outing*). A ocultação da identidade pode, portanto, constituir-se como uma “faca de dois gumes”, protegendo da hostilidade, mas dificultando o acesso a contextos afirmativos da diversidade sexual e de género. Por este motivo, a ocultação da identidade não tem um papel linear na mediação do *stress* crónico, dependendo do ambiente social em que a pessoa se encontra.

Quanto aos processos que atenuam os efeitos do *stress* crónico e protegem a saúde física e mental, é importante atender ao *coping*, que consiste nos esforços individuais para responder aos *stressores*, e à resiliência, que é a capacidade de resistir à adversidade (Meyers, 2015). A resiliência é inferida na presença de *stress*, por exemplo, crescer de forma saudável num contexto de elevado risco cumulativo, mantendo boa saúde em condições adversas, ou recuperar um bom estado de saúde depois de um evento significativo. A resiliência pode ser vista numa perspetiva individual, avaliando aspetos como as competências, o *locus* de controlo, a motivação e a projeção no futuro, ou numa perspetiva comunitária, pensando sobre como o ambiente social pode ajudar as pessoas a sentir-se bem. A resiliência individual não pode ser o único foco, nem deve ser interpretada como uma responsabilidade individual descontextualizada, levando a desatender o ambiente social patogénico. É importante notar que as estruturas sociais desiguais impossibilitam iguais possibilidades de resiliência.

Os espaços comunitários permitem quebrar o isolamento, estar entre pares, socializar sem receio de hostilidade anti-LGBTQIA+, projetar-se no futuro através da experiência de vida de

outras pessoas, criar redes de afeto e solidariedade e contrariar o auto-estigma, e inclusivamente, participar num movimento de justiça social e perceber que outras pessoas beneficiam das suas ações. Assim, os espaços comunitários promovem a autovalorização, a auto-eficácia e a resiliência. Ao nível da intervenção, é importante conhecer os recursos presenciais e *online*. Há um grande ganho em ter folhetos sobre estes recursos e sobre temas pertinentes (e.g., saúde sexual), recomendar livros, filmes e outros produtos culturais que possam aportar uma reflexão ou uma experiência pertinente (e.g., sobre as experiências das pessoas LGBTQIA+ no contexto religioso), participar em eventos LGBTQIA+ abertos à comunidade geral e conhecer as associações. Além disto, é imprescindível fazer afirmação da diversidade junto de colegas, instituições e comunidade geral.

Do balanço entre o efeito negativo do *stress* e o quanto este é atenuado pelas estratégias de *coping*, pelo suporte social e pela resiliência, resultará o impacto final na saúde. A acumulação e interação destes fatores de *stress* explica os diferenciais encontrados quanto à prevalência de dificuldades de saúde física e mental, comparativamente às populações cisgénero heterossexuais. É fundamental atender à interseccionalidade de diferentes dimensões da diferença, também ela a modelar a acumulação e interação de fatores de *stress* e o acesso à resiliência. Há que também ter em conta que, em diferentes fases da vida, colocam-se desafios particulares, estando as pessoas muito jovens e mais velhas em especial vulnerabilidade. É importante integrar o modelo do *stress* de minoria com os estudos em torno das experiências adversas na infância e adolescência, que têm demonstrado que situações adversas de diferentes tipos, que comprometeram os cuidados parentais e a estabilidade do contexto de vida, vão correlacionar-se com condições de saúde ao longo da vida, que incluem síndromes psiquiátricas, doença cardiovascular, lesões traumáticas, doença obstétrica e dificuldades associadas à sexualidade e ao uso de substâncias psicoativas.

1.3) COMPETÊNCIAS CULTURAIS NA INTERVENÇÃO COM PESSOAS LGBTQIA+

Tendo em conta processos históricos, políticos e institucionais, as normas sociais, os processos de socialização e relação interpessoal, os processos físicos, cognitivos e emocionais associados à afirmação da sexualidade e identidade (*coming out*), as pessoas LGBTQIA+ apresentam um conjunto de experiências, vivências e desafios que lhes são específicas (Saleiro et al., 2022). Para além disso, as pessoas LGBTQIA+ continuam a sofrer discriminação e violência institucional que resultam de estereótipos e modelos de atendimento cisheterossexistas não revistos, assentes na patologização das suas identidades e vivências (Moita, 2006; Drescher, 2015; Ramalho, 2023a).

Por esse motivo, para a intervenção com pessoas LGBTQIA+ é fundamental promover o desenvolvimento de competências culturais responsivas à diversidade assentes na aquisição de conhecimentos teóricos, aptidões, consciencialização e capacidade de trabalhar em rede com outras organizações (Moleiro & Pinto, 2009; Ramalho, 2015; OPP, 2020; Plaza, 2023). As pessoas profissionais devem, antes de mais, explorar e rever as suas próprias atitudes e convicções de forma a garantir uma responsividade afirmativa e culturalmente sensível às vivências LGBTQIA+, um atendimento de qualidade e a minimização de processos de violência institucional que comprometem um acesso igualitário e seguro aos serviços e respostas de saúde e sociais. Devem também ser criadas, de forma intencional, condições que garantam um acolhimento adequado de pessoas LGBTQIA+ e das suas famílias. A criação de espaços física e emocionalmente seguros, que respeitem e afirmem a diversidade podem promover o acesso a serviços e respostas sociais, prevenir e minimizar a hostilidade anti-LGBTQIA+, promover o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas LGBTQIA+ e contribuir para a reparação histórica dos impactos da cisnormatividade e do heterossexismo.

Na próxima secção abordaremos, de forma mais específica, as barreiras associadas ao acesso de pessoas LGBTQIA+ a serviços e respostas de saúde e as condições necessárias para a promoção de um acolhimento e intervenção culturalmente competentes.



2) RECOMENDAÇÕES PARA O ACOLHIMENTO DE PESSOAS LGBTQIA+ EM RESPOSTAS DE SAÚDE

2.1) QUE BARREIRAS ENFRENTAM AS PESSOAS LGBTQIA+ NOS CUIDADOS DE SAÚDE?

Embora existam profissionais e organizações com boas práticas, vários relatórios de diversos pontos do mundo revelam que os casos de discriminação, hostilidade e tratamento injusto e desadequado nos serviços de saúde ainda são comuns para muitas pessoas LGBTQIA+. As pessoas trans em particular, continuam a ser expostas sem o seu consentimento, tratadas com uma curiosidade inapropriada e sujeitas a um tratamento desigual por serem quem são (Ramalho, 2020, 2023a). A falta de cuidados informados, de linguagem inclusiva, de investigação e de dados impede o acesso a cuidados de rotina e a rastreios competentes. Efetivamente, as experiências de discriminação, ignorância e medo – tanto efetivamente vividas como esperadas – podem dissuadir as pessoas LGBTQIA+ de procurar cuidados preventivos e acederem a ajuda e cuidados quando precisam (ACON, 2017; Bachmann & Gooch, 2018).

As pessoas LGBTQIA+ têm mais receios e dificuldades no acesso aos cuidados de saúde em geral. Vários estudos sobre a experiência das pessoas LGBTQIA+ na utilização dos serviços de saúde, incluindo os serviços de saúde mental, apontam para a perceção das pessoas LGBTQIA+ de que profissionais de saúde não têm a compreensão e os conhecimentos necessários para prestar um serviço adequado às suas necessidades. Também profissionais de saúde apontam o facto de não terem tido formação específica na área da diversidade de género e sexual (Gomes, 2020). Muitas pessoas procuram ativamente profissionais de saúde que reconhecem como pessoas aliadas do movimento LGBTQIA+ devido a más experiências que tiveram no passado com profissionais. O sentimento de não serem respeitadas como pessoas LGBTQIA+ e a ocultação da sua orientação sexual por receio de reações negativas são frequentes (Psychological Society of Ireland, s/d; Mitra & Globerman, 2014). Na área da saúde, a invisibilidade da orientação sexual ou dos comportamentos sexuais pode ser particularmente problemática. Um estudo da ILGA Portugal (Pinto et al., 2014) revela que a invisibilidade das pessoas LGB tende a ser a regra também no contexto da saúde e que profissionais de saúde tendem a contribuir para essa invisibilidade, fomentando a manutenção de uma barreira à prestação de cuidados de saúde adequados e competentes. Cerca de 70% das pessoas profissionais de saúde pressupõe que a pessoa utente é heterossexual ou que tem

comportamentos sexuais exclusivamente com pessoas de sexo/género diferente. Na formulação de questões relacionadas com sexualidade e conjugalidade apenas 17% das pessoas profissionais o faz de modo a incluir a possibilidade de a pessoa utente ser LGB. Consequentemente, 66% das pessoas participantes indica que o facto de anteciparem ser tratadas de forma menos adequada interfere na sua disposição para mencionar a orientação sexual ou comportamentos sexuais em consultas médicas. Cerca de 30% nunca falou com nenhuma pessoa profissional de saúde sobre a sua orientação sexual e 37% já a omitiu em situações clínicas nas quais seria importante a pessoa profissional ter essa informação. Apesar do silêncio sistemático patente nestes dados, 17% das pessoas LGB já foi alvo de discriminação em serviços de saúde, incluindo: comentários feitos pela pessoa profissional e que foram sentidos como um insulto; desconforto no contacto físico com a pessoa utente depois desta indicar que é LGB; barreiras na doação de sangue por homens gays ou bissexuais; ou dificuldades no acompanhamento de pessoas parceiras do mesmo sexo em consultas ou internamentos. Em 11% dos atendimentos de saúde mental foi sugerido à pessoa utente que a homossexualidade pode ser “curada”. A invisibilidade conjugada com a discriminação sentida ou esperada, resulta num acesso inferior a cuidados e serviços de saúde: pessoas LGB evitam ou hesitam em (e, em alguns casos, deixam de) recorrer a profissionais e serviços de saúde. Cerca de 40% das pessoas LGB procura informação prévia sobre profissionais ou serviços de saúde, de forma a minimizar o risco de discriminação. E 32% pensa “duas vezes” antes de se dirigir a um serviço de saúde.

O acesso a cuidados de saúde adequados e competentes é um direito fundamental de todas as pessoas consagrado no artigo 64º da Constituição da República Portuguesa. É, portanto, fundamental que os serviços de saúde sejam espaços sensíveis e inclusivos, para que as pessoas LGBTQIA+ se sintam confortáveis e não lhes sejam negados ou recusados os cuidados e tratamentos adequados e devidos. Como evitar a estigmatização e garantir os cuidados adequados a todas as pessoas?

1. Conhecer as especificidades
2. Compreender os termos
3. Criar um ambiente acolhedor e inclusivo

2.2) QUAIS AS ESPECIFICIDADES DAS PESSOAS LGBTQIA+ NA SAÚDE?

Nunca é demais sublinhar que a comunidade LGBTQIA+ não é homogénea. É antes muito diversa, constituída por um vasto leque de pessoas que incluem todas as origens étnicas e

raciais, religiosas, socioeconómicas, entre outras características. Não obstante, e como referido na primeira parte deste *toolkit*, há especificidades que lhe são comuns. Tal como acontece para outras populações, há necessidades específicas de saúde para pessoas LGBTQIA+. Para além disso, a discriminação, o estigma e a exclusão social podem ser também determinantes para a saúde das pessoas LGBTQIA+, nomeadamente no que diz respeito à sua saúde mental. A investigação científica é categórica ao indicar que a discriminação em função da orientação sexual ou identidade/identificação de género coloca em risco o bem-estar psicológico e a saúde mental das pessoas LGBT (Pinto et al., 2014). Assim, as necessidades de cuidados de saúde desta comunidade devem ser tidas em conta para prestar os melhores cuidados e evitar desigualdades de cuidados. Os cuidados culturalmente competentes prestados a uma pessoa LGBTQIA+ têm em consideração as especificidades desta comunidade, garantem a igualdade social e estrutural dos cuidados e evitam a discriminação e a estigmatização (Bass & Nagy, 2023).

Ainda reportando à diversidade da comunidade e à interseccionalidade das opressões experienciadas, as pessoas LGBTQIA+ podem ser vítimas de múltiplos estigmas, incluindo racismo, xenofobia, classismo, sexismo, e capacitismo, localização geográfica e estatuto de imigrante. É extremamente importante que as pessoas que trabalham nos serviços de saúde se mantenham informadas sobre os contextos e condicionantes de saúde e bem-estar das pessoas LGBTQIA+, bem como se mantenham atualizadas sobre a legislação, os acontecimentos sociais e políticos e outros fatores de *stress* da comunidade. Compreender que as pessoas que pertencem a várias categorias e grupos sociais historicamente oprimidos (e.g., uma pessoa negra trans) correm um risco ainda maior de discriminação e estigmatização, podendo levar a problemas nos domínios do emprego, habitação, cuidados de saúde e preocupações legais. Para além disso, o *stress* da comunidade LGBTQIA+ também se manifesta sob a forma da necessidade de hipervigilância em relação ao ambiente que a rodeia, à necessidade de "passar" por heterossexual ou cisgénero, ou à necessidade de educar e defender a causa. Tudo isto pode provocar nestas um *stress* extremo (Ellis & Cook, 2019).

Pela discriminação que sentem nos cuidados de saúde, as pessoas LGBTQIA+ têm menos probabilidades de aceder aos cuidados de saúde de forma consistente. Por conseguinte, quando se apresentam para receber cuidados de saúde, podem estar em maior risco de contrair problemas de saúde ou apresentar manifestações mais agudas ou graves de: tabagismo e consumo problemático de outras substâncias psicoativas; doenças mentais, como a ansiedade e a depressão; infeções sexualmente transmissíveis; distúrbios alimentares, obesidade; saúde cardiovascular; risco de cancro, devido à diminuição dos rastreios;

investigação baseada na evidência sobre as hormonas, que é limitada; violência entre pessoas parceiras íntimas (subnotificada) (Levitt et al., 2020). Importa ainda ter em consideração algumas questões particulares relacionadas com a fase da vida. Para as pessoas jovens, há que considerar em especial o maior risco de suicídio e depressão, o aumento do consumo de tabaco e outras substâncias psicoativas, e os níveis mais elevados de violência, vitimização e assédio (incluindo *bullying* escolar). O estigma, a discriminação e a violência, o isolamento e a falta de apoio familiar e comunitário podem afetar todas as pessoas LGBTQIA+, mas as pessoas adultas mais velhas, em particular, podem ter um sistema de apoio mais limitado. As Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas – ERPI (coloquialmente designadas como lares de pessoas idosas), por exemplo, estão ainda longe de reconhecer e valorizar a sexualidade das pessoas mais velhas, mais longe ainda de considerar as questões LGBTQIA+, podendo as pessoas ser vítimas de hostilidade anti-LGBTQIA+ (LGBTQIA+ Health Education Center, 2016; Levitt et al., 2020).

Algumas barreiras comuns que as pessoas LGBTQIA+ enfrentam no acesso aos cuidados de saúde estão ligadas à negação de cuidados de saúde; à falta de cuidados informados e adequados; à utilização inadequada de nomes ou pronomes; a lacunas no respeito da confidencialidade e da privacidade; a questões invasivas ou, no oposto, ausência de questões, o que reforça a invisibilidade; a formulários de admissão que nem sempre permitem a recolha adequada de informações; a linguagem do seguro de saúde que pode excluir a cobertura de cuidados de rotina e de cuidados relacionados com a transição (i.e., hormonas, cirurgia, cuidados ginecológicos para homens trans e mulheres trans muitas vezes não estão cobertos) e a serviços segregados por sexo, como as respostas para pessoas em situação de sem abrigo (Levitt et al., 2020).

É importante reconhecer como o estigma associado a pessoas LGBTQIA+ cria fatores de risco para adversidades de saúde física e mental em vez de percecionar as identidades sexuais e de género como um risco em si.

2.3) MODELOS DE INTERVENÇÃO COM PESSOAS LGBTQIA+

2.3.1) Perspetiva afirmativa

A perspetiva afirmativa sobre a diversidade sexual e de género estabelece-se como um enquadramento e uma orientação, possibilitando adaptar diferentes orientações terapêuticas e tipos de intervenção ao trabalho com pessoas LGBTQIA+. Tem como princípios nucleares a

inexistência de uma patologia da orientação sexual e da identidade de género, a necessidade de ajudar a pessoa a aceitar a sua orientação sexual (i.e., a contrariar o auto-estigma) e a lidar com a vitimação social. A perspetiva afirmativa tem em conta a fluidez da orientação sexual (isto é, que ao longo da vida, podem acontecer mudanças espontâneas da consciência sobre a orientação sexual, das atrações e comportamentos eróticos) e da identidade sexual – o que não corresponde a uma mudança *voluntária* ou que possa ser *imposta*. Também atende à interseção com outras dimensões de estigma, normatividade, discriminação e violência, como sejam as categorias étnico-raciais e os preceitos capacitistas. É importante que a perspetiva afirmativa não contribua, inadvertidamente, para que a heterossexualidade se mantenha como referente e para uma visão rígida também da heterossexualidade.

No âmbito do modelo das competências culturais (Ramalho, 2015) ou multiculturais (Moleiro & Pinto, 2009), aponta-se a necessidade de capacitação de profissionais de saúde, no trabalho com a diversidade humana, em três eixos:

- Num primeiro eixo, o da perceção, e no que à diversidade sexual e de género diz respeito, é fundamental reconhecer as próprias atitudes, crenças, valores e inferências. Tal permitirá refletir sobre a influência desta dimensão na comunicação e na relação terapêutica. O recurso à supervisão e à intervisão facilita o desenvolvimento desta competência;
- Num segundo eixo, o dos conhecimentos, é fundamental que se conheça o que é particular na diversidade sexual e de género, incluindo o seu enquadramento histórico e cultural, os principais aspetos quanto às respostas sociais à diversidade, modelos que guiam a compreensão psicológica, intervenções referentes ao estigma e ao trauma;
- Num terceiro eixo, o das aptidões, é fundamental usar linguagem inclusiva, comunicar de modo terapêutico, construir uma relação terapêutica, aplicar estratégias de psicoeducação e reestruturação cognitiva quanto ao estigma, adaptar as estratégias de avaliação e intervenção de cada disciplina e área à diversidade sexual e de género, e ainda, encaminhar para recursos úteis. É importante avaliar-se quanto às lacunas nos conhecimentos e nas aptidões, e colmatá-las, recorrendo à literatura científica e à formação com especialistas.

Como consequência do *stress* crónico e das experiências adversas, não só o pedido de apoio frequentemente se relaciona com as interações sociais, as dificuldades interpessoais e a intimidade, como estes elementos estarão presentes na própria relação entre profissional e consulente. A comunicação verbal e não-verbal poderá ser interpretada pela lente do auto-estigma e da antecipação da rejeição. É importante que se reconheçam as particularidades na diversidade sexual e de género. Abordagens universais como a de que se “acompanha todas as

peças da mesma forma" (*one size fits all*), por exemplo, resultam em não se abordar os *stressores* específicos. Também é imprescindível facilitar a internalização de um discurso positivo sobre a diversidade sexual e afetiva e sobre si, e legitimar as dificuldades e facilitar a análise dos contextos e das estratégias, sem reforçar crenças pessimistas ou de desesperança (como, por exemplo, referir que é muito difícil para uma pessoa trans ou para um homem não-heterossexual encontrar uma relação estável).

O *coming out* é um processo contínuo, quotidiano, que deverá atender às condições do contexto. Um contexto mais acolhedor permitirá que o *coming out* se dê de modo mais espontâneo; um contexto mais adverso levará a que o *coming out* seja ponderado, e que se mantenham estratégias de ocultação da identidade quando protetoras. O contacto com pares, a frequência de espaços e eventos comunitários, ser exemplo da diversidade, confrontar atitudes de hostilidade anti-LGBTQIA+, participar em associações e movimentos por direitos, são decisões da própria pessoa, que poderá beneficiar da reflexão sobre estes passos em consulta/terapia.

A abordagem à regulação emocional, esquemas interpretativos, autocuidado e modos de interação social e de relação pessoal devem ter em atenção as particularidades ligadas ao *stress* de minoria e ao entorno social. É importante que se ajuste a intervenção ao processo pessoal de *coming out*; que se fortaleça o *coping* e a resiliência ao estigma, à discriminação, à hostilidade e à violência, sem desresponsabilizar o entorno social; que se promova o contacto social, incluindo com pares; e que se favoreça o estabelecimento de relações de confiança e intimidade.

2.3.2) Serviços responsivos à diversidade e informados pelo trauma

A experiência do trauma⁵ dependerá de como a pessoa atribui significado ao que aconteceu e qual o impacto dos eventos e circunstâncias no seu estado físico e mental. Frequentemente, o trauma provoca sentimentos de humilhação, culpa e vergonha, pode ser tido como uma traição, e é muitas vezes silenciado. Fatores socioculturais, disponibilidade de suporte social e fase de vida também moldam a experiência do trauma. O trauma pode gerar efeitos que perduram, entre eles, os estados de hipervigilância e ativação constante, o embotamento afetivo, o evitamento de situações e pessoas, a dificuldade em confiar ou estar em intimidade, as dificuldades cognitivas (nomeadamente ao nível da atenção e memória), as dificuldades na

⁵

Um conjunto de acontecimentos, um acontecimento isolado ou um dado contexto, caso sejam danosos física ou emocionalmente, ou coloquem em risco a integridade ou a vida, podem constituir-se como um trauma.

regulação do comportamento e na expressão emocional, a dificuldade em lidar com o *stress* quotidiano, e a perda de saúde física e mental (SAMHSA, 2014).

As pessoas LGBTQIA+ estão sujeitas a: processos de invisibilidade, insulto e isolamento; processos proximais de *stress* crónico; tendencialmente maior vulnerabilidade socioeconómica; maior risco de discriminação e violência; sujeição a esforços de mudança da orientação sexual e identidade de género; maior prevalência de dificuldades psicológicas e síndrome psiquiátricas; e desafios particulares de cada fase de vida. Assim, é fundamental que a intervenção dirigida a pessoas LGBTQIA+ seja sensível e responsiva às questões do trauma. Os serviços deverão constituir-se como espaços seguros e acolhedores, com procedimentos transparentes e construção da confiança; a intervenção deve ser colaborativa, sem autoritarismo, baseada na autodeterminação e no reconhecimento da agência; é importante promover as forças, valorizar os saberes, reconhecer as particularidades e celebrar a diversidade. Por fim, é importante incluir intervenções com pares, como sejam os grupos de apoio mútuo, e outros recursos de resiliência comunitária (Plaza, 2023).

É útil considerar um *continuum* de progressiva capacitação dos serviços quanto à diversidade. Nos serviços discriminatórios é perpetuada uma intervenção que desfavorece alguns grupos em comparação com outros. Exemplo disso será não usar o nome social conforme legalmente previsto. Nos serviços insensíveis à diversidade não se tem em conta as normas, papéis e relações quanto ao género, sexualidade e outras dimensões da diversidade humana. Por esse motivo, frequentemente se reforça as mesmas dinâmicas sociais de discriminação. Não se ajusta a intervenção às diferenças de oportunidades e recursos entre os grupos. Expressa-se um senso de "justiça" por tratar todas as pessoas por igual, embora as circunstâncias não sejam as mesmas. Os serviços sensíveis e responsivos à diversidade têm em conta as normas, papéis e relações de género, sexualidade e outras dimensões da diversidade humana. Nos serviços sensíveis, apesar dessa consciência, não se desenvolvem intervenções dirigidas a esses aspetos. Nos serviços responsivos, consideram-se as necessidades específicas de cada grupo e as intervenções são ajustadas às particularidades, estabelecendo-se objetivos consonantes com as necessidades específicas de cada grupo e de cada pessoa. As intervenções transformativas, para além de responsivas à diversidade, abordam as causas das desigualdades; procuram modificar as normas, papéis e relações sociais que são lesivas; promovem a equidade; e incluem estratégias para favorecer mudanças progressivas nas relações de poder entre grupos.

Recursos para a implementação de práticas de atendimento informadas pelo trauma:

[Situações traumáticas: o que são e como podemos lidar com elas?](#)

[SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach.](#)

2.4) COMO CRIAR UM AMBIENTE ACOLHEDOR E INCLUSIVO EM SERVIÇOS E RESPOSTAS DE SAÚDE?

O estudo da ILGA Portugal (Pinto et al., 2014) revela que a grande maioria das pessoas participantes (79%) nunca encontrou sinais visíveis em serviços de saúde (como cartazes ou brochuras contra a discriminação de pessoas LGBTQIA+ nas salas de espera ou nos consultórios médicos) que lhe proporcionasse algum conforto e a expectativa de que, naquele contexto, não seriam discriminadas em função da sua orientação sexual e/ou comportamentos sexuais com pessoas do mesmo sexo.

As pessoas que recorrem aos serviços de saúde, sobretudo aquelas com uma trajetória de estigmatização e discriminação, como a comunidade LGBTQIA+, poderão questionar-se: "Serei aceite aqui?", "Este é um sítio onde me vou sentir confortável?", "Há aqui alguma pessoa parecida comigo?", "Há aqui materiais disponíveis para a minha comunidade?" (Levitt et al., 2020), "Estou em segurança?", "Posso confiar?".

Existem algumas estratégias que podem ser adotadas para ajudar a comunicar às pessoas LGBTQIA+ que estas estão num ambiente inclusivo e seguro (Ellis & Cook, 2019; Levitt et al., 2020), nomeadamente:

Política do serviço/resposta: é fundamental que os serviços tenham políticas relativas à discriminação, diversidade e não assédio, de forma a orientar profissionais e bem acolher utentes. Tais políticas devem ser conhecidas de quem é profissional e afixadas para quem é utente. As pessoas LGBTQIA+ e familiares sentir-se-ão mais confortáveis quando tais políticas as incluam especificamente.

Identificação da pessoa profissional: quando a pessoa profissional se apresenta - seja presencialmente, por escrito ou em diferentes canais de comunicação de um serviço - é útil que esta indique os seus pronomes quando o faz (e.g., "sou a Sara e uso os pronomes *ela/dela*"). Esta prática contraria o hábito de adotar pronomes a partir do que se induz da expressão do género, isto é, inferir a partir da aparência da pessoa sobre qual será o pronome adequado. Dado que só a própria pessoa poderá indicar qual a sua identidade de género e que

pronomes preferidos, é importante explicitar que não farão suposições prévias e que se deixará à definição da pessoa este modo de tratamento.

Sala de espera/gabinete: pense em pistas visuais na sala de espera que possam alertar as pessoas que utilizam o serviço para o facto de estarem num espaço seguro:

- Utilizar frases e imagens que explicitem a inclusão da diversidade sexual e de género;
- Utilizar signos reconhecidos pela população LGBTQIA+, como a bandeira do Orgulho LGBTQIA+ ou as suas cores;
- Ter materiais pertinentes sobre temas de saúde relevantes para a população LGBTQIA+ e que habitualmente não têm visibilidade fora dos espaços dedicados a estas comunidades, como por exemplo:
 - . Profilaxia pré e pós-exposição do VIH;
 - . Vacinação especificamente indicada para homens que fazem sexo com homens (HSH);
 - . IST na população das mulheres cis género não-heterossexuais;
 - . *Chemsex*;
 - . Saúde Trans;
 - . Violência anti-LGBTQIA+ e pessoas LGBTQIA+ que experienciaram violência sexualizada ou violência em relações de intimidade;
- Ter materiais das organizações de base comunitária LGBTQIA+ mais relevantes tendo em conta a localização do serviço.

Formulários de registo: peça os nomes legais e os nomes e pronomes escolhidos, informações sobre a pessoa parceira, sexo/género atribuído à nascença, identidade/identificação de género, orientação sexual, género conforme consta nos documentos de identificação e seguros e diga por que razão as informações são necessárias. Isto é importante porque as pessoas LGBTQIA+ podem ter medo de fornecer estas informações. Seja sensível à utilização de pronomes e documente apenas as informações relevantes para os cuidados prestados.

Fazer as perguntas necessárias e utilizar linguagem inclusiva: “Que pronome de género gostaria que eu usasse?”; “Como se define/identifica quanto ao género?”; “Quais são as palavras que utiliza para descrever as partes do seu corpo?”

Evitar responder de forma agressiva: pessoas de grupos historicamente oprimidos podem já ter experienciado estigma e discriminação nos cuidados de saúde e sociais. Todos estes fatores podem resultar num estado de hipervigilância constante que se pode expressar em

agressividade. É importante responder a este comportamento não de uma forma simétrica, mas de forma empática, evitando uma postura avaliativa, ouvindo ativamente e validando as suas experiências, sentimentos e opiniões.

Denunciar: os atendimentos discriminatórios, desadequados e de hostilidade anti-LGBTQIA+ em saúde devem ser denunciados. Quando se justifique, a pessoa profissional deve dar a conhecer às pessoas com quem trabalha as plataformas e meios existentes para a denúncia de práticas problemáticas de atendimento. O [Observatório da Discriminação em Saúde LGBTI+ da ILGA](#) “foi criado com o objetivo de recolher dados sobre situações de discriminação experienciadas por pessoas LGBTI+ no contexto da saúde.”

O QUE NÃO FAZER	O QUE FAZER
NÃO presumir	Perguntar. Embora não seja da responsabilidade das pessoas que atendemos educar-nos, também não devemos presumir que sabemos tudo sobre si, a sua comunidade e a sua história. Compreendendo o impacto dos vários fatores de <i>stress</i> da comunidade LGBTQIA+, devemos perguntar sobre as experiências e crenças individuais e únicas.
NÃO fazer suposições sobre a identidade/identificação de género ou a sexualidade da pessoa	Utilizar linguagem neutra em termos de género e linguagem inclusiva para abrir a porta a todas as pessoas.
NÃO ignorar a importância de utilizar os pronomes corretos	Utilizar o pronome que a pessoa lhe pede para utilizar. Quando errar, corrigir, pedir desculpa e seguir em frente.
NÃO ignorar quando as outras pessoas utilizam pronomes incorretos	Quando uma pessoa utiliza o pronome incorreto, continuar a conversa e introduzir uma frase que utilize o pronome correto.
NÃO falar da pessoa e com a pessoa desrespeitando a sua identidade/identificação de género	Respeitar a identidade/identificação da pessoa e utilizar os termos que ela utiliza para si própria. Espelhar a linguagem da pessoa para criar um ambiente emocional seguro e acolhedor. Respeitar a identidade/identificação de uma pessoa significa, muito simplesmente, usar a linguagem que ela usa para si própria sem a julgar e refletir a sua linguagem de volta para ela. Se a pessoa se identifica como mulher, então é uma mulher. Se se identifica como homem, então é um homem. Se se identifica como pessoa não-binária, então é uma pessoa não-binária.

O QUE NÃO FAZER	O QUE FAZER
NÃO expor a orientação sexual ou as experiências de género de uma pessoa	<p>Respeitar a confidencialidade e a privacidade da pessoa.</p> <p>Poderá ser a única pessoa profissional no local a quem a pessoa utente deu informação sobre a sua identidade/identificação e/ou orientação sexual. Pergunte à pessoa como quer que a informação seja tratada. Por exemplo, a informação deve ser colocada no sistema informático ou não, ou revelada à pessoa profissional médica</p>
NÃO ignorar situações de homofobia e transfobia	<p>Falar quando uma pessoa faz comentários homo/bi/transfóbicos ou heterossexistas.</p> <p>Ter consciência dos seus próprios preconceitos</p>
NÃO fazer perguntas invasivas sobre o corpo de uma pessoa	<p>Respeitar a privacidade da pessoa e solicitar apenas a informação estritamente necessária para os cuidados a prestar.</p>
NÃO partir do princípio de que as pessoas trans não gostam do seu corpo.	<p>Seguir a forma que a pessoa usa para descrever a relação que tem com o seu corpo.</p> <p>As questões de disforia de género são muito diversas. Por vezes nem são uma questão para as pessoas trans, embora muitas vezes o sejam.</p> <p>Ter presente que a identidade trans não é mais ou menos válida pela realização, desejo ou necessidade de intervenções cirúrgicas e/ou hormonização (terapia hormonal transgénero) ou sentimentos de disforia que a pessoa possa apresentar.</p>
NÃO exotizar os corpos e as pessoas trans.	<p>Respeitar os corpos dissidentes de género ou não normativos.</p> <p>O espectro do preconceito vai desde a aversão, repulsa, ódio, desejo de matar até ao extremo oposto de querer "ter" um amigo, um "colaborador", uma aventura sexual com esse ser "exótico" sobre o qual as pessoas têm uma curiosidade completamente despida de humanidade e respeito. Enquanto a violência baseada na agressividade é clara, o entusiasmo e a curiosidade pelo que se considera exótico pode facilmente passar despercebido e, no entanto, é também uma forma profunda de violência.</p> <p>As pessoas trans devem ser reconhecidas enquanto seres humanos com direito à dignidade de existir nos corpos com que se identificam.</p> <p>Uma pessoa trans só se representa a si mesma e não à generalidade da comunidade.</p>

Recursos para a implementação de práticas de atendimento e espaços seguros:

[Create a Safe Space](#)

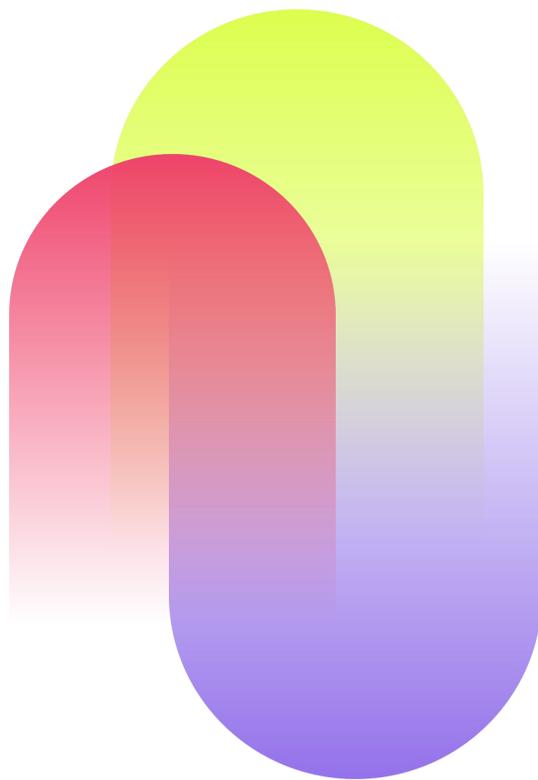
[Some Do"s and Don"ts for working with LGBTQ/T Folks DON"T...](#)

[Guide for Providing Care for Lesbian, Gay and Bisexual Patients in Primary Care Quick](#)

[Reference Guide | LGBT Ireland](#)

[LGBTI Inclusive Guidelines for Treatment Providers](#)

[Providing Services and Supports for Youth who are Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Questioning, Intersex or Two-Spirit](#)



3) COMPETÊNCIAS CULTURAIS E ABORDAGENS RESPONSIVAS À DIVERSIDADE PARA A INTERVENÇÃO COM PESSOAS LGBTQIA+ QUE CONSOMEM DROGAS

INTRODUÇÃO

A investigação, políticas e práticas de intervenção na área das drogas emergem e operam dentro de um contexto social assente em profundas disparidades e relações de poder assimétricas. Por essa razão, a área das drogas não é neutra. As políticas e práticas implementadas a este nível tendem a reproduzir sistemas de opressão social (racismo, sexismo, heterossexismo, classismo) e normas sociais hegemónicas que oprimem e penalizam desproporcionalmente grupos sociais específicos (mulheres, pessoas com identidades não-binárias, minorias étnicas, imigrantes, etc.) que já se encontram em desvantagem em termos económicos, de habitação, educação, mercado de trabalho, sistema criminal, cuidados de saúde, etc.

As políticas proibicionistas e as abordagens de “guerra às drogas”, tendem a penalizar e a estigmatizar as pessoas que as consomem, principalmente aquelas que pertencem a grupos historicamente oprimidos. O carácter etnocêntrico, androcêntrico e heterocêntrico das políticas de drogas afeta as condições nas quais os riscos e os benefícios relacionados com o uso de drogas emergem, assim como a sua interseção com os danos relacionados com as experiências de opressão e controlo social. Por esse motivo, num contexto proibicionista, as mulheres, pessoas LGBTQIA+, migrantes, minorias étnicas e outras comunidades marginalizadas são penalizadas de forma mais severa pelo seu uso de drogas, sendo mais afetadas por:

- Experiências de violência de género, violência sexualizada, e/ou étnica;
- Experiências mais intensas de estigma, e, conseqüentemente, segregação, discriminação, marginalização e exclusão social;
- Utilização de drogas de forma problemática para lidar com as experiências quotidianas de discriminação e trauma (*teoria de stress de minorias*);
- Taxas de encarceramento mais elevadas;
- Maiores obstáculos e dificuldades no acesso a serviços públicos sociais e de saúde, incluindo serviços destinados a pessoas que usam drogas.

Podemos assim considerar que o proibicionismo se configura como um sistema de opressão que tende a (re)produzir e a agravar as desigualdades sociais pré-existentes.

Consideramos que a intervenção na área das drogas se deve reger por princípios humanistas e de justiça social, centralizando os sistemas de opressão social e os determinantes estruturais de desigualdade que causam ou agravam os problemas relacionados com drogas em determinados grupos sociais. Por esse motivo, advogamos pela promoção de políticas de drogas compreensivas e interseccionais, e intervenções culturalmente competentes e centradas na pessoa, sendo essencial:

- A criação de espaços de diálogo com as pessoas que são mais afetadas pelas políticas de drogas, de modo a entender a correlação entre o uso de substâncias e sistemas históricos, políticos e socioculturais, considerando as suas experiências e prioridades na definição de estratégias que visem a reparação das desigualdades sociais e de saúde;
- Investigar a interseção entre diversidade de género e sexual, de modo a construir estratégias e abordagens de intervenção na área das drogas que sejam responsivas e culturalmente competentes;
- Estabelecer parcerias estratégicas com profissionais e ativistas que lutam pela justiça social, racial, de género, saúde sexual e saúde mental, de modo a construir estratégias que considerem a interseção do consumo de drogas e outros aspetos das identidades sociais;
- Capacitação e consciencialização de profissionais de serviços sociais, de saúde e de educação, e entre pessoas decisoras políticas nos tópicos de igualdade de género, justiça étnica e social.

Nesta secção vamos discutir competências culturais e de intervenção na área das drogas relevantes para intervir com pessoas LGBTQIA+ que consomem drogas.

3.1) CONSUMO DE DROGAS POR PESSOAS LGBTQIA+

Na sua generalidade o uso de drogas entre grupos LGBTQIA+ é mais prevalente do que entre os seus contrapartes cisheterossexuais na maioria dos países ocidentais, independentemente do género ou da distribuição etária nos diferentes grupos. Contudo, em Portugal, não existe ainda informação oficial fidedigna sobre esta realidade, contribuindo para o aumento da invisibilização destas populações. Esta invisibilidade leva, por um lado, a que as pessoas LGBTQIA+ estejam numa posição de maior vulnerabilidade, e, por outro, a que existam menos recursos, serviços e programas desenhados e/ou disponíveis para esta população.

Dados preliminares da componente de investigação do projeto Queercare

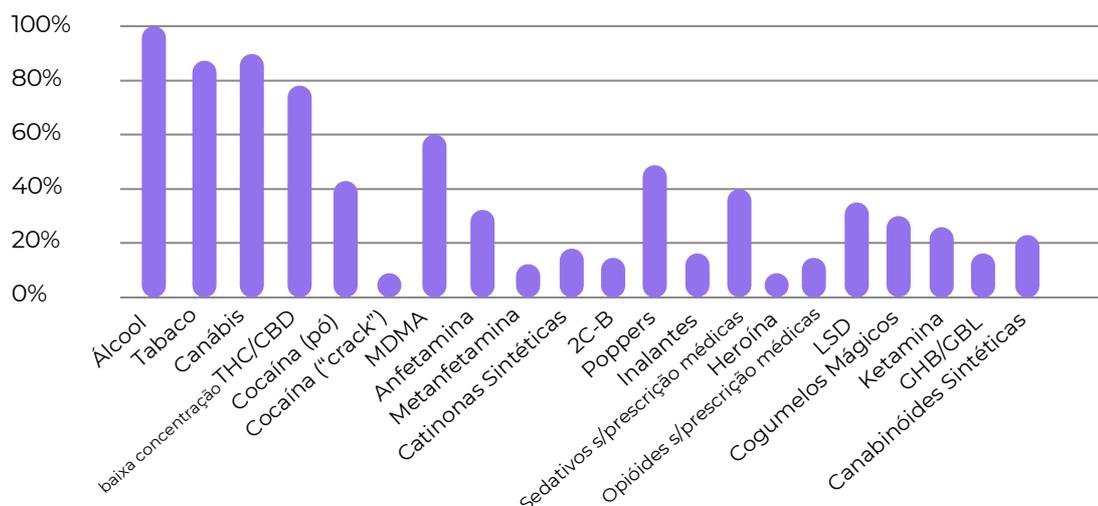
O projeto Queercare integrou uma componente de investigação de natureza quantitativa através de um questionário *online* para diagnóstico inicial das necessidades de pessoas LGBTQIA+ que consomem drogas.

A amostra do estudo (n = 602) incluiu principalmente pessoas cis (mulheres cis = 42.2%; homens cis = 32,1%).⁶ No que concerne à orientação sexual, cerca de 28.4% indicou ser gay, 27.9% bissexual, 24.4% de outra orientação, a saber pansexual, assexual e polisexual, 16% como lésbica e 2.7% como heterossexual. Do total de pessoas respondentes, 86% identificou-se como pessoa branca e de origem europeia, mais de metade referiu possuir qualificação superior (67.6%), encontrando-se em situação de trabalho formal, com contrato a tempo inteiro (68.6%) e auferindo rendimentos entre os 500€ e os 2000€ mensais (57.5%). Considerando os consumos reportados de forma agregada, o álcool (98.7%) e o tabaco (87.9%) emergiram como as substâncias com maior prevalência e frequência de consumo, sendo também aquelas cuja experimentação se iniciou mais cedo, em média, por volta dos 14 anos de idade. Com efeito, 71% e 60% respetivamente afirmaram ter consumido na semana anterior ao preenchimento do questionário. De igual modo, nos 12 meses antecedentes, a ingestão de bebidas alcoólicas foi descrita como semanal e o consumo de produtos de tabaco diário, em particular quatro ou mais vezes por dia. Seguiu-se a canábis (88.9%), incluindo canábis com baixa concentração de THC/CBD (77.9%), o MDMA (58.8%), os poppers (47.7%) e a cocaína em pó (41.9%) com consumos esporádicos, tipicamente menos de uma vez por mês. Com uma taxa de prevalência menor, o mesmo se verificou na utilização de sedativos sem prescrição médica (38.7%) e para substâncias como o LSD (34.2%), os cogumelos mágicos (31.4%) e as anfetaminas (29.6%). As metanfetaminas (8.8%), a cocaína cozida/"crack" (5.8%) e a heroína (3.3%) constituíram as substâncias psicoativas menos consumidas e as que registaram, simultaneamente, um uso mais tardio (ver Figura 2). Por seu turno, apesar de a maioria das pessoas participantes não se envolver em práticas de policonsumo, 49.5% mencionou fazê-lo, sendo a mistura de álcool e canábis a combinação mais comum.

⁶

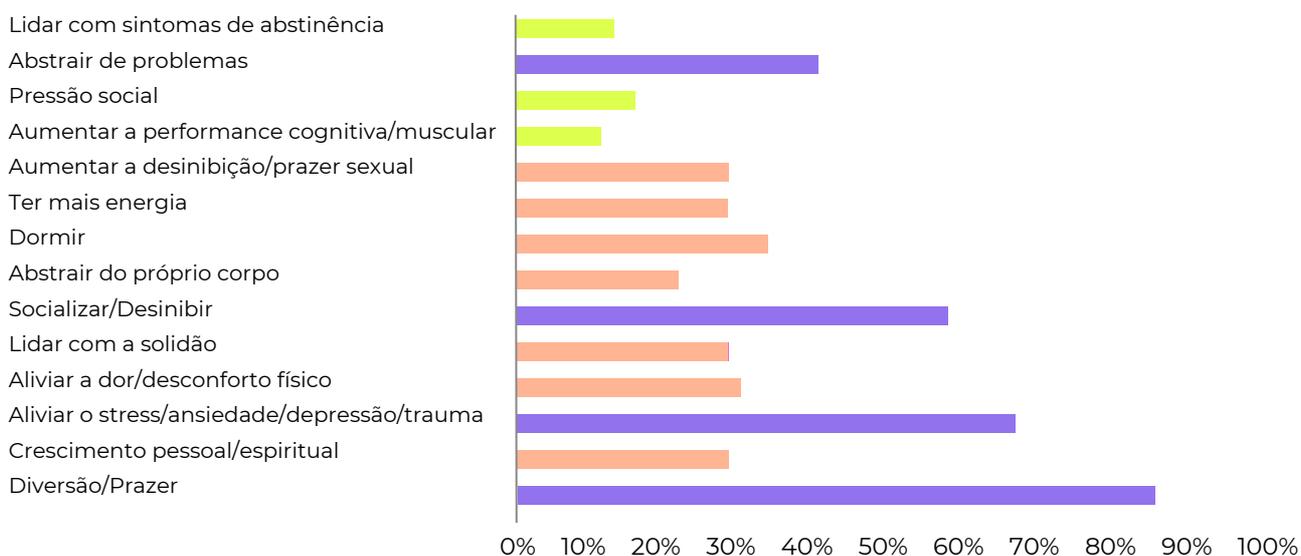
"Pessoa não-binária/ pessoa queer/ pessoa com outra identidade de género" = 20.3%; "homens trans" = 3.5%; "mulher trans" = 0.7%, "prefiro não responder" = 1.3%

Figura 1 - Prevalência de consumo ao longo da vida



De um modo geral, os consumos tendiam a ocorrer em contexto social, quer em ambientes privados, como na casa de pessoas amigas (83.9%), quer em espaços recreativos e de lazer noturno como discotecas, bares ou clubes (82.7%), festivais de música ou concertos (75.6%) e festas queer (66.1%). A principal motivação para o uso de drogas prendia-se com a diversão e prazer que estas proporcionam (85.9%) e consequente desinibição e maior capacidade de socialização (61.8%). Adicionalmente, os consumos figuraram também uma estratégia de *coping*, permitindo aliviar a ansiedade (67.1%) e abstrair de problemas de ordem pessoal, familiar, laboral e/ou financeira (43.6%), facilitando o sono (37%) e promovendo o alívio da dor e desconforto físico.

Figura 2 - Motivação para o consumo de substâncias psicoativas



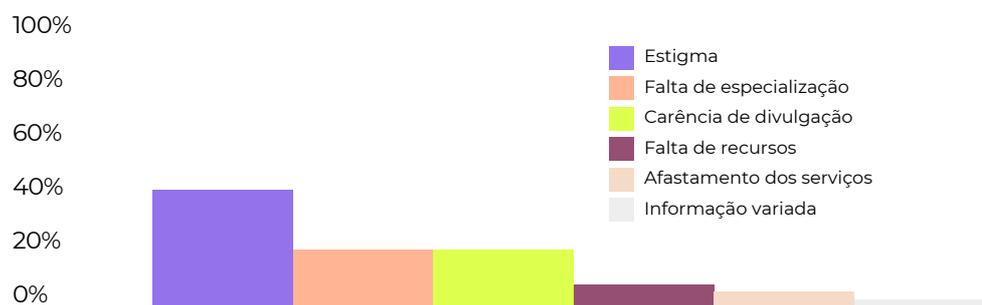
Do total de pessoas inquiridas, apenas uma pequena percentagem fazia algum tipo de terapêutica, nomeadamente ansiolíticos com prescrição médica (21.8%). Na mesma linha, cerca de 90% referiu nunca ter contactado ou recorrido a serviços de apoio relacionados com os seus consumos, em larga medida, por desconhecimento da sua existência. Dos serviços listados, as consultas de saúde mental (52.7%) e os programas de rastreio de VIH e outras infeções sexualmente transmissíveis (35.6%) reuniram a maior procura, sobretudo no último ano.

	N	%
Não contactou, nem conhece	298	49.6%
Não contactou, mas conhece	247	41.0%
Contactou, nos últimos 12 meses	33	5.5%
Contactou, há mais de 12 meses	19	3.3%

Tabela 1 – Contacto com serviços de apoio na área das drogas, da saúde sexual e rastreios e outras respostas comunitárias para pessoas LGBTQIA+

Das pessoas que haviam contactado com algum serviço, 39% relatou ter experienciado um atendimento desajustado, dada a falta de conhecimento das pessoas profissionais acerca da realidade e especificidades das pessoas LGBTQIA+, 32.9% sublinhou ter sido erradamente identificado como cisgénero e heterossexual, 29% destacou o uso de linguagem inadequada e 26.9% apontou a falta de literacia sobre consumo de drogas e sua gestão. Quanto aos fatores suscetíveis de inibir ou dificultar o acesso de pessoas LGBTQIA+ a serviços que trabalham na área das drogas, assinalaram-se: a vergonha e o medo de ser alvo de preconceito, estigma e discriminação (40.7%); a falta de (in)formação das pessoas profissionais e a linguagem e postura por elas adotada, nomeadamente de julgamento e desvalorização (18.1%); a carência de divulgação dos projetos e de informação existente junto da comunidade LGBTQIA+, principalmente em língua portuguesa (15.3%); a insuficiência generalizada de respostas ao nível da sexualidade e saúde mental (5.4%); o parco envolvimento e interesse dos serviços face à integração efetiva de uma perspetiva de género nas suas práticas de intervenção (4.5%); e a disseminação de informação variada, não raras vezes, imprecisa.

Figura 3 - Principais obstáculos no acesso a serviços de saúde e sociais



Neste *toolkit* apresentamos os dados de forma agregada, no entanto, é relevante clarificar que a população LGBTQIA+ é um grupo heterogêneo de pessoas com diversas identidades de gênero e orientações sexuais, mas também de diversos estratos económicos e socioculturais e com diversas condições de vida. A experiência desta investigação demonstrou que o uso exclusivo de questionários *online* contribui para a sub-representação e consequente invisibilização de grupos sociais em situação de maior desvantagem social. Tendo em conta as suas dificuldades quotidianas e a vivência de exclusão e falta de suporte, pode não existir motivação para a participação nestes estudos, ao não serem dados incentivos pertinentes para as suas vidas nem sentirem benefícios tangíveis. Quer pelo conteúdo potencialmente sensível das questões, quer pelos diferentes percursos migratórios e de escolaridade, o preenchimento do questionário pode ser desconfortável e exigir um excessivo esforço. Por esse motivo, é fundamental complementar os estudos quantitativos com o uso de métodos de investigação qualitativa e participativa. No projeto Queercare, procuramos visibilizar as experiências do grupo com menor representação na amostra do estudo – mulheres trans – pela dinamização de um laboratório de ideias com pessoas investigadoras, profissionais e pares que intervêm com mulheres trans consumidoras de drogas em contexto de trabalho sexual. Adicionalmente, a formação colaborativa “Estratégias de intervenção com pessoas LGBTQIA+ que consomem drogas” permitiu cocriar conhecimento e identificar competências chave para a intervenção com vários subgrupos de pessoas LGBTQIA+ que consomem drogas, que compilamos neste *toolkit*.

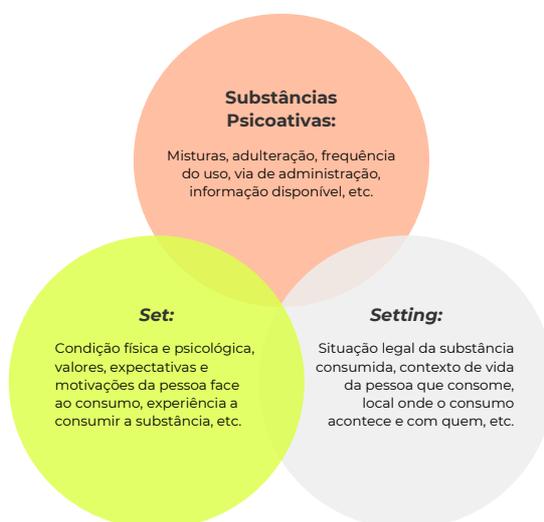
3.2) ABORDAGENS RESPONSIVAS E CULTURALMENTE COMPETENTES PARA A INTERVENÇÃO COM PESSOAS LGBTQIA+ QUE CONSOMEM DROGAS

Nesta secção apresentamos algumas das abordagens e modelos de intervenção que se mostram relevantes na intervenção com grupos sociais desproporcionalmente impactados

pela desigualdade e sistemas de opressão social, em que incluem as pessoas LGBTQIA+ que consomem drogas. Neste âmbito sublinhamos que, sendo as abordagens aqui apresentadas em separado, não devem ser vistas de forma segregada. Consideramos que os serviços e práticas de atendimento devem adotar abordagens integrais, combinando elementos de várias abordagens de intervenção para responder às prioridades, especificidades e necessidades complexas das pessoas que os procuram. Importa também referir que modelos de intervenção autoritários ou rigidamente focados na sobriedade e abstinência podem excluir todas as pessoas que não pretendem ou não se encontram capazes de cessar os seus consumos. A este nível é fundamental apostar em abordagens de baixo limiar de exigência, que considerem a agência da pessoa e que a apoiem na resposta às necessidades que ela própria identifica como prioritárias naquele momento.

3.2.1) Redução de Riscos e Minimização de Danos

A redução de riscos e minimização de danos (RRMD) diz respeito a políticas, programas e práticas que visam reduzir as potenciais consequências adversas do uso de substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas), sem necessariamente reduzir o seu consumo ([Harm reduction International](#)). A RRMD incorpora, desde o seu nascimento, um deslocamento dos modelos médico e criminal que dominaram durante muito tempo os discursos e intervenções sobre drogas, e tinham como principal objetivo eliminar o seu uso. Pelo contrário, a RRMD aceita o uso de drogas como parte do vasto repertório de comportamento humano, perspetivando o consumo como um fenómeno multifacetado e complexo, assente num *continuum* comportamental que pode variar desde a abstinência a um consumo que pode ser visto como problemático. A mesma pessoa pode situar-se em diferentes pontos deste *continuum* em diferentes momentos da sua vida. A RRMD analisa o consumo de substâncias psicoativas através da tríade Substância, *Set* e *Setting*, que a imagem resume:



Na sua maioria, as respostas de RRMD na Europa e Estados Unidos foram desenvolvidas por coletivos de pessoas que usam drogas e por organizações da sociedade civil, recorrendo a abordagens participativas como o trabalho com pares, a investigação-ação e o envolvimento comunitário - tendo sempre como objetivo último a promoção da justiça social. A implementação bem-sucedida das respostas RRMD na redução da incidência das epidemias pelo VIH e pelo vírus da Hepatite C levou à adoção deste tipo de estratégias em diversos contextos, já numa parte considerável do Globo, como complemento às outras abordagens socio-sanitárias para o uso de drogas. Neste momento, a RRMD é considerada tanto pela Organização Mundial de Saúde, como pelo Observatório Europeu das Drogas uma resposta essencial de saúde pública e uma parte fundamental de uma abordagem equilibrada ao uso de drogas (EMCDDA, 2010).

- **Da Redução de Riscos à Maximização de Benefícios**

Embora a RRMD tenha sido apresentada como uma mudança revolucionária no campo da intervenção com pessoas que usam drogas, atualmente é excessivamente simplista concentrar a intervenção num fenómeno tão complexo e diversificado como o consumo de drogas, focando-se apenas nos seus potenciais riscos e danos. Isso é especialmente verdadeiro quando existe uma ampla evidência que indica que uma parcela significativa das pessoas que usam drogas leva em consideração uma multiplicidade de fatores, além dos potenciais riscos, ao decidir consumir, o prazer é um dos elementos mais importantes (Valente & Martins, 2021). Deste modo, desconsiderar os prazeres associados e os benefícios atribuídos ao uso de drogas contribui para o insucesso de muitas intervenções nesta área. Os discursos que se baseiam no medo e que invalidam a decisão de usar drogas parecem ser ineficazes e inadequados, nomeadamente quando as pessoas já têm um conhecimento experiencial desse consumo e perceberam os seus potenciais benefícios. Assim é importante assumir um discurso equilibrado. Mais do que promover estratégias que minimizem os riscos do consumo é importante reconhecer e promover estratégias que permitam aumentar os benefícios que as substâncias psicoativas podem trazer (Valente & Martins, 2021).

- **Princípios orientadores da Redução de Riscos e Maximização de Benefícios**

As práticas de RRMD seguem os princípios da Psicologia Comunitária, reconhecendo a plena dignidade de cada ser humano e defendendo intervenções inclusivas que *"não deixam ninguém para trás"* e *"vão até às pessoas independentemente do lugar onde estão"*.

Esta postura permitiu a implementação de intervenções mais compassivas e personalizadas adaptadas às necessidades reais das pessoas, alcançando mudanças nos seus termos e valorizando cada passo em direção aos objetivos definidos pela própria pessoa.

A RRMD privilegia as mudanças positivas e trabalha com as pessoas a partir de uma postura sem julgamentos, coerção ou discriminação, estimulando diálogos abertos e francos, nunca pondo a cessação do consumo como condição para o acesso a cuidados. O principal critério de sucesso das intervenções de RRMD é o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas que consomem drogas e das suas comunidades.

Contudo, a maioria das respostas no nosso país continuam a ser desenhadas a pensar essencialmente em homens cisgénero, heterossexuais, não estando adaptadas a outro tipo de pessoas, não incluindo as suas necessidades, afastando-as dos serviços onde não se sentem bem recebidas, contribuindo para a sua invisibilidade ([Ver sinopse SICAD: Respostas à Diversidade](#)).

- **Princípios orientadores e posicionamento na intervenção RRMD**

- **Aceitar o uso de drogas como** um comportamento legítimo e que pode ser fruto de uma variedade de motivações;
- Assumir uma atitude empática, de **confiança e aceitação** que promova um sentimento de segurança e encorajamento;
- Reconhecer que as pessoas que usam drogas devem ser **agentes primários** na definição das respostas interventivas que lhes dizem respeito. Vivendo segundo o lema: "[Nada sobre nós sem nós](#)";
- **Escutar ativamente;**
- Ser não-diretiva e não-confrontacional;
- Evitar agir com base em crenças ou preconceitos pessoais;
- Reconhecer que a pessoa possui **agência** e é quem melhor conhece a sua situação e os seus objetivos;
- Criar **espaços físicos e emocionais seguros;**
- Implementar **intervenções compassivas desenhadas para e com as pessoas** que usam drogas, adaptando-se às suas necessidades e desafiando as políticas e práticas que maximizam os potenciais danos do consumo de drogas, nomeadamente as políticas proibicionistas.

Recursos úteis:

[Linhas de Orientação Técnica para a Intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos](#)

[National Harm Reduction Coalition](#)

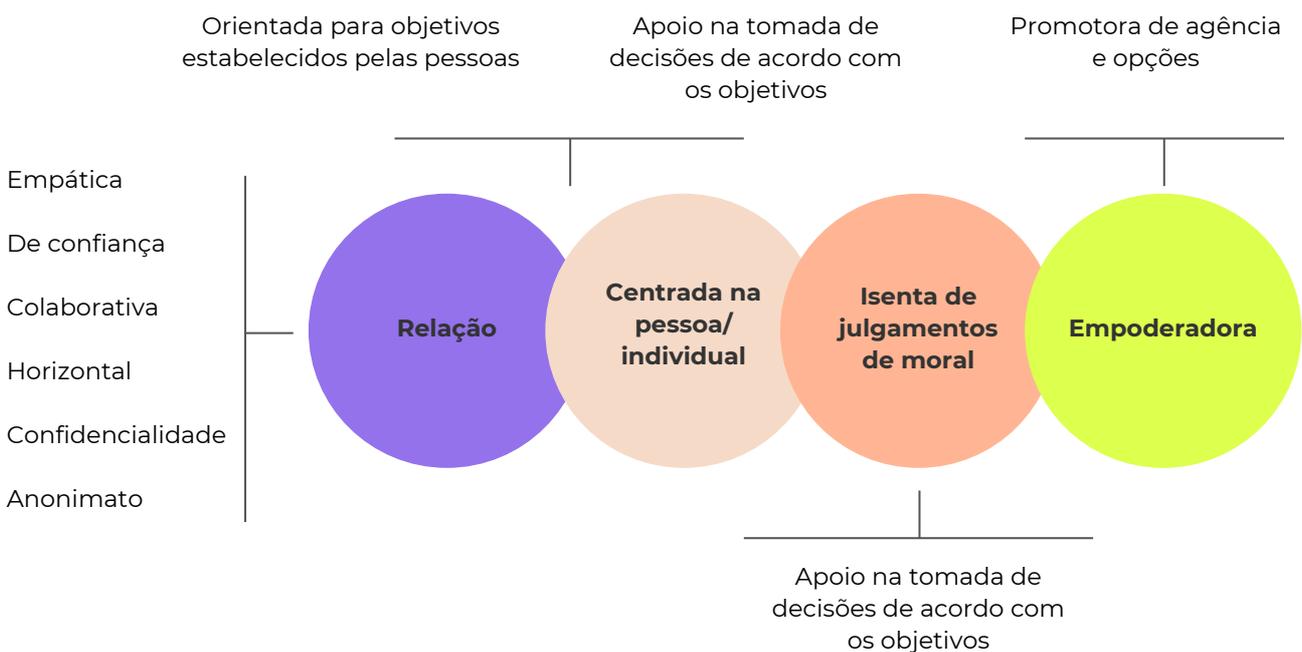
[Harm Reduction International](#)

[Correlation European Harm Reduction Network \(C-EHRN\)](#)

[Trans European Drug Information Network \(TEDI\)](#)

3.2.2) Intervenção centrada na pessoa

As abordagens centradas na pessoa surgem como uma alternativa às abordagens focadas nos comportamentos de risco da pessoa (por exemplo, consumo de drogas, práticas sexuais de risco). Baseiam-se numa **conceção holística de saúde e bem-estar**, onde os comportamentos de risco são contextualizados no âmbito da história de vida e experiências subjetivas da pessoa e também as desigualdades estruturais no contexto económico, político e social que tendem a agravar os processos de vulnerabilização social de determinados grupos sociais (Haldane et al., 2022). Nesse sentido, o apoio psicossocial, psicológico, psiquiátrico ou de outras especialidades médicas ou de serviços sociais, deve ser individualizado e personalizado, colocando a pessoa no centro e reconhecendo os seus direitos e agência na tomada de decisões sobre a sua vida. Nesta abordagem, o estabelecimento de relações de confiança e não autoritárias, o respeito pelos direitos e autodeterminação, a desestigmatização dos comportamentos e vivências e o empoderamento são fundamentais na promoção da saúde e bem-estar das pessoas com que se intervém (Wilson, 2021).



3.2.3) Intervenção responsiva ao gênero e ao trauma

Evidências demonstram que existe uma cocorrência entre a experiência de trauma e o consumo problemático de drogas (Schmidt et al., 2018). As pessoas que experienciaram adversidade, eventos significativos que ameaçaram o seu bem-estar físico e psicológico, e *stress* psicossocial continuado (por exemplo, *stress* de minoria) tendem a desenvolver um conjunto de respostas, estratégias e adaptações para lidar com os sintomas associados ao trauma. O álcool e/ou outras drogas podem ser vistos como recursos úteis para lidar com memórias, emoções e sentimentos difíceis. No entanto, esta pode constituir-se como uma estratégia de *coping* desadaptativa e levar ao desenvolvimento de padrões de consumo problemático que agravam os processos de desorganização social, isolamento e sofrimento psicológico. As experiências traumáticas e de adversidade relacionadas com a identidade de gênero ou sexual têm contornos específicos que devem também ser consideradas no design e implementação de um serviço de intervenção na área das drogas (Mutatayi et al., 2022). Desta forma, um serviço responsivo ao trauma promove um atendimento não autoritário, evitando e contrariando de forma ativa as relações de poder entre as pessoas que atendem e as pessoas que procuram apoio. O atendimento deve ser focado na pessoa (ver ponto anterior) e as pessoas interventoras devem manter-se vigilantes de forma a evitar que o próprio atendimento seja ativador de memórias e emoções difíceis. Para a promoção de um serviço e de práticas de atendimento responsivas ao trauma é relevante promover:

- O **reconhecimento da identidade e idiosincrasia** da pessoa que nos procura (linguagem inclusiva, escuta ativa, presença, relação horizontal ou não vertical, foco na pessoa);
- Espaço e ambiente **seguro e acolhedor**. É fundamental reger o nosso atendimento pela **gentileza e reconhecimento da outra pessoa**, dando primazia às suas **prioridades** em vez de lhe impormos as nossas (respeito pelo tempo, agência e autonomia da pessoa). O espaço de atendimento deve ter também condições de **conforto e segurança**, sendo relevante, se possível, **estabelecer horários e/ou espaços específicos e exclusivos** para o atendimento de pessoas LGBTQIA+;
- Entender que as expressões emocionais que as pessoas demonstram podem não ter a ver com quem atende, apesar de lhe poderem ser dirigidas por exemplo, frustração, irritabilidade, raiva, agressividade. É importante perceber se algo no nosso atendimento foi **ativador de memórias difíceis e consequente defensividade**, e deixar claro que percebemos que aquelas emoções não estão relacionadas conosco tentando criar um **ambiente de compreensão, mas também de respeito mútuo**;

- Nas práticas de atendimento psicológico e psicossocial, é fundamental investir na **construção da relação** antes de colocar questões mais difíceis, sensíveis ou ativadoras. É fundamental **respeitar o tempo** da pessoa que atendemos. Se e quando a pessoa estiver disponível, ou se houver condições durante o atendimento deve potencializar-se o **processamento e reflexão sobre o trauma não resolvido**;
- O atendimento deve basear-se em perguntas **intencionais e que sirvam** a pessoa, reconhecendo o que **estará implícito**, mas não articulado no que está a ser dito;
- É importante promover a construção e manutenção de **relações** com **outras pessoas**.

Recursos úteis:

[Implementing a Gender Approach in Drug Policies: Prevention, Treatment and Criminal](#)

[Justice New Terrain: Tools to Integrate Trauma and Gender Informed Responses into](#)

[Substance Use](#)

[Practice and Policy](#)

3.2.4) Envolvimento de pares

A história demonstra que as pessoas LGBTQIA+ e as pessoas que consomem drogas estiveram na linha da frente do desenvolvimento de abordagens de redução de riscos, estratégias de sobrevivência e práticas de cuidado comunitário entre pares (Blanchard, 2023; Mandler & Gayo, 2023). A criação de “infraestruturas de cuidado”, definidas como “relações em rede entre pessoas, recursos materiais e conhecimentos, que juntas possibilitam o cuidado”, foi fundamental num contexto de marginalização e de ausência de apoio por parte dos serviços de saúde e de apoio social formais. A formalização da redução de riscos e a sua institucionalização em abordagens de saúde pública secundarizou os contributos das pessoas que consomem drogas e contribuiu para a subalternização (Blanchard, 2023; Mandler & Gayo, 2023; Valente & Martins, 2021). É fundamental voltar a centralizar a agência e o poder que as comunidades marginalizadas têm na criação de práticas de redução de riscos e de cuidado individual e comunitário, promovendo o seu envolvimento significativo no design, implementação e avaliação de práticas de intervenção e políticas públicas. “Cultivar práticas de cuidado significa destacar a importância da agência e da construção de comunidade entre as pessoas que usam drogas, bem como as barreiras (estruturais e outras) que limitam o surgimento, as formas e as possibilidades de cuidados entre pares – não apenas de indivíduo para indivíduo, mas a auto-organização das pessoas que usam drogas na exigência e criação

de condições saudáveis, desde salas de consumo vigiado até cuidados de saúde universais” (Mandler & Gayo, 2023, p. 21).

O envolvimento significativo de pares implica:

- Apoiar a profissionalização de pares e a integração ativa e com remuneração justa e adaptada de pessoas que representam as comunidades beneficiárias da intervenção;
- Promover relações horizontais, de respeito, compreensão e aprendizagem mútua entre pares, profissionais e pessoas decisoras políticas;
- Criar ou promover espaços para o acolhimento e convivência coletiva, com condições de conforto, segurança e bem-estar e com potencial para a mutualidade, o estabelecimento de relações de apoio mútuo e a auto-organização de grupos específicos de pessoas que consomem drogas;
- Considerar as suas experiências de vida na investigação e produção de evidências científicas sobre o uso de drogas (“from statistical analysis to living archives”, Mandler & Gayo, 2023, p. 22).
- Promover o empoderamento e a ativação cívica e política das pessoas que consomem drogas.

Recursos úteis:

[Our Lives, Our Care: The Report and Recommendations of the Re-Queering Harm Reduction Project](#)

[Becoming a Peer](#)

3.2.5) Promoção de espaços afirmativos

Na secção 2 deste *toolkit* já justificamos a importância de se adotar uma abordagem afirmativa na intervenção com pessoas LGBTQIA+. Seria fundamental criar respostas específicas capazes de responder de forma holística às necessidades complexas e interseccionais das pessoas LGBTQIA+ que consomem drogas. No entanto, num contexto de falta de financiamento ou de recursos, os serviços e projetos de intervenção e apoio na área das drogas podem implementar algumas medidas transversais que aumentem a inclusividade dos seus serviços. Como descrito anteriormente, pessoas LGBTQIA+ podem resistir em aceder a estes serviços por anteciparem experiências de atendimentos desadequadas e discriminatórias. No entanto, referem que essas resistências iniciais poderiam ser

ultrapassadas caso os serviços e profissionais tivessem formação adequada, sinalizassem e comunicassem a sua inclusividade e aliança com as lutas LGBTQIA+ e disponibilizassem serviços específicos e adaptados (Valentine & Maund, 2017). Nesse sentido, a promoção de espaços e práticas afirmativas na área das drogas inclui:

- Formação adequada e capacitação da equipa técnica em temas de diversidade de género e orientação sexual. Este conhecimento e competências culturais devem ser transversalizadas, mas é recomendável existir pelo menos uma pessoa profissional que seja o ponto focal ou a pessoa designada para esta área, estando responsável pela identificação de necessidades emergentes, prioridades de formação e responder/apoiar/supervisionar intervenções ou apoio a casos específicos;
- Utilizar linguagem inclusiva, respeitar o nome social e pronomes das pessoas;
- Representatividade de género e orientação sexual nas equipas de intervenção. É fundamental que a equipa técnica represente a diversidade de pessoas com quem intervém;
- Envolvimento significativo de pessoas LGBTQIA+ como especialistas para a identificação das suas prioridades em termos de intervenção;
- Identificação de parceiros específicos e adequados para a referenciação de pessoas LGBTQIA+ (por exemplo, centros comunitários, respostas de apoio psicológico, psicossocial, e jurídica específicos);
- Materiais educativos de sensibilização e redução de riscos adaptados e que incluam as prioridades das pessoas LGBTQIA+ que consomem drogas (por exemplo, material informativo sobre *chemsex* e sobre consumo de drogas em contexto de trabalho sexual);
- Apoiar coletivos LGBTQIA+, cedendo material, informação e competências para as suas iniciativas de intervenção e redução de riscos geridas por pares;
- Criar espaços seguros para a intervenção com pessoas LGBTQIA+ que consomem drogas. Pode fazer sentido criar horários específicos para a intervenção com estas pessoas ou até colaborar com centros comunitários e outros espaços reconhecidos como seguros para a implementação da nossa intervenção;
- Afirmar-se como organização ou resposta de intervenção aliadas das lutas LGBTQIA+ - celebrar dias relevantes (e.g., 28 de junho, Dia Internacional do Orgulho LGBTQIA+), partilhar informação e notícias relevantes para pessoas LGBTQIA+, utilizar sinalética nos espaços físicos ou virtuais que identifique a intervenção como responsiva à diversidade.

3.3) INTERVENÇÃO COM SUBGRUPOS ESPECÍFICOS DE PESSOAS LGBTQIA+ QUE CONSOMEM DROGAS

3.3.1) Intervenção com pessoas LGBTQIA+ que consomem drogas em ambientes de lazer noturno

Entendemos por ambientes de lazer noturno espaços-tempo vocacionados para a promoção de experiências de diversão, celebração, dança, conexão com a música e socialização (por exemplo, bares, *clubs*, festas, festivais...). Nestes contextos, o consumo de álcool e/ou outras drogas surgem como recursos que apoiam a desinibição, o aumento de confiança, a expressão corporal reforçando sociabilidades desinibidas e experiências lúdicas e de prazer.

Nesta secção apresentamos um conjunto de prioridades para apoiar intervenções culturalmente sensíveis com pessoas LGBTQIA+ que consomem drogas em ambientes de lazer noturno. As competências partilhadas têm por base a experiência de investigação e intervenção da Kosmicare. Os contributos partilhados por Mar Cunha, a partir da sua experiência no Ravers' Care Corner - uma resposta de redução de riscos liderada e implementada por pessoas LGBTQIA+ em festas, e durante a formação colaborativa "Estratégias de intervenção com pessoas LGBTQIA+ que consomem drogas" são também considerados. Finalmente, incluímos alguns dados recentes de um estudo qualitativo desenvolvido no âmbito do projeto Europeu CRISSCROSS, em particular, dos grupos de discussão com pessoas trans e não-binárias e com profissionais a intervir com jovens na cidade do Porto.

⇒ A importância dos ambientes de lazer noturno para as pessoas e comunidades LGBTQIA+

Historicamente, os ambientes de lazer noturno têm-se afirmado como espaços-tempo com uma forte relevância cultural e social no processo de emancipação social e política das pessoas LGBTQIA+ (Pires et al, *in press*). Durante várias décadas do século XX, num contexto de forte repressão social e policial, foi no "escuro da noite" que muitas pessoas LGBTQIA+ conseguiram criar os seus espaços seguros e comunidades de pertença. Os primeiros bares gay surgiram em Lisboa pouco antes de 1974, mas foi a partir da Revolução dos Cravos que a noite queer floresceu.⁸ A epidemia VIH/Sida e a recente gentrificação e a turistificação do centro das

⁷

O projeto CRISSCROSS - Intervention program in nightlife, leisure and socialization venues to raise awareness and prevent GBV behaviours - including LGBTIphobia - linked to sexual violence and substance use, é financiado no âmbito do programa CERV-2022-DAPHNE da União Europeia e coordenado pela Asociación Bienestar y Desarrollo. Neste projeto, a Kosmicare coordena o workpackage 2 "Participative research based on European best practices and needs analysis". Mais informação disponível em: <https://crisscrossproject.org>

⁸

Aqui, sugerimos o trabalho de Rui Oliveira Marques que no seu livro "Histórias da noite gay de Lisboa", documenta a importância que a criação de subculturas queer no lazer noturno a partir do final dos anos 1970, teve para os processos de experimentação e afirmação identitária e emancipação social de pessoas LGBTQIA+.

idades e a comodificação da noite gay têm ameaçado a natureza subversiva e *grassroots* das culturas LGBTQIA+ noturnas. No entanto, as culturas *clubbing* continuam a representar um importante palco para a experimentação identitária e subcultural, para a performatividade queer, e para a criação de espaços seguros, sociabilidades e comunidades de pertença (Florêncio, 2023). Para muitas pessoas, é à noite que se inicia o seu processo de *coming out* e é na noite que se conseguem expressar, sendo estes também importantes contextos de socialização subcultural para as pessoas LGBTQIA+.

⇒ Consumos de drogas por pessoas LGBTQIA+

Os ambientes de lazer noturno são locais privilegiados para a experimentação e consumo de substâncias psicoativas legais e ilegais entre as pessoas jovens e adultas que os frequentam. As pessoas que frequentam estes contextos são frequentemente descritas como perfeitamente integradas a nível social e económico. Para estas pessoas o consumo de álcool e/ou outras drogas é um comportamento integrado no seu estilo de vida e dinâmicas de lazer, não comprometendo as suas outras áreas de funcionamento cognitivo, físico e social, podendo por esse motivo ser descritos como padrões não-problemáticos de consumo de drogas (Cruz, 2015).

Os dados do estudo quantitativo do projeto Queercare, que representam principalmente as experiências de pessoas LGBTQIA+ que consomem drogas em contextos sociais e em ambientes de lazer noturno, demonstram que, à semelhança de pessoas não LGBTQIA+, tendem a consumir as drogas mais frequentes nestes contextos (álcool, tabaco, cânabis, MDMA, cocaína, anfetaminas, psicadélicos, ketamina). LGBTQIA+ representa diversidade sendo que esta também se expressa em diferentes padrões de consumo. A título de exemplo, a análise de género e de orientação sexual implementada no âmbito da investigação quantitativa do projeto Sexism Free Night,⁹ demonstrou que os homens gay apresentam maiores prevalências de consumo de todas as substâncias analisadas, enquanto as mulheres lésbicas representavam o grupo com menores prevalências de consumo de todas as substâncias analisadas (Pires et al., 2022). A mesma análise, juntamente com o contacto com estas comunidades, revela que as pessoas LGBTQIA+ tendem a experimentar e a consumir mais poppers, novas substâncias psicoativas (catinonas sintéticas) e substâncias menos tradicionais em Portugal (GHB, metanfetamina), em comparação com pares não-LGBTQIA+.

⁹

O relatório de investigação do projeto Sexism Free Night está disponível [AQUI](#). Os dados da análise referida foram apresentados durante a 3ª edição da "International Conference on LGBT+ Psychology and related fields" que decorreu no ISPA entre 22-25 de junho de 2022.

Os dados quantitativos do estudo do projeto Queercare revelam que as pessoas LGBTQIA+ utilizam estas substâncias para potencializar as suas experiências de lazer, procurando aumentar a sua confiança e desinibição e facilitar a socialização. Referem também consumir substâncias para aliviar a tensão e para se abstrair dos problemas quotidianos. Desta forma, o consumo de drogas pode ter várias funções, pelo que se tornam redutoras as perspetivas que conceptualizam o consumo como uma estratégia para lidar com o *stress* de minoria e a hostilidade anti-LGBTQIA+. As drogas podem também ser intencionalmente utilizadas como ferramentas ao serviço da experimentação de identidades, performances, sociabilidades e sexualidades queer (Florêncio, 2023), podendo ter uma função adaptativa no processo de descoberta e afirmação de género e sexual.

Riscos associados ao consumo de drogas em ambientes de lazer noturno

- Os riscos variam em função da(s) substância(s) consumida(s), da intensidade do consumo numa mesma ocasião, do contexto físico e social e do estado físico e mental da pessoa;
- Apesar de tenderem a ser consumos ocasionais, os episódios de consumo podem ser excessivos ou *binge* (consumo de uma grande quantidade de substâncias num curto período de tempo na mesma ocasião), podendo resultar em situações de crise física (intoxicação aguda, mal-estar, overdose ou *overamping*)¹⁰ ou psicológica (por exemplo, ansiedade, irritabilidade, impulsividade, paranoia, choro);
- As experiências de crise psicológica relacionadas com o consumo de drogas podem ser ativadas ou amplificadas pela hostilidade anti-LGBTQIA+. A experiência de “descontrolo” pode também ser ativadora e desafiante para pessoas para quem a hipervigilância em espaço público se constitui como uma estratégia de proteção;
- A incerteza em relação ao conteúdo real das substâncias que circulam nos mercados informais de drogas apresenta um risco acrescido. As substâncias podem estar adulteradas ou ser totalmente substituídas por outros componentes, dificultando a gestão das doses e dos efeitos e acarretando riscos para a saúde relacionados com a sua toxicidade ou potência;
- Em consumos mais frequentes poder-se-á desenvolver tolerância ou habituação, sendo que a pessoa pode precisar de consumir doses progressivamente maiores para sentir os efeitos desejados;
- Os episódios de consumo mais intensos podem contribuir para o agravamento de estados de sofrimento emocional anteriores. O *come-down* e a ressaca podem fazer-se acompanhar de emoções desconfortáveis (arrependimento, culpa, vergonha, ansiedade, depressão) ou ativar memórias difíceis;

¹⁰

Sobre-estimulação do corpo na sequência de episódios de consumo intensivos ou prolongados de estimulantes.

- O aumento da impulsividade e a desinibição associada a estes contextos pode facilitar a ocorrência de relações sexuais desprotegidas, aumentando o risco de infeção por VIH, Hepatite C, Sífilis, Hepatite A, VMPX e outras infeções;
- Podem também dificultar ou comprometer a mutualidade sexual e a negociação de consentimento, sendo a vulnerabilidade química induzida por consumos voluntários utilizada de forma oportunista por pessoas agressoras para facilitar violência sexualizada oportunista ou outros tipos de violência.

⇒ **Prioridades na intervenção com pessoas LGBTQIA+ que consomem drogas em ambientes de lazer noturno**

1. As equipas que intervêm com pessoas que consomem drogas em ambientes de lazer noturno devem ter informação e competências culturais para responder na área da diversidade de género e orientação sexual.

- É conveniente ter formação, utilizar linguagem inclusiva e afirmativa e definir, pelo menos, uma pessoa na equipa que seja o ponto focal ou pessoa designada na equipa para estas questões. As pessoas profissionais deverão manter-se a par de literatura e competências de intervenção relevantes nessa área, padrões de consumo de drogas, riscos específicos e prioridades de intervenção reportadas por pessoas LGBTQIA+.
- Deve ser considerado o mapeamento e a criação de relações de colaboração com serviços de apoio a pessoas LGBTQIA+ de forma a promover a sua adequada referênciação (**recursos disponíveis no Anexo 2**).
- Se intervêm em festivais ou eventos de grande dimensão, prestando apoio a situações de crise psicológica (*psycare*) é conveniente incluir protocolos específicos para lidar com situações de discriminação, violência e hostilidade anti-LGBTQIA+ e com a possível reativação de experiências traumáticas ou com sofrimento relacionado com os processos pessoais de afirmação de género. A equipa deve integrar pessoas LGBTQIA+ e pessoas culturalmente competentes na área da diversidade de género e orientação sexual. Sugerimos, como referência, as linhas orientadoras [Lilac Care](#).
- Numa perspetiva de redução de riscos ambiental, é relevante sensibilizar e capacitar gerentes e profissionais de estabelecimentos e eventos de lazer noturno para a importância de promoverem ambientes mais inclusivos e responsivos à diversidade de género e orientação sexual. Sugerimos como recurso útil nesta área os [Standards do projeto Sexism Free Night](#).

- É relevante colaborar com centros comunitários e grupos de pares LGBTQIA+, disponibilizando materiais e informação de redução de riscos, sessões de sensibilização entre outras atividades.
- As equipas devem também ter uma abordagem afirmativa, posicionando-se e manifestando-se publicamente como aliadas das lutas LGBTQIA+.

2. Profissionais de psicologia, psiquiatria, de outras áreas de apoio psicossocial e da saúde que prestam apoio a pessoas LGBTQIA+ devem ter informação e competências culturais na área das drogas.

- É fundamental rever os seus estereótipos sobre o consumo de drogas, aumentando a sua literacia sobre as representações sociais e os estigmas (incluindo o estigma internalizado) que penalizam as pessoas que consomem drogas.
- Em consulta é importante criar um espaço seguro para conversas sobre drogas, centralizando e validando as experiências subjetivas e as motivações e funções e benefícios que possam ser atribuídos a estas substâncias.
- A adoção de uma abordagem culturalmente competente implica desestigmatizar os consumos de drogas. É fundamental reconhecer que nem todos os consumos de drogas agravam os processos de desorganização social das pessoas que atendem, e que para algumas pessoas estes consumos podem configurar-se como uma solução para gerir os seus processos de afirmação de género e sexual ou ter experiências significativas de lazer.
- Uma abordagem centrada na pessoa implica reconhecer a sua agência, permitindo que seja ela que identifique “o problema”, o que a preocupa ou desafia, o que gostaria de alterar.
- A abordagem de redução de riscos é recomendável para promover espaços seguros e a negociação de formas adaptativas de gestão e autorregulação dos consumos.
- Conhecer os efeitos e padrões de consumos de drogas. A este nível recomendamos o website da [Kosmicare](#) e o [Psychonaut Wiki](#), para consultar os efeitos, vias de administração, doses e riscos associados às várias substâncias psicoativas. Para obter informação sobre a potencial perigosidade associada ao policonsumo, recomendamos o website [TripSit](#) ou o website [Psychcombo](#).
- Conhecer as equipas de redução de riscos que intervêm com pessoas que consomem drogas em contextos de lazer (**recursos disponíveis no Anexo 4**). A este nível é importante sugerir também o serviço de *drug checking*, alertas ou os relatórios que compilam informação em relação ao conteúdo das substâncias analisadas nesse serviço. Podem consultar esta informação nas redes sociais da Kosmicare ([@akosmicare](#)).

3. Intervenção que tenha em conta a promoção da saúde sexual e prevenção de infeção por IST (serviços de rastreio, consultas comunitárias e tratamento de IST para HSH; consultas de PrEP) (**consultar recursos no Anexo 3**).

4. É fundamental promover o contacto com pares e o reforço a dinâmicas de apoio mútuo entre eles, partilha de momentos de lazer, cultura e bem-estar e a reativação da pessoa, dos seus direitos e agência para participação pública e cívica.

Finalmente, sugerimos a visualização da conversa “Queering Harm Reduction”, dinamizada no âmbito do projeto Queercare. Disponível [AQUI](#).

3.3.2) Intervenção com pessoas que praticam *chemsex*

Nesta secção apresentamos as vivências e experiências específicas de homens que fazem sexo com homens (HSH) em contexto de *chemsex*. Esta secção tem por base a experiência de monitorização de base comunitária das práticas de *chemsex* e RRMD promovida pela rede ChemsexLx (Pires et al., 2022; Gomes et al., 2022), e as experiências de apoio psicológico e psiquiátrico no âmbito da consulta de apoio psicológico e redução de riscos da Kosmicare e da consulta DiverGENTE.¹¹

⇒ O que se entende por *chemsex*?

Quando uma substância psicoativa é usada com intenção de facilitar, prolongar ou intensificar uma experiência ou prática sexual, falamos de um **uso sexualizado de substâncias psicoativas**. As substâncias mais usadas deste modo são o álcool, a canábis, a cocaína e o MDMA (*ecstasy*). Ao longo da última década, e principalmente a partir de 2020 em Portugal, ganhou popularidade entre HSH um tipo específico de uso sexualizado de substâncias psicoativas denominado *chemsex* (Pires et al., 2022).

Chemsex distingue-se de outros padrões de consumo sexualizado de drogas, fundamentalmente, pela preferência por uma ou mais das seguintes substâncias psicoativas, a que se tem chamado de **chems**. Em contexto de *chemsex*, estas substâncias são intencionalmente poli-consumidas para facilitar, maximizar e prolongar as experiências sexuais.

¹¹ Consulta **DiverGENTE | Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP–Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências**

A Consulta DiverGENTE foi criada em abril de 2020 para expandir os cuidados na área das substâncias psicoativas a pessoas LGBTQ, pessoas que fazem trabalho sexual e/ou que praticam *chemsex*. Desde então, mantém atendimento presencial e por videoconsulta, assegura seguimento em Psiquiatria, Psicologia, Psicoterapias e Terapia Ocupacional, dá apoio social e acesso aos programas de desabituação e de cessação do uso de drogas. Articula com respostas em saúde sexual e mental, tratamento do VIH e Hepatites Virais, no âmbito de organizações comunitárias e do SNS.

CHEMS

Catinonas sintéticas

“Bloom” (2/3/4-mmc, 2/3/4-cmc), “Alpha” (alfa-PHP, alfa-PiHP, alfa-PVP)

Gamahidroxibutirato

(“G”) GHB /GBL

Metanfetamina

“Tina”

EFEITOS

Conjunto de substâncias com efeitos estimulantes (especificamente para mefedrona/4-mmc verifica-se efeito empato-géneo). Estimulação física, distorção temporal, amplificação das sensações, vontade de consumir mais/prolongar o episódio de consumo.

Em doses maiores:

Desidratação, perda de apetite, vasoconstrição, ritmo cardíaco irregular.

Dose: Varia em função do tipo de catinona consumida e da via de administração.
Mefedrona: 15 - 90 mg (consumo inalado)

Duração: 3-5h

Vias de administração:

Inalada, injetada (*slamming*, *slam*), e (menos comum) retal (*boofing*, *bumping*)

Substâncias com efeito depressor. Euforia, desinibição, aumento da libido.
Em doses maiores: Amnésia, enjoos, tonturas, perda de consciência, depressão respiratória, coma.

Dose:

GHB – 0.5 - 5g GBL – 0.3 – 3ml

Duração dos efeitos:

1-4h

Via de administração: via oral

Substância com efeito estimulante. Estimulação, euforia, amplificação das sensações, aumento da resistência física e motivação, aumento da libido e da autoconfiança, vontade de consumir mais/prolongar o episódio de consumo.

Em doses maiores:

Desidratação, perda de apetite, alucinações tácteis (e.g., sensação de bichos na pele).

Dose:

Inalada/ fumada – 10-60mg
Injetada/ via retal – 5-40mg

Duração dos efeitos:

Inalada/fumada – 2-3h
Injetada/via rectal – 4-8h

Vias de administração:

Inalada, injetada (*slamming*, *slam*), e (menos comum) retal (*boofing*, *bumping*)

RISCOS

- Ansiedade, confusão mental, paranoia, alterações da percepção (delírios)
- Sobre-estimulação, privação de sono, hipertermia, convulsões
- Em doses elevadas e episódios de consumo prolongado pode ocorrer uma sobrecarga no sistema cardíaco podendo resultar em enfartes
- Em consumos frequentes a tolerância tende a aumentar rapidamente e está associada a sintomas de dependência psicológica
- Em consumos injetados podem ocorrer lesões e queimaduras químicas nas veias e local de injeção

- Em doses elevadas há risco de perda de consciência que pode evoluir para coma e morte
- Dependência física pode estabelecer-se com o uso diário
- Como o álcool, podem surgir sintomas de abstinência graves (ansiedade, tremores, insónia, vômitos, sintomas psicóticos, convulsões). Por esse motivo, quando se estabelece um uso continuado é perigoso cessar consumo abruptamente, recomendando-se reduções progressivas da dose.

- Ansiedade, paranoia, delírios, psicose
- Sobre-estimulação, privação de sono, hipertermia, convulsões
- Em doses elevadas e episódios de consumo prolongado pode ocorrer uma sobrecarga no sistema cardíaco
- Em consumos frequentes a tolerância desenvolve-se rapidamente e está associada a sintomas de dependência psicológica
- Em consumos injetados podem ocorrer lesões nas veias e local de injeção

Para além destas, há outras substâncias que podem ser utilizadas em contextos de *chemsex*, mas que geralmente surgem como secundárias, nomeadamente *poppers*, cocaína, MDMA, ketamina e benzodiazepinas. Pela prática sexual mais prolongada e para compensar o efeito prejudicial dos estimulantes quanto à ereção, podem também ser utilizados os medicamentos para tratamento da disfunção erétil - inibidores da iPDE5 (como o *Viagra*) e *alprostadil*.

As práticas de *chemsex* acontecem frequentemente em contextos de sexo ocasional, tanto num encontro a dois ou a três, como numa festa em espaço residencial para a qual são convidadas várias pessoas, ao longo da estadia em saunas e 'clubes para sexo', ou noutros contextos sexualizados. Contudo, é importante atender a que o *chemsex* pode também ser uma prática dentro de relacionamento estável, entre pessoas amigas e a solo. As subculturas de *chemsex* são potenciadas pela internet, nomeadamente pelo uso de *apps* sociais com geolocalização, da pornografia *online* e de webcams. A internet também facilita a aquisição de *chems* e o agendamento de encontros para *chemsex*.

⇒ **Riscos associados ao chemsex**

O chemsex não é, per si, uma prática problemática.

Para muitas pessoas, o consumo de *chems* em contextos sociais e sexualizados apresenta benefícios ao nível da sua socialização, experimentação identitária e exploração sexual, e na sua procura por experiências significativas de prazer e de lazer. Por esse motivo, nem todas as pessoas que praticam *chemsex* têm problemas decorrentes da prática.

Algumas pessoas debatem-se com desafios e dificuldades anteriores que podem ser agravados por experiências frequentes de chemsex e pelo consumo continuado de chems.

Nomeadamente,

- Podem agravar estados de sofrimento emocional anteriores, ansiedade, depressão, solidão e isolamento social;
- Podem ter impacto negativo nas relações sociais, familiares, afetivas, laborais...;
- Podem aumentar o risco de infeção por VIH, Hepatite C, Sífilis, Hepatite A, VMPX (Monkeypox) e outras infeções;
- Podem favorecer crises agudas durante ou após o consumo – alterações da consciência, estado confusional, psicose, estado depressivo (risco suicidário), outros efeitos da sobredosagem...;
- Podem aumentar os riscos associados ao consumo continuado de substâncias psicoativas (dependência, privação de sono), a consumos ocasionais, mas excessivos (crises psicológicas relacionadas com o consumo, perda de consciência, overdose...) e às vias de administração (consumo injetado);
- Podem aumentar as dificuldades sexuais e, em alguns casos, impossibilidade de ter “sexo sóbrio”;
- Podem promover lesões nas regiões anal e genital por diminuição da perceção de dor associada aos efeitos anestésicos de algumas substâncias;
- Podem comprometer a mutualidade sexual e a negociação de consentimento, e facilitar violência sexualizada oportunista (na sequência de consumos voluntários), ou outros tipos de violência...

⇒ **Prioridades na intervenção com pessoas que praticam chemsex**

1. Intervenção afirmativa e culturalmente competente, adaptada e responsiva às experiências de HSH, suas subculturas, dinâmicas relacionais e de intimidade e comportamentos individuais e de grupo.

2. Intervenção que inclua os prazeres e as motivações e funções associadas à sexualidade e que pense a sexualidade também como um território social e psicotrópico. É fundamental criar um espaço seguro para abordar múltiplas questões, como por exemplo, as dificuldades em voltar ao sexo sóbrio ou na atividade do trabalho sexual, as inibições sexuais e a falta de desejo, os comportamentos sexuais tidos como compulsivos, o uso de pornografia e as tecnologias de comunicação à distância.

3. Aplicar uma abordagem interseccional que considere as vivências e necessidades específicas de pessoas racializadas, migrantes e/ou que fazem trabalho sexual que consomem *chems* em contextos sexuais.

4. Intervenção quanto ao uso de substâncias psicoativas que tenha em conta:

a) o policonsumo, isto é, o uso de diferentes substâncias psicoativas num mesmo período de tempo ou episódio e consumo;

b) os diferentes contextos de uso de substâncias psicoativas, como sejam o uso sexualizado, o uso em ambientes de lazer noturno e o consumo nas rotinas quotidianas, circadianas e de regulação emocional;

c) o rápido dinamismo associado à emergência de novas substâncias nos mercados informais de drogas e a padrões de consumo de novas substâncias psicoativas;

d) referência para serviços de redução de riscos, *drug checking* e apoio para pessoas que consomem drogas (**consultar recursos no Anexo 4**).

5. Intervenção que tenha em conta as frequentes experiências de violência e adversidade, incluindo violência na infância e adolescência, por pessoa parceira íntima, ou em contexto de uso de substâncias psicoativas, experiências de discriminação, assédio e hostilidade anti-LGBTQIA+ em espaços públicos. É ainda relevante entender as dinâmicas de poder em contextos de *chemsex*, incluindo no âmbito do trabalho sexual ou de sexo transacional (por exemplo, sexo em troca de drogas ou de acesso a determinados contextos) (**consultar recursos no Anexo 2**).

6. Intervenção que tenha em conta a promoção da saúde sexual e prevenção de infeção por IST (serviços de rastreio, consultas comunitárias e tratamento de IST para HSH; consultas de PrEP) (**consultar recursos no Anexo 3**).

7. Intervenção que se adapte e que suporte as pessoas em dificuldade socioeconómica, nomeadamente no trabalho sexual e processos migratórios.

8. Intervenção que reconheça a participação de outras pessoas, para além de HSH, nos ambientes e práticas de *chemsex*, e que atente às suas especificidades, nomeadamente quanto às pessoas trans e não-binárias.

9. Intervenção que se possa estender a familiares e pessoas parceiras, em intervenções conjuntas ou no encaminhamento a outros recursos de apoio.

3.3.3) Intervenção com mulheres trans que consomem drogas em contextos de trabalho sexual

Nesta secção apresentamos as vivências e experiências específicas de mulheres trans¹² que consomem drogas em contexto de trabalho do sexo, bem como as suas necessidades e prioridades de intervenção. Esta secção tem por base o trabalho de Nélon Ramalho com mulheres trans trabalhadoras do sexo (2020), e os principais conhecimentos partilhados e cocriados no “Laboratório de ideias sobre mulheres trans que consomem drogas”¹³ e no módulo sobre mulheres trans que consomem drogas nas duas edições do curso “Estratégias de intervenção com pessoas LGBTQIA+ que consomem drogas”¹⁴.

⇒ Vivências e experiências específicas de mulheres trans em contextos de trabalho sexual

As mulheres trans trabalhadoras do sexo são um dos grupos sociais mais invisibilizados, marginalizados, estigmatizados e incompreendidos na sociedade portuguesa (Oliveira, 2011; Ramalho, 2020). Este é um grupo social que tende a experienciar processos de vulnerabilização social mais agravados pela acumulação de estigmas e interseções de identidades e formas de

¹² Neste *toolkit* utilizamos o conceito mulheres trans, no entanto, nos contextos de trabalho sexual muitas pessoas identificam-se com um termo originário do Brasil, travesti (leia-se com ênfase em “ti”, e não em “ves”). “Travesti” é uma categoria identitária para definir uma diversidade de sujeitos masculinos que se exprimem e/ou constroem corporalmente, em diferentes graus, no feminino e a partir de contextos sociais específicos, particularmente, “prostitucionais” (Ramalho, 2020, p.15).

¹³ Participaram neste Laboratório de Ideias: Nélon Ramalho (investigador CIES-Iscte, APF – Associação para o Planeamento da Família); Gabriela Oliveira e Cátia Alves (GAT-Intendente); André Silva (projeto Mais Rastreo Mais Vida da Fundação Portuguesa “A Comunidade Contra a SIDA”); Joana Canedo e Anastacia (GAT-Manas); Filipe Gomes (Kosmicare e Consulta DiverGente da ARSLVT); Daniela Ribeiro (Abraço), Filipe Gaspar (gentopia, projeto Mais Rastreo Mais Vida). Este laboratório foi moderado por Cristiana Vale Pires com o apoio de Joana Castro e Helena Valente (Kosmicare).

¹⁴ Este módulo foi ministrado por Gabriela Oliveira (Casa T e GAT- Espaço Intendente) e Filipe Gaspar (gentopia e projeto Mais Rastreo Mais Vida da Fundação Portuguesa “A Comunidade Contra a SIDA”).

vida avaliadas como não normativas e desviantes pela lente da moralidade hegemónica. A matriz da opressão e hostilidade social tende a ser mais acentuada e severa caso as mulheres sejam migrantes e/ou racializadas (Ramalho, 2020). Apesar de serem várias as representações sociais e os mitos sobre as mulheres trans trabalhadoras do sexo, ainda são poucos os estudos que documentam de forma compreensiva as suas vivências.¹⁵

As mulheres trans enfrentam vários desafios relacionados com a afirmação da sua identidade e expressão de género. As suas trajetórias são marcadas por dinâmicas de violência, rejeição e por vezes expulsão familiar (Ramalho, 2023b), discriminação e violência transfóbica no espaço público (Ramalho, 2022), em serviços de saúde e sociais (Ramalho, 2023a) e em contextos escolares, apresentam baixos níveis de escolaridade, condições de vida mais precárias e pobreza. O seu acesso ao mercado formal de trabalho e a empregos estáveis é dificultado, ou mesmo impossibilitado, pelo estigma associado às suas identidades e aparência física, mas também à sua baixa escolaridade e condição de migrante. Para muitas mulheres trans o trabalho sexual representa uma das poucas atividades económicas disponíveis, graças à sua informalidade, mas essa mesma falta de enquadramento e proteção dificulta que acedam a direitos laborais, sociais, de saúde e de habitação. Se, por um lado, encontram no trabalho sexual um lugar para estar entre pares e ocultas da generalidade da sociedade, o facto de o trabalho sexual estar confinado à clandestinidade, em territórios geográfica e socialmente segregados, compromete ainda mais a segurança das mulheres trans, tornando-as vítimas preferenciais de crime, de exploração sexual e tráfico humano nestes contextos. Dada a sua experiência de hostilidade social e, além disso, quando não têm um enquadramento regularizado tanto para a sua migração como para a sua profissão, tendem a evitar o recurso às forças de segurança.

As experiências e riscos sociais das mulheres trans também variam em função dos contextos de trabalho sexual onde desenvolvem a sua atividade:

- **A rua** é percebida como um contexto mais adverso (devido às condições meteorológicas, à falta de conforto, ao horário de trabalho que tendencialmente é noturno) e mais perigoso (devido à sua hipervisibilidade em contextos mais segregados e marginalizados, e também por ser um lugar dominado por homens cis);
- Os **apartamentos e outros contextos indoor**, são percebidos como mais confortáveis e seguros pela partilha de espaço de trabalho com outras pessoas. No entanto, são também contextos exigentes e desafiantes. Em contextos *indoor*, as trabalhadoras do sexo têm menos autonomia porque têm de se adaptar às regras do espaço, podendo estar mais expostas a situações de exploração financeira e a risco de despejo. Por outro lado, estes

15

Aqui, sugerimos o importante trabalho de investigação, de natureza etnográfica, desenvolvido por Néilson Ramalho, que está compilado no seu livro "Virar travesti": Trajetórias de vida, prostituição e vulnerabilidade social (2020).

contextos tendem a privilegiar a “novidade”, pelo que algumas trabalhadoras do sexo têm de mudar e alternar entre espaços (“praças”) com alguma frequência, sendo que algumas se deslocam por várias cidades do país ou mesmo a nível internacional;

- Os espaços sociais como **bares de alterne e outras casas noturnas** são também contextos desafiantes pelos seus horários e pelas dinâmicas sociais que implicam, nomeadamente o incentivo ao consumo de bebidas alcoólicas com a pessoa cliente, pagas por esta última. Estes contextos também promovem uma alta mobilidade de trabalhadoras do sexo.

Pela sua natureza, os contextos de trabalho são promotores de competitividade entre trabalhadoras do sexo, principalmente em situações sociais e económicas mais adversas, agravando o seu isolamento social e dificultando a sua auto-organização.

As mulheres trans em contextos de trabalho sexual têm também necessidades específicas em termos de saúde. Não só tendem a apresentar maior prevalência de IST (como o VIH) , como também reportam sofrimento emocional e, em alguns casos, perturbações psiquiátricas (ansiedade, depressão, transtornos alimentares, perturbação de *stress* pós-traumático, *burnout*, ideação suicida). De uma forma geral, apresentam mais problemas de saúde, mas também mais obstáculos, discriminação e violência institucional no seu acesso aos serviços básicos de saúde e apoio social. É frequente o uso de medicação sem supervisão médica, nomeadamente hormonas sexuais e benzodiazepinas, e também o recurso à prática das *bombadeiras*, que injetam silicone industrial de forma a moldar o corpo.

Muitas mulheres trans migrantes em situação irregular não dispõem de PD4 (acordo de saúde que permite o acesso aos cuidados de saúde – emitido pelo SNS *online*) e podem também resistir a contactar com os serviços de saúde e sociais por medo de serem identificadas, perseguidas e forçadas a sair de Portugal. As suas baixas habilitações e falta de literacia sobre os seus direitos parece contribuir ainda mais para a sua vulnerabilização e exploração por outras pessoas, pelo que o empoderamento destas mulheres é fundamental na promoção da sua agência e no seu processo de ativação cívica e política.

⇒ **Consumos de drogas por mulheres trans em contexto de trabalho sexual**

O consumo de drogas por mulheres trans trabalhadoras de sexo não é inerentemente problemático

O consumo de substâncias psicoativas é um comportamento frequente entre mulheres trans trabalhadoras do sexo.

Estes consumos podem afirmar-se como uma estratégia de coping para se alhearem e lidarem com as adversidades, hostilidade e violência que experienciam de forma prolongada e

continuada. Configuram-se também como uma estratégia para lidar com as exigências, pressão e desafios inerentes ao trabalho sexual, bem como com desconforto físico e psicológico que experienciam nesta atividade. Por esse motivo, podemos considerar que o consumo de substâncias por estas mulheres se configura como uma estratégia de sobrevivência, sendo, para muitas, uma solução para se protegerem e fazerem frente aos seus desafios quotidianos.

As drogas como ferramentas de apoio à prática de trabalho sexual

Além de as estimularem física e mentalmente, permitindo que se mantenham alerta e acordadas durante a noite, as drogas proporcionam uma maior desinibição e extroversão que facilita o aliciamento e a abordagem clientelar e melhoram a performance e a prestação sexual. Paralelamente, em virtude do seu efeito anestésico, os consumos configuram um importante mecanismo psicológico. São fonte de descontração e relaxamento, promovem o alheamento da realidade e ajudam a aliviar as sensações de insegurança e perigosidade associadas ao seu trabalho. Todavia, o uso de substâncias psicoativas ocorre diversas vezes por influência de clientes. Aliciadas com a oferta de remunerações maiores, pressionadas e/ou com receio de perderem clientes, são muitas as mulheres que se envolvem em consumos partilhados, por via inalada, fumada ou injetada.

O trabalho sexual como forma de financiar o consumo de drogas

O álcool, a canábica, a cocaína (*crack* e em pó), as benzodiazepinas e a heroína foram referidas como as substâncias mais consumidas, exibindo padrões de uso considerados problemáticos, de tal forma que para muitas mulheres o trabalho sexual acaba por financiar principalmente os seus consumos, comprometendo a sua sobrevivência económica e funcionalidade nas outras áreas da sua vida. À dificuldade em gerir os seus consumos ou reconhecer o seu impacto na sua vida, acrescentaram-se a falta de informação sobre os efeitos, riscos e contraindicações das várias substâncias usadas, incluindo desconhecimento do que se consumiu e de possíveis combinações. Por esse motivo, a educação de pares e a redução de riscos têm um papel preponderante na intervenção com estas mulheres.

Algumas mulheres trans trabalhadoras do sexo debatem-se com desafios e dificuldades que podem ser agravados pelo seu consumo problemático de drogas. Nomeadamente,

- Podem agravar estados de sofrimento emocional anteriores, ansiedade, depressão, solidão e isolamento social;

- Podem promover a impulsividade, comportamentos agressivos e conflitos com pares, clientes e outras pessoas no espaço público;
- Os efeitos psicológicos e físicos de algumas substâncias podem contribuir para a diminuição das suas estratégias físicas e psicológicas de proteção (menor vigilância e menor capacidade de negociação com os clientes), podendo aumentar a sua exposição a clientes violentos e a uma maior permissividade a práticas sexuais desprotegidas ou não pretendidas;
- Podem promover a *overdose* ou tentativas de suicídio através do uso de drogas
- Podem aumentar o risco de infeção por VIH, Hepatite C, Sífilis, Hepatite A, VMPX e outras infeções;
- Podem aumentar os riscos associados ao consumo continuado de drogas (dependência, privação de sono);
- Podem favorecer lesões nas regiões anal e genital por diminuição da perceção de dor associada aos efeitos anestésicos de algumas substâncias;
- Muitas mulheres trans que consomem drogas acabam por ter de viver em situação de sem abrigo e abandonar o consumo de fármacos hormonais.

Principais dificuldades no acesso a serviços e respostas comunitárias reportadas por mulheres trans trabalhadoras do sexo

- A fragmentação e divisão dos serviços;
- A falta de formação e sensibilização de profissionais;
- O medo de ser alvo de estigma e discriminação;
- A falta de espaços seguros e inclusivos e a escassez de informação e materiais de redução de riscos adaptados aos seus padrões de consumo;
- O medo de não ser atendida ou de ser extraditada, no caso de trabalhadoras migrantes cuja situação não se encontra regularizada;
- A desadequação de horários (desencontro entre o horário laboral, noturno, e o horário de funcionamento dos serviços, diurno);
- A primazia na saúde sexual em detrimento do consumo de substâncias.

⇒ Prioridades na intervenção com mulheres que consomem drogas em contexto de trabalho sexual

1. Intervenção afirmativa e culturalmente competente, adaptada e responsiva às experiências de mulheres trans em contexto de trabalho sexual. No atendimento psicossocial é importante adotar abordagens humanistas, centradas na pessoa e informadas pelo trauma, centralizando as experiências subjetivas da pessoa, valorizando a sua autodeterminação e a sua agência na implementação incremental de mudanças adaptativas da sua saúde física, mental e social (*any positive change*).

2. É fundamental apoiar o empoderamento e a ativação cívica e política destas mulheres. As respostas e as práticas de atendimento devem proporcionar um ambiente seguro de acesso e apoio social, mas devem também apoiar os seus processos de emancipação e autonomia, centralizando as suas prioridades e desejos e preservando a sua agência.

3. Apostar numa recolha ética dos dados necessários para a intervenção. Devem ser meramente recolhidos os dados necessários através do uso de uma comunicação adequada. A pessoa deve ser esclarecida em relação à relevância e uso dos dados que estão a ser recolhidos.

4. Os horários de atendimento a pessoas trans trabalhadoras do sexo devem ser adaptados às suas rotinas (por exemplo, não sugerir horários matinais se a pessoa trabalha de noite). Pode ser também relevante criar horários de intervenção específicos para mulheres trans, de forma a aumentar a sua perceção de segurança e conforto no acesso ao serviço.

5. Aplicar uma abordagem interseccional que considere as vivências e necessidades específicas de pessoas racializadas, migrantes que fazem trabalho sexual. É fundamental contribuir para o aumento da sua literacia em relação aos seus direitos ao nível da saúde, como os procedimentos para aceder ao Serviço Nacional de Saúde, e respostas de intervenção comunitária com trabalhadoras ([equipas a intervir a nível nacional](#)).

4. Num primeiro contacto, a menos que a pessoa o comunique, o consumo de substâncias e outras questões mais sensíveis não devem ser abordadas – é essencial estabelecer primeiro uma relação de confiança e empatia.

5. Intervenção focada no consumo de drogas deve centralizar a pessoa, considerando:

a) as suas motivações para o consumo de drogas em contexto de trabalho sexual. É fundamental criar um espaço seguro para abordar múltiplas questões, como por exemplo, as dificuldades em lidar com a atividade, as exigências de clientes;

b) o consumo não é uma consequência linear da vitimação. Mesmo reconhecendo que o consumo de drogas pode ser usado como um mecanismo de fuga para lidar com trauma e sofrimento emocional, é fundamental permitir às mulheres que sejam mais do que vítimas, abrir espaço a outras dimensões de si e não ter uma perspectiva paternalista e salvacionista;

c) a indisponibilidade para cessar os seus consumos. A redução de riscos afirma-se como um modelo de intervenção adequado para o apoio à gestão e autorregulação adaptativa dos seus padrões de consumo, à redução de eventuais riscos de saúde e sociais, para a referenciação para serviços comunitários;

d) a relevância e desestigmatização das vivências e comportamentos das pessoas trans que consomem drogas em contextos de trabalho sexual, apoiando e militando pelos seus direitos e dignificando as suas vidas;

e) a importância de aumentar a sua literacia para os seus processos de autorregulação dos seus consumos, estratégias de redução de riscos, efeitos das substâncias, policonsumo e interações medicamentosas, padrões de adulteração das substâncias que circulam nos mercados informais de drogas. A este nível, e numa lógica de colaboração comunitária, pode fazer sentido a referenciação para outras equipas de redução de riscos (**consultar recursos no Anexo 4**).

6. Intervenção que tenha em conta as frequentes experiências de violência e adversidade, incluindo violência na infância e adolescência, por parceiro íntimo, ou em contexto de uso de substâncias psicoativas, experiências de discriminação, assédio e hostilidade anti-LGBTQIA+ em espaços públicos. É ainda relevante entender as dinâmicas de poder em contextos de trabalho sexual (**consultar recursos no Anexo 2**).

7. Intervenção que tenha em conta a promoção da saúde sexual e prevenção de infeção por IST (serviços de rastreio, consultas comunitárias e tratamento de IST; consultas de PrEP) (**consultar recursos no Anexo 3**).

8. Intervenção que se adapte e que suporte as pessoas em dificuldade socioeconómica, nomeadamente no trabalho sexual, pessoas trans, migrantes. Pode ser relevante ter, pelo menos, uma pessoa de referência em cada organização que tenha conhecimento e tenha competências para responder às necessidades de mulheres trans que consomem drogas.

9. Na impossibilidade de criar uma resposta específica capaz de responder às necessidades complexas de mulheres trans trabalhadoras do sexo que consomem drogas, é fundamental investir na criação de redes de referência e colaboração interinstitucional. Através da criação de canais de comunicação e referência de confiança (mesmo que informais) pode-se promover uma resposta articulada e integrada bem como desbloquear eventuais resistências que inibam o acesso a determinados serviços.

10. As frequentes deslocações para outros países e cidades (praças), tendo-se sugerido a integração na rede de referência de entidades europeias que possibilitem, por exemplo, manter a medicação no estrangeiro.

11. É fundamental promover o contacto com pares e o reforço a dinâmicas de apoio mútuo entre elas, partilha de momentos de lazer, cultura e bem-estar e a reativação da pessoa, dos seus direitos e agência para participação pública e cívica.

3.3.4) Intervenção com pessoas LGBTQIA+ em situação de sem abrigo que consomem drogas

Nesta secção apresentamos as vivências e experiências específicas de pessoas LGBTQIA+ em situação de sem abrigo que consomem drogas. Esta secção tem por base a apresentação de Ary Teixeira no âmbito da sua participação como pessoa formadora no curso “Estratégias de intervenção com pessoas LGBTQIA+ que consomem drogas” implementado no âmbito do projeto Queercare.

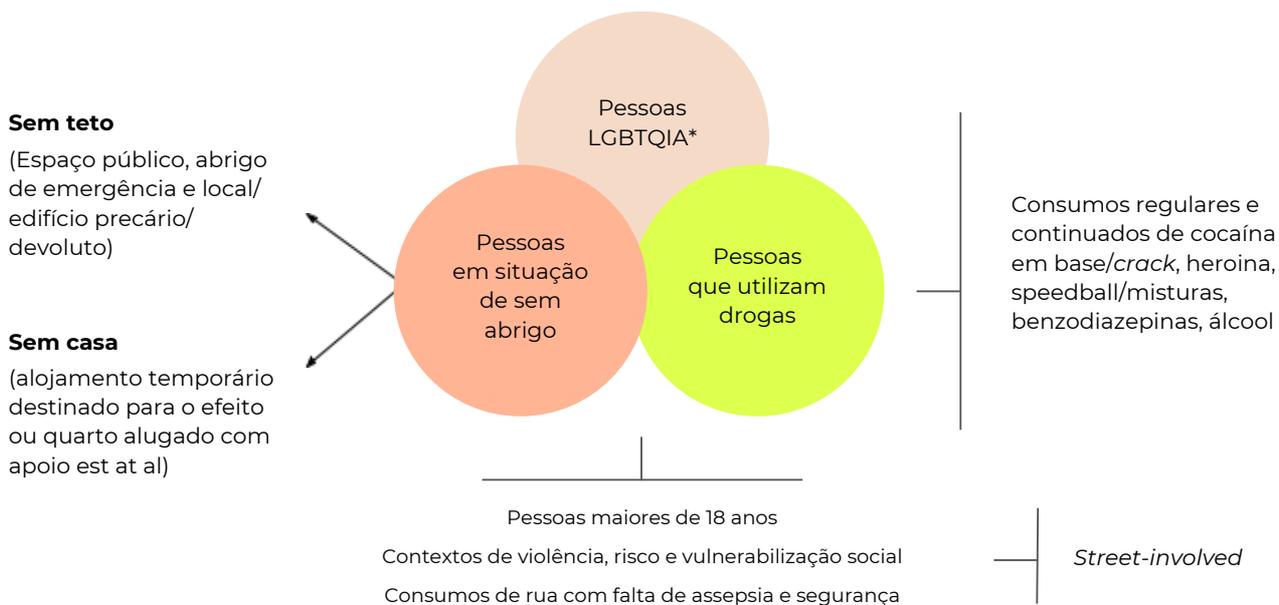
⇒ Vivências e experiências específicas de pessoas LGBTQIA+ em situação de sem abrigo

Não existe uma causa singular que explique uma trajetória de vida que culmina numa situação de sem abrigo. Por esse motivo, a lente de interseccionalidade permite perceber que há múltiplos sistemas de opressão, simultâneos e inseparáveis, que determinam essa situação. A pobreza, problemas de saúde mental e sua relação com o consumo de substâncias parecem ser as causas mais relevantes, sendo estas potenciadas por outros sistemas de opressão como o racismo e a xenofobia. A discriminação e o estigma, a falta de apoio familiar, as experiências de institucionalização e as experiências traumáticas relacionadas com a violência de género tendem a agravar os processos de vulnerabilização que podem culminar numa situação de sem abrigo. Quando se analisam os fatores mais relevantes que determinam as situações de sem abrigo de pessoas LGBTQIA+, os problemas de saúde física, a infeção por VIH, o trabalho

sexual e a inacessibilidade a albergues surgem como os fatores mais relevantes. Em específico, identificam-se como causas mais relevantes no interlúdio entre as vivências LGBTQIA+ e a trajetória para uma situação sem abrigo as falhas no apoio no início de vida (Ecker et al., 2019; DeChant et al., 2021). Nomeadamente:

- O abandono ou exclusão da sua casa/casa de acolhimento por respostas negativas face à sua identidade, expressão de género ou orientação sexual;
- A experiência de abusos verbais, físicos e/ou sexuais por pessoas do seu agregado familiar ou outras pessoas cuidadoras;
- O uso de drogas por parte das suas figuras parentais, a desaprovação dos seus consumos pessoais ou a necessidade de viver numa cidade que reconhecem como mais inclusiva da sua diversidade (e.g., a migração de contextos rurais ou de cidades mais pequenas para cidades maiores e mais cosmopolitas).

As falhas do sistema de apoio no início de vida vão também relacionar-se com as causas mais relevantes da experiência de sem abrigo, nomeadamente os problemas de saúde mental e o consumo de drogas. Estas tendem a ser amplificadas pelo elevado nível de *stress* que advém do preconceito social e de leis discriminatórias em áreas da sua vida quotidiana.



As experiências de rejeição familiar, a hostilidade anti-LGBTQIA+, a violência, a discriminação e consequente trauma e *stress* psicossocial dificultam o acesso das pessoas LGBTQIA+ à habitação, ao mercado de trabalho formal e à saúde. Por esse motivo, estas pessoas experienciam mais problemas em termos da sua saúde física e mental, apresentam taxas mais elevadas de suicídio e têm medo e vergonha de afirmar as suas identidades. Têm também mais dificuldades e resistências no acesso a serviços de saúde generalistas por anteciparem experiências de discriminação, e experienciam mais obstáculos no acesso a saúde afirmativa, terapia hormonal afirmativa, acompanhamento psicológico e cirurgias de afirmação de género (Fraser et al., 2019).

Em entrevista ao jornal Observador,¹⁶ Hélder Bértolo, presidente da Associação Opus Diversidades, afirma que há poucos dados sobre a prevalência de pessoas LGBTQIA+ em situação de sem abrigo, mas que se estima que representem entre 20% a 40% da população nesta situação. Refere também que a falta de competências culturais e a violência institucional que prevalece nas respostas transversais contribui para a sua revitimização e falta de adesão a estas respostas. Os impactos sociais da pandemia COVID-19 e a crise da habitação têm também contribuído para a precarização da vida das pessoas LGBTQIA+.

Num contexto de extrema vulnerabilização e exclusão social, potenciado por ciclos de pobreza e questões sistémicas como o racismo, a xenofobia e o proibicionismo, as pessoas em situação de sem abrigo mostram uma baixa adesão a serviços de saúde.

⇒ **Consumos de drogas por pessoas LGBTQIA+ em situação de sem abrigo**

- As pessoas LGBTQIA+ que estão em situação de sem abrigo têm índices mais elevados de consumo de substâncias psicoativas por comparação a pessoas cishétero na mesma situação;
- Pessoas trans em situação de sem abrigo têm índices ainda mais elevados do que pessoas cis LGB na mesma situação;
- Pessoas LGBTQIA+ em situação de sem abrigo têm maior probabilidade do que as pessoas cishétero na mesma situação de terem relatado o consumo de canábis, *crack*, cocaína, heroína, entre outras substâncias.

¹⁶ Citado na entrevista "Pessoas LGBTQIA+ em situação de sem-abrigo não recebem 'respostas especializadas'", publicada no dia 19/12/2023 e com autoria da Agência Lusa. Notícia disponível *online* em: <https://observador.pt/2023/12/19/pessoas-lgbtqia-em-situacao-de-sem-abrigo-nao-recebem-respostas-especializadas/>

Os contextos de rua tendem a ser dominados por homens cisgênero e, por esse motivo, as pessoas LGBTQIA+ que consomem drogas encontram-se mais desprotegidas e expostas a situações de violência (agressões verbais, físicas e/ou sexuais). Tendem a estar mais invisibilizadas e a invisibilizar-se, ocultando a sua identidade como estratégia de proteção e experienciando um maior isolamento social e solidão. Por se encontrarem em situações de pobreza extrema, tendem a recorrer ao trabalho sexual como estratégia de sobrevivência (*survival sex*). O consumo de drogas pode surgir também como uma estratégia de sobrevivência para lidar com as adversidades associadas à experiência de sem abrigo e às suas trajetórias traumáticas.

Algumas pessoas LGBTQIA+ em situação de sem abrigo debatem-se com desafios e dificuldades que podem ser agravados pelo seu consumo problemático de drogas.

Nomeadamente,

- Podem agravar estados de sofrimento emocional anteriores, ansiedade, depressão, solidão e isolamento social;
- Podem potencializar a impulsividade, comportamentos agressivos e conflitos, relacionados quer com o contexto de rua, quer com potenciais adulterantes presentes nas substâncias psicoativas;
- Os efeitos psicológicos e físicos de algumas substâncias, associado à vulnerabilidade extrema da situação de sem abrigo, podem contribuir para a diminuição das suas estratégias físicas e psicológicas de proteção (menor vigilância e menor capacidade de negociação com os clientes de trabalho sexual), podendo aumentar a sua exposição a clientes violentos e a uma maior permissividade a práticas sexuais desprotegidas ou não pretendidas;
- Podem provocar situações de sobredosagem ou tentativas de suicídio através do uso de drogas;
- Podem aumentar o risco de infeção por VIH, Hepatite C, Sífilis, Hepatite A, VMPX e outras infeções;
- Podem aumentar os riscos associados ao consumo continuado de drogas (dependência, privação de sono);
- Podem aumentar os riscos associados à adulteração das substâncias que circulam nos mercados informais de drogas.

Principais dificuldades no acesso a serviços e respostas comunitárias das pessoas LGBTQIA+ em situação de sem abrigo que consomem drogas

- A falta de competência cultural, a lentidão e inadequação de serviços de saúde específicos para a intervenção no consumo de drogas (equipas de tratamento, unidades de desabituação, comunidades terapêuticas) desencoraja as pessoas LGBTQIA+ a procurarem apoio para os seus consumos problemáticos de drogas;
- Respostas de alojamento temporário não adequadas às especificidades e prioridades de pessoas LGBTQIA+;
- Falta de espaços *drop-in* e centros comunitários para pessoas LGBTQIA+ em situação de vulnerabilização social;
- Falta de representatividade de género nos serviços que atendem pessoas LGBTQIA+ em situação de sem abrigo;
- Falta de conhecimento por parte de profissionais generalistas e de equipas de redução de riscos para as realidades e especificidades das pessoas LGBTQIA+ que consomem drogas;
- Barreiras institucionais impostas a pessoas migrantes e sem morada fiscal na cidade de pernoita/permanência.

⇒ Prioridades na intervenção com pessoas LGBTQIA+ em situação de sem abrigo que consomem drogas

1. Intervenção afirmativa e culturalmente competente, adaptada e responsiva às experiências de pessoas LGBTQIA+ em situação de sem abrigo. No atendimento psicossocial é importante adotar abordagens humanistas, centradas na pessoa e informadas pelo trauma, centralizando as experiências subjetivas da pessoa, valorizando a sua autodeterminação e a sua agência na implementação incremental de mudanças adaptativas da sua saúde física, mental e social (*any positive change*).

2. É fundamental apoiar o empoderamento e a ativação cívica e política destas pessoas. As respostas e as práticas de atendimento devem proporcionar um ambiente seguro de acesso e apoio social, mas devem também apoiar os seus processos de emancipação e autonomia, centralizando as suas prioridades e desejos e preservando a sua agência.

3. Apostar numa recolha ética dos dados necessários para a intervenção. Devem ser meramente recolhidos os dados necessários através do uso de uma comunicação adequada. A pessoa deve ser esclarecida em relação à relevância e uso dos dados que estão a ser recolhidos.

4. Aplicar uma abordagem interseccional e contribuir para o aumento da sua literacia em relação aos seus direitos ao nível da saúde, como os procedimentos para aceder ao Serviço Nacional de saúde, e respostas de intervenção comunitária com trabalhadoras ([equipas a intervir a nível nacional](#)).

5. Intervenção focada no consumo de drogas deve centralizar a pessoa, considerando:

a) as suas motivações e a função do consumo de drogas em contexto de rua;

c) a indisponibilidade para cessar os seus consumos. A redução de riscos afirma-se como um modelo de intervenção adequado para o apoio à gestão e autorregulação adaptativa dos seus padrões de consumo, à redução de eventuais riscos de saúde e sociais, para a referenciação para serviços comunitários;

d) a relevância e desestigmatização das vivências e comportamentos das pessoas LGBTQIA+ em situação de sem abrigo e promover o seu acesso a respostas de saúde e sociais;

e) a importância de aumentar a sua literacia sobre os riscos associados ao consumo de drogas e da incerteza em relação ao conteúdo e potências das substâncias que circulam nos mercados informais de drogas. A adulteração da heroína, em particular, levanta sérias preocupações em termos de saúde pública. É conveniente articular e promover a referenciação para salas de consumo vigiado ou equipas de redução de riscos que integrem programas de troca de seringas, disponibilizem naloxona¹⁷ e promovam educação para práticas de consumo mais seguras (**consultar recursos no Anexo 4**).

6. Referenciação para serviços de prevenção e rastreio de infeção por IST (serviços de rastreio, consultas comunitárias e tratamento de IST) (**consultar recursos no Anexo 3**).

7. Articular com serviços de apoio social e habitacional ([Linha de Emergência Social](#)).

¹⁷

Cloridrato de Naloxona é um antagonista opiáceo que atua como medicação de emergência para reverter situações de overdose ou de emergência relacionada com o uso de opiáceos.

8. É fundamental promover o contacto com pares e o reforço a dinâmicas de apoio mútuo entre elas, partilha de momentos de lazer, cultura e bem-estar e a reativação da pessoa, dos seus direitos e agência para participação pública e cívica.

Bibliografia

ACON (2017). *Discrimination towards LGBTI people in health care settings*. <https://removingbarriers.ashm.org.au/wpcontent/uploads/2017/05/CommunitysubmissionACON.pdf>

Aires, R., Teixeira, T. & Grave, R. (2022). *De memória: História das lutas feministas e LGBTQIA+ em Portugal*. gentopia – Associação para a Diversidade e Igualdade de Género. <https://drive.google.com/file/d/1boPzIGcz7H39EW3NfpHzMIHCl3jCXcP7/view?usp=sharing>

Bachmann, C. & Gooch, B. (2018). *LGBT in Britain - Health report*. Stonewall. https://www.stonewall.org.uk/system/files/lgbt_in_britain_health.pdf

Bass, B. & Nagy, H. (2023). *Cultural competence in the care of LGBTQ patients*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563176/>

Cruz, O. (2015). Non problematic illegal drug use: Drug use management strategies in a Portuguese sample. *Journal of Drug Issues*, 45(2), 133-150. <https://doi.org/10.1177/0022042614559842>

DeChants, J. P., Green, A. E., Price, M. N., & Davis, C. K. (2021). Homelessness and housing instability among LGBTQ youth. *The Trevor Project*.

Drescher, J. (2015). Out of DSM: Depathologizing homosexuality. *Behavioral Sciences*, 5(4), 565-575. <https://doi.org/10.3390/bs5040565>

Ecker, J., Aubry, T., & Sylvestre, J. (2019). A review of the literature on LGBTQ adults who experience homelessness. *Journal of homosexuality*, 66(3), 297-323. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1413277>

Ellis, A.E., & Cook, J.M. (2019). *Five things therapists can do when working with LGBTQ+ individuals*. <https://societyforpsychotherapy.org/five-things-therapists-can-do-when-working-with-lgbtq-individuals>

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2010). *Harm reduction: Evidence, impacts and challenges*. Publications Office of the European Union. https://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction_en

Fish, J., Almack, K., Hafford-Letchfield, T. & Toze, M. (2021). Editorial: What are lgbt+ inequalities in health and social support—Why should we tackle them? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3612, <https://doi.org/10.3390/ijerph18073612>

Fish, J., King, A. & Almack, K. (2018) Queering activism through the lens of the sociology of everyday life. *Sociological Review*, 66(6), 1194-1208. <https://doi.org/10.1177/0038026118758576>

Florêncio, J. (2023). Drugs, techno and the ecstasy of queer bodies. *The Sociological Review*, 71(4), 861-880. <https://doi.org/10.1177/00380261231174970>

Fraser, B., Pierse, N., Chisholm, E. & Cook, H. (2019). LGBTIQ+ homelessness: A review of the literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(15), 2677. <https://doi.org/10.3390/ijerph16152677>

Frost, D. M., & Meyer, I. H. (2023). Minority stress theory: Application, critique, and continued relevance. *Current Opinion in Psychology*, 51, 101579. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2023.101579>

Gomes, F. A. S. (2020). Representações sociais das/os enfermeiras/os sobre orientação sexual e identidade de género [Dissertação de mestrado, Iscte - Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório Iscte. <http://hdl.handle.net/10071/22139>

Gomes, F., Pires, C. V. & Caldas, J. (2022). *Harm reduction for chemsex in Lisbon: Community-based interventions for a hard-to-reach group, during the COVID-19 pandemic*. E-Short communication apresentada no Lisbon Addictions 2022. https://www.lisbonaddictions.eu/lisbon-addictions-2022/sites/lisbonaddictions.eu.lisbon-addictions-2022/files/24%20%20107%20%201320%20%20Filipe%20Couto%20Gomes_v1.0.pdf

Haldane, V., Jung, A. S., De Foo, C., Shrestha, P., Urdaneta, E., Turk, E. et al. (2022). Integrating HIV and substance misuse services: A person-centred approach grounded in human rights. *The Lancet Psychiatry, Series Alignment of Mental Health and HIV Services*, 9(8), 676-688. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00159-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00159-6)

Levitt, N., Klingstein, K. & Reiss, E. (2020). *Enhancing clinical skills in caring for LGBTQ+ clients in a hospital setting*. https://www.hss.edu/conditions_enhancing-clinical-skills-LGBTQ-care-hospital-setting.asp

LGBTQIA+ Health Education Center. (2016). *Providing inclusive services and care for LGBT people: A guide for health care staff*. <https://www.lgbtqihealtheducation.org/wp-content/uploads/Providing-Inclusive-Services-and-Care-for-LGBT-People.pdf>

Mandler, T. & Perez Gayo, R. (2023). *Becoming peer*. Correlation – European Harm Reduction Network.

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>

Meyer, I. H. (2015). Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 209-213. <http://dx.doi.org/10.1037/sgd0000132>

Mitra, S. & Globerman, J. (2014). *Facilitators and barriers to health care for lesbian, gay and bisexual (LGB) people*. Ontario HIV Treatment Network. <https://www.ohntn.on.ca/Pages/Knowledge-Exchange/Rapid-Responses/Documents/RR79.pdf>

Moita, G. (2006). A patologização da diversidade sexual: Homofobia no discurso de clínicos. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 76, 53-72. <https://doi.org/10.4000/rccs.862>

Moleiro, C., & Pinto, N. (2009). Diversidade e psicoterapia: Expectativas e experiências de pessoas LGBT acerca das competências multiculturais de psicoterapeutas. *Ex æquo - Revista da Associação Portuguesa de Estudos sobre as Mulheres*, 20, 159-172.

Moleiro, C., Pinto, N., Oliveira, J., & Santos, M. H. (2016). *Violência doméstica: Boas práticas no apoio a vítimas LGBT: Guia de boas práticas para profissionais de estruturas de apoio a vítimas*. Comissão para a Igualdade de Género.

https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2017/03/Violencia-domestica_boas-praticas-no-apoio-a-v%C3%ADtimas-LGBT-Guia-para-profissionais-de-estruturas-de-apoio-a-v%C3%ADtimas.pdf

Mutatayi, C., Morton, S., Soto, N. R., Pálsdóttir, K., & Pires, C. V. (2022). *Implementing a gender approach in drug policies: Prevention, treatment and criminal justice. A handbook for practitioners and decision makers*. Council of Europe Publishing. <https://rm.coe.int/2022-pgp-implementing-a-gender-approach-in-drug-policies-a-pg-handbook/1680a66835>

Neves, S., Ferreira, M. (coord.), Topa, J., Borges, J., Vieira, C. P., Allen, P., Sousa, E., Costa, R., Rocha, H., Silva, L. & Lira, A. (2022). *Guia de boas práticas para a intervenção com pessoas LGBTI vítimas de violência doméstica*. Associação Plano i. <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/13915>

Oliveira, A. (2011). *Andar na vida: Prostituição de rua e reação social*. Edições Almedina.

Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP] (2020). *Linhas de orientação para a prática profissional no âmbito da intervenção psicológica com pessoas LGBTQ*.

https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/linhasorientacao_lgbtq.pdf

Pinto, N., Côrte-Real, P., Ramos, M., & Torres, R. (2014). *SAÚDE EM IGUALDADE: Pelo acesso a cuidados de saúde adequados e competentes para pessoas lésbicas, gays, bissexuais e trans*. <https://ilga-portugal.pt/ficheiros/pdfs/igualdadenasaude.pdf>

Pires, C. V., Gomes, F. C., Caldas, J., & Cunha, M. (2022). Chemsex in Lisbon? Self-reflexivity to uncover the scene and discuss the creation of community-led harm reduction responses targeting chemsex practitioners. *Contemporary Drug Problems*, 49(4), 434-452. <https://doi.org/10.1177/00914509221094893>

Pires, C. V., Plaza, L., & Ferrer, R. (25 de junho 2022). *Drug use in nightlife environments and related risks among LGBTQIA+: Results from a Europe-wide websurvey*. Trabalho apresentado durante a 3ª edição da conferência "LGBT+ Psychology and Related Fields", Lisboa.

Pires, C. V., Garcia- Ruiz, M., Gomes, F. & Nofre, J. (in press). A century of queerness after dark: A historical sociology of LGBTQ+ nights in Lisbon (1920-2020). [Submitted to *Sexualities*]

Plaza, L., Ferrer, R., & Pires, C.V. (2022). Sexism free night: Research report (sexualised violence in night life environments). *European Commission*. <http://hdl.handle.net/10400.14/40000>

Plaza, I. C. (2023). *Psicoterapia queer: Uma introducción*. Bellaterra Ediciones.

Psychological Society of Ireland (s/d). *Guidelines for good practice with Lesbian, Gay and Bisexual Clients*.

https://www.psychologicalsociety.ie/source/PSI%20Guidelines%20for%20Good%20Practice%20with%20LGB%20Clients_1.pdf

Ramalho, N. (2015). Competências e práticas afirmativas dos assistentes sociais com famílias e pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgénero (LGBT). In M. I. Carvalho (Org.), *Serviço Social com Famílias* (pp. 125-140). Pactor.

Ramalho, N. (2020). *Virar Travesti": Trajetórias de vida, prostituição e vulnerabilidade social*. Edições Tinta da China.

Ramalho, N. (2022). *A vitimação de mulheres trans em contextos de trabalho sexual*. VI CIDHCoimbra 2021–Volume 1 (pp.394-405). Campinas / Jundiaí: Editora Brasília / Edições Brasil https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/25970/1/conferenceobject_89798.pdf

Ramalho, N. (2023a). A satisfação de mulheres trans trabalhadoras do sexo com a qualidade do suporte social prestado pelos serviços sociais. *EHQUIDAD. Revista Internacional de Políticas de Bienestar y Trabajo Social*, 20, 111-138. <https://doi.org/10.15257/ehquidad.2023.0015>

Ramalho, N. (2023b). *Crianças e jovens trans: Reações familiares perante a diversidade de género*. IV Congresso Ibero-Americano de Intervenção Social – Infância e Juventude (pp.423-436). Lema d´Origem – Editora. <http://hdl.handle.net/10437/14423>

Saleiro, S., Ramalho, N., Menezes, M. S., & Gato, J. (2022). *Estudo Nacional sobre as necessidades das pessoas LGBTI e sobre a discriminação e em razão da orientação sexual, identidade e expressão de género e características sexuais*. Comissão para a Cidadania e a Igualdade de género. https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2022/05/Estudo_necessidades_pessoas_LGBTI_discrimina_orienta_sexual_id_express_genero_caractrstcs_sexuais.pdf

Schmidt, R., Poole, N., Greaves, L., & Hemsing, N. (2018). *New terrain: Tools to integrate trauma and gender informed responses into substance use practice and policy*. Centre of Excellence for Women’s Health. <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.25260.77449>

Sessi, S. K. (2023). *Our lives, our care. The report and recommendations of the re-queering harm reduction project*. National Harm Reduction Coalition and the Lighthouse Learning Collective. <https://idpc.net/publications/2023/08/our-lives-our-care-the-report-and-recommendations-of-the-re-queering-harm-reduction-project>

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências [SICAD] (2016). *Linhas de orientação técnica para a intervenção em redução de riscos e minimização de danos: competências dos interventores*. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências.

https://www.sicad.pt/BK/Intervencao/DocumentosTecnicoNormativos/Lists/SICAD_DOCUMENTOSNORMATIVOS/Attachments/31/Manual_LOTIRRMD.PT.pdf

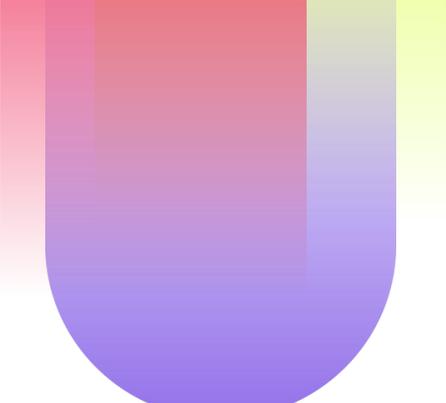
Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA] (2014). *SAMHSA’s concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach*. HHS Publication No. (SMA) 14-4884. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/sma14-4884.pdf>

Teixeira, T., Grave, R., Aires, R., & Pereira, Carmo G. (2021). *isto não é um glossário: in/definições de géneros e sexualidades*. gentopia - Associação para a Diversidade e Igualdade de Género. <https://drive.google.com/file/d/1YbDDxCXRxeFhfmnyODcQLvEw-unKQXj/view>

Valente, H. & Martins, D. (2021). Saúde pública e redução de riscos: O espaço dos discursos subjugados. In V. Calado. (Org.), *Comportamentos aditivos. Perspetivas e desafios*. Dossier Temático: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências. https://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/228/DossierTematico_ComportamentosAditivos_Perspetiva_e_desafios.pdf

Valentine, M. & Maund, O. (2017). *Transgender inclusion in drug and alcohol services*. Scottish Trans Alliance. <https://www.scottishtrans.org/wp-content/uploads/2017/03/trans-inclusion-in-drug-and-alcohol-services.pdf>

Wilson, L. (2021). The impact of power dynamics when counselling clients with problematic substance use. *Psychotherapy and Politics International*, 19(2), e1572. <https://doi.org/10.1002/ppi.1572>



ANEXOS

ANEXO 1

Enquadramento legal nacional para diversas questões relacionadas com a igualdade de género, orientações sexuais, identidades e expressões de género e características sexuais

Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não Discriminação 2018-2030

Resolução do Conselho de Ministros n.º 61/2018

[Descarregar pdf](#)

Direito à autodeterminação da identidade de género e expressão de género e à proteção das características sexuais de cada pessoa

Lei n.º 38/2018 de 7 de Agosto

[Descarregar pdf](#)

Eliminação das discriminações no acesso à adoção, apadrinhamento civil e demais relações jurídicas familiares

Lei n.º 2/2016 de 29 de Fevereiro

[Descarregar pdf](#)

Alargamento do âmbito dos/as beneficiários/as das técnicas de procriação medicamente assistida

Decreto Regulamentar n.º 6/2016 de 29 de Dezembro

[Descarregar pdf](#)

Alargamento do casamento civil a casais do mesmo sexo

Lei n.º 9/2010 de 31 de Maio

[Descarregar pdf](#)

Regime de aplicação da educação sexual em meio escolar

Lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto

[Descarregar pdf](#)

Alteração ao Código Penal - agravamento dos crimes de ódio, nomeadamente fundados na orientação sexual da vítima

Lei n.º 59/2007 de 4 de Setembro

[Descarregar pdf](#)

Alteração do Artigo 13.º da Constituição (Princípio da Igualdade)

DR n.º 173/2004, Série I-A de 2004-07-24

[Descarregar pdf](#)

Adopção de medidas de proteção das uniões de facto

Lei n.º 7/2001 de 11 de Maio

[Descarregar pdf](#)

ANEXO 2

2.1) Respostas comunitárias na área do apoio psicológico e da promoção de saúde mental das pessoas LGBTQIA+

LOCAL	ORGANIZAÇÃO	ÂMBITO	CONTACTOS
Coimbra	Associação Existências	Apoio psicológico e psicossocial	239 837 033 / 965 592 651 a.existencias@gmail.com
Coimbra	Associação A Cores	Psicologia Clínica	a.cores.associacao@gmail.com
Guimarães	Projeto Bússola - Casa do Povo de Fermentões	Psicologia Clínica Apoio à Vítima	www.somoscsp.pt/projeto-bussola
Lisboa	Casa Qui	Psicologia Clínica Psiquiatria Pedopsiquiatria Apoio à Vítima	www.casa-qui.pt
Lisboa	ILGA Portugal	Psicologia Clínica Psiquiatria Apoio à Vítima	www.ilga-portugal.pt
Lisboa	Opus Diversidades	Psicologia Clínica	924 467 485 https://opusdiversidades.org
Matosinhos	Associação Plano i - Centro Gis	Psicologia Clínica Psiquiatria Apoio à Vítima Apoio jurídico	966 090 117 gis@associacaoplanoi.org
Ponta Delgada	(A)Mar	Psicologia Clínica Apoio à Vítima	amarpeladiversidade@gmail.com

No seu conjunto, as Organizações de Base Comunitária dirigidas às pessoas LGBTQIA+ também oferecem, por um lado, grupos, eventos e espaços comunitários, e por outro, serviços de apoio social e jurídico (incluindo apoio a vítimas e apoio a pessoas em migração/asilo). Uma lista de associações e serviços é disponibilizada nestes três recursos:

- [guia sobre saúde e leis trans em portugal: recursos e procedimentos](#) • [rede ex aequo](#) –
- [associação de jovens lgbt e apoiantes \(rea.pt\)](#)
- [Serviços de Psicologia LGBTI-específicos e Profissionais e Serviços de Psicologia](#)
- [Recomendados](#)
- [Recursos e Serviços – Movimentos e associações da sociedade civil \(CIG\)](#)
- [Recursos úteis - CIG](#)

2.2) Respostas comunitárias para apoio a pessoas que experienciam violência de género

LOCAL	ORGANIZAÇÃO	ÂMBITO	CONTACTOS
Lisboa	Espaço Júlia - RIAV (Resposta Integrada de Apoio à Vítima)	Apoio psicológico e psicossocial para vítimas de violência doméstica	210 179 288 info@jfsantoantonio.pt
Lisboa e todo o país (<i>online</i>)	Quebrar o Silêncio	Apoio psicológico para homens vítimas de abuso sexual	910 846 589 apoio@quebrarosilencio.pt
Lisboa	AMCV – Associação e Mulheres contra a violência	Apoio psicológico a mulheres e jovens que experienciaram violência de género	213 802 165 ca@amcv.org.pt
Porto, Matosinhos, Vila Nova de Gaia, Maia, Gondomar	Espaço Lara, Associação Plano i	Apoio Psicológico Especializado para Crianças e Jovens Vítimas de Violência Doméstica	926 718 599
Porto	Centro EIR - UMAR	Apoio psicológico para pessoas que se identificam como mulheres e experienciaram violência sexual	914 736 078 eir.centro@gmail.com
A nível nacional	APAV	Linha de apoio à vítima Gabinetes de apoio à vítima em várias cidades	116 006 (linha de apoio à vítima) Contacto de gabinetes de apoio à vítima a nível nacional

ANEXO 3

Saúde sexual e prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)

O que são comportamentos sexuais de risco?

São comportamentos que podem afetar o bem-estar ou mesmo causar problemas de saúde graves. Muitas vezes associam-se a estes comportamentos o consumo de substâncias, como álcool e drogas.

Não raras as vezes, pessoas que consomem álcool ou drogas têm comportamentos sexuais de risco e práticas de consumo, nomeadamente na partilha de material, que não são seguras.

A Organização Mundial de Saúde recomenda que o termo doença sexualmente transmissível (DST) seja substituído por infeção sexualmente transmissível (IST). O termo infeção sexualmente transmissível tem sido adotado desde 1999, por abranger melhor as infeções assintomáticas, e não assumir sempre a existência de um quadro de sintomas, característico do termo “doença”.

As infeções sexualmente transmissíveis são, como o nome indica, infeções que são possíveis de se transmitir entre duas pessoas, através do contacto sexual. Este contacto poderá ser através de sexo oral, vaginal ou anal, e será mais provável de ocorrer a transmissão se qualquer um destes contactos for realizado sem recurso ao preservativo.

O preservativo, externo (masculino) ou interno (feminino), é o único método de prevenção para todas as IST. Deve ser utilizado em todas as práticas sexuais e entre quaisquer parceiros, independentemente do número, género e orientação sexual.

- **O que são testes rápidos?**

São testes que detetam, rapidamente, os anticorpos do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), Vírus da Hepatite B (VHB), Vírus da Hepatite C (VHC) e Sífilis, através de algumas gotas de sangue, após uma picada num dedo. Anticorpos são proteínas protetoras, produzidas pelo sistema imunológico, em resposta à presença de uma substância estranha, o antigénio.

- **Onde se podem realizar os testes rápidos?**

É possível realizar os testes rápidos nos centros de saúde, centros de rastreio de saúde comunitária e nos laboratórios de análises clínicas (aqui serão pagos). Para o VIH existem autotestes disponíveis em algumas farmácias (não gratuitos).

- **A quem me devo dirigir para realizar o teste?**

Deve dirigir-se a um elemento da equipa do centro de rastreio para posterior encaminhamento para o gabinete de atendimento, em função da ordem de chegada ou marcação prévia.

- **Tenho que apresentar a minha identificação?**

Não. Em momento algum deve ser solicitado qualquer documento de identificação, com total salvaguarda do anonimato e confidencialidade.

- **Quanto tempo demora o resultado do teste rápido?**

A utilização de testes rápidos permite que as pessoas recebam os seus resultados ao fim de aproximadamente 20 minutos após a realização do teste.

- **Os testes rápidos às IST são exatos?**

Sim. Os testes atuais para as IST são muito exatos. Esta exatidão deve ter em conta o período janela. Recomenda-se sempre um teste de confirmação após o período de janela de cada infeção.

- **O que é o período janela?**

O período janela é o tempo entre a potencial exposição à infeção e o momento em que é possível obter um resultado exato. Durante o período janela, uma pessoa pode ser infetada e ser infecciosa, mas ter um resultado negativo no teste de rastreio. Os períodos de janela são de 90 dias para o VIH e Sífilis, 60 dias para a Hepatite B e 180 dias para a Hepatite C.

- **O resultado do teste foi reativo. E agora?**

Neste caso, a pessoa será referenciada para uma consulta num hospital à sua escolha, onde será feito um teste de confirmação e, caso se confirme a infeção, iniciará o tratamento.

- **Quando devo iniciar o tratamento VIH?**

Em Portugal é recomendado que o tratamento seja iniciado logo após o diagnóstico da infeção, independentemente da carga viral ou do valor das células CD4. Quanto mais cedo se iniciar o tratamento, maior é a garantia de que o sistema imunológico se mantém capaz, impedindo dessa forma o aparecimento de infeções oportunistas.

Alguns medicamentos antirretrovirais interagem com drogas recreativas, drogas ilícitas, metadona e produtos geralmente denominados “naturais”. As interações podem ser complicadas e aumentar ou diminuir os níveis de medicamentos antirretrovirais ou outros.

É, por isso, importante que a pessoa profissional médica saiba qual o consumo de substâncias ou suplementos, mesmo que seja de forma pontual. A pessoa profissional médica deve tratar a informação com confidencialidade.

O álcool não interage com a medicação antirretroviral. No entanto, o consumo de álcool, bem como de drogas recreativas, pode reduzir os níveis de adesão.

O tratamento antirretroviral é seguro e eficaz nas pessoas trans. O principal cuidado a ter é não tomar uma terapêutica que possa interagir com o tratamento hormonal. A pessoa profissional médica deve conhecer as possíveis interações medicamentosas.

- **PrEP**

PrEP significa profilaxia pré-exposição a um microrganismo. Profilaxia significa prevenção da infeção, neste caso do VIH. O termo pré-exposição indica que a prevenção é feita antes da ocorrência de um comportamento de risco. Existe atualmente sob a forma de comprimidos. É utilizada por pessoas que não estão infetadas com o VIH, e com o objetivo de reduzir o risco de infeção.

A PrEP apenas protege as pessoas em relação à infeção por VIH e não confere proteção em relação a outras infeções de transmissão sexual, pelo que o uso correto do preservativo continua a ser uma medida robusta de prevenção e, como tal, não pode ser descurada. Está atualmente disponível em Portugal nos hospitais que integram a rede de referenciação hospitalar para a infeção por VIH, sendo a sua prescrição realizada por pessoas médicas especialistas. As consultas e medicação são sempre gratuitas para todas as pessoas utentes do SNS.

Para obter a PrEP, é necessária a referenciação para uma consulta hospitalar, que pode ser pedida durante a sessão de rastreio às IST ou consulta em centro de saúde.

Antes de iniciar a PrEP, tem de garantir que não há infeção VIH, pois nesse caso a toma da PrEP poderia resultar em resistência à medicação. É recomendado também o rastreio prévio às outras IST.

- **PPE**

É um tratamento para evitar a infeção pelo VIH após a exposição a este vírus. Depois de o vírus entrar no organismo, demora algum tempo (horas ou dias) até provocar infeção. Se atuarmos rapidamente, existe a possibilidade de impedir a infeção.

A PPE acontece quando, logo após o risco de contágio, uma pessoa seronegativa recorre a esta medicação para o VIH, de forma a reduzir a hipótese de contrair a infeção. Tem de ser iniciada o mais rapidamente possível, nas primeiras 72h depois de uma relação sexual sem preservativo ou se o mesmo se romper.

Consiste na toma de medicamentos antirretrovirais durante 28 dias. A PPE nem sempre funciona, principalmente se tomada incorretamente ou tarde demais. Pode provocar efeitos secundários como diarreia, cefaleias, náuseas e vómitos.

Para aceder à PPE, deve dirigir-se ao serviço de urgências de um hospital que integra a rede de referência de tratamento da infeção por VIH. Uma pessoa profissional médica vai avaliar o possível risco de infeção e a pertinência ou necessidade de prescrever a PPE.

Esta medicação deve ser utilizada quando existe uma relação sexual sem preservativo ou este rompe, e sem uso de PReP, com pessoa de estatuto serológico para o VIH desconhecido, com pessoa com infeção por VIH e que não esteja em tratamento ou com infeção por VIH e que não tenha carga viral indetetável há mais de 6 meses, em situação de picada com agulha em contexto laboral ou se existe partilha de material injetável.

Recurso úteis

- [Relatório Infeção por VIH em Portugal–2022](#)
- [Norma Nº 025/2017 – Profilaxia de Pré-exposição da Infeção por VIH \(PrEP\) no Adulto da Direção Geral de Saúde \(DGS\)](#)
- [Critérios de elegibilidade para a vacinação contra infeção humana por vírus mpox](#)

Centros de rastreio

[Centros de rastreio de âmbito nacional em 2023 Rede de rastreio](#)

Material informativo

[Material/Flyer informativo sobre PrEP \(GAT-Checkpoint Lx\)](#)

[Material /Flyer informativo sobre PPE \(GAT\)](#)

[Material/Flyer informativo sobre infeção humana por vírus Monkeypox](#) [Material informativo sobre várias IST](#)

Anexo 4

4.1) Respostas de tratamento na área das drogas em Portugal

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) promove, a partir do Instituto para os Comportamentos Aditivos e Dependências, I.P. (ICAD), quatro áreas de intervenção: a prevenção, o tratamento de adições, a redução de riscos e minimização de danos, e a reinserção social. A intervenção de tratamento decorre em unidades de ambulatório (chamadas de Equipas de Tratamento), em

unidades de desabilitação (i.e., internamentos breves para cuidados na abstinência de álcool, opióides, estimulantes e outras substâncias), em unidades específicas de Alcoologia e em programas terapêuticos residuais, genericamente designados como Comunidades Terapêuticas. Existem estruturas análogas nas Regiões Autónomas. Abaixo apresentamos a distribuição destes serviços a nível nacional, no entanto, sendo que este *toolkit* foi terminado no mês em que o ICAD assumiu funções (janeiro 2024), é possível que possam ocorrer alterações na denominação, organização e contacto dos serviços listados.

Acompanhamento das Perturbações de Uso de Substâncias no Serviço Nacional de Saúde e Serviços Regionais de Saúde

REGIÃO	ESTRUTURA	CONTACTOS
NORTE	ICAD	https://www.arsnorte.min-saude.pt/comportamentos-aditivos-e-dependencia/
CENTRO	ICAD	https://www.arscentro.min-saude.pt/dicad/
LISBOA E VALE DO TEJO	ICAD	https://www.arslvt.min-saude.pt/comportamentos-aditivos-e-dependencias/contactos-dicad/
ALENTEJO	ICAD	https://www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/EstruturaOrganica/Paginas/DICAD.aspx
ALGARVE	ICAD	https://www.arsalgarve.min-saude.pt/comportamentos-aditivos-e-dependencia-estrutura-organica-dicad-content/
AÇORES	DIREÇÃO REGIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE ÀS DEPENDÊNCIAS	https://portal.azores.gov.pt/web/drpcd
MADEIRA	UCAD	https://www.iasaude.pt/UCAD/index.php/unidade

A Consulta DiverGENTE é um programa em ambulatório dirigido a pessoas com pelo menos 18 anos, que têm dificuldades em gerir ou parar o uso de álcool ou drogas, e que pertençam a pelo menos uma das seguintes populações específicas: têm uma orientação ou comportamento sexual não-heterossexual; são pessoas trans*, não-binárias ou a questionar o seu género; fazem trabalho sexual de forma regular ou ocasional; usam *chems*, aqui entendidos como GHB/GBL, catinonas sintéticas, metanfetamina ou ketamina, em qualquer contexto, incluindo o uso sexualizado (i.e., *chemsex*). A Consulta DiverGENTE presta acompanhamento nas Equipas de Tratamento das Taipas (Lisboa), Amadora, Cacém (Sintra) e Oeiras-Cascais. O encaminhamento pode ser feito pela própria pessoa ou por profissional, por email: divergente.dicad@arslvt.min-saude.pt

4.2) LINKS ÚTEIS PARA RESPOSTAS E SERVIÇOS DE REDUÇÃO DE RISCOS

Os programas e estruturas sócio-sanitárias desenvolvidas em Portugal, que fazem parte da Rede de Intervenção de Redução de Riscos e Minimização de Danos, têm um enquadramento normativo legal desde 2001, expresso no decreto de lei 183/2001, de 21 de Junho .

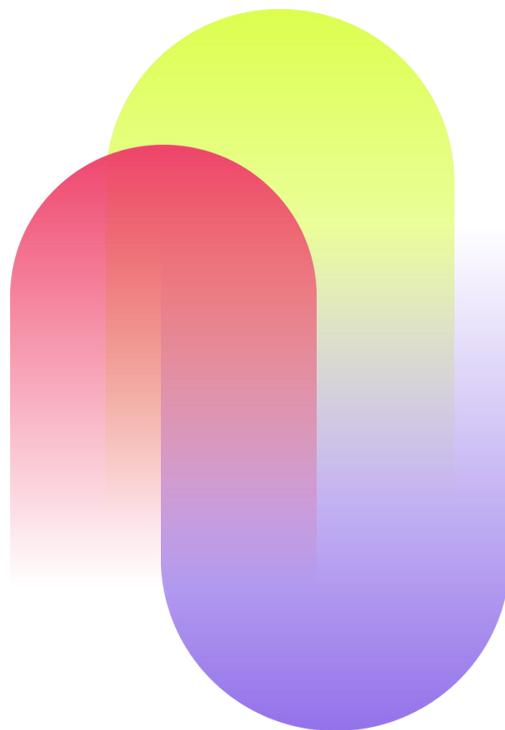
- **Serviço de drug checking**
 - Serviço de drug checking em Portugal (Kosmicare)
 - Serviços de drug checking na Europa
- **Salas de consumo vigiado em Portugal**
 - Serviço de apoio integrado da Ares do Pinhal
 - Programa de consumo vigiado movel de Lisboa
 - Programa de consumo vigiado do Porto

• Equipas de Redução de Riscos em Portugal

O mapa que partilhamos abaixo foi desenvolvido pela Kosmicare em 2019. Nesse sentido, apesar de a maior parte das equipas de intervenção se manterem ativas pode haver novas respostas ou outras que, entretanto, foram descontinuadas.



1	Opioid Substitution Treatment Needle and Syringe Program Acompanha - Porto mais seguro Avenida do Porto do Príncipe, 138, 4150-201 - Funchal (+351) 910002760 www.aacompanha.com/acompanha-porto-mais-seguro	20	Opioid Substitution Treatment Needle and Syringe Program Cartas Diocesana de Vila Real: Projeto + Próximo de ti Rua da Liberdade, 100 - Vila Real (+351) 252812000 www.cartasdiocesana.pt/projetos/proximo-de-ti	38	HIV Testing Opioid Substitution Treatment Needle and Syringe Program ARDES - Associação Grupos Avenida João Pinheiro, 100, 4411-601 - Vila Nova de Gaia (+351) 227731106 ardes.pt
2	Needle and Syringe Program Associação para a Paz de Vila Verde, Saúde, Cultura e Vida Rua Santa Luísa, 85 - 4535-209 - São João da Madeira e Oliveira de Azeméis (+351) 227127176 www.assocpazvilaverde.com/associacao-de-azeméis	21	Opioid Substitution Treatment Needle and Syringe Program Cartas Diocesana de Vila Real: Projeto + Próximo de ti Quilómetros - Barcelos, Barcelos - 4700-312 - Vila Real (+351) 252812000 www.cartasdiocesana.pt/projetos/proximo-de-ti	39	HIV Testing CAD - Centro de Aconselhamento e Detecção do VIH/SIDA Rua da Restauração, 105 - 4200-162 - Porto (+351) 220412200 caspp@ccsdn.pt/centro-de-aconselhamento-e-deteccao-do-vhidsida
3	Needle and Syringe Program Centro de Solidariedade de Braga/Projeto Homem Av. do Município, 257 - 4700-261 - Vila Nova de Famalicão (+351) 252318600 www.centrosolidariedade.org/index.php/projetos_projeto_homem	22	Opioid Substitution Treatment Needle and Syringe Program AJES DO PINHAL Rua Ana de França, 67 - 4720-151, Amadora - 2725-079 - Lisboa (+351) 215476278 www.ajespinhal.pt	40	HIV Testing Abraco - Centro de Rastreio Porto Rua da Torreixa, 254-D - 4000-609 - Porto (+351) 229344300 abraco.pt
4	Opioid Substitution Treatment Needle and Syringe Program Centro de Saúde de Beja/Projeto Homem Rua S. Bento das Póvoas, S/N - 4432-432 - Rio Tinto (+351) 224040118 www.centrosolidariedade.org/index.php/projetos_projeto_homem	23	Opioid Substitution Treatment Needle and Syringe Program APROIC - Projeto NAT VIZ Centro de Saúde de Casimiro do Roberto - Rua Dr. José Azevedo Pereira - 2900-645 Vila Franca do Sul - (+351) 262660000 www.aproic.pt/projetos/projeto-nat-viz	41	HIV Testing Needle and Syringe Program Norte Vida Rua da Restauração, 105 - 4100-300 - Porto (+351) 226160788 www.nortevida.org
5	Needle and Syringe Program Cartas Diocesana de Coimbra - Projeto + Próximo de ti Rua da Liberdade, 100 - Vila Real (+351) 252812000 www.cartasdiocesana.pt/projetos/proximo-de-ti	24	Opioid Substitution Treatment Needle and Syringe Program ADEMA: Projeto Novas Metas Rua 11 de Maio, 4400-159 - Matosinhos (+351) 228387733 www.adema.pt	42	HIV Testing Medicina do Mundo Avenida de Moscova, 161, 1.º e 2.º - 4050-374 - Porto (+351) 22008084 www.mediciadomundo.pt
6	Needle and Syringe Program Associação Kosmicare Rua Castelo de S. João, 11 - 1170-088 - Lisboa (+351) 21811643 www.kosmicare.org	25	HIV Testing Needle and Syringe Program Safer Party Services Associação para o Planeamento da Família - APF Algarve Centro de Recuperação de Faro S. Moisés/Parque de S. João, 8 - 8005-173 - Faro (+351) 292883200 www.apf.pt	43	HIV Testing Opioid Substitution Treatment Needle and Syringe Program GAT - Associação de Apoio à Problemática da SIDA (MAPS) Av. Castelo de S. João, 11 - 1170-088 - Lisboa (+351) 292883200 www.mapsof.pt
7	Opioid Substitution Treatment Needle and Syringe Program VITAE - Associação de Solidariedade e Desenvolvimento Social Rua S. João, 11 - 1170-088 - Lisboa (+351) 21811643 www.vitae.org	26	HIV Testing Needle and Syringe Program Movimento de Apoio à Problemática da SIDA (MAPS) Av. Castelo de S. João, 11 - 1170-088 - Lisboa (+351) 292883200 www.mapsof.pt	44	HIV Testing Opioid Substitution Treatment Needle and Syringe Program GAT - Associação de Apoio à Problemática da SIDA (MAPS) Av. Castelo de S. João, 11 - 1170-088 - Lisboa (+351) 292883200 www.mapsof.pt
8	Safer Party Services Terreiros da Cascais - Projeto Viva e Noite Rua do Terreiro, nº 8, 1.º - 2500-712 - Fundão (+351) 217781030 terreirosdacasais.com	27	HIV Testing SARA R. André Hornum, Edifício SERV, 80 - 2750-783 - Cascais (+351) 218481300 www.saram.pt	45	HIV Testing Opioid Substitution Treatment Needle and Syringe Program GAT - Associação de Apoio à Problemática da SIDA (MAPS) Av. Castelo de S. João, 11 - 1170-088 - Lisboa (+351) 292883200 www.mapsof.pt
9	Needle and Syringe Program Sol do Ar - Projeto de Noite Rua da Restauração, 105 - 4200-162 - Porto (+351) 220412200 www.soldoar.pt	28	HIV Testing Associação de Intervenção Comunitária, Desenvolvimento Social e de Saúde (AIVAS) Estrada Militar de Damás, 23 A (A) - 2720-373 - Damás (+351) 252318600 www.aivas.pt	46	HIV Testing Needle and Syringe Program Acompanha - Projeto Saúde Alentejo Av. Póvoas de Santa Rita, 1180-043 - Évora (+351) 252318600 www.aacompanha.com
10	Opioid Substitution Treatment Needle and Syringe Program SACM - Projeto Aqui e Agora (OATAPS) Rua da Restauração, 105 - 4200-162 - Porto (+351) 220412200 www.sacm.pt	29	HIV Testing Associação de Apoio à Problemática da SIDA (MAPS) Av. Castelo de S. João, 11 - 1170-088 - Lisboa (+351) 292883200 www.mapsof.pt	47	HIV Testing GAT - Associação de Apoio à Problemática da SIDA (MAPS) Av. Castelo de S. João, 11 - 1170-088 - Lisboa (+351) 292883200 www.mapsof.pt
11	Safer Party Services NDS (Núcleo Desportivo e Social) - Projeto PIT STOP Av. do 1.º Centro Cultural e Social S. Miguel, 2.º - 8300-439 - Guarda (+351) 252318600 www.nds.pt	30	Associação Positiva Rua da Restauração, 105 - 4200-162 - Porto (+351) 220412200 www.associacao-positiva.pt	48	HIV Testing GAT - Associação de Apoio à Problemática da SIDA (MAPS) Av. Castelo de S. João, 11 - 1170-088 - Lisboa (+351) 292883200 www.mapsof.pt
12	Needle and Syringe Program Impulsar - Girasol na Rua Dr. Luís Silveira, Centro de Avenidas nº 3, 2.º Andar - 2410-022 - Leiria (+351) 252318600 www.impulsar.pt	31	HIV Testing Saúde e Família - Liga Portuguesa contra a SIDA Rua da Restauração, 105 - 4200-162 - Porto (+351) 220412200 www.lpsida.org	49	HIV Testing Opioid Substitution Treatment Needle and Syringe Program GAT - Associação de Apoio à Problemática da SIDA (MAPS) Av. Castelo de S. João, 11 - 1170-088 - Lisboa (+351) 292883200 www.mapsof.pt
13	Needle and Syringe Program Fórum do Viseu - Girasol Rua Santa Maria da Feira, nº 33 - 3810-144 - Aveiro (+351) 227127176 www.forumdo viseu.pt	32	HIV Testing GAT - Associação de Apoio à Problemática da SIDA (MAPS) Av. Castelo de S. João, 11 - 1170-088 - Lisboa (+351) 292883200 www.mapsof.pt	50	HIV Testing GAT - Associação de Apoio à Problemática da SIDA (MAPS) Av. Castelo de S. João, 11 - 1170-088 - Lisboa (+351) 292883200 www.mapsof.pt
14	Opioid Substitution Treatment Needle and Syringe Program Cruz Vermelha Portuguesa - Despertar R. do Lago, Massamá - 1450-022 - Massamá (+351) 229411231 www.cruzvermelha.pt	33	HIV Testing GAT - Associação de Apoio à Problemática da SIDA (MAPS) Av. Castelo de S. João, 11 - 1170-088 - Lisboa (+351) 292883200 www.mapsof.pt	51	HIV Testing GAT - Associação de Apoio à Problemática da SIDA (MAPS) Av. Castelo de S. João, 11 - 1170-088 - Lisboa (+351) 292883200 www.mapsof.pt
15	Needle and Syringe Program Cruz Vermelha Portuguesa - Aproximar* Av. 31 de Janeiro, 317 - 4715-002 - Braga (+351) 252318600 www.cruzvermelha.pt	34	HIV Testing GAT - Associação de Apoio à Problemática da SIDA (MAPS) Av. Castelo de S. João, 11 - 1170-088 - Lisboa (+351) 292883200 www.mapsof.pt	52	HIV Testing GAT - Associação de Apoio à Problemática da SIDA (MAPS) Av. Castelo de S. João, 11 - 1170-088 - Lisboa (+351) 292883200 www.mapsof.pt
16	Needle and Syringe Program Crescer: Drop-in, Espaço Ancora Rua Carlos Manuel, nº 10 - 1100-000 - Lisboa (+351) 213600102 www.crescer.pt	35	HIV Testing GAT - Associação de Apoio à Problemática da SIDA (MAPS) Av. Castelo de S. João, 11 - 1170-088 - Lisboa (+351) 292883200 www.mapsof.pt	53	HIV Testing GAT - Associação de Apoio à Problemática da SIDA (MAPS) Av. Castelo de S. João, 11 - 1170-088 - Lisboa (+351) 292883200 www.mapsof.pt
17	Needle and Syringe Program Crescer na Madeira - LUSA, West and East Lisbon Bairro da Calheta 3 - E.F. - 1300-005 - Lisboa (+351) 213600102 www.crescer.pt	36	HIV Testing GAT - Associação de Apoio à Problemática da SIDA (MAPS) Av. Castelo de S. João, 11 - 1170-088 - Lisboa (+351) 292883200 www.mapsof.pt	54	HIV Testing GAT - Associação de Apoio à Problemática da SIDA (MAPS) Av. Castelo de S. João, 11 - 1170-088 - Lisboa (+351) 292883200 www.mapsof.pt
18	Opioid Substitution Treatment Needle and Syringe Program Centro Social de Paredes - Projeto SMACIE Rua da Restauração, 105 - 4200-162 - Porto (+351) 220412200 www.centrosolidariedade.org/index.php	37	HIV Testing GAT - Associação de Apoio à Problemática da SIDA (MAPS) Av. Castelo de S. João, 11 - 1170-088 - Lisboa (+351) 292883200 www.mapsof.pt	55	HIV Testing GAT - Associação de Apoio à Problemática da SIDA (MAPS) Av. Castelo de S. João, 11 - 1170-088 - Lisboa (+351) 292883200 www.mapsof.pt
19	Opioid Substitution Treatment Needle and Syringe Program Centro Comunitário da Estremadura - Projeto Da e Volta (NSD OATAPS) Av. do Município, 257 - 4700-261 - Vila Nova de Famalicão (+351) 252318600 www.centrosolidariedade.org/index.php	38	HIV Testing GAT - Associação de Apoio à Problemática da SIDA (MAPS) Av. Castelo de S. João, 11 - 1170-088 - Lisboa (+351) 292883200 www.mapsof.pt	56	HIV Testing GAT - Associação de Apoio à Problemática da SIDA (MAPS) Av. Castelo de S. João, 11 - 1170-088 - Lisboa (+351) 292883200 www.mapsof.pt



Toolkit desenvolvido no âmbito do projeto Queercare

Para mais informação:

queercare@kosmicare.org

www.kosmicare.org

COM O APOIO

ENTIDADE PROMOTORA

ENTIDADES PARCEIRAS