

P O R I

plano operacional de respostas integradas

RESUMO DO DIAGNÓSTICO DO TERRITÓRIO:

CONCELHO DE LISBOA

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO, I.P.

DICAD – DIVISÃO DE INTERVENÇÃO
NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS

Outubro 2013

ÍNDICE

ÍNDICE.....	2
INTRODUÇÃO	3
METODOLOGIA	4
CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO	6
1. ÁREA GEOGRÁFICA	7
2. SAÚDE.....	8
3. CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÓMICA	12
4. POPULAÇÃO SEM-ABRIGO.....	14
5. SITUAÇÃO FACE AO EMPREGO	16
6. BENEFICIÁRIOS RENDIMENTO SOCIAL DE INSERÇÃO	18
7. RECURSOS E RESPOSTAS SOCIAIS	19
CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	24
8. EXPERIMENTAÇÃO/PREVALÊNCIA DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA POPULAÇÃO GERAL.....	24
9. CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES EM ACOMPANHAMENTO NAS EQUIPAS DE TRATAMENTO DAS UNIDADES DE INTERVENÇÃO LOCAL (UIL) DA ARSLVT, I.P.	30
<i>Caracterização dos consumos</i>	<i>31</i>
<i>Utentes em Programa de Tratamento com Agonistas Opiáceos (PTAO), acompanhados nas Equipas de Tratamento (DICAD – ARSLVT, I.P.) da Cidade de Lisboa</i>	<i>34</i>
INTERVENÇÕES EXISTENTES: PRINCIPAIS RESPOSTAS RELATIVAMENTE AO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E PROBLEMAS LIGADOS AO ÁLCOOL	35
10. UNIDADES DE INTERVENÇÃO LOCAL COM INTERVENÇÃO NOS CAD (ARSLVT, I.P.).....	38
PROBLEMAS, GRUPOS E CONTEXTOS DO TERRITÓRIO, COM MAIOR INCIDÊNCIA NA PROBLEMÁTICA DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E PLA – PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO.....	39
FONTES E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46

INTRODUÇÃO

O presente resumo decorre do relatório do diagnóstico do território do concelho de Lisboa no âmbito do Plano Operacional de Respostas Integradas (PORI), com o objetivo de retratar e identificar problemas, grupos em situações de risco, intervenções a decorrer e potenciais intervenções a desenvolver, tendo em conta a problemática dos comportamentos aditivos e dependências (CAD).

Esta dinâmica de apoio ao PORI é enquadrada legalmente, pela nova Portaria n.º 27/2013, de 24 de janeiro, e visa reforçar uma intervenção integrada, por ser considerada a mais eficaz para a redução da procura do consumo de substâncias psicoativas, procurando potenciar sinergias disponíveis no território e nas várias estruturas de saúde das Administrações Regionais de Saúde, I.P.; nela se aprova o Regulamento que estabelece as condições de financiamento público dos projetos que constituem os Programas de Respostas Integradas (PRI).

Importa referir que, para compreensão do fenómeno dos consumos de substâncias psicoativas no concelho de Lisboa, deverá, necessariamente, ser tido em conta, o *“Diagnóstico do Território: Zona Histórica – Centro Ocidental; Freguesias: S. Paulo, Sta. Catarina, Encarnação, Santos-o-Velho”*, realizado em final de 2012 e para o qual foi aberto pelo SICAD, em agosto de 2013, um processo de candidatura a financiamento público no âmbito do PORI.

Os trabalhos realizados, tiveram presentes alguns fatores críticos de sucesso, um dos quais foi o pouco tempo disponível para a realização dos trabalhos: foi realizado nos meses de fevereiro a maio de 2013 e com alocação parcial dos elementos da Equipa Técnica, tendo sido finalizado em julho e agosto. Pela sua relevância para o diagnóstico em questão, optou-se ainda por aguardar a publicação do trabalho *“Retrato de Saúde em Lisboa – Contributo para um Perfil de Saúde da Cidade”* (datado de junho 2013 e divulgado ao público em julho 2013), o qual foi realizado pela ARSLVT, I.P. (designadamente o Departamento de Saúde Pública e o Núcleo de Estudos e Planeamento). Um constrangimento a assinalar, foi o facto de ter sido realizado no decurso de uma reestruturação estrutural dos serviços. Em 1 de janeiro de 2013, a Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo (DRLVT) do Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (IDT, I.P.) foi integrada na Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (ARSLVT, I.P.). A ARSLVT, I.P. sucede, de acordo com o estabelecido no DL 22/2012, de 30 janeiro, em algumas das atribuições do IDT, I.P., nomeadamente, na componente operacional da intervenção no domínio dos problemas dos comportamentos aditivos e dependências, no âmbito da sua área geográfica de intervenção.

A ARSLVT, I.P. propõe-se para 2013 o objetivo de garantir o acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade, tendo para isso de realizar um aturado trabalho de adequação dos recursos disponíveis às necessidades, em convergência com as orientações do Plano Nacional de Saúde e do Serviço de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD). Está identificado que a população com comportamentos aditivos e dependências apresenta, de forma crescente, quadros de comorbilidade psiquiátrica, doenças físicas e situações de carência social, progressivamente mais graves, de que resulta uma maior dificuldade de aproximação aos serviços de saúde

e de apoio social. Assim, entende-se que deverão continuar a ser garantidas condições de acessibilidade, proximidade e equidade, no acesso aos cuidados.

METODOLOGIA

A metodologia de base utilizada para a realização deste diagnóstico, foi o *Rapid Assessment and Response – RAR*, considerando que permite uma caracterização rápida das problemáticas associadas ao consumo de substâncias psicoativas, e ainda porque facilita e promove a mudança nas linhas orientadoras da ação das intervenções.

A equipa que realizou este diagnóstico foi constituída por dois Psicólogos Clínicos, uma Assistente Social, uma Socióloga e um Técnico Psicossocial. Todos os elementos da equipa tiveram alocação a tempo parcial.

Procedeu-se ao levantamento de informação quantitativa e qualitativa junto de diferentes parceiros via E-mail, e contactos telefónicos, solicitando-se a colaboração das entidades para sistematização da informação disponível, com o intuito de se conseguir realizar uma leitura quer dos problemas existentes no território a nível do consumo de substâncias psicoativas, quer dos recursos existentes e da capacidade de serem dadas as respostas adequadas aos problemas identificados. Prescindiu-se frequentemente de uma perspetiva evolutiva dos indicadores, por anos, a favor de um leque mais alargado de dimensões analisadas e/ou de informação mais recente. Não se procedeu a uma revisão bibliográfica exaustiva, mas recorreu-se às fontes disponíveis no momento e solicitou-se também a colaboração de algumas entidades externas. Foram, ainda, solicitados feedback e contributos às Unidades de Intervenção Local com intervenção nos CAD na área de abrangência da cidade (Unidade de Desabituação – Centro das Taipas, CRI de Lisboa Oriental e CRI de Lisboa Ocidental). E, finalmente, optou-se ainda por adiar a conclusão deste documento até à leitura – dada a sua significância direta para a temática em apreço –, do documento *“Retrato da Saúde em Lisboa – Contributo para um Perfil de Saúde da Cidade”*, da autoria da ARSLVT, I.P., divulgado em Julho 2013.

Os dados e informações obtidos e sistematizados através do levantamento realizado, permitiram orientar o planeamento do diagnóstico adotando a seguinte metodologia:

1. Definição do problema:

Consumo de substâncias psicoativas ilícitas e fraca adesão aos programas de tratamento por parte de um grupo numericamente considerável de indivíduos com percursos quotidianos no território do concelho de Lisboa e potenciais riscos ao nível da saúde e da desinserção/exclusão social;

Problemas ligados ao álcool.

Consumo recreativo.

2. Objetivos do estudo:

Caracterizar a dimensão dos principais problemas associados aos contextos de consumo de substâncias ilícitas e de consumo de álcool;

Caracterizar o consumo de substâncias psicoativas e de álcool no concelho de Lisboa, com particular incidência na área de intervenção da Redução de Riscos e Minimização de Danos.

3. Orientação metodológica:

A equipa detinha, desde logo, um importante acervo atualizado de informação institucional (composta designadamente por diversas avaliações qualitativas e quantitativas) realizada com base em dados de intervenção em desenvolvimento e antes desenvolvida junto de diversos grupos de consumidores, intervenções essas financiadas no decorrer de procedimentos concursais lançados pelo IDT, I.P..

Nesse sentido, foram tidas como metodologia de referência as seguintes fases recomendadas pelo RAR:

- Delimitação do problema
- Identificação dos diferentes temas/conceitos relevantes
- Análise contextual do problema identificado
- Caracterização dos grupos e contextos de sociabilidade
- Identificação dos fatores de proteção e risco, das consequências sociais e para a saúde

Foram utilizadas as seguintes técnicas de diagnóstico:

- Recolha de informação quantitativa e qualitativa
- Delimitação do problema
- Identificação dos diferentes temas/conceitos relevantes
- Análise contextual do problema identificado
- Caracterização dos grupos e contextos de sociabilidade
- Identificação dos fatores de proteção e risco, das consequências sociais e para a saúde
- Contactos telefónicos e via E-mail

A recolha de informação quantitativa e qualitativa passou pelo contacto com diversas entidades que recolhem, de forma periódica e consistente, informação considerada pertinente para este trabalho, metodologia que beneficiou ainda do facto de terem sido publicados e divulgados, em datas prévias próximas ao decorrer dos trabalhos, diversos documentos informativos. A escolha das fontes utilizadas foi orientada quer pela necessidade de ter uma leitura quer dos problemas existentes no território a nível do consumo de substâncias psicoativas, quer dos recursos existentes; quer pela necessidade de se ter um fácil e rápido acesso a informação pertinente e atual.

Assim, os dados quantitativos apresentados neste documento, representam os valores mais atualizados e consolidados relativamente aos indicadores entendidos como pertinentes para o diagnóstico do território em causa. Neste âmbito, é importante salientar, que à data de abril de 2013 existiam já dados bastante atualizados, disponíveis e consolidados, tendo sido possível recorrer a diversas fontes (designadamente entidades com intervenção ativa em problemáticas diversas na Cidade de Lisboa) que disponibilizaram, nos respetivos sítios da internet, dados e informação já por si antes recolhida (estatísticas oficiais, investigações, outros estudos e apresentações públicas relativas), tais como: Sistema de Informação Multidisciplinar (SIM) – SICAD; documentos publicados pela ARSLVT, I.P.; vários estudos publicados pelo IDT, I.P. (agora SICAD); Instituto Nacional de Estatística, I.P.; EAPN – Observatório “Luta contra a Pobreza na Cidade de Lisboa”.

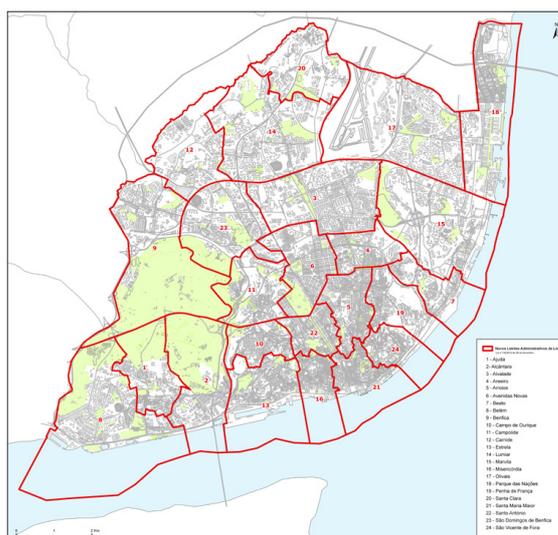
CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO

A Cidade de Lisboa é a capital mais ocidental da Europa, situando-se a oeste de Portugal, na costa do Oceano Atlântico. Lisboa é a maior cidade do país no que concerne a sua população residente. É também capital do distrito de Lisboa, da Região de Lisboa e Vale do Tejo, da Área Metropolitana de Lisboa, e é ainda o principal centro da sub-região estatística da Grande Lisboa.

Segundo o Código Administrativo de 31 de Dezembro de 1940, o Concelho de Lisboa dividia-se administrativamente em quarenta e três (43) freguesias, distribuídas por 4 bairros. Pelo Decreto-Lei nº 42142 de 17 de fevereiro de 1959, a cidade de Lisboa passou a estar dividida nas atuais 53 freguesias agrupadas, para efeitos administrativos, em quatro Bairros Administrativos.

Atualmente está em curso uma reforma administrativa do concelho de Lisboa, tendo sido publicada a **Lei 56/2012 a 8 de novembro de 2012**, a qual estabelece os princípios da reforma administrativa de Lisboa e que define o novo mapa da cidade. **Esta reorganização prevê a redução do número de freguesias para 24**, tal como a atribuição legal de novas competências às Juntas, a transferência de recursos financeiros e humanos, e a criação de uma nova freguesia (Parque das Nações). O processo de instalação das catorze (14) novas freguesias (13 resultam da agregação de 43 das atuais, dez (10) são mantidas e é criada a nova freguesia do Parque das Nações com território pertencente ao concelho de Loures) deverá estar concluído no momento das próximas eleições autárquicas, em outubro de 2013, que se realizarão já nos novos espaços. O mapa seguinte apresenta as **vinte e quatro (24) Freguesias** resultantes da aplicação da **Lei n.º 56/2012, de 8 de novembro**.

FIGURA 1 – vinte e quatro (24) Freguesias resultantes da aplicação da Lei n.º 56/2012, de 8 de novembro:



Fonte: mapa retirado de http://www.cm-lisboa.pt/fileadmin/Noticias/ficheiros/NovosLimites_01_800x_02.jpg

1. ÁREA GEOGRÁFICA

A população que reside no concelho de Lisboa, distribui-se de forma pouco homogénea entre as 53 freguesias. Analisando as informações constantes no quadro abaixo, percebe-se que a população que reside nas **3 freguesias com maior número de residentes** – Santa Maria dos Olivais, Lumiar e Marvila – representa 23,8% do total da população residente no concelho (9,3%, 7,5% e 7% respetivamente).

Todavia, são as **freguesias de São Miguel, Socorro e Anjos** que lideram em termos de *densidade de povoamento*, apresentando uma densidade populacional de 29.495, 27.646 e 19.175 habitantes por km²).

TABELA 1 – As 12 freguesias mais populosas (densidade populacional e n.º de habitantes)

LOCAL DE RESIDÊNCIA	DENSIDADE POPULACIONAL (N.º/ KM²): <i>DADOS PROVISÓRIOS</i>	LOCAL DE RESIDÊNCIA	POPULAÇÃO INE – 2011 (N.º): <i>DADOS DEFINITIVOS</i>
São Miguel	29495	Santa Maria dos Olivais	51036
Socorro	27646	Lumiar	41163
Anjos	19175	Marvila	38102
Penha de França	18706	Benfica	36821
Santa Catarina	17407	São Domingos de Benfica	33745
São Cristóvão e São Lourenço	17191	Carnide	23316
Graça	16505	São Jorge de Arroios	18415
Mercês	16204	Ajudá	15584
São Jorge de Arroios	15885	Campolide	15460
Alvalade	14899	Nossa Senhora de Fátima	15283
Santo Condestável	14845	Santo Condestável	15257
Alto do Pina	12320	São João	15187
Portugal	115	Portugal	10562178
Grande Lisboa	1484	Grande Lisboa	2042477
Concelho de Lisboa	6447	Concelho de Lisboa	547733

Fonte: INE, Censos 2011

Por outro lado, as 26 freguesias que compõem o centro histórico da cidade, cujo território traduz 12,1% da extensão do concelho, representam apenas 20,2% da população residente total.

De notar, que apesar da variação negativa do número da população no concelho de Lisboa (-3% entre 2011 e 2011), existiu um **aumento de residentes em 14 das suas freguesias**, das quais 6 se localizam no centro histórico (Socorro, Sta. Justa, S. Nicolau, Mártires, Madalena, Santos-o-Velho), 4 na zona norte (Ameixoeira, Lumiar,

Carnide, S. Domingos Benfica), 1 na zona oriental (Sta. Maria Olivais) e 3 na zona centro (S. Sebastião Pedreira, S. Jorge Arroios, Alto do Pina).

Focando a análise nos grupos etários¹, percebe-se que o grupo etário com maior variação de população, no concelho de Lisboa, foi o grupo dos 15 aos 24 anos, com uma variação negativa de -25,31%. Também a população em idade de início de reforma (65 ou mais anos) apresenta uma variação negativa (-1,76%) ao nível concelhio.

O concelho de Lisboa tem uma **média etária de 44 anos**. No que se refere à idade média de cada Freguesia², sobressaem, com as médias mais baixas, as freguesias da Charneca, Ameixoeira, Carnide, Lumiar e Madalena. As médias de idade mais elevadas verificam-se nas freguesias de Santiago, Castelo, Alvalade e São João de Brito.

2. SAÚDE

A área de influência da ARSLVT, I.P., é limitada a norte pela Região Centro, a leste e a sul pela Região Alentejo, e a sul e oeste pelo Oceano Atlântico. Distribui-se por uma área de 12.136 km² (13,6% do Continente), com uma população (2011) de 3.659.669 habitantes (35% do Continente). Compreende 5 sub-regiões estatísticas (NUTS III).

Os ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde – são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde. Foram criados em 2008 através de legislação própria (Portaria nº 276/2009, de 18 de março, que criou os Agrupamentos integrados na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo) que sofreu alterações em Novembro de 2012, e que consubstancia na implementação de uma nova organização dos ACES. Com feito, foi realizada uma diminuição do número total de ACES, através de fusão (passando de vinte e dois para quinze), redução que não afetou em caso algum os locais de atendimento existentes, tendo apenas aumentado a área de responsabilidade da gestão de cada ACES. Nesse sentido, houve necessidade de alterar a legislação anteriormente em vigor, tendo sido publicada em 29 de Novembro de 2012 a **Portaria n.º 394-B/2012** que tem por objeto a reorganização dos Agrupamentos de Centros de Saúde integrados na Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo, I. P..

Eram atendidos em média, por ACES, 166.349 habitantes, tendo esta nova organização feito com que tivessem passado a atender em média, 281.513 habitantes.

¹ Veja-se a Tabela “População residente, por freguesia, por grupos-etários 2011 e variação total 2001-2011 (%)”, anexa ao documento completo deste Diagnóstico

² Veja-se a Tabela “Idade média por local de Residência - 2011”, anexa ao documento completo deste Diagnóstico

A **distribuição por NUTS** é a que se apresenta no quadro seguinte:

TABELA 12 – Distribuição de ACES por NUTS

NUTS III	SITUAÇÃO ATUAL		NOVOS ACES	
	ACES	MÉDIA POP.	ACES	MÉDIA POP.
Grande Lisboa	12	170.194	8	259.142
Península de Setúbal	4	194.843	3	259.791
Oeste	2	181.262	2	191.275
Médio Tejo	2	113.999	1	227.998
Lezíria do Tejo	2	123.725	1	196.616

FONTE: ARSLVT, I.P. (2012), *Reorganização dos ACES - PE (08-2012)* 15

Os 15 ACES da Região de Lisboa e Vale do Tejo agrupam-se por NUTS e Concelhos. À Grande Lisboa correspondem 8 ACES, e o concelho de Lisboa fica na área de intervenção de 3 deles.

TABELA 2 – Concelho de Lisboa: 3 CES, 3 Hospitais de Referência, 18 Centros de Saúde

ACES (Agrupamentos de Centros de Saúde SNS)	CENTROS DE SAÚDE	HOSPITAL DE REFERÊNCIA	CENSOS 2011	FREGUESIAS
TOTAL ARSLVT, I.P.			3.659.669	
Grande Lisboa			2.073.132	
Lisboa Norte	CS Alvalade	CH Lisboa Norte	224.966	Alvalade
				Ameixoeira
				Benfica
				Campo Grande
				Campolide
				Carnide
				Charneca
				Lumiar
				Nossa Senhora de Fátima
				São Domingos de Benfica
Lisboa Central	CS Alameda	CH Lisboa Central	261.334	Alto do Pina
				Santa Isabel
				Anjos
				Santa Justa
CS Coração de Jesus *1	CS Coração de Jesus *1	CH Lisboa Central	261.334	Santa Maria dos Olivais
				Castelo
				Santiago
				Santo Estêvão
CS Graça	CS Graça	CH Lisboa Central	261.334	Coração de Jesus

				Encarnação	Santos-o-Velho
				Graça	São Cristóvão e São Lourenço
	CS Lapa			Lapa	São João
				Madalena	São João de Deus
	CS Luz Soriano			Mártires	São Jorge de Arroios
				Marvila	São José
	CS Marvila			Mercês	São Mamede
				Pena	São Miguel
	CS Penha de França			Penha de França	São Nicolau
				Prazeres	São Paulo
	Sacramento	São Vicente de Fora			
	Santa Catarina	Sé			
	Santa Engrácia	Socorro			
Lisboa Ocidental	CS Ajuda	CH Lisboa Ocidental	233.451	Ajuda	
	CS Alcântara			Alcântara	
	CS St ^o Condestável			Santa Maria de Belém	
	CS Carnaxide			Santo Condestável	
	CS Oeiras			São Francisco Xavier	

FONTE: ARSLVT, I.P. (2012), *Reorganização dos ACES - PE (08-2012)* 15

Notas:

*1 O CS Coração de Jesus aparece a itálico porque as freguesias que o constituem se encontram divididas por 2 dos ACES propostos (Lisboa Norte e Lisboa Central).

*2 Para a Materno-Infantil algumas freguesias de Sintra (Algueirão-Mem Martins, Pero Pinheiro, Colares, São João das Lampas, Sintra (St^a Maria e S. Miguel), Sintra (S. Martinho), Sintra (S. Pedro de Penaferrim) e Terrugem), são atendidas no HPP Cascais.

*3 Algumas freguesias do CS Sacavém (Bobadela, Moscavide, Portela, Prior Velho, Sacavém, Santa Iria da Azóia e São João da Talha) são atendidas no CH Lisboa Central.

As competências da Câmara Municipal de Lisboa em matéria de saúde³ começaram a ser delineadas num passado recente, sendo que a autarquia tem vindo a assegurar uma cooperação com o Ministério da Saúde, para a promoção do acesso aos cuidados de saúde dos Lisboetas. Assim, tem sido planeado o alargamento da rede de equipamentos de cuidados de saúde primários, e incentivado o apoio à expansão das respostas comunitárias desenvolvidas por entidades particulares de solidariedade social, que pretendem responder a grupos específicos, quer através da cedência de espaços municipais, mais próximo das comunidades, quer pela prestação de apoio financeiro. De salientar ainda que Lisboa conta com uma rede de equipamentos de saúde que responde à população do concelho, mas também a pessoas de outras áreas do país. No Concelho estão ainda sedeadas

³ Texto retirado de <http://www.cm-lisboa.pt/viver/intervencao-social/saude> em 04.04.2013

instituições de referência em muitos setores da medicina e um número considerável de entidades ligadas ao ensino e à investigação na Saúde.

O “Retrato da Saúde em Lisboa – Contributo para um Perfil de Saúde da Cidade” (ARSLVT, I.P.. Junho 2013) refere: *«Em 2011, foram notificados em Portugal Continental 1 962 casos de infeção VIH, dos quais 50% (986) foram diagnosticados no mesmo ano. Em 63% dos casos a transmissão ocorreu através de comportamentos heterossexuais, em 27% dos casos através de comportamentos homo/bissexuais e 10% em contexto de toxicodependência. (...) Constatase também que no atual contexto de crise socioeconómica há uma exposição aumentada ao VIH.»*⁴

No que se refere à Tuberculose, apresenta-se no quadro seguinte a distribuição de Casos de Tuberculose por área de residência⁵. Os casos de tuberculose são os notificados em 2011, de onde se destacam os distritos de Setúbal, Porto, Lisboa e Braga e Aveiro.

O Relatório de 2012 “Ponto da Situação Epidemiológica e de Desempenho - Stop TB 2012”, refere que as assimetrias na distribuição geográfica são já muito menos pronunciadas, tendo deixado de existir regiões de alta incidência (definidas por terem 50 ou mais casos por 100 mil) e tendo passado a áreas de baixa incidência (<20/105) 13 distritos do continente e as Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira. O distrito de Lisboa encontra-se numa situação de incidência intermédia (em segundo lugar, com 29/105), tal como outros quatro distritos do continente (Porto, com a maior taxa de incidência (32/105), Beja (24/105), Faro (23/105) e Setúbal (22/105).

Assim, o Relatório sublinha que tem sido admirável a evolução na última década, de distritos como o de Lisboa (assim como os do Porto, Setúbal e Braga), os quais à partida tinham os mais elevados índices de morbilidade e que apresentam um declínio da incidência muito acentuado e consistente, assim refletindo o impacto das medidas de controlo, apesar da elevada prevalência dos principais factores de risco.

Pode ler-se no “Retrato da Saúde em Lisboa – Contributo para um Perfil de Saúde da Cidade” (ARSLVT, I.P.. Junho 2013): *«Desde 2002 que a taxa de incidência da tuberculose tem apresentado uma tendência decrescente quer na ARSLVT quer no Concelho de Lisboa. Contudo, em 2013 está a registar-se uma inversão desta tendência. (...) Cerca de 25% dos novos casos de tuberculose ocorrem associados a doentes com SIDA, e cerca de 30% são de indivíduos*

⁴ ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P (2013), **Retrato da Saúde em Lisboa – Contributo para um Perfil de Saúde da Cidade**. Junho 2013. Pág. 83

⁵ Direção Geral da Saúde (2012) – Sistema de Vigilância do Programa de Tuberculose (SVIG-TB). Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose. Ponto da Situação Epidemiológica e de Desempenho “Stop TB 2012”

de outras nacionalidades. (...) Em Lisboa como nos demais territórios a maioria dos casos notificados é do sexo masculino e da faixa etária dos 35-44 anos.»⁶

Todavia, dada a atual situação de crise, julgamos pertinente aqui referir o exposto no “Relatório de Primavera 2012 Crise & Saúde – Um país em sofrimento” da autoria do Observatório Português dos Sistemas de Saúde – OPSS:

- *“Existe uma considerável base de conhecimento dos efeitos de uma crise socioeconómica (desemprego, endividamento, empobrecimento) sobre a saúde e os sistemas de saúde: Os efeitos, nomeadamente sobre a saúde mental (perda de autoestima, ansiedade e depressão e suicídio) e sobre o aumento de comportamentos de risco incluindo os relativos à toxicoddependência e ao álcool. As consequências de falta de conforto térmico nas habitações, as limitações do acesso aos cuidados de saúde médicos e medicamentos. (...) A forma como uma crise socioeconómica afeta a saúde depende essencialmente dos seguintes fatores: Situação socioeconómica, da saúde e da proteção social à partida: Intensidade da crise; Oportunidade e qualidade das respostas.»⁷*
- *«Há múltiplos indícios de que o empobrecimento dos portugueses (...) e a dificuldade crescentes com os transportes (para além da evolução dos tempos de espera) dificultam o acesso aos cuidados de saúde de muitos portugueses. O OPSS expõe neste relatório um conjunto de breves estudos que, no seu conjunto, suporta esta conclusão.»⁸*

3. CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÓMICA

O Relatório 2011 do Observatório de Luta Contra a Pobreza na Cidade de Lisboa⁹ sublinha que a situação de crise social que Portugal apresenta, naturalmente também sentida no concelho de Lisboa, nem sempre é comprovada por dados atuais disponíveis. Nesse âmbito, o Observatório menciona os dados disponibilizados pelo Banco Alimentar de Lisboa, de acordo com os quais se verifica um significativo crescimento das situações de carência.

Outro dado destacado pelo supra referido Relatório é a existência de lacunas e a absoluta necessidade de prestação de apoio através da criação de mais vagas e de mais respostas face à pouca abrangência de equipamentos atualmente disponíveis em áreas de resposta a problemas específicos, e cuja população destinatária se encontra mais vulnerável dada a sua situação (deficiência, doença de foro mental/psiquiátrico, VIH/Sida, situação de sem-abrigo).

O estudo “Retrato da Saúde em Lisboa” (ARSLVT, I.P., Junho 2013) refere haver *«evidência crescente de que pessoas em posição de desvantagem estão diferentemente expostas a um conjunto de fatores de risco, incluindo crises naturais ou antropogénicas, habitação insalubre, condições de trabalho perigosas, menor disponibilidade*

⁶ ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (2013), **Retrato da Saúde em Lisboa – Contributo para um Perfil de Saúde da Cidade**. Junho 2013. Pág.81

⁷ Observatório Português dos Sistemas de Saúde – OPSS. Relatório de Primavera 2012 Crise & Saúde – Um país em sofrimento”. Pág. 200

⁸ Idem. Pág. 202

⁹ Observatório de Luta Contra a Pobreza na Cidade de Lisboa. EAPN Portugal – Rede Europeia Anti Pobreza (2012). Observatório de Luta Contra a Pobreza na Cidade de Lisboa – Relatório 2011. Pp. 143 e 144.

alimentar em quantidade e qualidade, exclusão social e barreiras à adoção de comportamentos saudáveis. (...) Da população inscrita nos Centros de Saúde de Lisboa, 18,4% (98 356 indivíduos²⁹) encontra-se em situação de insuficiência económica. [A população inscrita na Cidade de Lisboa corresponde a 98% da população residente]¹⁰.

TABELA 3: Utentes do SNS inscritos nos Cuidados de Saúde Primários – N.º e percentagem de utentes com insuficiência económica, em 2012

REGIÃO/ ACES	UTENTES DO SNS INSCRITOS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS		
	TOTAL DE INSCRITOS	UTENTES EM SITUAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA ECONÓMICA	% UTENTES COM SITUAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA ECONÓMICA
RLVT	3 742 433	730 563	19,5%
Grande Lisboa	2 011 745	342 672	17,0%
Concelho de Lisboa	535 608	98 356	18,4%

Fonte: SIARS – Sistema de Informação da ARSLVT, I.P., in “Retrato da Saúde em Lisboa – Contributo para um Perfil de Saúde da Cidade (2013)”¹¹

O atual contexto de crise económica e social conduz quer ao agravamento da situação das pessoas mais vulneráveis, quer ao aumento de novos casos. Alguns fatores de risco no âmbito da problemática do consumo de substâncias psicoativas são indicadores frequentemente associados à privação económica e social extrema. Nelas se incluem situações de zonas degradadas, de bairros camarários, de construções clandestinas, em suma, espaços pouco valorizados sendo que daí advêm inúmeras dificuldades ao nível da apropriação sociocultural e psicossocial. Com base em evidência científica constata-se que certas variáveis, ao nível familiar e comunitário, podem tornar o indivíduo especialmente vulnerável ao consumo.

De acordo com o INE (Censos 2011), em termos municipais, foram os municípios do Porto e de Lisboa que registaram o maior número de fogos de habitação social por 1 000 fogos residenciais (cerca de 105 e 93 fogos, respetivamente).¹² De acordo com a Câmara Municipal de Lisboa¹³, nos últimos anos a cidade tem vindo ser alvo de uma requalificação e modernização que também se reflete nas condições de quem nela habita e trabalha. Designadamente, a eliminação dos bairros degradados e o realojamento das famílias, terá contribuído para a criação de melhores condições de vida. Tem-se ainda investido nos novos bairros mas também nas zonas históricas, na procura que estes se tornem espaços de vivência com melhores condições. **Contudo, é ainda mencionado que a cidade se debate com problemas para os quais é necessário pensar intervenções, sendo referidos o “envelhecimento da população que se tem acentuado nos últimos anos, os grupos mais vulneráveis e**

¹⁰ ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P (2013), **Retrato da Saúde em Lisboa – Contributo para um Perfil de Saúde da Cidade**. Junho 2013. Pp.36 e 39

¹¹ Idem. Pág. 39

¹² INE - Publicação “Destques” – Caracterização da Habitação Social em Portugal 2011, 18 de julho de 2012, pág. 4

¹³ <http://www.cm-lisboa.pt/viver/intervencao-social/saude 04.04.2013>

fragilizados, como as pessoas sem-abrigo, as crianças e jovens em risco, as vítimas de violência doméstica, as pessoas com deficiência, entre outras”.

4. POPULAÇÃO SEM-ABRIGO

«Torna-se evidente que a questão habitacional é relevante, mas os problemas das pessoas sem abrigo são outros e é da maior importância que estejamos conscientes quanto a esta matéria. Por esta razão deve estabelecer-se a distinção entre houseless e homeless: é grave não deter uma habitação com as condições mínimas de habitabilidade, mas é mais complexo SER homeless, pois por de trás desta situação (...), existe uma perda de vínculos familiares, decorrentes do desemprego, da violência, da perda de algum ente querido, perda de auto-estima, alcoolismo, toxicod dependência, doença mental, entre outros factores, são os principais motivos que levam as pessoas a “morarem na rua”. São histórias de rupturas sucessivas e que, com muita frequência, estão associadas ao uso de álcool e drogas, não só pela pessoa sem abrigo, mas por outros membros da família.»¹⁴

A cidade de Lisboa lida com fenómenos de exclusão social nas suas formas mais distintas, sendo os sem-abrigo um dos lados mais visíveis dessa exclusão. A existência de população sem-abrigo é um problema predominantemente urbano, sendo Lisboa e Porto as principais cidades portuguesas onde esta problemática está mais presente.

De acordo com o Relatório 2011 do Observatório de Luta Contra a Pobreza na Cidade de Lisboa (EAPN) a *«intervenção junto das pessoas sem-abrigo, devido à importância que tem na cidade de Lisboa, é uma das áreas prioritárias referenciadas pela Rede Social. Contudo, há a lamentar que desde a existência do Plano Cidade para a Pessoa Sem-Abrigo ainda não existam dados concretos que possam ser alvo de análise e permitam ter um conhecimento mais profundo sobre o fenómeno na cidade de Lisboa.»*¹⁵ O Relatório refere ainda que apesar de existirem alguns estudos sobre esta população, urge proceder à uniformização do conceito e a articulação dos procedimentos metodológicos adotados pelas instituições que trabalham com esta população, para que seja mais exequível conhecer o fenómeno na sua totalidade, e garantir-se a complementaridade e a comparabilidade dos estudos realizados (a Estratégia Nacional para a Pessoa Sem-Abrigo procurou em 2009 a definição de um conceito a ser adotado por todos) e a avaliação das intervenções desenvolvidas.

No que concerne as estratégias de intervenção desenvolvidas e a implementar, o Relatório refere que a situação de sem-abrigo é multidisciplinar, devendo também a sua abordagem ser multidisciplinar (respostas sociais

¹⁴ Rede Social. Grupo de Trabalho para a Pessoa Sem Abrigo. **Plano Cidade Para A Pessoa Sem Abrigo. Lisboa, abril de 2009.** Aprovado na 7ª Sessão Plenária realizada a 04 de maio de 2009. Pág. 8

¹⁵ Observatório de Luta Contra a Pobreza na Cidade de Lisboa. EAPN Portugal – Rede Europeia Anti Pobreza (2012). **Observatório de Luta Contra a Pobreza na Cidade de Lisboa – Relatório 2011.** Pág. 40

específicas e integradas que tenham em conta as diferentes realidades e problemáticas associadas a esta população, nomeadamente problemas de saúde mental, alcoolismo, droga, desemprego, entre outros), e indica a desadequação verificada ao nível das respostas assistencialistas e padronizadas.

Os Censos 2011 identificavam cerca de 143 pessoas sem-abrigo na cidade de Lisboa. No quadro que se segue podemos observar a sua distribuição por freguesias. Com exceção de Santa Maria dos Olivais que apresenta o número mais elevado de pessoas sem-abrigo, as restantes freguesias, Sé, São Paulo, Anjos, Santa Justa, São Sebastião da Pedreira e São José são freguesias do centro da cidade que disponibilizam muitos dos recursos para esta população no seu dia-a-dia, nomeadamente alimentação. O município de Lisboa disponibiliza uma série de equipamentos para minimizar os danos da vivência de rua, sendo o Núcleo de Apoio aos Sem-abrigo uma resposta camarária que congrega muitos desses equipamentos. No documento “Plano Cidade Para A Pessoa Sem Abrigo” (2009), é referida a proposta de reestruturação ou de criação de respostas específicas para esta população, em diversas áreas, entre as quais, na Saúde, se refere a *“articulação com o Instituto da Droga e da Toxicoddependência (IDT), facilitando o acesso a programas de desintoxicação e de inserção específicos; articulação com o Ministério da Saúde no apoio aos alcoólicos; garantir apoio médico continuado e interface entre serviços sociais e de saúde”*¹⁶.

TABELA 22 – População residente sem abrigo (n.º) segundo a freguesia

FREGUESIAS	POPULAÇÃO SEM ABRIGO	
	N.º	%
Santa Maria dos Olivais	26	18,2
Sé	25	17,5
São Paulo	20	14,0
Anjos	13	9,1
Santa Justa	12	8,4
São Sebastião da Pedreira	11	7,7
Santos-o-Velho	6	4,2
São José	5	3,5
Beato	2	1,4
Campo Grande	2	1,4
Campolide	2	1,4
Charneca	2	1,4
Lumiar	2	1,4
Madalena	2	1,4
Pena	2	1,4
Concelho de Lisboa	143	100,0

¹⁶ Rede Social. Grupo de Trabalho para a Pessoa Sem Abrigo. **Plano Cidade Para A Pessoa Sem Abrigo. Lisboa, abril de 2009.** Aprovado na 7ª Sessão Plenária realizada a 04 de maio de 2009. Pág. 29

FONTE: INE – CENSOS Definitivos 2011. Cálculo valores relativos: DICAD

Apesar dos dados acima referidos, e ainda de acordo com o Relatório 2011 do Observatório de Luta Contra a Pobreza na Cidade de Lisboa (EAPN) já referido, a informação disponível (à data de realização do mencionado Relatório) são os dados apresentados pelo relatório anual do Plano de Monitorização e Avaliação 2007, apresentado pelo Grupo de Trabalho Motivação e Encaminhamento (GTME) (promovido pela Câmara Municipal de Lisboa) e que permitem, apesar de alguns constrangimentos, caracterizar a população sem-abrigo da cidade de Lisboa, tendo o Observatório constatado a ineficácia e inadequação das respostas, já que a maioria dos sem-abrigo estava a viver na rua no momento do contacto (56,9%).

Assim, o Relatório do Observatório destaca o seguinte:

- «Ao longo do ano 2007 foram identificadas no Registo Geral de Utentes 1.187 pessoas sem-abrigo
- A população sem-abrigo da cidade de Lisboa é maioritariamente do sexo masculino (83,2%), em idade activa (68,8% das pessoas contactadas tinham idades compreendidas entre os 25 e os 54 anos) e solteiros (43,9%).
- A maioria é de nacionalidade portuguesa (78,2%)
- Da população estrangeira identificada, 36,5% são provenientes de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) e 34,7% dos países do leste europeu
- Em 2007 registou-se maior incidência de pessoas sem-abrigo nas freguesias que se situam na zona antiga da cidade. As zonas mais procuradas por esta população, apesar de não serem zonas em que pernoitam, são Martim Moniz, Santa Apolónia, Intendente, Praça do Comércio e Cais do Sodré.
- A maioria da população sem-abrigo encontra-se a viver na rua (56,9%) e apenas 29,3% se encontra numa das respostas existentes, tais como, quartos ou pensões pagos pela Santa Casa da Misericórdia (18,6%); em Centros de Acolhimento Temporário de permanência longa (7,2%) e Centros de Acolhimento Temporário com tempo de permanência definido (3,5%).»¹⁷

5. SITUAÇÃO FACE AO EMPREGO

Em 2011, segundo os Censos, a taxa de desemprego em Portugal situou-se em 13,18%, enquanto na região de Lisboa e Vale do Tejo, se verificou uma taxa de desemprego de 12,94%, no Algarve 15,74%, no Norte 14,47%, no Alentejo 12,83%, e no Centro 10,98%. No Concelho de Lisboa, a taxa de desemprego situou-se em 11,84%, e portanto inferior à média nacional e à média da região.

No seu Relatório 2011, o Observatório de Luta Contra a Pobreza na Cidade de Lisboa¹⁸ sublinha o facto de todos os dados mais recentes apontarem para o agravamento do problema do desemprego (extensão e duração):

- Rápido aumento do número de desempregados, principalmente dos indivíduos mais vulneráveis (pessoas com mais baixas qualificações) mas cada vez mais também de jovens desempregados com altas qualificações (Ensino Superior): o Concelho de Lisboa apresenta a percentagem mais elevada de desempregados com o Ensino Superior, face ao Distrito e a Portugal Continental, tendo sido os jovens com menos de 25 anos os que

¹⁷ Observatório de Luta Contra a Pobreza na Cidade de Lisboa. EAPN Portugal – Rede Europeia Anti Pobreza (2012). **Observatório de Luta Contra a Pobreza na Cidade de Lisboa – Relatório 2011**. Pp. 40-44

¹⁸ Idem. Pág. 88

registaram um maior aumento percentual de desemprego entre o 1º e o 4º trimestre de 2011; contudo é o escalão entre os 35 e os 54 anos, a faixa etária onde mais se concentram os desempregados tanto em Lisboa como em Portugal Continental.

- Agravamento da taxa de desemprego de longa duração (mais de 12 meses) e de muito longa duração (mais de 24 meses), e a sua incidência nas faixas etárias abaixo dos 35 anos (15% dos DLD possuem menos de 35 anos): no concelho de Lisboa verifica-se a maior percentagem de desempregados de longa duração junto da população com menos de 35 anos e com o Ensino Superior (14,5%).

TABELA 4 – Taxa de desemprego e população residente desempregada (sentido restrito), segundo a freguesia

FREGUESIA	TAXA DE DESEMPREGO (%)	POPULAÇÃO DESEMPREGADA TOTAL	FREGUESIA	POPULAÇÃO DESEMPREGADA TOTAL
Castelo	20	32	Marvila	2987
Charneca	18,07	868	Santa Maria dos Olivais	2867
Socorro	17,51	267	Benfica	2192
São Cristóvão e São Lourenço	17	109	Lumiar	1754
Marvila	16,77	2987	São Domingos de Benfica	1412
Ameixoeira	16,74	979	Carnide	1302
Beato	16,41	924	São João	1050
Ajuda	15,58	1017	Ajuda	1017
Santo Estêvão	14,85	109	São Jorge de Arroios	1012
São João	14,7	1050	Ameixoeira	979
Pena	14,44	328	Beato	924
Graça	14,2	374	Campolide	900
<i>Portugal</i>			13,18%	
<i>Lisboa município</i>			11,84%	

Fonte: INE – Censos Definitivos 2011

Relativamente a uma análise ao nível das freguesias do Concelho, o Observatório de Luta Contra a Pobreza na Cidade de Lisboa¹⁹ analisa, no referido Relatório, a evolução do número de desempregados inscritos em 2011 nos centros de emprego, e conclui:

- Foi muito desigual a variação do desemprego entre as freguesias do concelho: 33 freguesias viram aumentar o seu número de desempregados, destacando-se São João de Deus, Campo Grande, Alto do Pina e Santa Maria de Belém que triplicaram os seus valores.
- Houve um aumento muito significativo de 18% de desempregados inscritos nas freguesias de Marvila e Santa Maria dos Olivais, de 15% em São Domingos de Benfica e de 14% em Benfica: consideradas em conjunto, estas

¹⁹ Idem. Pág. 76

freguesias com quase 9000 pessoas desempregadas, representam cerca de 35% do desemprego declarado no Concelho (surgiram mais 1.375 desempregados entre janeiro e dezembro de 2011).

- Considerando que existem, no Concelho, freguesias com grande disparidade no que se refere ao número de habitantes, daí resulta que em apenas 10 freguesias se concentram mais de 50% dos desempregados de Lisboa, sendo que na freguesia de Marvila (2.392 desempregados em Dezembro de 2011), residem mais de 9% dos desempregados no Concelho.

Também relativamente à desigualdade no concelho de Lisboa, apresenta-se no mapa abaixo, a distribuição, por freguesia, dos estabelecimentos, segundo a dimensão e salários auferidos.

6. BENEFICIÁRIOS RENDIMENTO SOCIAL DE INSERÇÃO

Entre 2008 e 2010 o número de beneficiários com processamento de RSI no Distrito de Lisboa foi sempre crescente, sendo a partir de 2011 que se começam a registar variações negativas (-10% em 2011 e -5% em 2012).

Os valores apresentados para o concelho de Lisboa representam cerca de 30% dos beneficiários de RSI do Distrito de Lisboa, no período entre os anos de 2008 e 2011.

No ano de 2011, a população beneficiária de RSI no concelho de Lisboa (26525 indivíduos) representou 5,6% do total da população residente no concelho, com idade superior a 14 anos (477.239 indivíduos). Embora este valor seja inferior à percentagem nacional de população beneficiária de RSI (8,1%), considera-se o valor apurado para o concelho de Lisboa representativo da carência económica da população residente.

No período entre os anos de 2008 e 2011, a freguesia com maior número de beneficiários do RSI foi Marvila, seguida por Santa Maria dos Olivais, representando em média 14,5% e 9,3%, respetivamente, do total de indivíduos beneficiários de RSI no concelho de Lisboa.

TABELA 5 – Beneficiários (n.º) de Rendimento Social de Inserção em 2012 no Distrito de Lisboa

BENEFICIÁRIOS RSI DO DISTRITO DE LISBOA	ANO 2012
Indivíduos	80.374
Famílias	31.128

Fonte: Instituto da Segurança Social (ISS)

TABELA 6 – Beneficiários (n.º) de Rendimento Social de Inserção por freguesia

FREGUESIAS	ANO 2011		
	POPULAÇÃO RESIDENTE	BENEFICIÁRIOS RSI	
		N.º	%
Marvila	38.102	3.674	9,6

Santa Maria dos Olivais	51.036	2.442	4,8
Ameixoeira	11.863	1.833	15,5
Benfica	36.821	1.649	4,5
Lumiar	41.163	1.488	3,6
Charneca	9.935	1.453	14,6
Carnide	23.316	1.360	5,8
Ajuda	15.584	1.325	8,5
Beato	12.429	1.151	9,3
São João	15.187	884	5,8
Anjos	9.361	617	6,6
São Jorge de Arroios	18.415	602	3,3
Concelho de Lisboa	547.733	26.525	

Fonte: Observatório Luta Contra a Pobreza na Cidade de Lisboa (Dados 2012)

7. RECURSOS E RESPOSTAS SOCIAIS

«Os equipamentos sociais apresentam-se como elementos centrais de proteção social e do contrato social entre o Estado e os cidadãos. Se a existência de uma rede de serviços sociais ajustados se revela fulcral para a qualidade de vida das populações, a cobertura eficaz assegurada por essa rede de carácter público também se torna essencial sobretudo para as pessoas e famílias em situação de vulnerabilidade.»²⁰

No que diz respeito à criação de novos equipamentos, o distrito de Lisboa continua a demonstrar uma maior dinâmica (a par de alguns distritos do litoral), com uma maior concentração de respostas, existindo na cidade de Lisboa cerca de 834 equipamentos sociais (36% dos equipamentos sociais do distrito) nas áreas da Infância e Juventude, População Adulta, Família e Comunidade e Grupo Fechado, os quais apresentam respostas específicas dirigidas a vários grupos alvo (crianças e jovens, idosos, família e comunidade em geral).²¹

O concelho de Lisboa funciona como polo atractor de uma população que vem à procura de melhores condições a todos os níveis e que acaba por permanecer nos espaços da cidade. Assim, a cidade tem de estar preparada para acolher cidadãos mais fragilizados que nela permanecem. O investimento nas políticas sociais e,

²⁰ Observatório de Luta Contra a Pobreza na Cidade de Lisboa. EAPN Portugal – Rede Europeia Anti Pobreza (2012). **Observatório de Luta Contra a Pobreza na Cidade de Lisboa – Relatório 2011**. Pág. 138

²¹ Idem. Pág. 140

consequentemente, nas redes de serviços, visam melhorar o acesso dos indivíduos às redes de recursos, nomeadamente às redes sociais. Cidades como Lisboa, pela sua dimensão e número de promotores sociais que nela intervêm, apropriaram-se deste conceito para fundamentar a necessidade de implementação de uma rede social. Em Lisboa, a rede social é constituída e assegurada pelos principais parceiros na ação social, Segurança Social, Câmara Municipal e Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

A Rede Social pretende constituir uma forma específica de parceria entre entidades públicas e privadas, atuando nos mesmos territórios, baseada na igualdade entre os parceiros, no respeito pelo conhecimento, pela identidade, potencialidades e valores intrínsecos de cada um, na partilha, na participação e na colaboração, com vista à consensualização de objetivos, à concertação das ações desenvolvidas pelos diferentes agentes locais e à otimização dos recursos endógenos e exógenos ao território. (in Decreto-Lei nº. 115/2006 de 14 de Junho)

Assim, em seguida identificamos todas as entidades da Rede Social que intervêm de alguma forma na área dos Comportamentos Aditivos e Dependências (contudo, podem existir, fora desta Rede, outras entidades e instituições com intervenção no território de Lisboa).

TABELA 7 – Entidades que compõem a Rede Social de Lisboa, com intervenção direta ou indireta nos comportamentos aditivos e dependências (CAD)

	APOIO PSICOSSOCIAL	TREINO DE COMPETÊNCIAS	APOIO DOMICILIÁRIO	CUIDADOS DE ALIMENTAÇÃO	HIGIENE PESSOAL /VESTUÁRIO	FORMAÇÃO PROFISSIONAL	APOIO SOCIAL	CUIDADOS DE SAÚDE	APOIO JURÍDICO	APOIO COMPORTAMENTO ADITIVOS	ALOJAMENTO
Ajuda de Mãe	*	*		*	*	*	*		*		*
APDES - Agência Piaget para o Desenvolvimento	*	*					*	*	*	*	
Ares do Pinhal - Associação Recuperação Toxicodependência	*						*	*	*	*	
Associação de Apoio a Pessoas com VIH/SIDA - ABRAÇO	*		*				*		*	*	
Associação de Assistência de São Paulo	*						*		*	*	
Associação de Mulheres Contra a Violência - AMCV	*								*		
Associação de Reabilitação e Integração Ajuda - ARIA	*	*				*	*	*			*
Associação DIANOVA Portugal	*	*					*			*	*
Associação dos Albergues Nocturnos de Lisboa	*			*	*		*	*	*	*	*
Associação Nacional das Farmácias										*	
Associação Portuguesa de Apoio à Vítima - APAV	*	*					*		*		*

	APOIO PSICOSSOCIAL	TREINO DE COMPETÊNCIAS	APOIO DOMICILIÁRIO	CUIDADOS DE ALIMENTAÇÃO	HIGIENE /VESTUÁRIO	FORMAÇÃO PROFISSIONAL	APOIO S	CUIDADOS DE SAÚDE	APOIO JURÍDICO	APOIO COMPORTAMENTO ADITIVOS	ALOJAMENTO
Associação Positivo	*	*	*				*	*	*		
CAIS - Associação Solidariedade Social	*	*				*	*		*		
Câmara Municipal de Lisboa	*	*				*	*			*	
Cáritas Diocesana Lisboa	*	*			*	*	*				
Comunidade Vida e Paz	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Conversas de Rua - Associação	*	*					*			*	
Crescer na Maior	*						*	*		*	
Fundação Aga Khan Portugal / K'Cidade	*	*				*	*				
Fundação AMI - Fundação de Assistência Médica Internacional	*		*	*	*	*	*	*			*
GEBALIS - Gestão de Bairros N Lisboa, EM	*										*
Instituto de Apoio Criança - IAC	*	*					*				
Instituto do Emprego e Formação Profissional - IEFP - Delegação Picoas						*					
ISS, IP - Centro Distrital da Segurança Social de Lisboa	*		*				*				

	APOIO PSICOSSOCIAL	TREINO DE COMPETÊNCIAS	APOIO DOMICILIÁRIO	CUIDADOS DE ALIMENTAÇÃO	HIGIENE PESSOAL / VESTUÁRIO	FORMAÇÃO PROFISSIONAL	APOIO SOCIAL	CUIDADOS DE SAÚDE	APOIO JURÍDICO	APOIO COMPORTAMENTO ADITIVOS	ALOJAMENTO
ISU - Instituto de Solidariedade e Cooperação Univeristária	*	*								*	
Liga Portuguesa Contra a Sida	*							*	*		
Médicos do Mundo - Portugal	*	*					*	*	*	*	
Novos Rostos ... Novos Desafios	*	*					*			*	*
O Companheiro - Associação de Fraternidade Cristã	*	*		*	*	*	*		*	*	*
Santa Casa da Misericórdia de Lisboa	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependência										*	
VITAE - Associação de Solidariedade e Desenvolvimento Internacional	*	*				*	*	*	*	*	*

CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

8. EXPERIMENTAÇÃO/PREVALÊNCIA DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA POPULAÇÃO GERAL

Pode ler-se no “Retrato da Saúde em Lisboa – Contributo para um Perfil de Saúde da Cidade” (ARSLVT, I.P., Junho 2013): «O consumo de tabaco, o consumo excessivo de álcool, a alimentação não saudável e a insuficiente atividade física, são os quatro principais determinantes comportamentais com impacto na saúde da população, a par do consumo de outras drogas e dos comportamentos de risco no âmbito da vida sexual. (...) Na população portuguesa acima dos 15 anos o Inquérito Nacional de Saúde (INS) realizado em 2006 demonstrou que mais de metade dos inquiridos revelava a presença de um daqueles fatores em níveis de risco, e que 16,4% associava dois fatores e 3,4% acumulava três fatores. Verificou-se também que os quatro determinantes estudados ocorriam de forma diferente nos dois sexos, nos diferentes grupos de idade, escolaridade e estado civil, grupos de ocupação e profissão, afetando de forma mais nítida, geralmente os grupos menos favorecidos [Dias, CM; Briz, T – “Distribuição conjunta de determinantes de saúde relacionados com comportamentos na população portuguesa” – Observações_Boletim Epidemiológico, artigos breves_n.2, 2012].»²²

TABELA 8: Distribuição da população portuguesa segundo 4 determinantes de saúde* relacionados com comportamentos, em 2005/200623

SEXO	CONSUMO DE TABACO	CONSUMO DE ÁLCOOL EM NÍVEIS DE RISCO	ALIMENTAÇÃO NÃO SAUDÁVEL	ATIVIDADE FÍSICA INSUFICIENTE
Masculino	30,9	10,5	10,1	56,9
Feminino	12,7	8,1	7,0	62,7
Total	21,4	9,2	8,5	60,0

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, www.insa.pt, Boletim epidemiológico n.º1-2012, in “Retrato da Saúde em Lisboa – Contributo para um Perfil de Saúde da Cidade (2013)”

*Tabaco – inclui fumadores diários e ocasionais; Álcool – inclui consumo de bebidas alcoólicas superiores a 3 bebidas por dia no caso dos homens e 2 no caso das mulheres; Alimentação – inclui ausência de consumo de verduras, frutos ou vegetais no dia anterior, ou utilização preferencial de gorduras saturadas na confeção em casa; Atividade física – prática inferior a 75 minutos de atividade física vigorosa ou 150 minutos de atividade física moderada na semana anterior, ambas em períodos mínimos de 10 minutos.

²² ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P (2013), **Retrato da Saúde em Lisboa – Contributo para um Perfil de Saúde da Cidade**. Junho 2013. Pág. 42

²³ Idem. Pág. 43

Os dados expostos no quadro abaixo estão em consonância com os dados referidos no “2012 National Report (2011 data) to the EMCDDA”. Verifica-se que a população geral residente na Região de Lisboa apresenta uma prevalência de consumo de substâncias psicoativas ilícitas, numa perspetiva genérica, superior à registada para o país, em todos os períodos de tempo descritos (longo da vida, último ano, último mês). Também no que diz respeito às substâncias psicoativas lícitas se verificam valores mais elevados para a Região, com exceção da substância “medicamentos”.

TABELA 9 – Prevalência de consumo de substâncias psicoativas na população

SUBSTÂNCIAS ILÍCITAS	PREVALÊNCIA DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ILÍCITAS (%)												TAXA DE CONTINUIDADE DE CONSUMOS			
	POPULAÇÃO TOTAL						POPULAÇÃO JOVEM ADULTA (15 - 34 ANOS)						POPULAÇÃO TOTAL		POPULAÇÃO JOVEM ADULTA (15 - 34 ANOS)	
	LONGO DA VIDA		ÚLTIMO ANO		ÚLTIMO MÊS		LONGO DA VIDA		ÚLTIMO ANO		ÚLTIMO MÊS					
	REGIÃO LISBOA	PAÍS	REGIÃO LISBOA	PAÍS	REGIÃO LISBOA	PAÍS	REGIÃO LISBOA	PAÍS	REGIÃO LISBOA	PAÍS	REGIÃO LISBOA	PAÍS	REGIÃO LISBOA	PAÍS	REGIÃO LISBOA	PAÍS
Qualquer Substância Ilícita	16	12	5,5	3,7	3,9	2,5	21,4	17,4	9,3	7	6,6	4,8	43,2	40,3	43,5	40,2
Cannabis	15,7	11,7	5,2	3,6	3,7	2,4	20,9	17	8,8	6,7	6,6	4,7	41,3	39,4	42,1	39,4
Cocaina	3,3	1,9	0,9	0,6	0,5	0,3	4	2,8	0,9	1,2	0,5	0,7	23,1	41,4	22,5	42,9
Anfetaminas	1,4	0,9	0,2	0,2	0,2	0,1	1,8	1,3	0,5	0,4	0,5	0,3	26,1	29,9	29,4	30,8
Ecstasy	1,8	1,3	0,6	0,4	0,2	0,2	3,2	2,6	1,3	0,9	0,5	0,5	61,5	35,1	40,6	34,6
Heroína	1,6	1,1	0,3	0,3	0,2	0,2	1,4	1,1	0,2	0,4	0,1	0,3	16,7	36,4	14,3	36,4
LSD	1,1	0,6	0,2	0,1	0,2	0,1	1,3	0,9	0,4	0,3	0,3	0,2	29,4	31,9	30,8	33,3
Cogumelos Mágicos	1	0,8	0,2	0,1	0,1	0,1	1,8	1,4	0,5	0,3	0,3	0,2	26,1	22,2	27,8	21,4
SUBSTÂNCIAS LÍCITAS																
Medicamentos	17,6	19,1	11,4	12	9,7	9,9	9,5	12	5,3	6,2	4,6	4,1	56,1	62,5	55,3	51,6
Tabaco	51,4	48,9	34	30,9	32,8	29,4	49	50,9	36,4	36,5	34,6	34,3	74,2	63,2	73,9	71,8
Bebidas Alcoólicas	82,6	79,1	72,4	70,6	61,3	59,6	79	77,4	69,5	70,5	56,1	56,7	88	89,3	88,1	91,1
Cerveja	S/D	S/D	59,3	55,9	44,1	41,8	S/D	S/D	59,7	58,1	42,9	46,3	S/D	S/D	S/D	S/D
Alcopops	S/D	S/D	28,5	22	10,9	8,2	S/D	S/D	34,1	30,5	15,6	12,6	S/D	S/D	S/D	S/D
Vinho	S/D	S/D	62	58,5	49,5	46,8	S/D	S/D	50,6	48,5	35,7	34	S/D	S/D	S/D	S/D
Bebidas Espirituosas/Destiladas	S/D	S/D	52,8	47,8	29,3	26,3	S/D	S/D	51,1	51,3	29,6	29,7	S/D	S/D	S/D	S/D

FONTE: II Inquérito ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral – CEOS/IDT 2007

Quando se foca a análise do quadro anterior na população jovem adulta, constata-se que existe uma diminuição na prevalência do consumo das substâncias “cocaína” e “heroína”, no último ano e último mês, da Região de Lisboa comparativamente ao país. Em relação às substâncias lícitas, e embora inferiores, os valores da prevalência de consumo colocam a Região de Lisboa a par dos números registados para o país.

No que diz respeito à taxa de continuidade de consumos, salientam-se os valores significativamente inferiores das taxas associadas às substâncias “cocaína” e “heroína”, na Região de Lisboa, registadas tanto para a população geral, como para a população jovem adulta.

O “Retrato da Saúde em Lisboa – Contributo para um Perfil de Saúde da Cidade” (ARSLVT, I.P.. Junho 2013) refere: «Em 2012 numa amostra da população da Região de Lisboa (NUT II) com mais de 18 anos, 24,9% referia hábitos tabágicos (19,2% diários e 5,7% ocasionais) com predomínio do sexo masculino (28,7%) sobre o sexo feminino (20,6%). Estes valores são superiores em 4% aos encontrados em 2005-2006 no 4º Inquérito Nacional de Saúde (20,9%). É de salientar ainda a proporção significativa dos indivíduos que referem ser fumadores passivos (25,8%), dos quais 41,2% referem estar nessa situação todos os dias, e em particular o grupo etário dos 18-34 anos em que 59,4% dos indivíduos referem estar nessa situação. (Mafalda Bourbon, et al – e_COR – “Prevalência de fatores de risco cardiovascular na População Portuguesa”, Resultados preliminares numa amostra da Região de Lisboa (NUT II) - Grupo de Investigação Cardiovascular, UI&D, Departamento de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças não Transmissíveis, Instituto Nacional de Saúde, 2013) (Retrato da Saúde em Lisboa – Contributo para um Perfil de Saúde da Cidade”, ARSLVT, Junho 2013).»²⁴

TABELA 10: Percentagem da população com >18 anos na Região de Lisboa (NUT II) que refere consumo de tabaco, em 2012

	% POPULAÇÃO COM > 18 ANOS QUE REFERE CONSUMO DE TABACO			
	Fumador ocasional	Fumador	Ex-fumador	Fumador passivo
Homens	7,6	21,1	32,4	25,8
Mulheres	3,6	17,0	12,7	

Fonte: e_COR, 2012, Resultados Preliminares, in “Retrato da Saúde em Lisboa – Contributo para um Perfil de Saúde da Cidade (2013)”

O PREVIH é um estudo que foi promovido, em parcerias com diversas organizações, pelo GAT – Grupo Português de Ativista sobre o tratamento do VIH/SIDA Pedro Santos, que pretende, através da aplicação e um questionário nacional caracterizar a população de trabalhadores sexuais (TS) e homens que têm sexo com homens (HSH). O grupo de trabalhadores do sexo inclui mulheres, homens e transgênicos. O grupo de homens que têm sexo com homens inclui homens homossexuais, bissexuais e outros homens com identidades e orientações sexuais diversas que têm relações

²⁴ ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P (2013), **Retrato da Saúde em Lisboa – Contributo para um Perfil de Saúde da Cidade**. Junho 2013. Pág. 44.

sexuais com homens. Os dados foram recolhidos a nível nacional no ano de 2010 em locais de trabalho sexual, organizações comunitárias e unidade móvel. Do estudo destacamos a relação do mesmo com o consumo de substâncias. Conforme se pode ler no estudo²⁵ *“(...) os resultados relativos ao ter consumido substâncias alguma vez na vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias. Os dados indicam que as substâncias mais consumidas nestes períodos são o álcool, seguido da cocaína, cannabis, medicamentos do tipo ansiolíticos, hipnóticos, sedativos, antidepressivos e/ou psicoestimulantes, heroína e ecstasy. Comparando os três grupos de participantes verifica-se que, de forma geral, os TS masculinos reportam mais frequentemente consumir este tipo de substâncias.”*

²⁵ Relatório do PREVIH - RELATÓRIO COMUNITÁRIO - Estudo com Trabalhadores do Sexo pág. 13

TABELA 11 – Consumo das seguintes substâncias alguma vez na vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias

SUBSTÂNCIA	ALGUMA VEZ NA VIDA						NOS ÚLTIMOS 12 MESES						NOS ÚLTIMOS 30 DIAS					
	FEMININO		MASCULINO		TRANSGÉNERO		FEMININO		MASCULINO		TRANSGÉNERO		FEMININO		MASCULINO		TRANSGÉNERO	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Álcool	380	44,5	74	69,8	51	63,0	340	39,9	68	64,2	50	61,7	305	35,8	63	59,4	46	56,8
Medicamentos	158	18,5	22	20,8	14	17,3	115	13,5	16	15,1	11	13,6	90	10,6	10	9,4	7	8,6
Metadona	57	6,7	5	4,7	2	2,5	43	5,0	5	4,7	2	2,5	40	4,7	4	3,8	1	1,2
Cannabis	167	19,6	51	48,1	24	29,6	88	10,3	40	37,7	20	24,7	68	8,0	32	30,2	14	17,3
Ecstasy	25	2,9	24	22,6	6	7,4	5	0,6	13	12,3	3	3,7	2	0,2	8	7,5	2	2,5
Anfetaminas	11	1,3	7	6,6	3	3,7	3	0,4	4	3,8	0	0,0	1	0,1	3	2,8	0	0,0
LSD	14	1,6	9	8,5	2	2,5	1	0,1	2	1,9	0	0,0	1	0,1	1	0,9	0	0,0
Cogumelos alucinógenos	8	0,9	6	5,7	1	1,2	0	0,0	2	1,9	0	0,0	1	0,1	2	1,9	0	0,0
Cocaína	170	20,0	49	46,2	27	33,3	119	14,0	35	33,0	18	22,2	100	11,7	31	29,2	15	18,5
Heroína	110	12,9	19	17,9	7	8,6	61	7,2	16	15,1	4	4,9	54	6,3	15	14,2	3	3,7
Outras substâncias	5	0,6	2	1,9	5	6,2	4	0,5	2	1,9	4	4,9	3	0,4	1	0,9	3	3,7

FONTE: Relatório do PREVIH - RELATÓRIO COMUNITÁRIO - Estudo com Trabalhadores do Sexo

Dos participantes que reportaram consumo de heroína e cocaína, uma maior proporção de TS masculinos referiu ter consumido por via injetada (Tabela seguinte).

TABELA 12 – Consumo de drogas injetáveis

SUBSTÂNCIA	FEMININO		MASCULINO		TRANSGÉNERO	
	N	%	N	%	N	%
Heroína (n=54)	44	5,2	10	9,4	0	0,0
Cocaína (n=49)	38	4,5	9	8,5	2	2,5
Anfetaminas (n=1)	1	11,1	0	0,0	0	0,0

FONTE: Relatório do PREVIH - RELATÓRIO COMUNITÁRIO - Estudo com Trabalhadores do Sexo

9. CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES EM ACOMPANHAMENTO NAS EQUIPAS DE TRATAMENTO DAS UNIDADES DE INTERVENÇÃO LOCAL (UIL) DA ARSLVT, I.P.

Para a realização da análise dos dados expostos neste capítulo foram utilizadas informações recolhidas das Equipas de Tratamento (ET) das oito Unidades de Intervenção Local (UIL) da ARSLVT, I.P., através do Sistema de Informação Multidisciplinar (SIM).

De acordo com dados de 2012, encontram-se em acompanhamento nas Equipas de Tratamento das UIL com intervenção *no* concelho de Lisboa, 4.409 doentes – ou seja, 31% dos utentes acompanhados em 2012 por *todas* as equipas da Região de Lisboa e Vale do Tejo –, dos quais 2.549 (18% do total de utentes ativos em 2012 na RLVT) são residentes no concelho de Lisboa.

Quando comparados os dados de 2011 (2.114), com dados de 2012 (2.549), verifica-se que dos utentes ativos nas Equipas de Tratamento das oito UIL da ARSLVT, I.P., houve um aumento no número de doentes residentes no concelho de Lisboa.

TABELA 13 – Utentes ativos nas Equipas de Tratamento das IUL da ARSLVT, I.P.

	UTENTES ATIVOS 2011 (N.º)	UTENTES ATIVOS 2012 (N.º)	UTENTES ATIVOS 2012 (%)
Número total de utentes ativos da Região de Lisboa e Vale do Tejo em 2012, atendidos nas oito UIL da ARSLVT, I.P.	14.462	14.409	100%
Número total de utentes ativos nas três equipas localizadas no concelho de Lisboa (Unidade de Desabituação - Centro das Taipas, Equipa de Tratamento de Xabregas, Unidade de Alcoologia)	4.626	4.409	31%
Número de utentes, com residência em Lisboa, atendidos nalguma das oito UIL da ARSLVT, I.P. (localizadas, ou não, em Lisboa ou não), e sobre os quais incidem os próximos quadros	2.114	2.549	18%

Fonte: SIM – dados 2012

TABELA 14 – N.º de utentes ativos nas três Equipas com sede em Lisboa, em 2011 e 2012

UNIDADES DE INTERVENÇÃO LOCAL (UIL) COM SEDE NO CONCELHO DE LISBOA (ARSLVT, I.P.)	UTENTES ATIVOS 2011	UTENTES ATIVOS 2012	ADMISSÕES 2012
Unidade de Desabitação - Centro das Taipas	1.506	1.498	296
Unidade de Alcoologia	2.018	1.809	468
Equipa de Tratamento de Xabregas	1.102	1.102	202
TOTAL	4.626	4.409	966

Fonte: SIM – dados 2012

Assim, é de notar que os próximos quadros incidem sobre o número de utentes, com residência no concelho de Lisboa, e que são atendidos nalguma das UIL da ARSLVT, I.P..

Neste contexto importa ainda referir o significado de alguns termos que serão correntemente utilizados, tais como:

- Acolhimento²⁶: ato orientado para a avaliação diagnóstica: procede-se à identificação dos problemas apresentados pela “Pessoa”, priorizando as necessidades de intervenção clínica e social e formulando a referenciação específica para outros Profissionais da Equipa Terapêutica. Tem também como objetivo o preenchimento da “Ficha Base” e é realizado por um profissional que pode ou não continuar a acompanhar o “Utente” em consulta;);
- Utente Admitido (novo)²⁷: utente com pelo menos um evento assistencial com o estado de Realizado no período em estudo registado nesta Unidade, e que antes desse período nunca apresentou qualquer evento nesta Unidade. nesta perspetiva, o utente Transferido/Disponibilizado também será considerado como “Admissão”.
- Utente Ativo²⁸: todo o Utente com pelo menos um evento assistencial com o estado de Realizado no período em estudo registado nesta Unidade. O utente Transferido/Disponibilizado é sempre considerado como “Activo” na Unidade de origem.

CARACTERIZAÇÃO DOS CONSUMOS

Entre os utentes ativos com residência no concelho de Lisboa e que recorreram às diferentes Equipas de Tratamento, a heroína continua a ser a substância mais referida como droga principal (60%), seguida da cocaína (6%).

De salientar o facto de não existir informação, quanto à droga principal, de 27% (606) dos utentes ativos nas Equipas e de para 11% (271) dos mesmos utentes haver indicação de não terem uma substância *principal* de consumo.

Ainda relativamente ao número de 76 utentes abaixo registados como tendo o álcool como substância principal, temos de referir que tal número se fica a dever, necessariamente, a uma situação de sub-registo da informação no SIM, considerando

²⁶ Instituto da Droga e da Toxicoddependência, I.P. (2009). Manual de Conceitos e Procedimentos Componentes Comuns (Agenda, Inscrição, Admissão, Ficha Base, Ficha de Seguintos, Comunicações, Grupos de Utentes, Mobilidade dos Utentes) – SIM. Versão 1. Pág. 10

²⁷ Instituto da Droga e da Toxicoddependência, I.P.. Sistema de Informação Multidisciplinar – SIM. Orientações gerais de registo. Pág. 1

²⁸ *Idem, Ibidem*

que, dos 2.549 utentes do universo em análise, 578 são utentes da Unidade de Alcoologia de Lisboa. Assim, podemos inferir com segurança que, pelo menos 578 têm o álcool como a sua substância de eleição.

Desta forma, o álcool assume-se como a segunda substância mais consumida pelos indivíduos inscritos nas Equipas de Tratamento, com uma representatividade de 26%.

TABELA 15 – Droga Principal

SUBSTÂNCIA PSICOATIVA	TOTAL	TOTAL%
Heroína	1368	60%
Cocaína	127	6%
Álcool	76	3%
Cannabis	62	3%
Crack	17	1%
Outras Substâncias*	22	1%
Sem Informação	606	27%
Sem Droga Principal	271	11%

Fonte: SIM – dados 2012

(* Envolve Alucinogéneos, Anfetaminas, Benzodiazepinas, Ecstasy/MDMA, Outros Estimulantes, Outros Hipnóticos, Tabaco e Outras Substâncias)

Como se verifica no quadro abaixo, o tabaco foi a substância mais consumida pelos utentes nos últimos 30 dias antes do acolhimento na Equipa de Tratamento, seguido de heroína. Pela análise dos dados apresentados percebe-se ainda que estes utentes foram policonsumidores de substâncias psicoativas.

TABELA 16 – Substâncias consumidas nos últimos 30 dias antes do acolhimento

SUBSTÂNCIA	N.º DE UTENTES QUE DISSERAM TER CONSUMIDO
Tabaco	1464
Heroína	1453
Cannabis	1381
Cocaína	1245
Álcool	985
Crack	24
Outras Substâncias*	1353

Fonte: SIM – dados 2012

(* Envolve Alucinogéneos, Anfetaminas, Benzodiazepinas, Ecstasy/MDMA, Outros Estimulantes, Outros Hipnóticos e Outras Substâncias)

O quadro abaixo exhibe as freguesias onde existiu uma maior prevalência de consumidores de substâncias, apresentando-se os resultados em número de consumidores e percentagem de consumidores face ao total dos mesmos para cada substância.

De acordo com o quadro verifica-se que Marvila foi a freguesia com maior número de consumidores para tabaco, heroína, cannabis, cocaína e álcool, seguida da freguesia de Santa Maria Olivais. Relativamente à substância “Crack”, a freguesia com mais consumidores foi o Lumiar, enquanto que para as “Outras Substâncias” (designação que envolve Alucinogéneos, Anfetaminas, Benzodiazepinas, Ecstasy/MDMA, Outros Estimulantes, Outros Hipnóticos e Outras Substâncias), a freguesia com maior prevalência de consumidores foi Santa Maria dos Olivais.

Focando a análise do quadro nas substâncias consumidas, verifica-se que as “Outras Substâncias” e o “Crack” são as substâncias mais consumidas em 4 das freguesias apresentadas, respetivamente.

A cocaína surge como a terceira substância mais consumida em 7 das freguesias referidas.

TABELA 17 – N.º de consumidores por substância (nos últimos 30 dias antes do acolhimento), segundo a freguesia de residência

FREGUESIA	TABACO		HEROÍNA		CANNABIS		COCAÍNA		ÁLCOOL		CRACK		OUTRAS SUBSTÂNCIAS ²⁹	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Marvila	198	13,5	183	12,6	182	13,2	175	14,1	179	18,2	0	0,0	202	14,9
Santa Maria dos Olivais	170	11,6	172	11,8	161	11,7	145	11,6	145	14,7	0	0,0	219	16,2
Benfica	114	7,8	125	8,6	116	8,4	99	8,0	53	5,4	1	4,2	90	6,7
Beato	85	5,8	73	5,0	77	5,6	65	5,2	72	7,3	0	0,0	109	8,1
Lumiar	83	5,7	73	5,0	70	5,1	65	5,2	46	4,7	2	8,3	88	6,5
São João	74	5,1	66	4,5	64	4,6	60	4,8	67	6,8	0	0,0	96	7,1
Ajuda	53	3,6	41	2,8	43	3,1	42	3,4	28	2,8	0	0,0	52	3,8
Anjos	43	2,9	48	3,3	41	3,0	43	3,5	36	3,7	1	4,2	43	3,2
Carnide	40	2,7	47	3,2	48	3,5	35	2,8	13	1,3	0	0,0	27	2,0
Alcântara	36	2,5	36	2,5	35	2,5	30	2,4	20	2,0	1	4,2	26	1,9
Penha de França	35	2,4	34	2,3	31	2,2	24	1,9	16	1,6	1	4,2	33	2,4
Alto do Pina	34	2,3	29	2,0	27	2,0	26	2,1	26	2,6	0	0,0	31	2,3
Concelho de Lisboa	1464		1453		1381		1245		985		24		1353	

Fonte: SIM – dados 2012

Em relação às vias de consumo de substâncias, ao longo da vida, verifica-se que a maioria dos utentes opta por consumos por via fumada/inalada (77%). Salientam-se os 21% de utentes que assumem consumos por via endovenosa, ao longo da vida.

TABELA 18 – Via de consumo da vida

VIA DE CONSUMO NA VIDA	TOTAL	TOTAL%
Fumada /Inalada	1245	77%
Endovenosa	347	21%
Oral	27	2%

²⁹ Envolve Alucinogéneos, Anfetaminas, Benzodiazepinas, Ecstasy/MDMA, Outros Estimulantes, Outros Hipnóticos e Outras Substâncias

N/S	5	0%
TOTAL	1624	0%

Fonte: SIM – dados 2012

UTENTES EM PROGRAMA DE TRATAMENTO COM AGONISTAS OPIÁCEOS (PTAO), ACOMPANHADOS NAS EQUIPAS DE TRATAMENTO (DICAD – ARSLVT, I.P.) DA CIDADE DE LISBOA

O quadro abaixo expressa o número de utentes em Programa de Tratamento com Agonistas Opiáceos com cloridrato de metadona, na Equipa de Tratamento (ET) de Xabregas e na Equipa de Tratamento da Unidade de Desabitação – Centro das Taipas, utentes que, na sua maioria, residem na cidade de Lisboa: totalizam 1.373.

É de referir, no entanto, que o número de utentes em tratamento neste tipo de programa em todas as Equipas de Tratamento dos Centros de Respostas Integradas da Região de Lisboa e Vale do Tejo (incluídas as consultas descentralizadas e as parcerias) totaliza um número de 5.519 utentes.

De registar, ainda, que os números apresentados no quadro infra e que se referem às duas ET acima referidas, são mais elevados do que os apresentados no quadro abaixo da distribuição por freguesias: tal, pode ficar a dever-se ao facto de existir um número significativo de utentes não propriamente residentes na cidade de Lisboa, mas sim residentes na área metropolitana e/ou que trabalham na cidade de Lisboa, e que fazem o programa numa destas duas equipas. Outro elemento explicativo pode ter a ver também com o subregisto no SIM, mencionado na nota abaixo.

TABELA 19 – N.º de Utentes em PTAO, acompanhados em 2012 nas UIL (ARSLVT, I.P.) da Cidade de Lisboa

CENTRO DE RESPOSTAS INTEGRADAS	EQUIPA DE TRATAMENTO	CONSULTA DESCENTRALIZADA	UTENTES NO ANO: NAS EQUIPAS DE TRATAMENTO	UTENTES NO ANO: NAS PARCERIAS	TOTAL
CRI de Lisboa Oriental	ET Xabregas	Sede	566	25	591
Unidade de Desabitação – Centro das Taipas	ET Taipas	Sede	782	Desconhecido	782
TOTAL			1.348	25	1.373

Fonte: Movimento Clínico das ET – dados 2012

A tabela abaixo apresenta as doze freguesias de Lisboa de onde provém o maior número de utentes em PTAO nas UIL da ARSLVT, I.P.. No total das freguesias do concelho de Lisboa, são 581 os utentes em programa de Metadona (nota: o facto das duas Unidades de Lisboa (Unidade de Desabitação – Centro das Taipas e Equipa de Xabregas – CRI de Lisboa Oriental) ainda não utilizarem o SIM para o registo completo de todos os seus Utentes integrados no Programa, torna estes dados somente indicativos). Refira-se que a freguesia com o maior número de utentes em Programa de Metadona e Buprenorfina é a freguesia de Marvila, sendo a freguesia de Benfica a que tem mais utentes em Buprenorfina + Naloxona.

TABELA 20 – Distribuição do número de utentes em PTAO por freguesia da Cidade de Lisboa

FREGUESIAS	PTAO (Programa de Tratamento com Agonistas Opiáceos)			
	TOTAL	Metadona	Buprenorfina de Alta Dose	Buprenorfina + Naloxona
Marvila	157	125	30	2
Santa Maria dos Olivais	128	98	28	2
Beato	60	41	16	3
São João	51	37	14	0
Benfica	69	35	26	8
Lumiar	39	20	15	4
Alto do Pina	22	15	7	0
Anjos	17	13	3	1
Carnide	24	13	9	2
Ameixoeira	15	12	3	0
São Jorge de Arroios	29	12	15	2
São Paulo	12	9	3	0
Concelho de Lisboa	964	581	318	65

Fonte: SIM – dados 2012

INTERVENÇÕES EXISTENTES: PRINCIPAIS RESPOSTAS RELATIVAMENTE AO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E PROBLEMAS LIGADOS AO ÁLCOOL

O Relatório 2011 do Observatório de Luta Contra a Pobreza na Cidade de Lisboa, destaca o distrito de Lisboa como um dos distritos onde se regista maior concentração de respostas sociais, sendo que 36% desses equipamentos se encontram no **concelho de Lisboa**.

Por outro lado, o mesmo Relatório aponta que, embora algumas destas respostas existentes pretendam responder a problemas específicos (deficiência, situações de dependência, doença de foro mental/psiquiátrico, sem-abrigo, VIH/Sida, Toxicodependência) as *“áreas sociais que apresentam menos equipamentos são as dirigidas a população com problemas específicos: deficiência e/ou dependência; doença de foro mental/psiquiátrico; doenças infecto-contagiosas; dependências e sem-abrigo.”*³⁰.

Relativamente à situação dos utentes face à seropositividade, ainda que para este indicador possa existir uma situação de sub-registo da informação no SIM, verifica-se que os utentes inscritos nas Equipas de Tratamento com residência no concelho de Lisboa apresentam a mesma taxa de infeção para o VIH (6%), uma percentagem superior de seropositivos para o

³⁰ Observatório de Luta Contra a Pobreza na Cidade de Lisboa. EAPN Portugal – Rede Europeia Anti Pobreza (2012). **Observatório de Luta Contra a Pobreza na Cidade de Lisboa – Relatório 2011**. Pp. 139-140

VHC (Vírus da Hepatite C) (76%) e uma menor incidência de tuberculose (1%), que os utentes inscritos nas Equipas de Tratamento do país.

TABELA 21 – Situação face à seropositividade para doenças infecciosas dos utentes ativos em 2012

LOCAL	VIH		VHC		TUBERCULOSE	
	N.º UTENTES	TAXA (%)	N.º UTENTES	TAXA (%)	N.º UTENTES	TAXA (%)
Equipas Tratamento de Lisboa	152	6%	415	76%	28	1%
Valores Nacionais de Referência (Totais)	2199	6%	8610	70%	1735	4%

Fonte: SIM – dados 2012

Considerando que a prevalência de casos de VIH/SIDA para a população geral é de 0,6%, de infeção pelo VHC é de 1,5% e de casos de tuberculose é de 0,4%, verifica-se que os números registados para a população inscrita nas Equipas de Tratamento são significativamente superiores. Tal demonstra que a vulnerabilidade social, confirmada anteriormente pelos quadros acima, está associada a uma fragilidade das condições de saúde, dependentes de cuidados médicos regulares.

A população toxicodependente integra o grupo vulnerável de uma série de patologias, nomeadamente a tuberculose (pelo que se preconiza que as estratégias de Redução de Riscos e Minimização de danos com a população toxicodependente atuem ao nível preventivo e de diagnóstico precoce desta doença).

No que se refere aos dados relativos ao fenómeno da tuberculose em Portugal, e considerando os casos notificados em 2011³¹, já atrás vimos que o Distrito de Lisboa apresenta valores elevados (32,4 permilagem), encontrando-se contudo numa situação de incidência intermédia (em segundo lugar face aos outros quatro distritos do continente nessa mesma situação, com 29/105), sendo considerada admirável a evolução na última década, já que Lisboa era um dos Distritos que tinham, à partida, os mais elevados índices de morbilidade e que passaram a apresentar um declínio da incidência muito acentuado e consistente, entendendo-se que esse declínio reflete, apesar da elevada prevalência dos principais factores de risco, o impacto das medidas de controlo.

O quadro seguinte identifica grupos específicos da população que, encontrando-se mais expostos ao risco de contrair a doença, são quem também apresenta resultados.

³¹ FONTE: Direção Geral da Saúde (2012) – Sistema de Vigilância do Programa de Tuberculose (SVIG-TB). Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose. Ponto da Situação Epidemiológica e de Desempenho “Stop TB 2012”. INE: População média residente 2011

TABELA 22 – Sucesso terapêutico em Portugal avaliado aos 12 meses após o início do tratamento, conforme os grupos de risco considerados

GRUPOS DE RISCO	CURA AVALIADA EM 2007	CURA AVALIADA EM 2008	CURA AVALIADA EM 2009	CURA AVALIADA EM 2010
Sem risco	93%	91	93	82
Imigrantes	76%	84	87	77
Toxicodependentes	65%	70	74	64
Infetados VIH	63%	70	74	58
Sem abrigo	56%	69	77	53

Fonte: Direção Geral da Saúde (2012) – Sistema de Vigilância do Programa de Tuberculose (SVIG-TB). **Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose. Ponto da Situação Epidemiológica e de Desempenho “Stop TB 2012”**. INE: População média residente 2011

O Relatório 2012 do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias³² refere que *“É também fundamental encontrar as formas de combater a doença nos nichos onde estão as pessoas mais vulneráveis. É preciso ter em mente que a pobreza é grande aliada da tuberculose e, infelizmente esse problema é cada vez mais agudo em Portugal. Um alerta para que os êxitos que se têm vindo a alcançar não sejam apagados pela crise que o país atravessa. Estejamos atentos e encontremos as formas mais adequadas de encarar a situação atual.”*

Neste mesmo documento, salienta-se alguns dos pontos tratados no Congresso de 2011 realizado em Lisboa sob o tema Infecções Respiratórias um Desafio Multifatorial: *“Conclui-se que a atual situação das infecções respiratórias em Portugal, e os tempos de crise que se atravessam, impõem novas estratégias e uma abordagem multidisciplinar no seu combate, tendo em atenção o elevado sofrimento que provocam e os pesados custos económicos e sociais que causam.”*³³.

Também no sumário executivo deste Relatório, onde são sublinhados os bons resultados obtidos em Portugal devido à *«qualidade do Serviço Nacional de Saúde que possuímos nas últimas décadas e ao esforço dos profissionais de saúde que nele trabalham. Na área médica tem havido constantes progressos e uma progressiva penetração das especialidades em todos os hospitais.»*, é também referido que alguns constrangimentos identificados (designadamente o escasso número de consultas por habitante, escasso número de consultas por médico, escasso número de consultas hospitalares de pneumologia e escasso número de camas por habitante, insuficiente resposta nos cuidados continuados e paliativos), são muito relevantes no caso das doenças respiratórias dada a prevalência das doenças crónicas e do grau de incapacidade resultante de muitas delas, situação que tenderá a *“agravar-se dada a crise económica e financeira que atravessamos e que condicionará seguramente um aumento significativo das pessoas em situação de pobreza o que, como é sabido, é o terreno propício ao aumento da prevalência das doenças respiratórias crónicas e das infecções respiratórias.”*³⁴

³² Fundação Portuguesa do Pulmão, Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. **Relatório 2012: A Sociedade, o Cidadão e as Doenças Respiratórias**”. Pág. 152

³³ Idem. Pág. 182

³⁴ Idem. Pág. 192

10. UNIDADES DE INTERVENÇÃO LOCAL COM INTERVENÇÃO NOS CAD (ARSLVT, I.P.)

TABELA 23 – Distribuição de Freguesias do Município de Lisboa de acordo com o âmbito territorial de cada Unidade de Intervenção Local da ARSLVT, I.P. com Intervenção nos CAD

(Despacho Normativo n.º 51/2008 de 1 de Outubro)

UIL	ÂMBITO TERRITORIAL (FREGUESIAS ABRANGIDAS)
CRI de Lisboa Ocidental	Santa Maria de Belém / São Francisco Xavier / Ajuda
Unidade de Desabilitação Centro da Taipas	Alcântara / Alvalade / Ameixoeira / Anjos / Benfica / Campo Grande / Campolide / Carnide / Castelo / Charneca / Coração de Jesus / Encarnação/ Graça / Lapa / Lumiar / Madalena / Mártires / Mercês / Nossa Senhora de Fátima / Pena / Penha de França / Prazeres / Sacramento / Santa Catarina / Santa Engrácia / Santa Isabel / Santa Justa / Santiago / Santo Estêvão / Santos-o-Velho / S. Cristóvão / S. Lourenço / Santo Condestável / S. Domingos de Benfica / S. João de Brito / S. João de Deus / S. Jorge de Arroios / S. José / S. Mamede / S. Miguel / S. Nicolau / S. Paulo / S. Sebastião da Pedreira / S. Vicente de Fora / Sé e Socorro.
CRI de Lisboa Oriental	Alto do Pina / Beato /Marvila / São João/ Santa Maria dos Olivais
Unidade de Alcoologia de Lisboa	Tendo âmbito territorial nacional, exerce preferencialmente a sua atividade nos seguintes territórios: âmbitos territoriais correspondentes aos da ARSLVT, I.P. e apoia ainda as ARS do Alentejo e Algarve.
Comunidade Terapêutica de Lisboa	Âmbitos territoriais correspondentes aos da ARSLVT, I.P..

Em 2013, a ARSLVT, I. P., sucede, de acordo com o estabelecido no DL 22/2012, de 30 janeiro, em algumas das atribuições do Instituto da Droga e Toxicoddependência, I. P., nomeadamente, na componente operacional da intervenção no domínio dos problemas dos comportamentos aditivos e dependências, no âmbito da sua área geográfica de intervenção. Assim, cabe-lhe dar continuidade na prestação de cuidados de saúde, nos comportamentos aditivos e dependências, e ainda garantir, também, o desenvolvimento e acompanhamento de projetos/programas que promovam intervenções ao nível do Tratamento, da Prevenção, da Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD) e Reinserção Social, quer através das estruturas próprias da ARSLVT, I.P., designadamente as Unidades de Intervenção Local (UIL), ou através de Entidades privadas financiadas.

Tendo em conta a dimensão populacional da RLVT, e considerando os valores de incidência e prevalência aceites pela literatura de referência, de cerca de 1% para consumidores de substâncias ilícitas e aproximadamente 10% de potenciais cidadãos com problemas ligados ao álcool, estima-se existir uma população alvo de cerca de 400 mil potenciais utentes.

Apresentando esta população, de forma crescente, quadros de comorbilidade psiquiátrica, doenças físicas e situações de carência social, progressivamente mais graves, de que resulta uma maior dificuldade de aproximação aos serviços de saúde e de apoio social, deverão continuar a ser garantidas condições de acessibilidade, proximidade e equidade, no acesso aos cuidados.

Para a prossecução destes objetivos existe um conjunto de estruturas especializadas de intervenção no terreno – Unidades de Intervenção Local – às quais compete executar as ações promovidas pela Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD), por superiores orientações do Conselho Diretivo da ARSLVT, IP e de acordo com as linhas de orientação técnica e normativa para a intervenção nas áreas dos Comportamentos Aditivos e das Dependências, emanadas do SICAD, no que respeita à prevenção dos comportamentos aditivos e dependências, bem como, à prestação de cuidados integrados e globais a doentes toxicodependentes e doentes com síndrome de abuso ou dependência de álcool, seguindo as modalidades terapêuticas mais adequadas a cada situação, em regime de ambulatório, com vista ao tratamento, redução de danos e reinserção desses doentes.

São as seguintes as Unidades de Intervenção Local da ARSLVT, I.P. com intervenção no concelho de Lisboa na área dos comportamentos aditivos e dependências:

- Dois Centros de Respostas Integradas (CRI):
 - Centro de Respostas Integradas de Lisboa Ocidental, que inclui as equipas de Agualva-Cacém, Amadora, Eixo Oeiras – Cascais, com as equipas de Tratamento de Oeiras e Parede e Unidade Móvel;
 - Centro de Respostas Integradas de Lisboa Oriental, que inclui as equipas de Xabregas, Loures/ Póvoa de Santo Adrião;
- Unidade de Desabilitação – Centro das Taipas: à UD – Centro das Taipas compete, designadamente, realizar o tratamento, sob responsabilidade médica, de síndromes de privação em doentes toxicodependentes e doentes com síndrome de abuso ou dependência de álcool. Tem por inerência todas as atribuições de um CRI e dispõe ainda de um Centro de Dia, para além da sua especificidade, enquanto Unidade de Desabilitação.
- Unidade de Alcoologia de Lisboa: à UA de Lisboa compete, prestar cuidados integrados e globais, em regime ambulatorio ou de internamento, sob responsabilidade médica, a doentes com síndrome de abuso ou dependência de álcool, seguindo as modalidades de tratamento mais adequadas a cada situação e apoiando as atividades de intervenção dos CRI na área da alcoologia, enquanto unidades especializadas, de referência, com competências de formação específica.
- Comunidade Terapêutica do Restelo: à CT do Restelo compete, prestar cuidados a doentes toxicodependentes e doentes com síndrome de abuso ou dependência de álcool que necessitem de internamento prolongado, com apoio psicoterapêutico e socio-terapêutico, sob supervisão psiquiátrica.

Algumas destas equipas desenvolvem ainda a sua atividade em consultas descentralizadas, em ACES e extensões de Centros de Saúde, e ainda, uma intensa atividade junto dos Estabelecimentos Prisionais da RLVT, consultas de adolescentes, etc.

PROBLEMAS, GRUPOS E CONTEXTOS DO TERRITÓRIO, COM MAIOR INCIDÊNCIA NA PROBLEMÁTICA DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E PLA – PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO

Foram identificados os seguintes 5 (cinco) problemas (A a E):

PROBLEMA – A	
Problema identificado	Dependência de substâncias psicoativas ilícitas
Contexto	Concelho de Lisboa
Consequências para a saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo abusivo de substâncias psicoativas; • Comportamentos de risco; • Fragilidade física e psíquica; • Perturbações emocionais; • Condução sobre o efeito de substâncias psicoativas.
Consequências Sociais	<ul style="list-style-type: none"> • Criminalidade; • Delinquência; • Dificuldade de inserção social e profissional; • Maior utilização de serviços de saúde/sociais; • Estigmatização; • Alteração das relações interpessoais na família e na comunidade.
Intervenções existentes (estruturas ARSLVT, I.P. e projetos com financiamento SICAD)	<ul style="list-style-type: none"> • Decorre um Programa de Substituição em Baixo Limiar de Exigência em Instalações Móveis e Fixas, com término previsto para 31 de Dezembro de 2013; • Decorre um Programa de Substituição em Baixo Limiar de Exigência em Instalações Fixas; • Consulta de Tratamento no CRI de Lisboa Oriental e UD Taipas, da ARSLVT, I.P.; • Intervêm no concelho duas Equipas de Rua, com término previsto para 31/01/2014 (Lisboa I) e 20/04/2014 (Lisboa II); • Serviços de urgência hospitalares em situações de emergência associadas aos consumos de substâncias psicoativas ilícitas.

Propostas de Intervenção	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de administração diária de Metadona • Programa de Terapia Combinada • Programa de Troca de Seringas • Programa de Rastreio e Acompanhamento de utentes com patologia infecciosa
---------------------------------	---

PROBLEMA – B	
Problema identificado	Consumo recreativo/abusivo de substâncias psicoativas ilícitas
Contexto	Concelho de Lisboa
Consequências para a saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo abusivo de substâncias psicoativas; • Risco de integridade física e psíquica; • Perturbações emocionais; • Condução sobre o efeito de substâncias psicoativas.
Consequências Sociais	<ul style="list-style-type: none"> • Criminalidade; • Delinquência; • Dificuldade de inserção social e profissional; • Maior utilização de serviços de saúde/sociais; • Estigmatização; • Alteração das relações interpessoais na família e na comunidade.
Intervenções existentes (estruturas ARSLVT, I.P. e projetos com financiamento SICAD)	<ul style="list-style-type: none"> • Intervêm no concelho duas Equipas de Rua, com término previsto para 31/01/2014 (Lisboa I) e 20/04/2014 (Lisboa II); • Consulta de Tratamento no CRI de Lisboa Oriental e UD Taipas, da ARSLVT, I.P.; • Serviços de urgência hospitalares em situações de emergência associadas aos consumos de substâncias psicoativas ilícitas.
Propostas de Intervenção	<p>Intervenção de proximidade garantida por 2 Equipas de Rua:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Redução de riscos pessoais e sociais associados ao uso de drogas ilícitas; • Programa de troca de seringas; • Informação sobre formas mais seguras de consumo; • Prevenção da disseminação de doenças infecciosas; • Encaminhamento de situações de risco; • Motivação para o tratamento, articulando com outras entidades das áreas da saúde, social, justiça, educação... <p>Intervenção em Contexto Recreativo (Nota: ver nota no final das tabelas, relativa ao contexto recreativo):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formação Contínua de Pares Mediadores para intervenção em Contexto Recreativo; • Integrar conteúdos acerca das práticas sexuais seguras, riscos rodoviários, gravidez na adolescência... nas áreas curriculares e extra curriculares.

PROBLEMA – C	
Problema identificado	Consumo abusivo/dependência de álcool
Contexto	Concelho de Lisboa
Consequências para a saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo abusivo de álcool; • Risco de integridade física e psíquica; • Perturbações emocionais; • Condução sobre o efeito de álcool.
Consequências Sociais	<ul style="list-style-type: none"> • Delinquência; • Dificuldade de inserção social e profissional; • Maior utilização de serviços de saúde/sociais; • Estigmatização; • Alteração das relações interpessoais na família e na comunidade.

Intervenções existentes (estruturas ARSLVT, I.P. e projetos com financiamento SICAD)	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta de alcoolismo na Unidade de Alcoologia de Lisboa, que dispõe de unidade de internamento, no CRI de Lisboa Oriental e na UD das Taipas; • Intervém no concelho duas Equipas de Rua, com término previsto para 31/01/2014 (Lisboa I) e 20/04/2014 (Lisboa II); • Serviços de urgência hospitalares em situações de emergência associadas aos consumos de álcool; • ACES – Cuidados de Saúde Primários, no âmbito da Rede de Referência/ Articulação no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências.
Propostas de Intervenção	<ul style="list-style-type: none"> • Operacionalização de uma rede integrada de respostas de proximidade para o alcoolismo: rastreio, referência/ tratamento (CRI's UAL e Centros de Saúde);

PROBLEMA – D	
Problema identificado	Consumo recreativo/abusivo de álcool
Contexto	Concelho de Lisboa, com maior incidência nas freguesias de São Paulo, Encarnação, Santa Catarina e Santos-o-Velho.
Consequências para a saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo abusivo de álcool; • Risco de integridade física e psíquica; • Perturbações emocionais; • Condução sobre o efeito de álcool.
Consequências Sociais	<ul style="list-style-type: none"> • Delinquência; • Dificuldade de inserção social e profissional; • Maior utilização de serviços de saúde/sociais; • Alteração das relações interpessoais na família e na comunidade.
Intervenções existentes (estruturas ARSLVT, I.P. e projetos com financiamento SICAD)	<ul style="list-style-type: none"> • Intervém no concelho duas Equipas de Rua, com término previsto para 31/01/2014 (Lisboa I) e 20/04/2014 (Lisboa II); • Consulta de Tratamento na Unidade de Alcoologia de Lisboa, no CRI de Lisboa Oriental e UD Taipas, da ARSLVT, I.P.; • Serviços de urgência hospitalares em situações de emergência associadas aos consumos de álcool; • ACES – Cuidados de Saúde Primários, no âmbito da Rede de Referência/ Articulação no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências.
Propostas de Intervenção	<p>Intervenção em Contexto Recreativo (<i>Nota: ver nota no final das tabelas, relativa ao contexto recreativo</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formação Contínua de Pares Mediadores para intervenção em Contexto Recreativo; • Integrar conteúdos acerca das práticas sexuais seguras, riscos rodoviários, gravidez na adolescência... nas áreas curriculares e extra curriculares.

PROBLEMA – E	
Problema identificado	Fraca mobilização/adesão aos programas de tratamento
Contexto	Concelho de Lisboa
Consequências para a saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo abusivo de substâncias psicoativas; • Comportamentos de risco; • Fragilidade física e psíquica; • Perturbações emocionais; • Condução sobre o efeito de substâncias psicoativas.
Consequências Sociais	<ul style="list-style-type: none"> • Criminalidade; • Delinquência; • Dificuldade de inserção social e profissional; • Afastamento dos serviços de saúde/sociais existentes; • Estigmatização; • Alteração das relações interpessoais na família e na comunidade.
Intervenções existentes	<ul style="list-style-type: none"> • Decorre um Programa de Substituição em Baixo Limiar de Exigência em Instalações Móveis e Fixas, com término previsto para 31 de Dezembro de 2013;

(estruturas ARSLVT, I.P. e projetos com financiamento SICAD)	<ul style="list-style-type: none"> Decorre um Programa de Substituição em Baixo Limiar de Exigência em Instalações Fixas; Intervêm no concelho duas Equipas de Rua, com término previsto para 31/01/2014 (Lisboa I) e 20/04/2014 (Lisboa II).
Propostas de Intervenção	<p>Intervenção de proximidade, em espaço público onde o consumo de substâncias psicoativas seja vivido como um problema social:</p> <ul style="list-style-type: none"> Programa de administração diária de Metadona Programa de Terapia Combinada Programa de Troca de Seringas Programa de Rastreo e Acompanhamento de utentes com patologia infecciosa

Foram identificados os seguintes 3 (três) grupos:

GRUPO 1	
Grupo identificado	Grupo de aproximadamente 1.300 indivíduos, com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos, com enquadramento sociofamiliar fragilizado ou inexistente, integrados em PSBLE
Problema identificado	<ul style="list-style-type: none"> Dependência de substâncias psicoativas ilícitas Fraca mobilização/adesão aos programas de tratamento
Contexto	Concelho de Lisboa
Fatores de Risco	<ul style="list-style-type: none"> Dificuldades em gerir situações de stress/de tensão; Atitudes favoráveis quanto ao consumo de substâncias psicoativas; Relação com pares que consomem álcool e que se envolvem em comportamentos problemáticos; Suscetibilidade à pressão (negativa) de pares; Normas da sociedade tolerantes ao consumo de substâncias psicoativas; Situação socio-laboral precária.
Fatores de Proteção	<ul style="list-style-type: none"> Diminuição do acesso às substâncias psicoativas; Treino de competências ao nível do trabalho de pares; Aproximação dos sistemas de tratamento que promovem intervenção psicossocial adequada.
Consequências para a saúde	<ul style="list-style-type: none"> Consumo abusivo de substâncias psicoativas; Comportamentos de risco; Fragilidade física e psíquica; Perturbações emocionais; Condução sobre o efeito de substâncias psicoativas.
Consequências Sociais	<ul style="list-style-type: none"> Criminalidade; Delinquência; Dificuldade de inserção social e profissional; Maior utilização de serviços de saúde/sociais; Estigmatização; Alteração das relações interpessoais na família e na comunidade.
Respostas asseguradas pela ARSLVT	<ul style="list-style-type: none"> Consulta de Tratamento no CRI Oriental e Unidade de Desabituação – Centro das Taipas*. Acompanhamento, monitorização e avaliação das ações implementadas pelos projetos com financiamento do SICAD.
Intervenções existentes (projetos com financiamento do SICAD)	<ul style="list-style-type: none"> Decorre um Programa de Substituição em Baixo Limiar de Exigência em Instalações Móveis e Fixas, com término previsto para 31 de Dezembro de 2013; Decorre um Programa de Substituição em Baixo Limiar de Exigência em Instalações Fixas.
Propostas de Intervenção	<p>Manutenção do Programa de Substituição em Baixo Limiar de Exigência (PSBLE), a intervir no concelho de Lisboa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Programa de administração diária de Metadona Programa de Terapia Combinada Programa de Troca de Seringas Programa de Rastreo e Acompanhamento de utentes com patologia infecciosa
Objetivos das	<ul style="list-style-type: none"> Reduzir o consumo de heroína, pela sua substituição por metadona, a ser dispensada através de programa de

intervenções propostas	grande acessibilidade, sem exigência imediata de abstinência; <ul style="list-style-type: none"> • Manter a regularidade dos contactos do consumidor com os profissionais, que possam concorrer, para a futura abstinência.
Mudanças Esperadas	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzir em 50% o número de indivíduos consumidores por via injetada; • Assegurar a 100% dos indivíduos identificados o rastreio, a referenciação e a continuidade dos cuidados no acompanhamento das patologias associadas ao consumo de substâncias psicoativas ilícitas.

(*) Estas consultas não respondem totalmente a este grupo alvo, visto que, pelas suas características, apresentam uma fraca mobilização para aproximação aos sistemas de tratamento.

GRUPO – 2	
Grupo identificado	Grupo de cerca de 400 a 9.000 indivíduos, com idades compreendidas entre os 13 e os 50 anos, com consumo recreativo/abusivo de substâncias psicoativas ilícitas
Problema(s)	Consumo recreativo/abusivo de substâncias psicoativas ilícitas
Contexto	Concelho de Lisboa
Fatores de Risco	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldades em gerir situações de stress/de tensão; • Atitudes favoráveis quanto ao consumo de substâncias psicoativas; • Relação com pares que consomem álcool e que se envolvem em comportamentos problemáticos; • Suscetibilidade à pressão (negativa) de pares; • Normas da sociedade tolerantes ao consumo de substâncias psicoativas.
Fatores de Proteção	<ul style="list-style-type: none"> • Atitudes negativas sobre o consumo de substâncias psicoativas; • Diminuição do acesso às substâncias psicoativas; • Oportunidade de envolvimento pró-social e reconhecimento de algumas atividades desenvolvidas; • Oportunidades de participação enquanto elementos ativos na comunidade; • Existência de redes de trabalho social e sistemas de suporte na comunidade.
Consequências para a saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo abusivo de substâncias psicoativas; • Risco de integridade física e psíquica; • Perturbações emocionais; • Condução sobre o efeito de substâncias psicoativas.
Consequências Sociais	<ul style="list-style-type: none"> • Criminalidade; • Delinquência; • Dificuldade de inserção social e profissional; • Maior utilização de serviços de saúde/sociais; • Estigmatização; • Alteração das relações interpessoais na família e na comunidade.
Respostas asseguradas pela ARSLVT	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta de Tratamento no CRI Oriental e UD Taipas; • Acompanhamento, monitorização e avaliação das ações implementadas pelos projetos com financiamento do SICAD.
Intervenções existentes (projetos com financiamento do SICAD)	<ul style="list-style-type: none"> • Intervêm no concelho duas Equipas de Rua, com término previsto para 31/01/2014 (Lisboa I) e 20/04/2014 (Lisboa II).
Propostas de Intervenção	<p>Manutenção da Intervenção de proximidade garantida por duas Equipas de Rua:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Redução de riscos pessoais e sociais associados ao uso de drogas ilícitas; • Programa de troca de seringas; • Informação sobre formas mais seguras de consumo; • Prevenção da disseminação de doenças infecciosas; • Encaminhamento de situações de risco; • Motivação para o tratamento, articulando com outras entidades das áreas da saúde, social, justiça, educação; <p>Intervenção em Contexto Recreativo (Nota: ver nota no final das tabelas, relativa ao contexto recreativo):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formação Contínua de Pares Mediadores para intervenção em Contexto Recreativo; • Integrar conteúdos acerca das práticas sexuais seguras, riscos rodoviários, gravidez na adolescência... nas áreas curriculares e extra curriculares.
Objetivos das intervenções	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuir os riscos associados ao uso/abuso de substâncias ilícitas; • Fomentar a adoção de comportamentos promotores de um estilo de vida saudável;

propostas	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzir Riscos associados ao consumo de substâncias em Contexto Recreativo; • Reduzir Riscos e minimizar os danos associados ao trabalho sexual; • Fomentar a adoção de comportamentos promotores de um estilo de vida saudável.
Mudanças Esperadas	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzir em 50% o número de indivíduos consumidores; • Assegurar a 100% dos indivíduos identificados o rastreio, a referência e a continuidade dos cuidados no acompanhamento das patologias associadas ao consumo de substâncias ilícitas; • Assegurar a 100% dos frequentadores do contexto recreativo uma resposta de RRMD.

GRUPO – 3	
Grupo identificado	Grupo de cerca de 700 a 10.000 indivíduos, entre os 13 e os 65 anos, com consumo de álcool.
Problema(s)	Consumo abusivo/dependência de álcool Consumo recreativo /abusivo de álcool
Contexto	Concelho de Lisboa, com maior incidência nas freguesias de São Paulo, Encarnação, Santa Catarina e Santos-o-Velho.
Fatores de Risco	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldades em gerir situações de stress/de tensão; • Atitudes favoráveis quanto ao consumo de substâncias psicoativas; • Relação com pares que consomem álcool e que se envolvem em comportamentos problemáticos; • Suscetibilidade à pressão (negativa) de pares; • Disponibilidade da substância; • Normas da sociedade tolerantes ao consumo de substâncias psicoativas.
Fatores de Proteção	<ul style="list-style-type: none"> • Atitudes negativas sobre o consumo de substâncias psicoativas; • Diminuição do acesso às substâncias psicoativas; • Oportunidade de envolvimento pró-social e reconhecimento de algumas atividades desenvolvidas; • Oportunidades de participação enquanto elementos ativos na comunidade; • Existência de redes de trabalho social e sistemas de suporte na comunidade.
Consequências para a saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo abusivo de álcool; • Risco de integridade física e psíquica; • Perturbações emocionais; • Condução sobre o efeito de álcool.
Consequências Sociais	<ul style="list-style-type: none"> • Delinquência; • Dificuldade de inserção social e profissional; • Maior utilização de serviços de saúde/sociais; • Alteração das relações interpessoais na família e na comunidade.
Respostas asseguradas pela ARSLVT	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta de Alcoolismo do CRI Oriental, UD – Centro das Taipas e Unidade de Alcoologia de Lisboa que dispõe de unidade de internamento. • Formação aos Profissionais do Centro de Saúde na intervenção na área de RRMD para o Alcoolismo; • Acompanhamento, monitorização e avaliação das ações implementadas pelos projetos com financiamento do SICAD.
Intervenções existentes (projetos com financiamento do SICAD)	-
Propostas de Intervenção	<ul style="list-style-type: none"> • Operacionalização de uma rede integrada de respostas de proximidade para o alcoolismo: rastreio, referência/ tratamento (CRI's UAL e Centros de Saúde); • Intervenção em Contexto Recreativo (<i>Nota: ver nota no final das tabelas, relativa ao contexto recreativo</i>)
Objetivos das intervenções propostas	<ul style="list-style-type: none"> • Promover respostas de proximidade que facilitem a acessibilidade dos indivíduos e família aos serviços; • Reduzir os riscos associados ao uso e abuso de álcool; • Reduzir os consumos de Álcool; • Assegurar cuidados básicos de saúde.
Mudanças Esperadas	<ul style="list-style-type: none"> • Motivar 75% dos consumidores alcoólicos identificados para consultas da UAL, CRI's e UD-Centro das Taipas; • Assegurar o encaminhamento a 100% dos indivíduos identificados nas estruturas de RRMD para o rastreio, a referência e a continuidade dos cuidados no acompanhamento das patologias associadas ao consumo abusivo do álcool. • Assegurar acompanhamento 100% dos frequentadores do contexto recreativo.

NOTA: Importa referir que, para leitura das tabelas acima, é necessário ter em conta que nelas estão quantificados os grupos alvo para a intervenção em contexto recreativo, uma vez que esta última foi alvo de uma detalhada análise aquando da realização do “*Diagnóstico do Território: Zona Histórica – Centro Ocidental; Freguesias: S. Paulo, Sta. Catarina, Encarnação, Santos-o-Velho*” (Lisboa), realizado em final de 2012 e para o qual foi aberto pelo SICAD, em agosto de 2013, um processo de candidatura a financiamento público no âmbito do PORI.

Por último, considera-se ainda importante, para assegurar a qualidade (inovação e melhoria) das intervenções acima propostas, assinalar as **necessidades de Formação específica na área de RRMD e PLA**, a profissionais que intervêm direta ou indiretamente com a população utilizadora de substâncias e/ou com Problemas Ligados ao Álcool, na cidade de Lisboa (Agentes educativos, Técnicos de saúde, Serviços sociais, Agentes da escola segura, etc.).

Assim, as **intervenções propostas seriam** a estruturação de um plano de Formação em módulos sobre comportamentos aditivos, culturas juvenis, adolescência, família, etc.. A organização, em colaboração com os projetos financiados, da formação aos técnicos.

Os objetivos das intervenções propostas seriam a promoção, junto dos Profissionais, de conhecimentos e competências no âmbito da RRMD.

As mudanças esperadas seriam: assegurar que os profissionais adquiram competências para intervir em primeira linha e orientar para a equipa do(s) CRI ou projetos financiados.

Neste âmbito, as estruturas da ARSLVT (com intervenção nos CAD), asseguram:

- Equipas das oito Unidades de Intervenção Local: colaboração na Formação aos Profissionais, designadamente através da realização de formações internas e da promoção ao acesso a formações externas, e ainda através do acompanhamento, supervisão e avaliação das ações;
- DICAD e Núcleo de Qualidade e Formação (equipas da Sede da ARSLVT): preparação (segundo trimestre de 2013) de candidatura 2013 ao POPH, no âmbito do Eixo Prioritário, Gestão e Aperfeiçoamento Profissional na tipologia 3.6 “Qualificação dos Profissionais da Saúde”. A área de formação em Problemas Ligados ao Álcool e Dependências foi definida como prioridade absoluta (ACSS, SICAD), reconhecida pelo Gabinete de Sua Excelência o Secretário de Estado Adjunto do Ministério da Saúde.

FONTES E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. fevereiro 2013. **Estatísticas APAV - Relatório Anual 2012.**

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. Março 2013. **Estatísticas APAV – GAV Lisboa 2012.**

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (2010), **Perfil de Saúde da Região de Lisboa e Vale do Tejo.** Departamento de Saúde Pública e Departamento de Estudos e Planeamento.

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P (2012), **Reorganização dos ACES – PE (08-2012) 15.** <http://www.arslvt.min-saude.pt/nucleoestudosplaneamento/Paginas/Estudos.aspx>

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P (2012), **População e Perfil Social,** Departamento de Saúde Pública. Maio de 2012.

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P (2013), **Retrato da Saúde em Lisboa – Contributo para um Perfil de Saúde da Cidade.** Junho 2013.

CEOS/IDT (2007). **II Inquérito ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral**

CLAS – Conselho Local de Ação Social de Lisboa (2012). **Plano de Desenvolvimento Social 2013-2015,** Aprovado na 14ª sessão do CLAS, em 28 de Junho de 2012

CLAS – Conselho Local de Ação Social de Lisboa (2009). **Diagnóstico Social de Lisboa.** Março 2009

Direção Geral da Saúde (2012) – Sistema de Vigilância do Programa de Tuberculose (SVIG-TB). **Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose. Ponto da Situação Epidemiológica e de Desempenho “Stop TB 2012”**

Fundação Portuguesa do Pulmão, Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. **Relatório 2012: A Sociedade, o Cidadão e as Doenças Respiratórias”**

INE – Instituto Nacional de Estatística, (2012) Censos 2011 - Dados Definitivos: Lisboa, INE, I.P. Sítio da Internet do INE: Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main

Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infeciosas/ DDI - Departamento de Doenças Infeciosas/ Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge – notificações recebidas até 31 de dezembro de 2012

IDT, I.P. – Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. 2012. **Relatório Anual 2011 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências.** Lisboa: IDT.

IDT, I.P. – Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. 2006. **PORI, Guião para o Diagnóstico do Território - Fase 4.** Lisboa: IDT.

IDT, I.P. – Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. 2006/2007. **PORI, Documento de Apoio.** Lisboa: IDT.

IDT, I.P. – Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P.. **Síntese de resultados do Inquérito Nacional em Meio Escolar 2011 - 3.º Ciclo.** (Dados solicitados a nível concelhio)

IDT, I.P. – Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P.. **Síntese de resultados do Inquérito Nacional em Meio Escolar 2011 – Secundário.** (Dados solicitados a nível concelhio)

IDT, I.P. – Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (2009). **Manual de Conceitos e Procedimentos Componentes Comuns (Agenda, Inscrição, Admissão, Ficha Base, Ficha de Seguidamentos, Comunicações, Grupos de Utentes, Mobilidade dos Utentes) – SIM. Versão 1.**

IDT, I.P. – Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P.. **Relatório Anual 2011 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências**

Margarida Carvalho – Observatório das Desigualdades (CIES-IUL), Renato Miguel do Carmo – Observatório das Desigualdades (CIES-IUL) (coordenação científica), Projeto realizado para o Observatório Luta Contra Pobreza na Cidade de Lisboa, EAPN, **Desigualdades de remuneração nas freguesias do concelho de Lisboa (2003-2009), janeiro de 2012.**

Observatório de Luta Contra a Pobreza na Cidade de Lisboa. EAPN Portugal – Rede Europeia Anti Pobreza (2012). **Observatório de Luta Contra a Pobreza na Cidade de Lisboa – Relatório 2011**

Observatório Português dos Sistemas de Saúde – OPSS. **“Relatório de Primavera 2012 Crise & Saúde – Um país em sofrimento”**

PATRÍCIO, L. D. (2002) – *Droga para que se saiba.* Lisboa: Figueirinhas

Polícia Judiciária, **Relatório Anual 2011 da Unidade Nacional de Combate ao Tráfico de Estupefacientes da Secção Central de Informação Criminal da Polícia Judiciária.**

Renato Miguel do Carmo, CIES-IUL, Observatório das Desigualdades, **“DESIGUALDADES SOCIAIS E O EFEITO CIDADE”**

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências/ IDT, I.P. – Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P.. **Sistema de Informação Multidisciplinar – SIM. Orientações gerais de registo**

Rede Social. Grupo de Trabalho para a Pessoa Sem Abrigo. **Plano Cidade Para A Pessoa Sem Abrigo.** Lisboa, Abril de 2009. Aprovado na 7ª Sessão Plenária realizada a 04 de Maio de 2009.

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências, **SIM – Sistema Multidisciplinar de Informação**

FONTES DA INTERNET

Site institucional da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo – Observatório Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo: <http://www.arslvt.min-saude.pt/observatorioregional/Paginas/OBSERVAT%C3%93RIOREGIONALDESA%C3%9ADELISBOAEVALEDOTEJO.aspx>

Polícia Judiciária: <http://www.policiajudiciaria.pt/PortalWeb/page/%7BA0504EAE-0DEE-463D-8B70-377A3F05A02F%7D>

ISS (2012). “Beneficiários com Processamento de RSI em 2011 e 2012”. Lisboa: site ISS.

Sítio da internet do Observatório de Lisboa – EAPN <http://observatorio-lisboa.eapn.pt/retratodelisboa.php>

CML: <http://observatorio-lisboa.eapn.pt/iniciativas.php> (inclui o CASAS PRIMEIRO)

ORLVT (Observatório Regional de Lisboa e Vale do Tejo). Disponível em: <http://orlvt.ccdr-lvt.pt/ODSRender/Home.aspx>

INE (Instituto Nacional de Estatística). Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main

PORDATA Base de Dados Portugal Contemporâneo. Disponível em: <http://www.pordata>.