



DIAGNÓSTICO

DE **SAÚDE**

**PESSOA EM SITUAÇÃO
DE SEM-ABRIGO**

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE



1.

INTRODUÇÃO

Um Diagnóstico de Saúde da população em situação de sem-abrigo constitui um instrumento de trabalho incontornável para a articulação da intervenção, para o conhecimento sistemático desta realidade, mas sobretudo como contributo para a definição de políticas públicas.

A doença, nas diversas dimensões, constitui-se como um fator de vulnerabilidade, senão mesmo uma das causas para estar em situação de sem-abrigo. Mais do que a perspectiva de intervenção necessária sobre a doença, o pleno cumprimento dos direitos individuais deve conduzir as respostas públicas e estas a terem em conta a pessoa em situação de sem abrigo numa vertente mais abrangente. Assim, dar condições estruturais para que a resposta de saúde seja mais ampla do que apenas intervir sobre a doença é uma missão pública de pleno cumprimento dos direitos humanos. Saúde é muito mais do que não ter doença. Conhecer a realidade e alocar recursos constitui-se como uma possibilidade para responder às necessidades e expectativas das pessoas em situação de sem abrigo.

A estratégia de trabalho no plano de qualquer situação de sem-abrigo, a mais elevada vulnerabilidade, deve trazer melhor conhecimento, reforçar as respostas sociais, integrar todas as pessoas ligadas a esta área, para que qualquer intervenção constitua uma efetiva mudança de ciclo. Para esse efeito é necessário trazer e congregar instituições e entidades num mesmo objetivo.

Este diagnóstico, da responsabilidade do NPISA, foi realizado com a colaboração e empenho de todos os parceiros, em particular os mais ligados à área da saúde, pelo que deixo expresso e de imediato o nosso público agradecimento, dirigido a todos e a todas, pela resposta pronta, dedicada e de elevado mérito técnico que possibilitou a concretização deste tão pertinente propósito.

Sob o título de *Diagnóstico de Saúde Física e Mental das Pessoas em Situação Sem-Abrigo da Cidade de Lisboa*, assente numa designação artificial, resultante apenas de questões metodológicas de organização da informação e conseqüente trabalho, a inclusão da participação dos respetivos técnicos, através de diversos grupos de trabalho, contribuiu para a construção das seções do inquérito, o qual colheu o parecer favorável¹ da Comissão de Ética para a Saúde, da ARSLVT.

¹ Ver ANEXO 1.

A aplicação deste inquérito² decorreu entre março e maio de 2019. Até ao início do ano 2020 a equipa de investigadores e técnicos fizeram o tratamento estatístico dos questionários (criação de base de dados). A apresentação dos resultados padeceu de um compasso de espera provocado pelos constrangimentos inerentes à pandemia decorrente do coronavírus SARS-COV-2 (COVID 19), tendo ficado interrompida a análise de dados então iniciada. Neste contexto só foi possível terminar essa etapa no início do ano de 2021 e a consequente redação do presente documento.

Recolher e analisar dados para avaliar problemas de diversa natureza corresponde, no caso, à pretensão de conhecer a essência de uma doença, pela observação dos seus sintomas e sinais, pela compreensão dos contextos intrínsecos e extrínsecos que determinam o bem-estar e saúde de cada indivíduo. Com a população em situação de sem-abrigo esse conhecimento reveste-se de especial relevância que, independentemente de eventuais melhorias que possam ser trazidas para próximas abordagens, permite um olhar organizado, um conhecimento refletido, um suporte sistemático que, até hoje, era inexistente.

Para além das perceções dos técnicos que contactam diariamente com esta população e andam no terreno, tornava-se cada vez mais incontornável construir um documento que pudesse fundamentar entendimentos, esclarecer mitos, promover a abordagem da saúde com informação complementar e dirigir ações continuadas, bem como conhecer todas as dimensões do fenómeno, fulcral para abarcar a realidade. Conhecer a dimensão do estar na situação de sem-abrigo, por um lado, apreender o padrão ou os padrões de falta de saúde, por outro, avaliando e reconhecendo índices de ocorrência, apresentou-se como um imperativo. Observar e agir cientificamente é contribuir para a inserção desta população na sociedade, é promover a mudança de ciclo de cada pessoa e a coesão social. É sobretudo viabilizar o acesso a um direito que depende do melhor esclarecimento sobre a extensão de estar em situação de sem-abrigo e, sim, relacioná-la com os parâmetros da saúde.

Este trabalho não tem a pretensão de se constituir como um estudo académico, no entanto o cumprimento dos procedimentos, a uniformização de práticas de abordagem e a formação ministrada – prévia à aplicação - tiveram como objetivo primevo o garante do rigor, este que no decurso de todo o processo acompanhou a intencionalidade e o desempenho. Reconhecer a importância deste estudo, sublinhe-se o primeiro em Lisboa e no país, implica a consciência do manancial de informação sistematizada e que, nesse figurino, deverá pressupor uma análise das políticas de atuação de que decorrerão propostas no âmbito das *Recomendações*, o último capítulo deste trabalho.

² Inquérito por questionário. Ver ANEXO 2.

Este estudo não esgota a problemática que subjaz às questões da saúde mas será um contributo para o reajuste de procedimentos, melhoria de práticas e porque não dizê-lo, insistindo, para a definição de políticas públicas. Deverá ter consequência na melhoria das condições de vida, na transformação de hábitos, na promoção de acessos à população em situação de sem-abrigo, na dimensão mais elementar do direito à saúde e cujo pragmatismo decorre processos de equidade que, por vezes, estão distantes desta complexa realidade social.

Uma palavra final sobre esta iniciativa, na certeza de quanto este diagnóstico é fundamental e uma oportunidade. Uma palavra final relativa à expectativa sobre o diagnóstico... que seja apenas o primeiro de muitos e que em qualquer instância traga a reflexão científica, a modernidade social e, por isso, aproxime o presente do futuro.

Maria Teresa Bispo

Coordenadora do NPISA



2.

METODOLOGIA

O diagnóstico da realidade é uma fase de vital importância para a elaboração de projectos. Permite localizar os principais problemas. Dá a conhecer as suas causas de fundo e oferece vias de acção para sua resolução gradual.

(Serrano, 2008, p. 29)

Com este estudo, o NPISA Lisboa teve como objetivo a realização de um diagnóstico de saúde física e mental das Pessoas em situação sem-abrigo (*sem-teto*³ e *sem-casa*⁴). Pretendeu-se, através da aplicação de um questionário, recolher analisar e avaliar a informação relativa à saúde das Pessoas em situação de sem-abrigo, criado exclusivamente pelo Grupo de Trabalho do Eixo da Saúde do NPISA Lisboa.

O trabalho desenvolvido por este coletivo, realizou-se através de vários grupos de trabalho e integrou reflexão conjunta, consultoria e abordagens comparativas com base em estudos e/ou relatórios nacionais e/ou internacionais. Deste modo, o documento que se apresenta está dividido em dez partes, sendo elas: Introdução, Metodologia, Caracterização Sociodemográfica da Amostra, Acesso à Saúde, Saúde Física, Saúde Mental, Dependências, Considerações Finais e Recomendações, Bibliografia e Anexos. Os capítulos finais: **Considerações Finais** e **Recomendações** resultaram, em conformidade com os respetivos Capítulos, do contributo técnico dos vários grupos respetivamente alocados.

³ De acordo com a definição preconizada pela ENIPSSA 2017-2023, considera-se Pessoa em situação de sem-abrigo aquela independentemente da sua nacionalidade, idade, género, condição socio económica, condição de saúde física e mental, se encontre: **Sem-teto**: A viver em Rua ou no espaço público - Jardins, passeios; paragens de autocarro; Estação de comboios, aeroporto; Sob pontes ou viadutos; Barracas; Abrigo de emergência (qualquer equipamento que acolha, de imediato, gratuitamente e por períodos de curta duração, Pessoas que não tenham acesso a outro local de pernoita) e Locais precários (é aquele que, devido às condições em que se encontra, permite uma utilização pública) – carros abandonados; abrigos Improvisados; edifícios ou fábricas devolutas; vãos de escada; entradas de prédios;

⁴ Idem. **Sem-casa**: Pessoas a viverem em centros de alojamento temporário / albergues (inclui famílias, refugiados, requerentes de asilo), onde a pernoita é limitada / sem acesso a alojamento de longa duração; Pessoas a viver em alojamentos específicos para Pessoas sem-casa / alojamento (ex. apartamentos de transição), onde a pernoita é limitada / sem acesso a alojamento de longa duração. Pessoas a viver em pensões ou quartos pagos pelos serviços sociais.

Relativamente à **Modalidade de Recrutamento**, de natureza não probabilística por conveniência, foi realizada pelos vários técnicos, do coletivo da rede NPISA, durante 2 meses (01 de Março a 31 de Maio de 2019). A **Dimensão da Amostra** foi de **676 Pessoas** em situação de sem-abrigo correspondendo a 676 inquéritos válidos, de um total 736 questionários aplicados.

No âmbito do (s) **Instrumento(s)** e **Modelo(s) de Análise Estatística** a equipa de investigação recorreu ao Software Excel, versão Office 2010, e ao Software Estatístico SPSS, versão 25 (ex- SPSS: *Statistical Package for the Social Sciences*)⁵. O tratamento dos dados iniciou-se com a caracterização do perfil sociodemográfico. Os dados de saúde física e mental foram obtidos a partir da análise de diversas dimensões⁶.

Com vista ao cumprimento dos pressupostos definidos e validados pelo Conselho de Ética da ARSLVT, cumprindo igualmente com os normativos do RGPD foram tidas em consideração a autonomia e a liberdade dos inquiridos, através do **Consentimento Informado**⁷, conforme as seguintes modalidades:

- Modalidade de obtenção do consentimento informado (oral);
- Folha de informação e formulário de consentimento informado (folha de informação);
- Privacidade e Confidencialidade de Dados;
- Anonimização;
- Arquivo e armazenagem dos questionários em papel e da base de dados;
- Destruição dos questionários e da base de dados.

Por último importa referir que o **Público-Alvo** se refere ao universo das Pessoas em Situação Sem-Abrigo, em Lisboa, maiores de 18 anos de idade, que aceitaram responder ao Inquérito.

⁵ De referir que foram ministradas duas sessões de formação/esclarecimento para o preenchimento do questionário, por dois dos investigadores.

⁶ Previamente ao tratamento de dados procedeu-se à respetiva validação.

⁷ Ver ANEXO 3.

No que diz respeito à **Estruturação do questionário**, importa mencionar que se organiza em seis secções:

- Primeira Secção | **Dados Sociodemográficos**;
- Segunda Secção | **Acesso à Saúde**;
- Terceira Secção | **Adesão ao Plano Terapêutico**;
- Quarta Secção | **Avaliação de Saúde Física**;
- Quinta Secção | **Avaliação da Saúde Mental e Dependências**;
- Sexta Secção | **Identificação do Técnico**.

ESTRUTURA DO QUESTIONÁRIO

De forma a ilustrar a estrutura do questionário acima descrita apresentam-se imagens do questionário distribuídas pelas várias secções.

Questões	Descrição
Secção 1	Dados Sociodemográficos
1. Código utente	1) Código de utente: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>0- Masculino 1- Feminino Data de Nascimento - DD MM AAAA 1ª Letra do 1º Nome 1ª Letra do último Nome</small>
2. Naturalidade	As questões numeradas de 2 a 5, têm por finalidade caracterizar o perfil sociodemográfico dos inquiridos
3. Nacionalidade	
4. Situação administrativa	
5. Situação habitacional	
6. Local de pernoita	
Secção 2	Acesso à Saúde
7. Está inscrito no Centro de Saúde?	As questões numeradas de 7 a 12.1 têm por finalidade analisar o acesso à saúde dos inquiridos (regularidades, dificuldades e obstáculos)
8. Tem médico de família?	
9. Quando foi o último contacto com o Centro de Saúde?	
10. Quando foi o último contacto com o hospital de referência?	
11. É isento de taxas moderadoras?	
12. Alguma vez sentiu dificuldade/inibição no acesso a cuidados de saúde? 12.1. Porquê?	

Figura 1 – Questões contempladas na secção 1 e 2. | Fonte: NPISA, 2019, Q.S.

Questões	Descrição
Secção 3	Adesão ao Plano Terapêutico
13. Cumpre medicação habitualmente?	As questões numeradas de 13 a 15 têm por finalidade analisar a adesão ao plano terapêutico dos inquiridos
14. Vai a todas as consultas marcadas?	
15. Cumpre as indicações do médico?	

Figura 2 - Questões contempladas na secção 3. | Fonte: NPISA, 2019, Q.S.

Questões	Descrição
Secção 4	Avaliação de Saúde Física
16. Alterações respiratórias.	As questões numeradas de 16 a 29 têm por finalidade analisar e avaliar a situação de saúde física dos inquiridos
16.1. Se Sim, quais?	
17. Alterações cardiovasculares.	
17.1. Se Sim, quais?	
18. Alterações neurológicas.	
18.1. Se Sim, quais?	
19. Alteração endócrinas, metabólicas e nutricionais.	
19.1. Se Sim, quais?	
20. Alterações orais/dentárias.	
20.1. Se Sim, quais?	
21. Alterações gastrointestinais.	
21.1. Se Sim, quais?	
22. Alterações músculo-esqueléticas.	
22.1. Se Sim, quais?	
23. Alterações oculares.	
23.1. Se Sim, quais?	
24. Alterações auriculares.	
24.1. Se Sim, quais?	
25. Alterações dermatológicas.	
25.1. Se Sim, quais?	
26. Alterações urogenitárias e reprodutivas	
26.1. Se Sim, quais?	
27. Doenças oncológicas.	
27.1. Se Sim, quais?	
28. Doenças infecciosas.	
28.1. Se Sim, quais?	
29. Observações	

Figura 3 – Questões contempladas na secção 4. | Fonte: NPISA, 2019, Q.S.

Questões	Descrição
Secção 5	Avaliação de Saúde Mental
30. Presumível doença mental (incluindo abuso/dependência de drogas/ álcool).	As questões numeradas de 30 a 36 têm por finalidade analisar e avaliar a situação de saúde mental dos inquiridos
30.1. Se Sim, especifique?	
31. É ou foi acompanhado em consultas de Psiquiatria?	
31.1. Se Sim, quando foi a última consulta de Psiquiatria?	
31.2. Onde?	
33. Alguma vez teve internamento psiquiátrico?	
31.1. Se Sim, quando foi o último internamento?	
33. Tem história de adição?	
34. Alcool?	
34.1. Se Sim, último consumo?	
35. Drogas?	
35.1. Se Sim, último consumo?	
36. Quais?	

Figura 4 – Questões contempladas na secção 5. | Fonte: NPISA, 2019, Q.S.

Questões	Descrição
Secção 6	Identificação do técnico inquiridor
37. Formação.	As questões numeradas de 37 a 39 têm por finalidade identificar os técnicos inquiridores e as instituições a que pertencem.
38. Nome.	
39. Instituição.	

Figura 5 – Questões contempladas na secção 6. | Fonte: NPISA, 2019, Q.S.

2.1. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Na apresentação dos resultados ofereceu-se como pertinente partir de um referencial empírico relativamente ao perfil sociodemográfico da população em situação de sem-abrigo, referente ao mesmo ano⁸, tanto para as Pessoas em situação de sem-abrigo na condição de sem-teto como para as sem-casa. A disponibilização destes dados pressupõe o acesso à respetiva consulta, na eventualidade de complementar dados e/ou de análise comparativa sumária.

A amostra utilizada não é representativa do fenómeno Sem-Abrigo na cidade de Lisboa. Foram inquiridas 676 Pessoas, das quais 280 estavam *sem-teto* e 396 *sem-casa*. No ano de 2018, em Lisboa, 361 estavam *sem-teto* e 2112 sem-casa. Em 2019, 465 sem teto e 2602 sem casa. E em 2020, 447 Pessoas estavam na situação de sem-teto e 3021 na situação sem-casa.

⁸ Ver síntese da monitorização do fenómeno. ANEXO 4.



3.

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

3.1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DA AMOSTRA DOS QUESTIONÁRIOS

A caracterização da população, no âmbito desta amostra é expressa nos vários gráficos seguintes. Fundamentou-se nos dados sociodemográficos do questionário e pretendeu traçar um perfil que acrescentasse informação contextual, designadamente:

- A distribuição dos inquiridos por género;
- A distribuição dos inquiridos por escalão etário;
- A distribuição dos inquiridos por naturalidade;
- A distribuição dos inquiridos por situação administrativa;
- A distribuição dos inquiridos por situação sem-abrigo;
- A distribuição dos inquiridos por freguesia de pernoita;
- A distribuição dos inquiridos por local de pernoita/permanência.

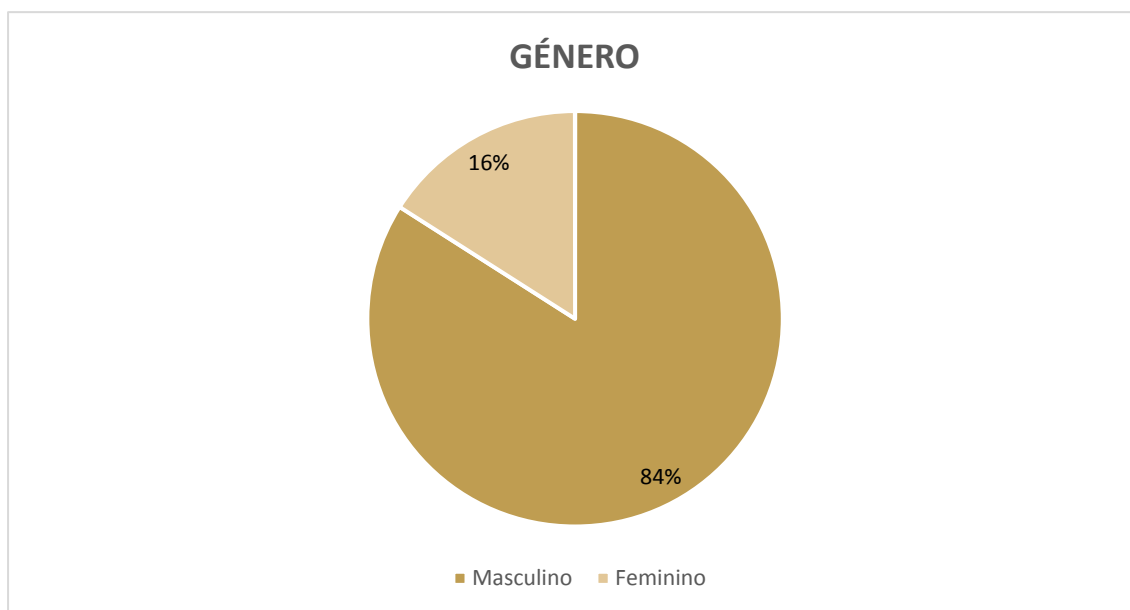


Gráfico 1 – Distribuição dos inquiridos por Género | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

- 84% dos inquiridos eram do género masculino e 16% do feminino.

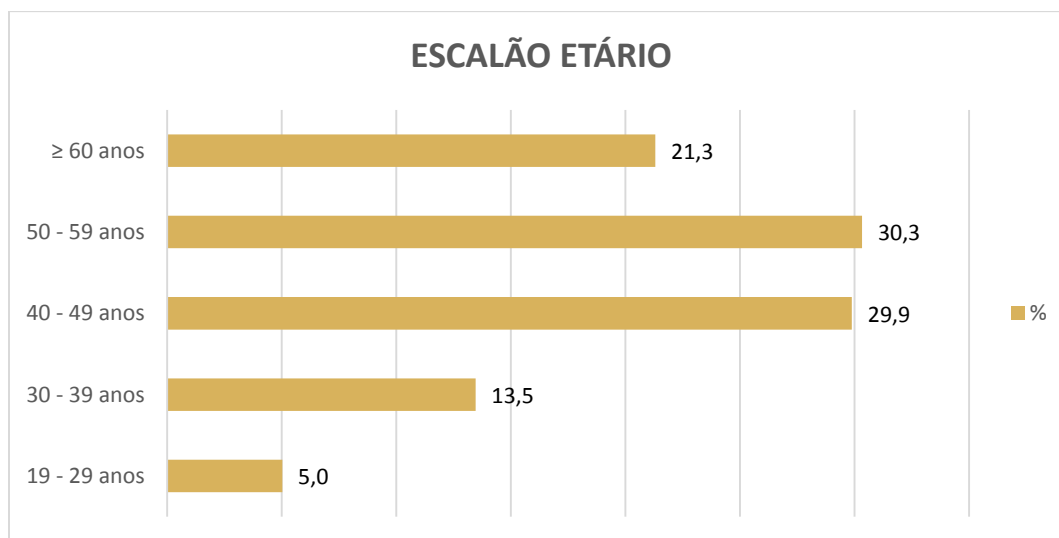


Gráfico 2 – Distribuição dos inquiridos por escalão etário | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

- A maior percentagem de inquiridos tinha idades compreendidas entre os 40 e 59 anos (60,2%), sendo que a média das idades foi de 49,52 anos.

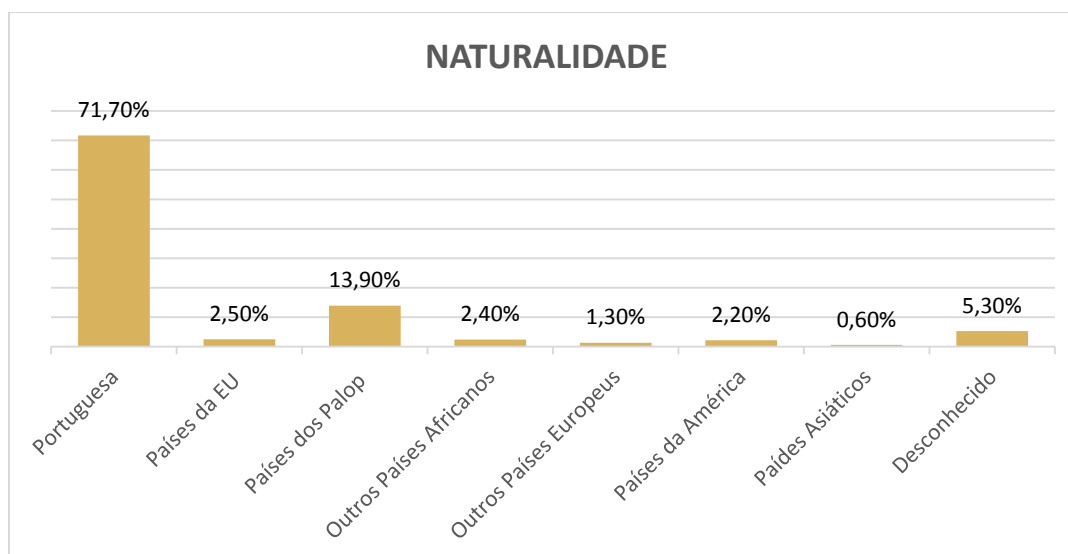


Gráfico 3 – Distribuição dos inquiridos por nacionalidade | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

- 71,7% dos inquiridos era natural de Portugal. 5,3% não responderam à questão e os restantes eram naturais de países africanos de língua oficial Portuguesa (13,9%), países da União Europeia (2,5%), outros países Africanos (2,4%), países da América (2,2%), outros países europeus (1,3%) e países asiáticos (0,6%).

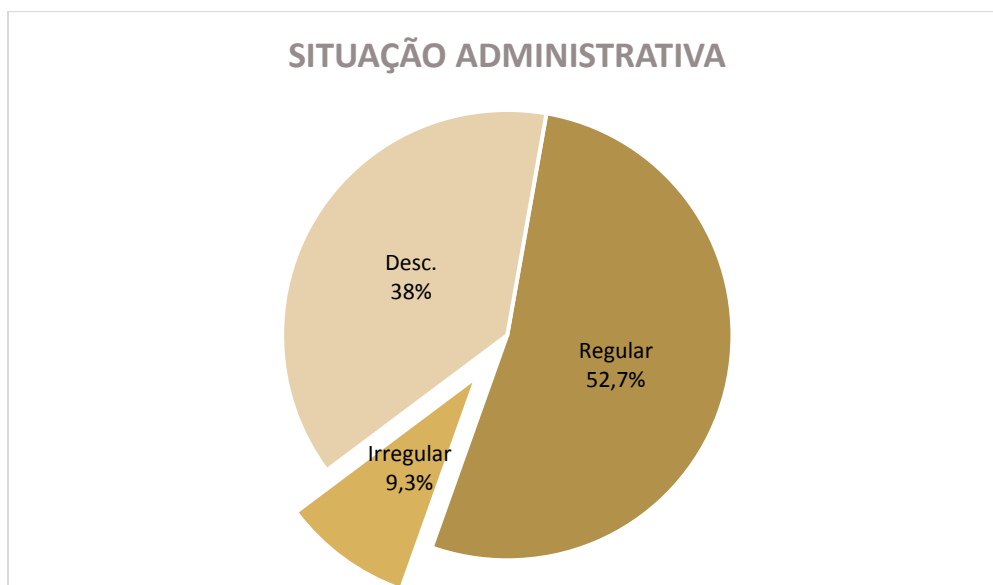


Gráfico 4 – Distribuição dos inquiridos por situação administrativa | **Fonte: NPISA, 2019 Q.S.**

- 52,7% tinha sua situação administrativa regular, 9,3% irregular e 38% não respondeu.

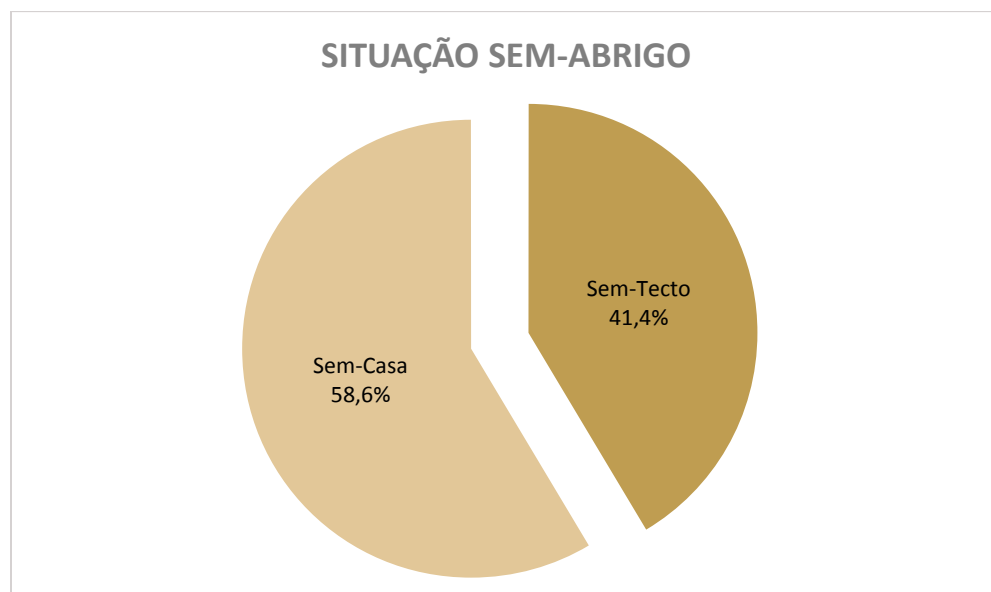


Gráfico 5 – Distribuição dos inquiridos por situação sem-abrigo | **Fonte: NPISA, 2019 Q.S.**

- 58,6% dos inquiridos estava na situação de *sem-casa* e 41,4% *sem-teto*.

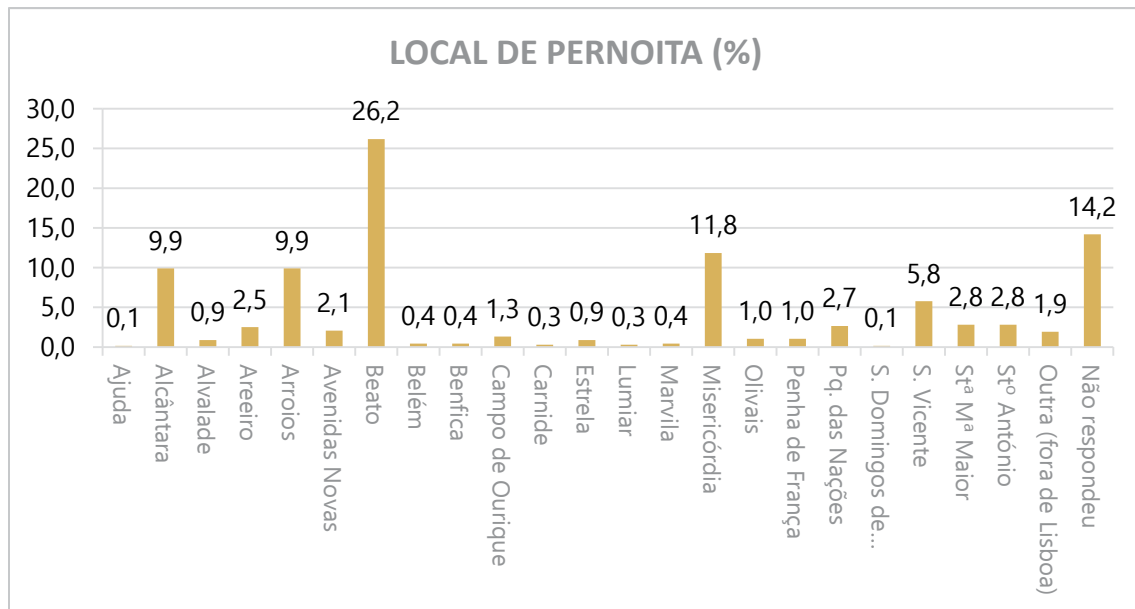


Gráfico 6 – Distribuição dos inquiridos por freguesia de pernoita | **Fonte: NPISA, 2019 Q.S.**

- 26,2% pernoitava na freguesia do Beato, 11,8% na Misericórdia, 9,9% em Alcântara e Arroios. 14,2% dos inquiridos não responderam à questão.

Na Figura 6 está representada a distribuição dos inquiridos por freguesia de Lisboa das Pessoas em situação sem-abrigo que participaram no presente estudo, de acordo com o seu local de pernoita.



Arroios	67
Misericórdia	8
Areeiro	17
Alcântara	67
Beato	177
Marvila	3
Penha França	7
S. Vicente	39
Parque Nações	18
S. Domingos Benfica	1
Olivais	7
Benfica	3
Ajuda	1
Alvalade	6
Avenidas Novas	14
Campo Ourique	9
Carnide	2
Estrela	6
Santa Maria Maior	19
Santo António	19
Belém	3
Lumiar	2
Outras	13

Figura 6 – Distribuição por freguesia de acordo com o seu local de pernoita | **Fonte: VOXLisboa 2019 Q.S.**

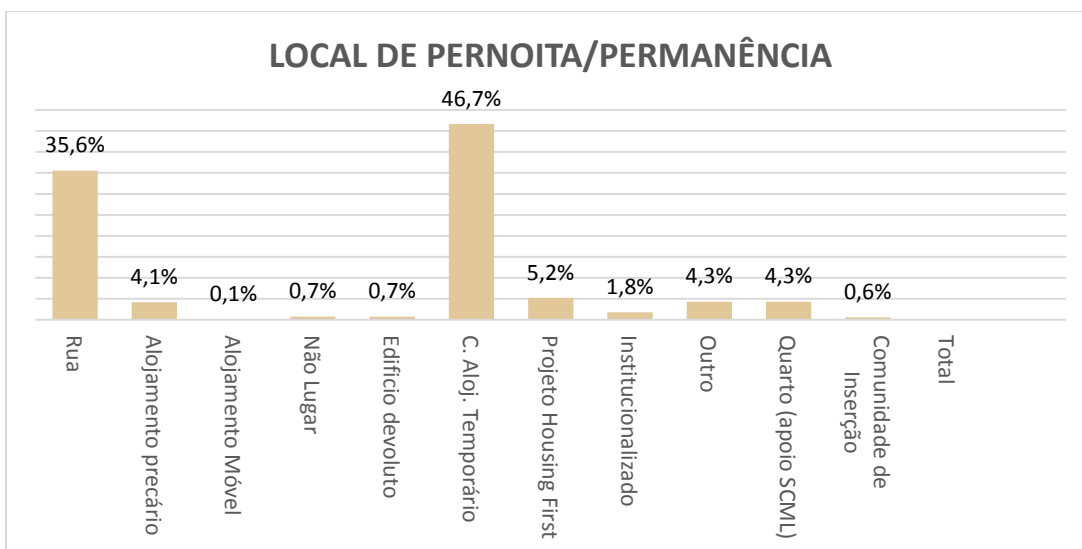


Gráfico 7 - Distribuição dos inquiridos por local de pernoita/permanência | **Fonte: NPISA, 2019 Q.S.**

- 46,7% dos inquiridos refere estar alojado num Centro de Alojamento Temporário, 35,6% refere pernoitar na rua, 5,2% refere estar no projeto *Housing First*, 4,3% refere pernoitar noutro local, 4,1% refere pernoitar num alojamento precário, 1,8% encontrava-se institucionalizado, 0,7% refere não ter lugar habitual de pernoita, 0,7% refere estar em edifício devoluto, 0,1% refere pernoitar num quarto apoiado pela SCML e 0,6% encontrava-se numa comunidade de inserção.

3.2. SÍNTESE DOS RESULTADOS

- A maioria das Pessoas inquiridas era do género masculino (84%);
- Tinham média de idades de 49,52 anos, estando inseridos nos escalões etários dos 40 aos 59 anos de idade (60,2%);
- Eram, na sua maioria, naturais de Portugal (70,7%);
- Uma elevada percentagem pernoitava na freguesia do Beato (26,2%) e estava na situação sem-casa (58,6%);
- Quanto à situação administrativa, mais de metade estava em situação regular (52,7%), relativamente à documentação;
- 41,4% estava na situação habitacional *sem-teto* e 58,6% dos inquiridos, *sem-casa*;
- Dos inquiridos *sem-casa*, 46,6% estavam alojados em Centros de Alojamento Temporário (CAT) e dos *sem-teto*, 35,5% viviam na rua.



4.

ACESSO À SAÚDE

4.1. DADOS RELATIVOS AO ACESSO À SAÚDE

Os gráficos seguintes ilustram o nível de acesso dos inquiridos aos Centros de Saúde e aos Hospitais de Referência, procurando-se aferir os seguintes aspetos:

- A distribuição dos inquiridos por inscrição em Centro de Saúde;
- A distribuição dos inquiridos por médico de família atribuído;
- A distribuição dos inquiridos pelo último acesso aos Centros de Saúde, os quais foram agrupados nos respetivos Agrupamentos Centros de Saúde;
- A distribuição dos inquiridos por último contacto com os Centros de Saúde por situação sem-abrigo;
- A distribuição dos inquiridos por último contacto com os Hospitais de Referência por situação sem-abrigo;
- Distribuição dos inquiridos dos CAT inscritos nos Centros de Saúde;
- A distribuição dos inquiridos dos CAT por Médico de Família atribuído;
- A distribuição dos inquiridos dos CAT por último contacto com o Centro de Saúde;
- A distribuição dos inquiridos dos CAT por último contacto com o Hospital de Referência;
- A distribuição dos inquiridos inseridos nos projetos *Housing First* inscritos nos Centros de Saúde;
- A distribuição dos inquiridos inseridos nos projetos *Housing First* por médico de família atribuído;
- A distribuição dos inquiridos inseridos nos projetos *Housing First* por último contacto com o Centro de Saúde;
- A distribuição dos inquiridos inseridos nos projetos *Housing First* por último contacto com o Hospital de Referência;
- A relação entre o Último Contacto com Centro de Saúde de Referência e o Último Contacto com o Hospital de Referência

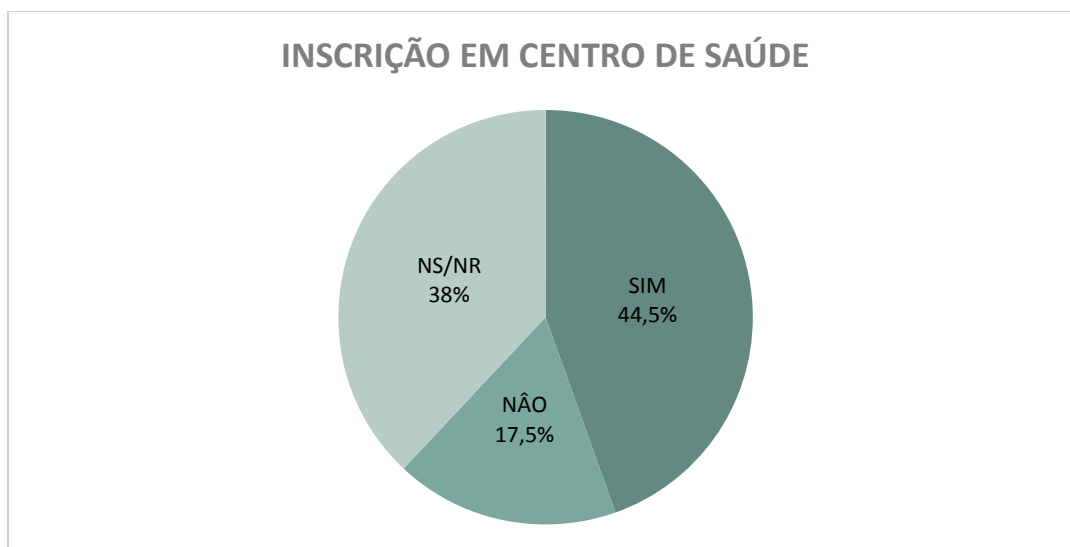


Gráfico 8 - Distribuição dos inquiridos por inscrição em Centro de Saúde | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

- 44,5% dos inquiridos afirmou estar inscrito num Centro de Saúde, 17,5% afirmou não estar e 38% não sabe ou não respondeu.

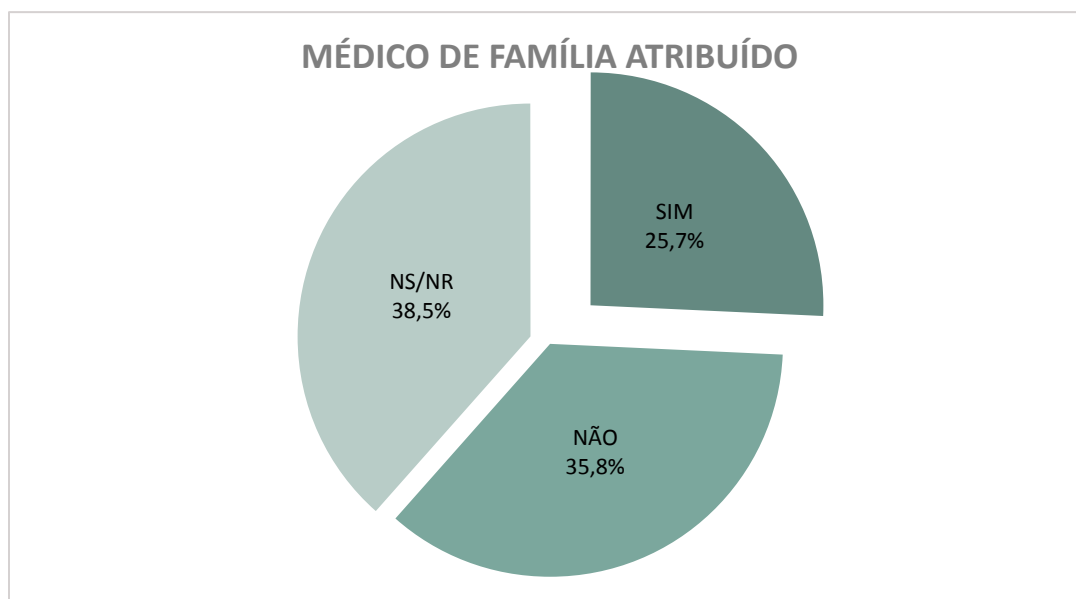


Gráfico 9 - Distribuição dos inquiridos por médico de família atribuído | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

- 25,7% dos inquiridos, afirma ter médico de família atribuído e 35,8% nega.

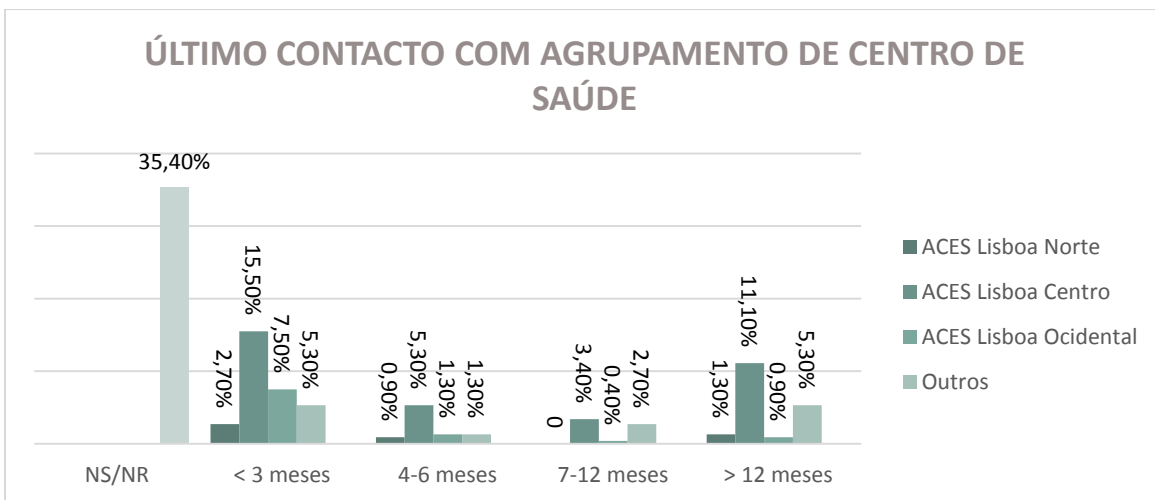


Gráfico 10 - Distribuição das Pessoas inquiridas por último contacto com ACES Lisboa Central |

Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

- O ACES Lisboa Central é o que apresenta maior prevalência no último contacto das Pessoas inquiridas. Assim, 5,5% afirma que recorreu a este agrupamento nos últimos 3 meses, 5,3% afirma ter recorrido nos últimos 4 a 6 meses, 3,4% nos últimos 7 a 12 meses e 11,1% recorreu há mais de 1 ano (12 meses).

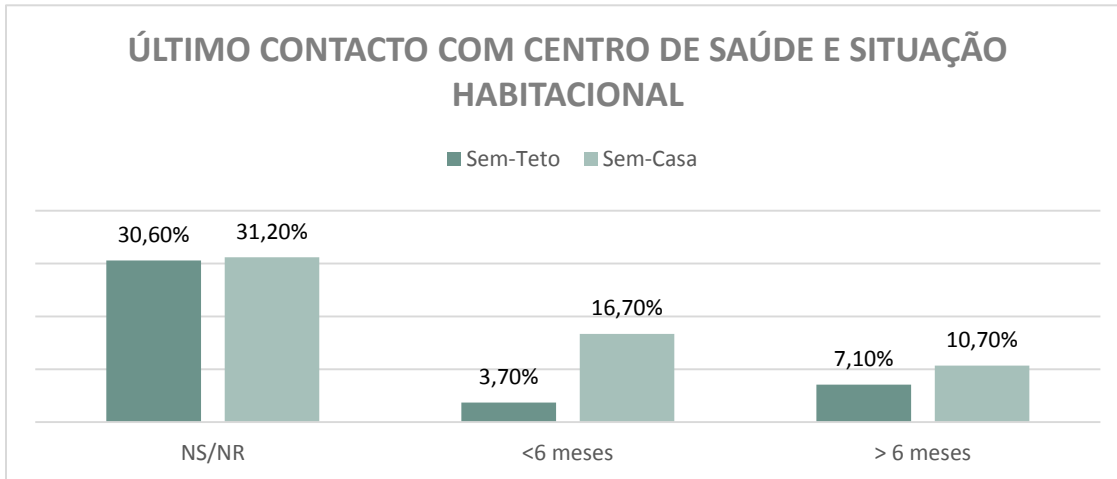


Gráfico 11 - Distribuição por último contacto com Centro de Saúde e situação habitacional | **Fonte:**

NPISA, 2019 Q.S.

- 61,8% dos inquiridos não respondeu à questão. 16,7% dos inquiridos que responderam ter tido um último contacto com o Centro de Saúde há menos de 6 meses, estavam na situação de *sem-casa* e 3,7% na situação de *sem-teto*. 10,7% dos inquiridos que responderam ter tido um último contacto com o Centro de Saúde há mais de 6 meses, estavam na situação de *sem-casa* e 7,1% na situação de *sem-teto*.

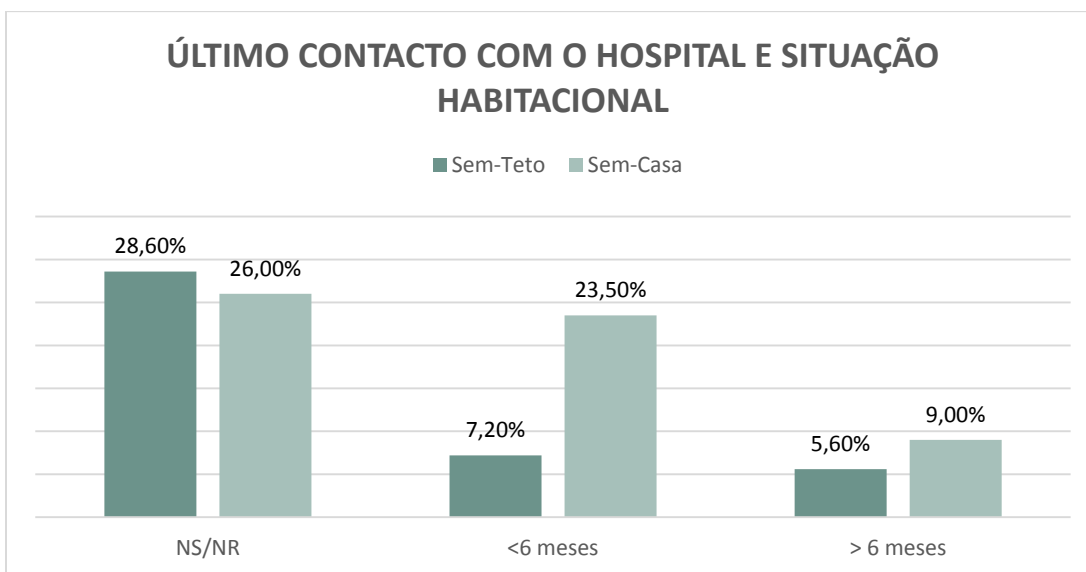


Gráfico 12 - Distribuição por último contacto com Hospital de Referência e situação habitacional |

Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

- 54,6% dos inquiridos não sabe ou não respondeu à questão. 23,5% dos inquiridos que responderam ter tido um último contacto com o Hospital de Referência há menos de 6 meses, estavam na situação de *sem-casa* e 7,2% na situação de *sem-teto*. 9% dos inquiridos que responderam ter tido um último contacto com o hospital de referência há mais de 6 meses, estavam na situação de *sem-casa* e 5,6% na situação de *sem-teto*.

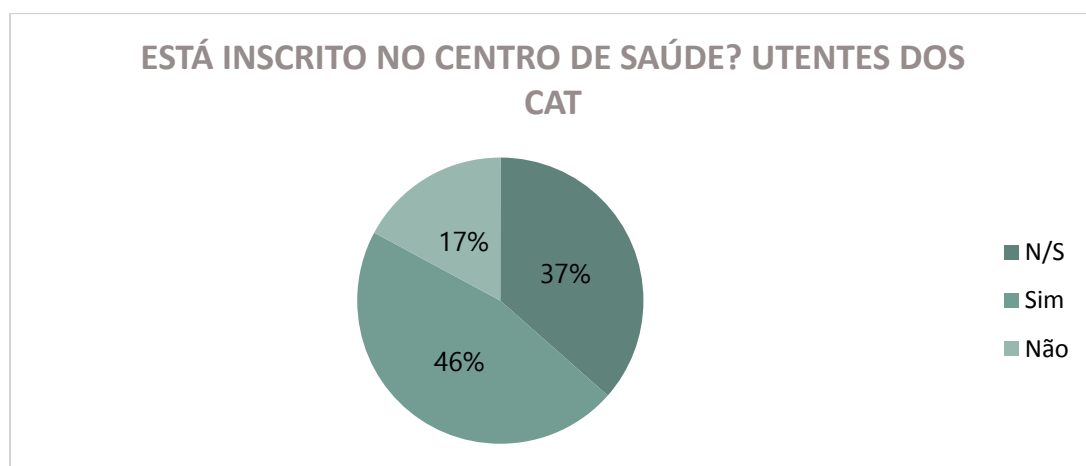


Gráfico 13 - Distribuição dos utentes dos CAT inscritos nos Centros de Saúde | **Fonte: NPISA, 2019 Q.S.**

- 315 dos inquiridos estão num Centro de Alojamento Temporário. Destes 46% afirma estar inscrito num Centro de Saúde, 17% nega e 37% não responde ou não sabe responder.

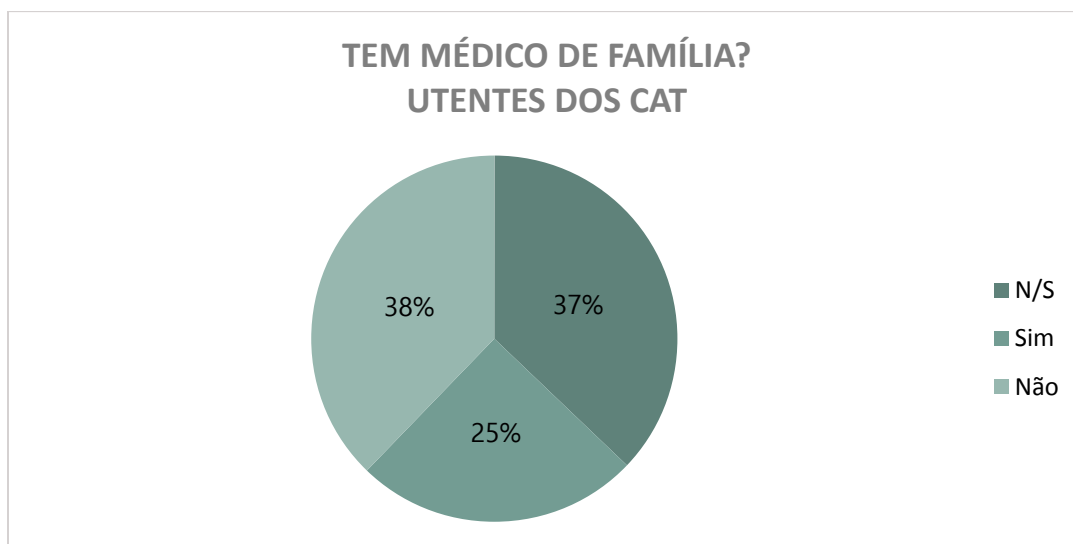


Gráfico 14 - Distribuição dos utentes dos CAT com médico de família | **Fonte: NPISA, 2019 Q.S.**

- Da mesma amostra, 25% responde ter médico de família, 38% nega e 37% não sabe ou não responde.

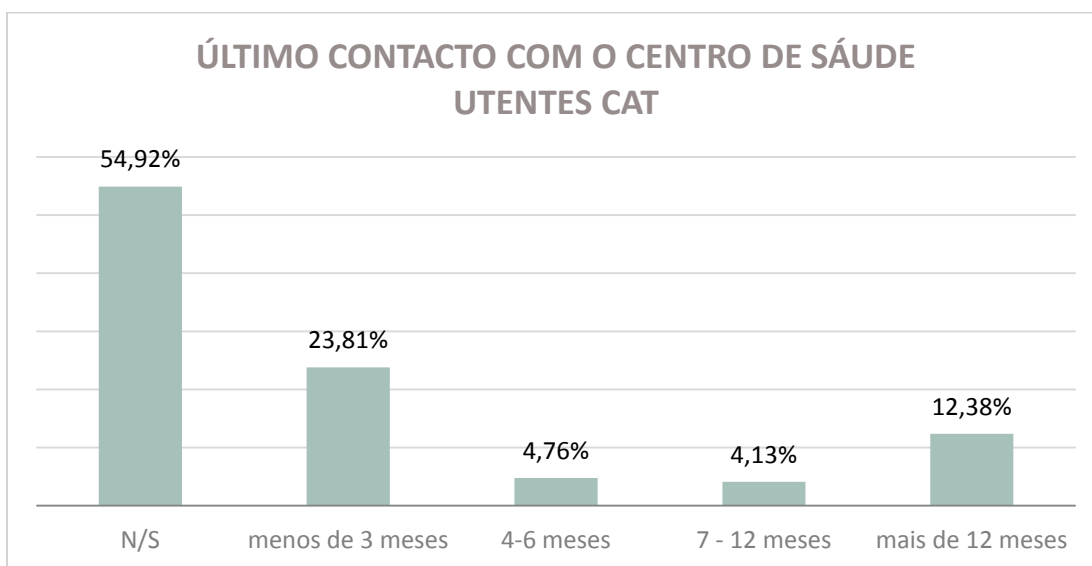


Gráfico 15 - Distribuição dos utentes dos CAT por último contacto com o Centro de Saúde | **Fonte: NPISA, 2019 Q.S.**

- Das 315 Pessoas alojadas em Centros de Alojamento Temporários, 54,9% não sabe ou não respondeu acerca do último contacto com o Centro de Saúde (CS). 23,8% teve o último contacto há menos de 3 meses, 4,8% foram nos últimos 4-6 meses ao CS, 4,1% nos últimos 7-12 meses e 12,4% não vai ao CS há mais de 1 ano.



Gráfico 16 - Distribuição dos utentes dos CAT por último contacto com o Hospital de Referência |

Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

- Das 315 Pessoas alojadas em Centros de Alojamento Temporários, 49,6% não sabe ou não respondeu acerca do último contacto com o Hospital de Referência (HR). 31,7% teve o último contacto há menos de 3 meses, 3,5% foram nos últimos 4-6 meses ao HR, 4,4% nos últimos 7-12 meses e 10,8% não vai ao HR há mais de 1 ano.

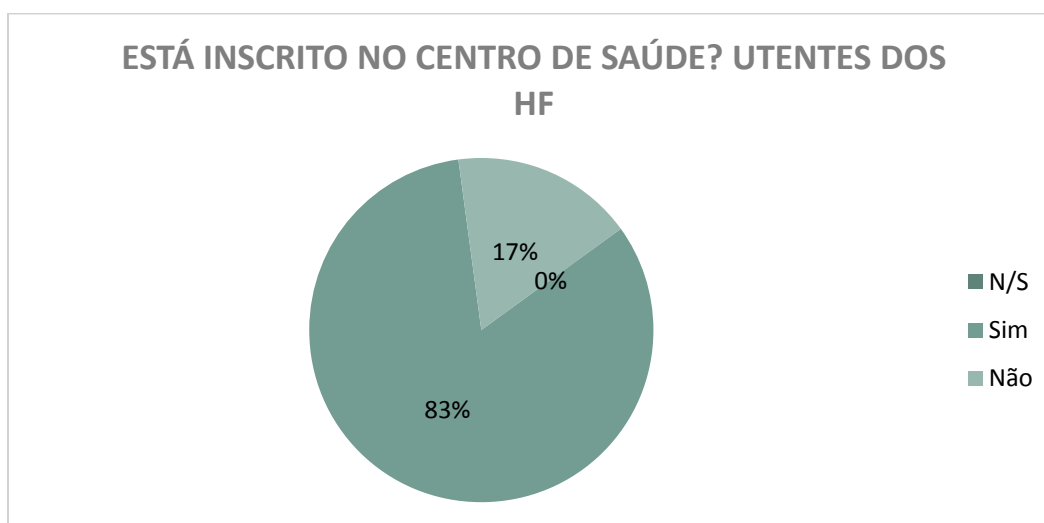


Gráfico 17 - Distribuição dos inquiridos inseridos nos projetos *Housing First* inscritos nos Centros de Saúde | **Fonte: NPISA, 2019 Q.S.**

- 35 dos inquiridos estão em respostas do projeto *Housing First*. Destes, 83% estão inscritos no Centro de Saúde e 17% não.

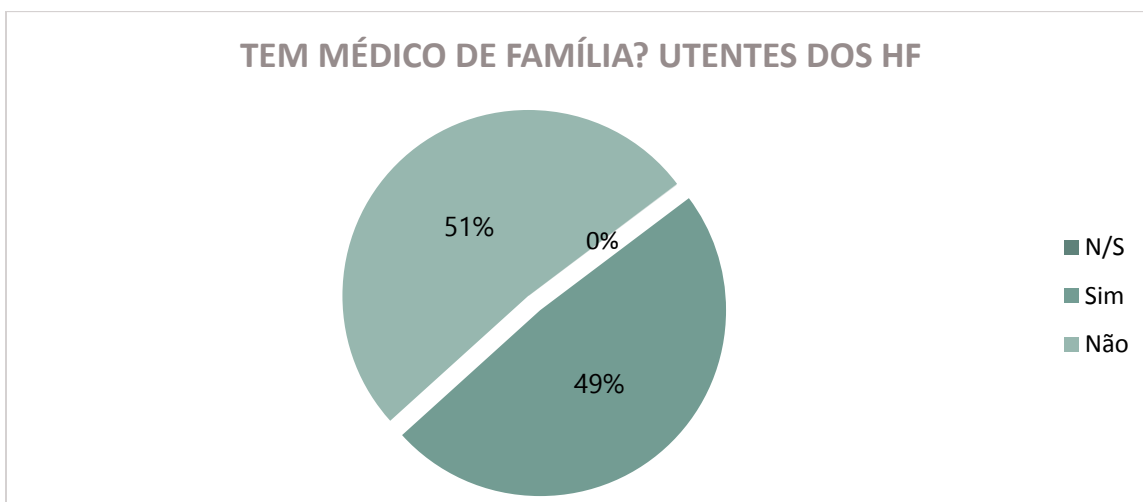


Gráfico 18 - Distribuição dos inquiridos inseridos nos projetos *Housing First* com médico de família
 | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

- Da mesma amostra de inquiridos, 49% refere ter médico de família e 51% não.

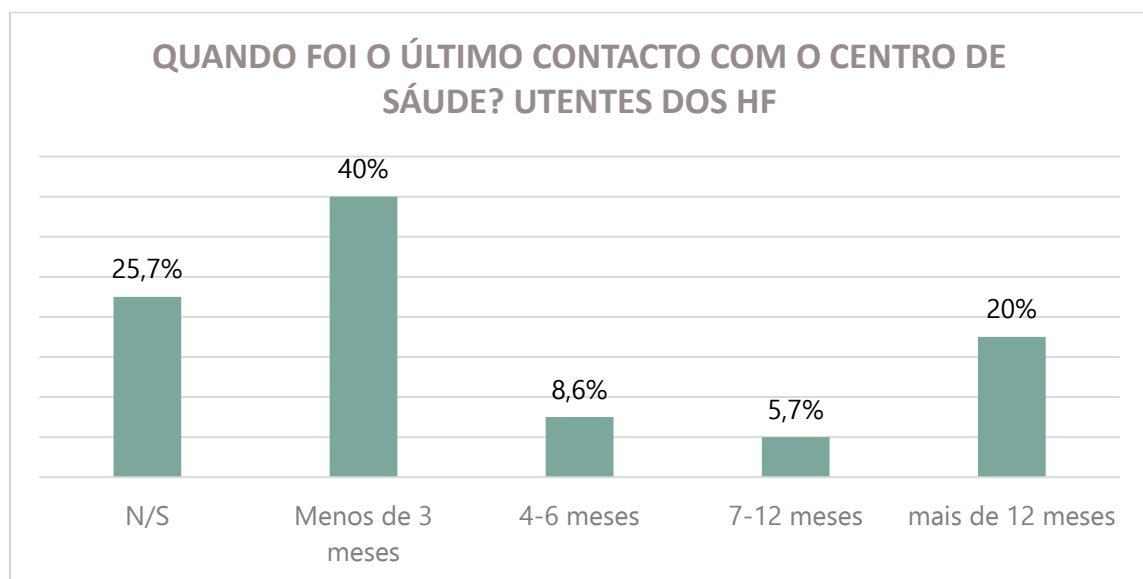


Gráfico 19 - Distribuição dos inquiridos inseridos nos projetos *Housing First* por último contacto com o Centro de Saúde | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

- Das 35 Pessoas alojadas em *Housing First*, 25,7% não sabe ou não respondeu acerca do último contacto com o CS. 40% teve o último contacto há menos de 3 meses, 8,6% foram nos últimos 4-6 meses ao CS, 5,7% nos últimos 7-12 meses e 20% não vai ao CS há mais de 1 ano.

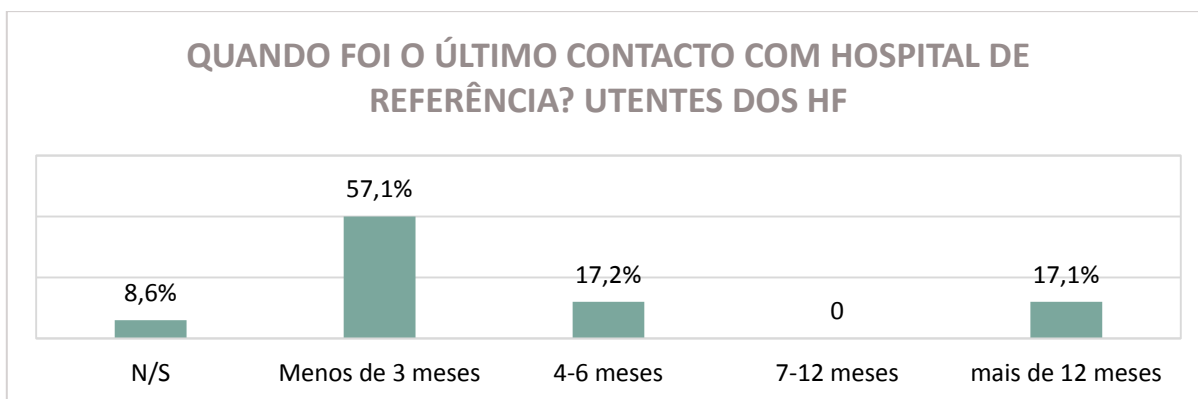


Gráfico 20 - Distribuição dos inquiridos inseridos nos projetos *Housing First* por último contacto com o Hospital de Referência | **Fonte: NPISA, 2019 Q.S.**

- Das 35 Pessoas alojadas em *Housing First* 8,7% não sabe ou não respondeu acerca do último contacto com o HR. 57,1% teve o último contacto há menos de 3 meses, 17,2% foram nos últimos 4-6 meses ao HR, 0% nos últimos 7-12 meses e 17,1% não vai ao HR há mais de 1 ano.

		ÚLTIMO CONTACTO COM HOSPITAL DE REFERÊNCIA			
		NS/ NR	≤ 6meses	> 6 meses	TOTAL
ÚLTIMO CONTACTO COM CENTRO DE SAÚDE DE REFERÊNCIA	NS/ NR	356 (52,7%)	54 (8%)	8 (1,2%)	418 (61,8%)
	≤ 6meses	9 (1,3%)	101 (14,9%)	28 (4,1%)	138 (20,4%)
	> 6 meses	4 (0,6%)	53 (7,8%)	63 (9,3%)	120 (17,8%)
	TOTAL	369 (54,6%)	208 (30,8%)	99 (14,6%)	676

Tabela 1 – Relação entre o Último Contacto com Centro de Saúde de Referência e o Último Contacto com o Hospital de Referência | **Fonte: NPISA, 2019 Q.S.**

- Das 676 pessoas em situação de sem-abrigo inquiridas, 245 (36,2%) responderam a ambas as questões sobre o último contacto com o centro de saúde e hospital de referência. 30,8% responderam ter tido o último contacto com hospital de referência há 6 ou menos meses e, 14,6% responderam ter ido há mais de 6 meses, sendo que 9,2% não referiu ter tido contacto com o centro de saúde;
- 20,4% responderam ter tido o último contacto com o Centro de Saúde há 6 ou menos meses e, 17,8% responderam ter ido há mais de 6 meses, sendo que 1,9% não referiu ter tido contacto com o hospital de referência.

4.2. DIFICULDADES OU INIBIÇÃO NO ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE E ADESÃO ÀS CONSULTAS E MEDICAÇÃO

Os gráficos seguintes ilustram os resultados obtidos nessas questões, designadamente através da:

- Distribuição dos inquiridos em relação à dificuldade/constrangimento no acesso aos cuidados de saúde;
- Distribuição dos inquiridos em relação às razões para a dificuldade/inibição no acesso aos cuidados de saúde;
- Distribuição dos inquiridos em relação ao cumprimento habitual da medicação prescrita;
- Distribuição dos inquiridos em relação às razões para o incumprimento habitual da medicação prescrita;
- Distribuição dos inquiridos em relação à comparência nas consultas marcadas;
- Distribuição dos inquiridos em relação às razões pela não comparência às consultas marcadas;
- Distribuição dos inquiridos em relação ao cumprimento das indicações médicas;
- Distribuição dos inquiridos em relação às razões pelo incumprimento das indicações médicas.

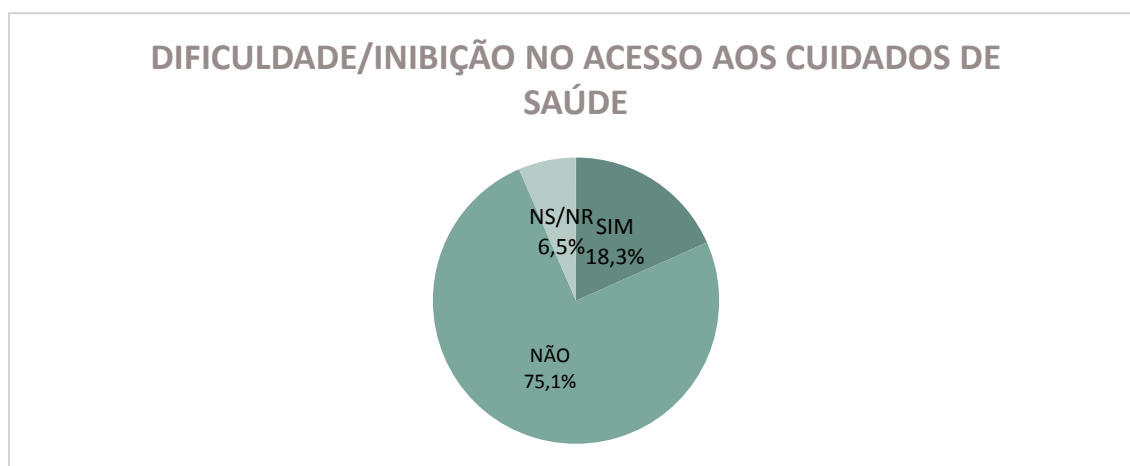


Gráfico 21 - Distribuição dos inquiridos em relação à dificuldade/inibição no acesso aos cuidados de saúde | **Fonte: NPISA, 2019 Q.S.**

- 75,1% dos inquiridos respondeu não sentir dificuldade/ inibição no acesso aos cuidados de saúde, 18,3% refere sentir e 6,5% não respondeu.

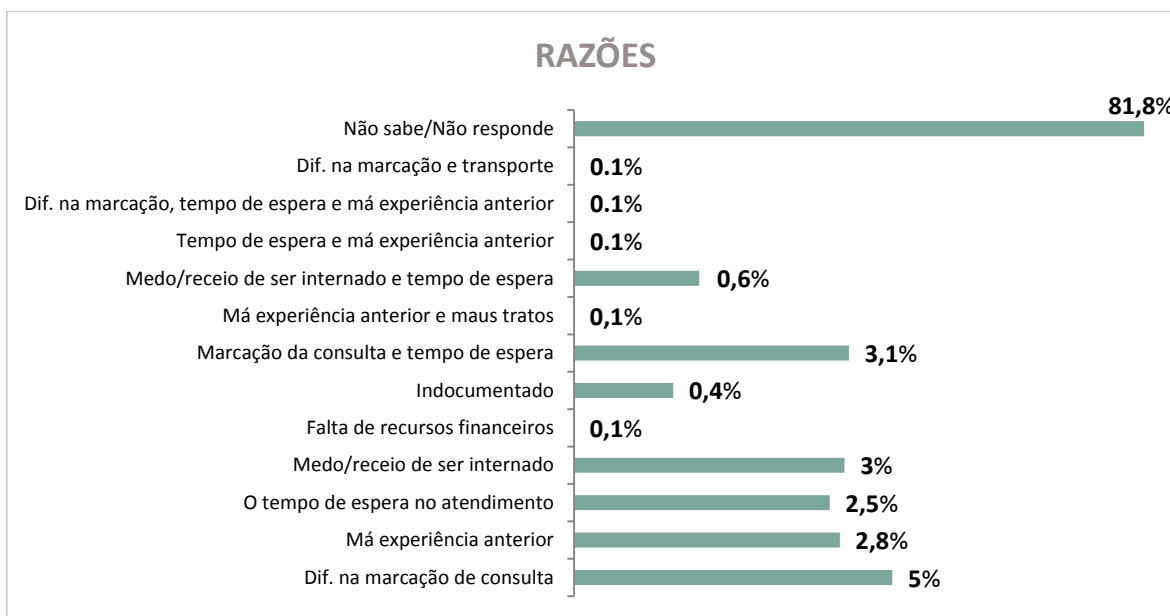


Gráfico 22 - Distribuição dos inquiridos em relação às razões para a dificuldade/inibição no acesso aos cuidados de saúde | **Fonte: NPISA, 2019 Q.S.**

- Nas razões mais referidas, associadas à dificuldade do acesso: 5% referiu ter dificuldade na marcação, para 3,1% a razão prende-se na dificuldade da marcação da consulta e tempo de espera, 3% refere ter medo ou receio de ser internado, 2,8% refere uma má experiência anterior e 2,5% refere o tempo de espera no atendimento.

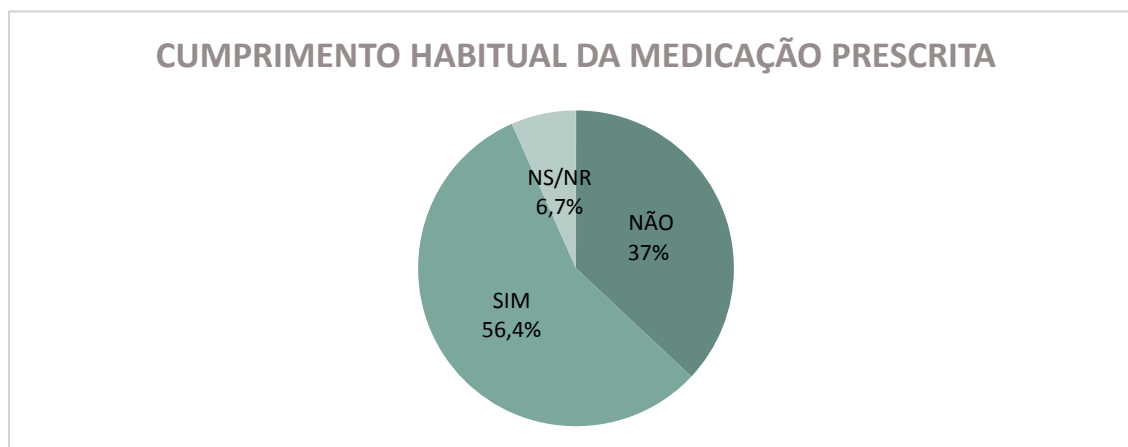


Gráfico 23 - Distribuição dos inquiridos em relação ao cumprimento habitual da medicação prescrita | **Fonte: NPISA, 2019 Q.S.**

- 56,4% dos inquiridos refere cumprir a medicação prescrita, 37% refere não cumprir e 6,7% não respondeu à questão.

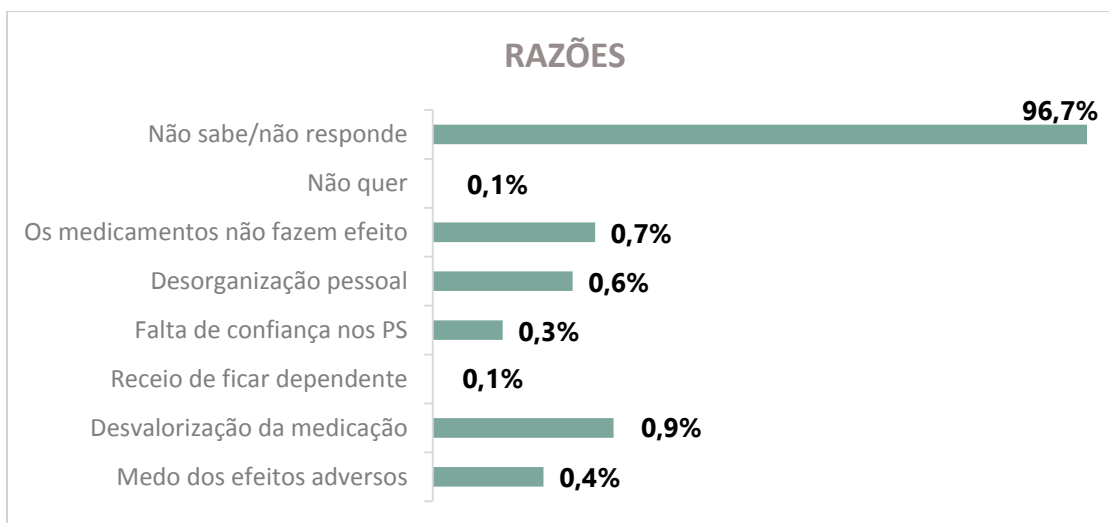


Gráfico 24 - Distribuição dos inquiridos que responderam o “não cumprimento da medicação prescrita” em relação às razões | **Fonte: NPISA, 2019 Q.S.**

- As razões referidas pelos inquiridos relativamente à justificação do incumprimento terapêutico: 0,9% refere desvalorizar a medicação, 0,7% refere que “os medicamentos não fazem efeito”, 0,6% desorganização pessoal, 0,4% refere medo dos efeitos adversos, 0,3% refere ter falta de confiança no profissional de saúde, 0,1% refere não querer aderir e 96,7% dos inquiridos não respondeu.

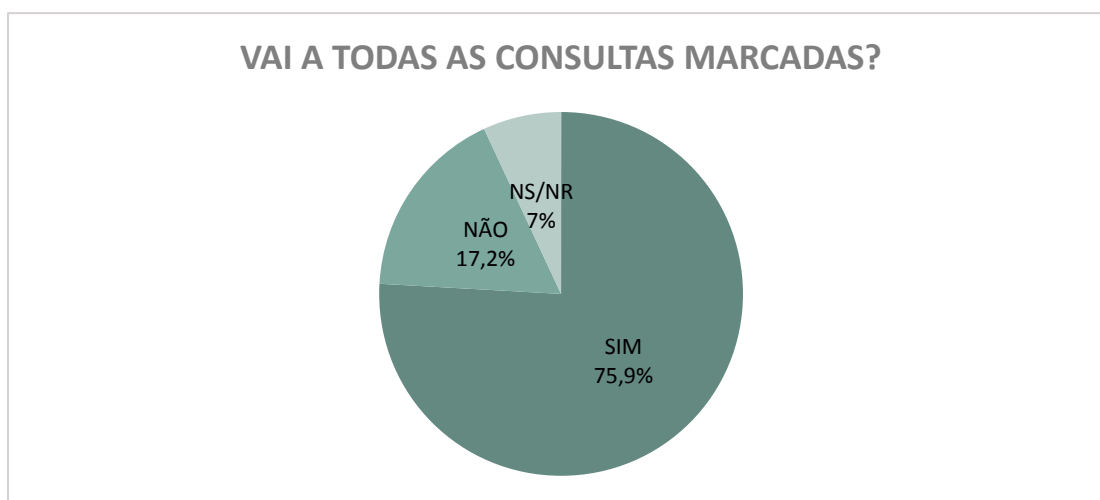


Gráfico 25 - Distribuição dos inquiridos em relação à comparência nas consultas marcadas | **Fonte: NPISA, 2018 Q.S**

- Na pergunta “Vai a todas as consultas marcadas?”, 75,9% responderam afirmativamente, 17,2% negam ir e 7% não responderam.

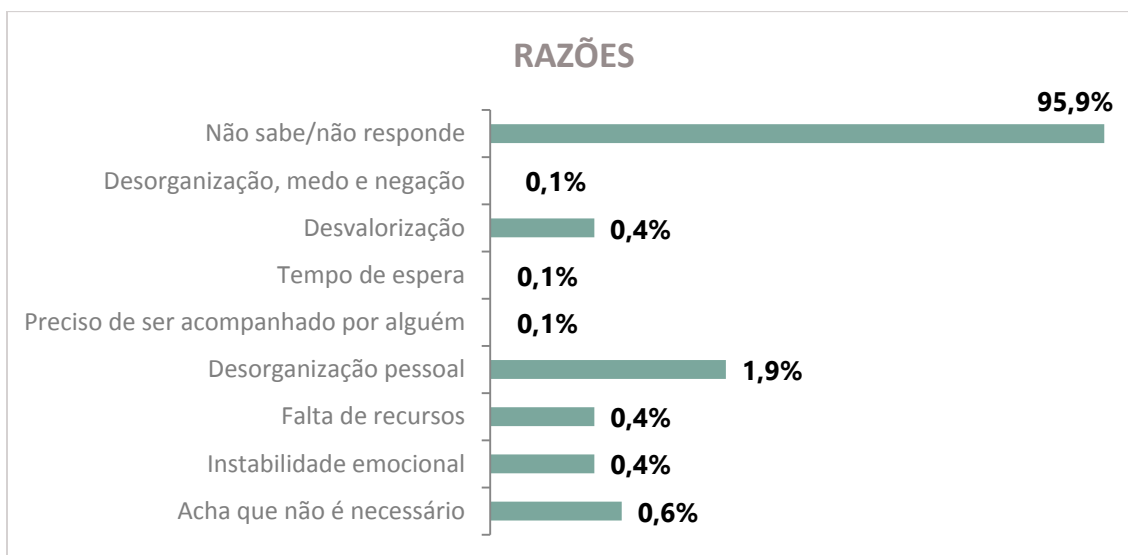


Gráfico 26 - Distribuição dos inquiridos em relação às razões pela não comparência às consultas marcadas | **Fonte: NPISA, 2019 Q.S.**

- 95,9% não deu justificação para a não comparência nas consultas marcadas. 1,9% refere que a falta de organização pessoal é o motivo pelo qual não comparece, 0,4% refere desvalorizar a marcação, falta de recursos e instabilidade emocional. 0,1% dos inquiridos dá ênfase à desorganização, medo e negação, tempo de espera e necessidade de acompanhamento.

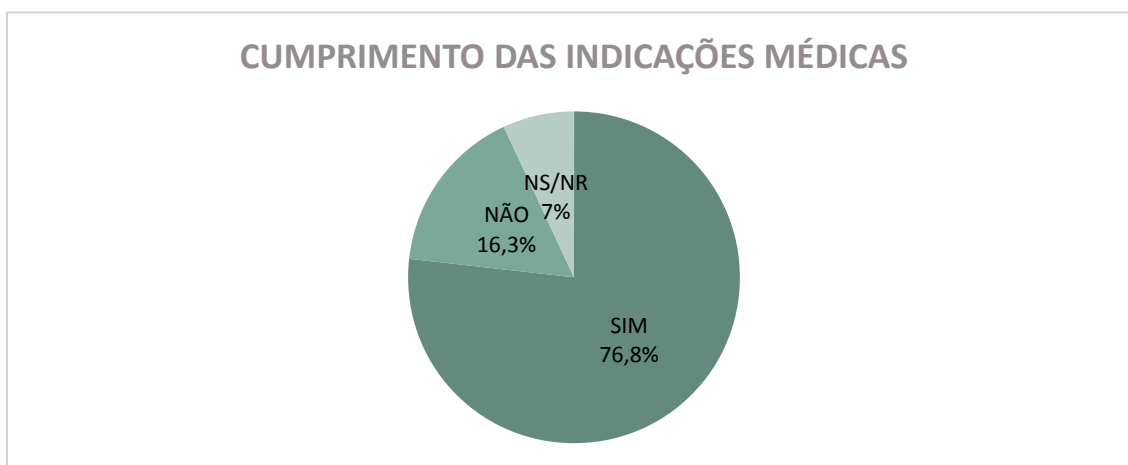


Gráfico 27 - Distribuição dos inquiridos em relação ao cumprimento das indicações médicas | **Fonte: NPISA, 2019 Q.S.**

- 76,8% refere cumprir as indicações dadas pela equipa médica, 16,3% refere não cumprir e 7% não respondeu.

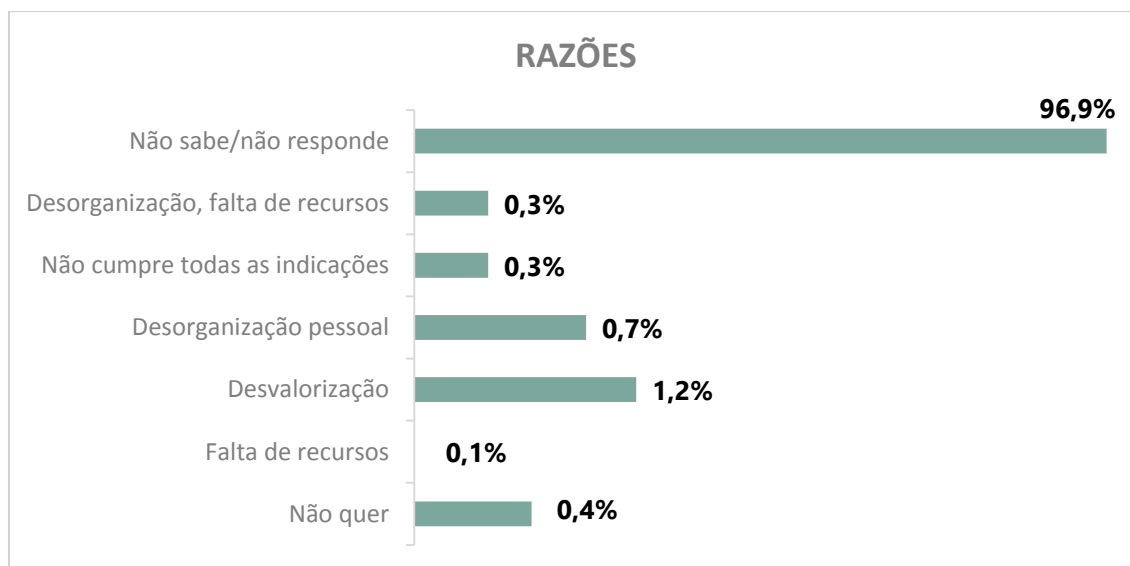


Gráfico 28 - Distribuição dos inquiridos em relação às razões pelo não cumprimento das indicações médicas | **Fonte: NPISA, 2019 Q.S.**

- As razões referidas pelos inquiridos relativamente à justificação do incumprimento das indicações médicas são: 1,2% desvaloriza, 0,7% referiu desorganização pessoal, 0,4% não quer e 0,3% desorganização e falta de recursos.

4.3. SÍNTESE DOS RESULTADOS

- Mais de 75% dos inquiridos referiu nunca ter sentido dificuldades/inibição no acesso aos cuidados de saúde;
- Das Pessoas que responderem ter sentido alguma dificuldade/inibição no acesso aos cuidados de saúde a principal razão foi a dificuldade de marcação de consulta (5%);
- Cerca de 57% dos inquiridos cumprem habitualmente a medicação prescrita;
- A principal razão apontada para o incumprimento da medicação prescrita é a desvalorização da medicação;
- Cerca de 76% dos inquiridos vai a todas as consultas marcadas;
- Das Pessoas que responderam não ir às consultas marcadas, a principal razão para não comparecerem é a desorganização pessoal (1,9%);
- Cerca de 77% dos inquiridos referiu cumprir as indicações dadas pelos médicos;
- Das Pessoas que responderam não cumprir as indicações médicas, a principal razão apontada foi a desvalorização das mesmas.

- 44,5% dos inquiridos está inscrito no Centro de Saúde e 35,8% tem médico de família atribuído;
- 3,7% dos inquiridos estava em situação de *sem-teto* e contactou com o Centro de Saúde nos últimos 6 meses. 16,7% dos inquiridos estava em situação de *sem-casa* e foi ao Centro de Saúde no mesmo intervalo de tempo;
- 23,5% dos inquiridos que responderam ter tido um último contacto com o Hospital de Referência há menos de 6 meses, estavam na situação de *sem-casa* e 7,2% na condição de *sem-teto*.
- Dos inquiridos alojados nos CAT, 46% estão inscritos nos Centros de Saúde;
- Dos inquiridos alojados nos CAT, 38% não têm médico de família atribuído;
- Dos inquiridos alojados nos CAT, 23,8% tiveram o último contacto com o Centro de Saúde há menos de 3 meses;
- Dos inquiridos alojados nos CAT, 31,7% tiveram o último contacto com o Hospital de Referência há menos de 3 meses;
- Dos inquiridos inseridos nos projetos *Housing First*, 83% estão inscritos nos Centros de Saúde;
- Dos inquiridos inseridos nos projetos *Housing First*, 51% não têm médico de família atribuído;
- Dos inquiridos inseridos nos projetos *Housing First*, 40% tiveram o último contacto com o Centro de Saúde há menos de 3 meses;
- Dos inquiridos inseridos nos projetos *Housing First*, 57,1% dos inquiridos tiveram o último contacto com o Hospital de Referência há menos de 3 meses;
- Dos dados obtidos, constata-se que a maior parte das pessoas recorreu preferencialmente ao hospital de referência.

4.4. CONCLUSÃO

A Constituição da República Portuguesa (CRP) preconiza o princípio da Universalidade (artigo 12º) e o da Igualdade (artigo 13º), isto significa que todos os cidadãos gozam dos direitos e estão sujeitos aos deveres consignados na Constituição, assim como todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei. Ninguém pode ser privilegiado ou privado de qualquer direito ou dever. Todos têm direito à segurança social (artigo 63º) para que estejam protegidos na doença, na velhice, invalidez, desemprego ou

na falta de meios de subsistência. **Todos os cidadãos têm o direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover (artigo 64º), através de um serviço nacional de saúde universal e geral.**

A Lei de Bases da Saúde tem âmbito nacional e é transversal, dinâmica e evolutiva. São pilares fundamentais desta política: a promoção da saúde e prevenção da doença, a melhoria do estado de saúde da população, as Pessoas (como elemento central na conceção, organização e funcionamentos dos serviços e respostas), **a igualdade e a não discriminação no acesso aos cuidados de saúde de qualidade em tempo útil, a garantia de equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços e a adoção de medidas de diferenciação positiva de pessoas e grupos em situação de vulnerabilidade;** a gestão dos recursos disponíveis segundo critérios de efetividade, eficiência e qualidade, o desenvolvimento do planeamento e a institucionalização da avaliação a fim de promover uma cultura de transparência, o incentivo à investigação, o reconhecimento da saúde como um investimento que beneficia a economia e a relevância económica da saúde. A política de saúde deve incentivar a adoção de medidas promotoras de responsabilidade social, individual e coletiva.

São beneficiários do SNS todos os cidadãos portugueses, os cidadãos com residência permanente ou temporária em Portugal, que sejam nacionais de Estados-Membros da União Europeia ou equiparados, nacionais de países terceiros ou apátridas, requerentes de proteção internacional ou migrantes com ou sem respetiva situação legalizada, nos termos do regime jurídico aplicável. A lei regula condições de referenciação para beneficiários no estrangeiro, reclusos em estabelecimentos prisionais ou internados em centros educativos.

Apesar disto, reconhecemos que as PSSA têm dificuldade no acesso à saúde devido a questões relacionadas com a burocratização do sistema, a falta de morada e a irregularidade ou ausência de documentação com consequências a nível da atribuição do número nacional de saúde, médico de família, etc.

Em relação à inscrição nos Centros de Saúde, apesar de ter havido uma percentagem de resposta de pessoas inscritas, verificou-se também que 55,5% dos inquiridos não responderam ou não sabiam e/ou não estavam efetivamente inscritos. O mesmo se passa em relação ao médico de família atribuído, verificou-se que cerca de 75% dos inquiridos não sabe ou não respondeu e/ou não tem médico de família atribuído.

Mais de 75% dos inquiridos referiu nunca ter sentido dificuldade/inibição no acesso aos cuidados de saúde. Contudo, importa refletirmos na percentagem mais reduzida (18,3%)

dos que disseram ter sentido dificuldade e/ou inibição. Apontam várias razões, destacando-se as dificuldades na marcação das consultas, o medo ou o receio de ficarem internados, as más experiências anteriores, o tempo de espera no atendimento, entre outras.

O **cumprimento ou adesão terapêutica** refere-se ao ato de se seguir as recomendações feitas pelo profissional de saúde em relação à posologia, dosagem e frequência da medicação ou plano. Pode ainda definir-se **persistência terapêutica** o ato de seguir uma recomendação terapêutica de forma contínua pelo prazo estabelecido (DiMatteo, 2004).

Mais de metade dos inquiridos referiu cumprir habitualmente a(s) prescrição(ões) do médico. Contudo, a percentagem dos inquiridos que referiram não cumprir é significativa (37%). As razões apontadas: a desvalorização da medicação, a convicção que os medicamentos não fazem efeito, desorganização Pessoal, medo de efeitos adversos e falta de confiança nos profissionais de saúde.

Apesar de cerca de 76% dos inquiridos ter referido que vai a todas as consultas marcadas, 17,2% referiu não ir, apontando como razões a desorganização pessoal, a sensação de não ser necessário, a instabilidade emocional, a falta de recursos e a desvalorização.

Existe uma semelhança relativa ao cumprimento das indicações do médico, onde cerca de 77% dos inquiridos referiu o seu cumprimento e 16,3% referiu não cumprir, com motivos semelhantes: desvalorização, desorganização pessoal, entre outras.

No último contacto com o centro de saúde, cerca de 2% dos inquiridos não sabe ou não responde e de 17,8% dos inquiridos refere que não vai ao Centro de Saúde há mais de 6 meses, podendo concluir que cerca de 80% dos inquiridos não tem contacto regular com os cuidados de saúde primários.

No último contacto com o hospital de referência, 54,3% dos inquiridos não respondeu e 14,6% referiu que o último contacto foi há mais de 6 meses. Ora, os resultados parecem apontar que o acesso ao hospital de referência nos últimos 6 meses foi maior nos inquiridos na situação *sem-casa* e menor nos *sem-teto*. Não foi possível apurar as razões pela quais as pessoas se deslocaram ao hospital.



5.

SAÚDE FÍSICA

5.1. DADOS DE SAÚDE FÍSICA

Nos próximos pontos relacionados com as várias alterações de saúde física, optámos por relacionar as referidas alterações com a condição habitacional dos inquiridos.

Neste sentido, os gráficos seguintes ilustram os resultados obtidos respeitantes à:

- Distribuição dos inquiridos afetados por alterações respiratórias;
- Distribuição dos inquiridos afetados por alterações cardiovasculares;
- Distribuição dos inquiridos afetados por alterações neurológicas;
- Distribuição dos inquiridos afetados por alterações endócrinas, metabólicas e nutricionais;
- Distribuição dos inquiridos afetados por alterações orais/dentárias;
- Distribuição dos inquiridos afetados por alterações gastrointestinais;
- Distribuição dos inquiridos afetados por alterações músculo-esqueléticas;
- Distribuição dos inquiridos afetados por alterações oculares;
- Distribuição dos inquiridos afetados por alterações auditivas;
- Distribuição dos inquiridos afetados por alterações dermatológicas;
- Distribuição dos inquiridos afetados por alterações urogenitárias;
- Distribuição dos inquiridos afetados por doenças infetocontagiosas;
- Doenças e alterações mais frequentes.

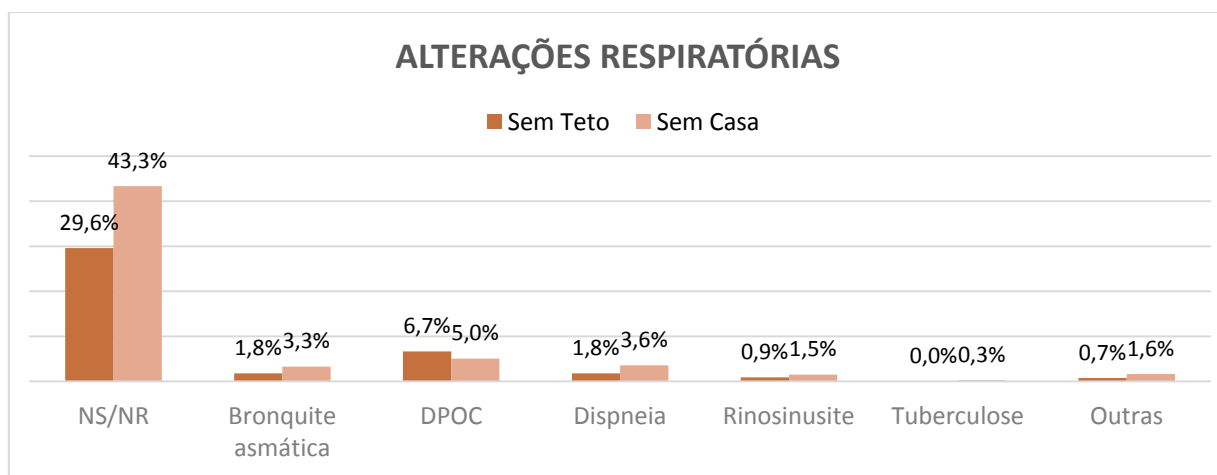


Gráfico 29 - Distribuição dos inquiridos afetados por alterações respiratórias | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

- 72,9% dos inquiridos não sabe ou não respondeu à questão. 11,7% respondeu ter o diagnóstico de Doença Obstrutiva Pulmonar Crónica (sendo que destes, 6,7% estão na situação de *sem-teto* e 5% na situação de *sem-casa*). 5,4% afirma ter dispneia (sendo que destes, 3,6% estão na situação de *sem-teto* e 1,8% na situação de *sem-casa*) 5,1% refere estar diagnosticado com bronquite asmática (sendo que destes, 1,8% estão na situação de *sem-teto* e 3,3% na situação de *sem-casa*). 2,4% afirma diagnóstico de rinosinusite e 0,3% (inquiridos na situação de *sem-casa*) refere estar diagnosticado com tuberculose, desconhecendo-se o estadio da mesma. 3,3% refere padecer de outras patologias do foro respiratório.

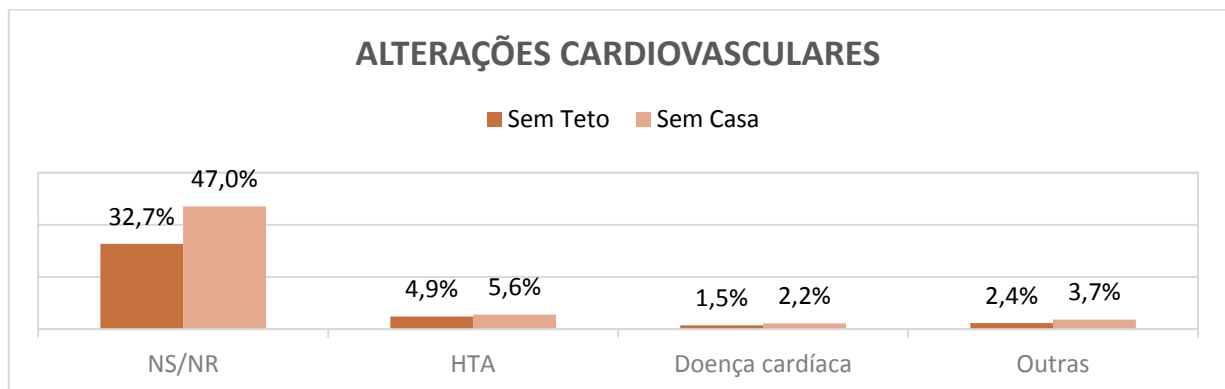


Gráfico 30 - Distribuição dos inquiridos afetados por alterações cardiovasculares | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

- 79,7% dos inquiridos não sabe ou não respondeu à questão. 10,5% respondeu ter o diagnóstico de hipertensão arterial – HTA - (sendo que destes, 4,9% estão na situação de *sem-teto* e 5,6% na situação de *sem-casa*). 3,7% respondeu ter o diagnóstico de doença cardíaca (sendo que destes, 1,5% estão na situação de *sem-teto* e 2,2% na situação de *sem-casa*). 6,1% refere padecer de outras patologias do foro cardíaco.

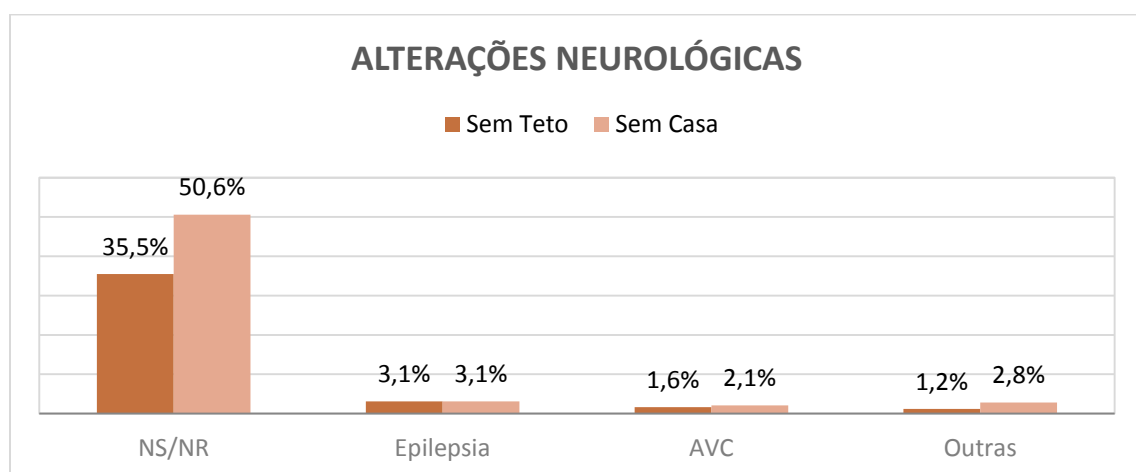


Gráfico 31 - Distribuição dos inquiridos afetados por alterações neurológicas | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

- 86,1% dos inquiridos não sabe ou não respondeu à questão. 6,2% respondeu ter o diagnóstico de epilepsia (sendo que destes, 3,1% estão na situação de *sem-teto* e 3,1% na situação de *sem-casa*). 3,7% responderam ter antecedentes de acidente vascular cerebral – AVC - (sendo que destes, 1,6% estão na situação de *sem-teto* e 2,1% na situação de *sem-casa*) e desconhece-se a percentagem de pessoas com sequelas. 4% refere padecer de outras patologias do foro neurológico.

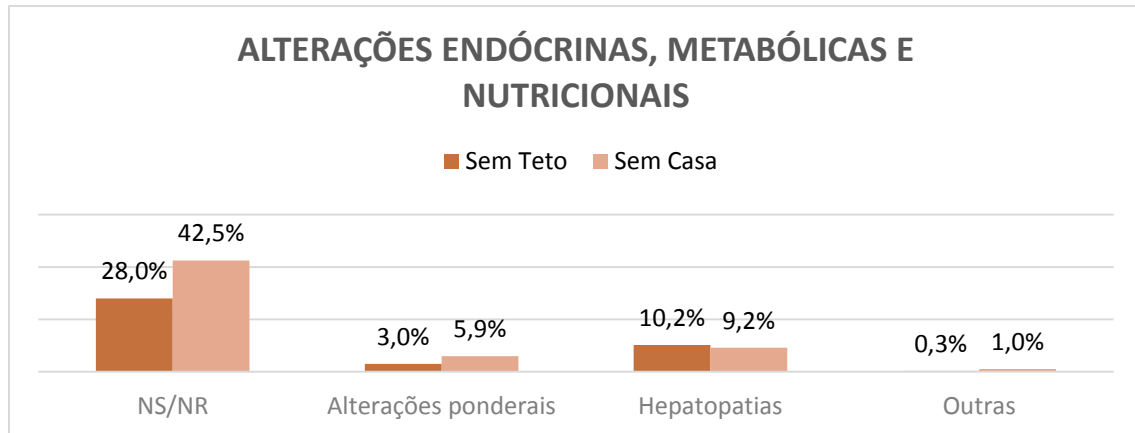


Gráfico 32 - Distribuição dos inquiridos afetados por alterações endócrinas, metabólicas e nutricionais | **Fonte: NPISA, 2019 Q.S.**

- 70,5% dos inquiridos não sabe ou não respondeu à questão. 19,4% respondeu ter o diagnóstico de hepatopatias (sendo que destes, 10,2% estão na situação de *sem-teto* e 9,2% na situação de *sem-casa*). 8,9% respondeu ter o diagnóstico de alterações ponderais (sendo que destes, 5,9% estão na situação de *sem-teto* e 3% na situação de *sem-casa*). 1,3% refere padecer de outras alterações endócrinas, metabólicas e nutricionais.

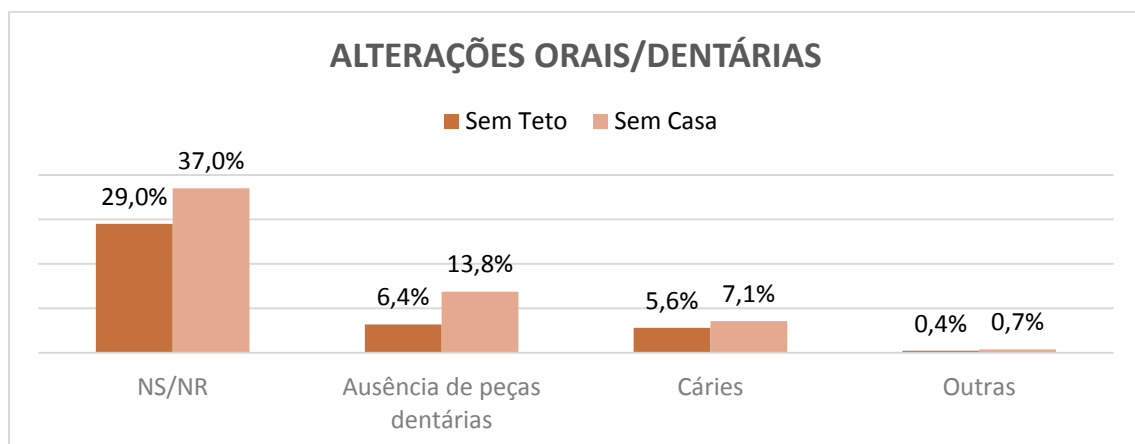


Gráfico 33 - Distribuição dos inquiridos afetados por alterações orais/dentárias | **Fonte: NPISA, 2019 Q.S.**

- 66% dos inquiridos não sabe ou não respondeu à questão. 20,2% respondeu ter ausência de peças dentárias (sendo que destes, 6,4% estão na situação de *sem-teto* e 13,8% na situação de *sem-casa*). 12,7% respondeu apresentar cáries dentárias (sendo que destes, 5,6% estão na situação de *sem-teto* e 7,1% na situação de *sem-casa*). 1,1% refere padecer de outras alterações orais/dentárias.

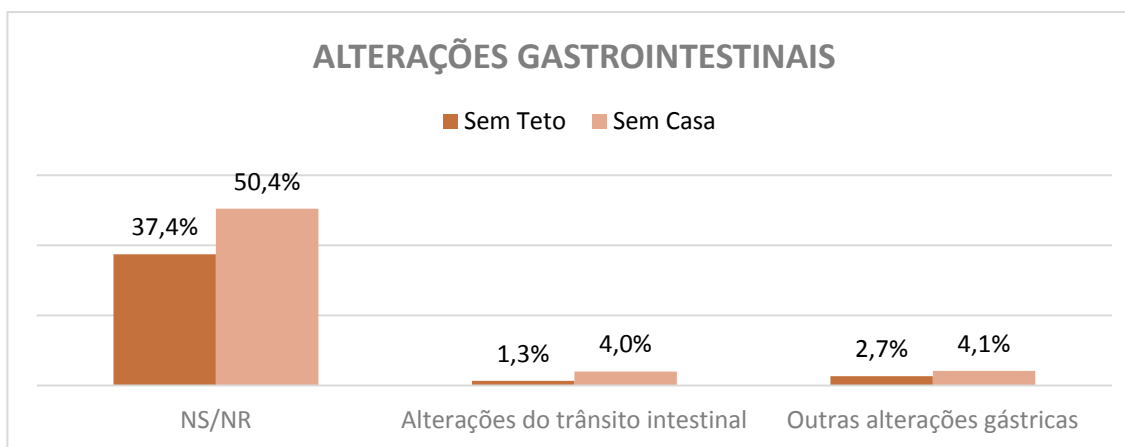


Gráfico 34 - Distribuição dos inquiridos afetados por alterações gastrointestinais | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

- 87,8% dos inquiridos não sabe ou não respondeu à questão. 4,3% respondeu apresentar alterações no trânsito intestinal (sendo que destes, 1,3% estão na situação de *sem-teto* e 4% na situação de *sem-casa*). 6,8% respondeu ter outras alterações gástricas (sendo que destes, 2,7% estão na situação de *sem-teto* e 4,1% na situação de *sem-casa*).

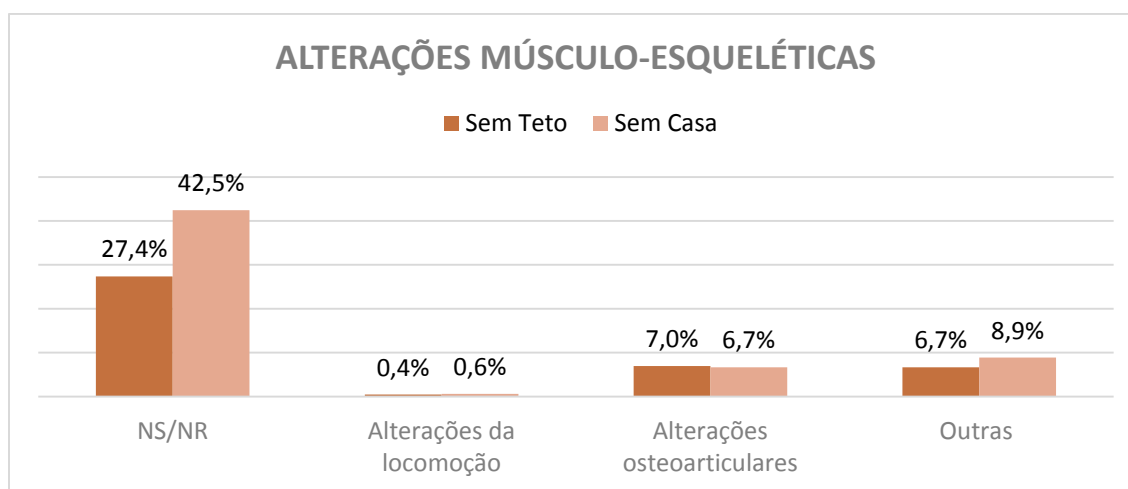


Gráfico 35 - Distribuição dos inquiridos afetados por alterações músculo-esqueléticas | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

- 69,9% dos inquiridos não sabe ou não respondeu à questão. 15,6% respondeu apresentar outras alterações músculo-esqueléticas (sendo que destes, 6,7% estão na situação de sem-teto e 8,9% na situação de sem-casa). 13,7% respondeu apresentar alterações osteoarticulares (sendo que destes, 7% estão na situação de sem-teto e 6,7% na situação de sem-casa). 1% respondeu apresentar alterações da locomoção (sendo que destes, 0,4% estão na situação de *sem-teto* e 0,6% na situação de *sem-casa*).

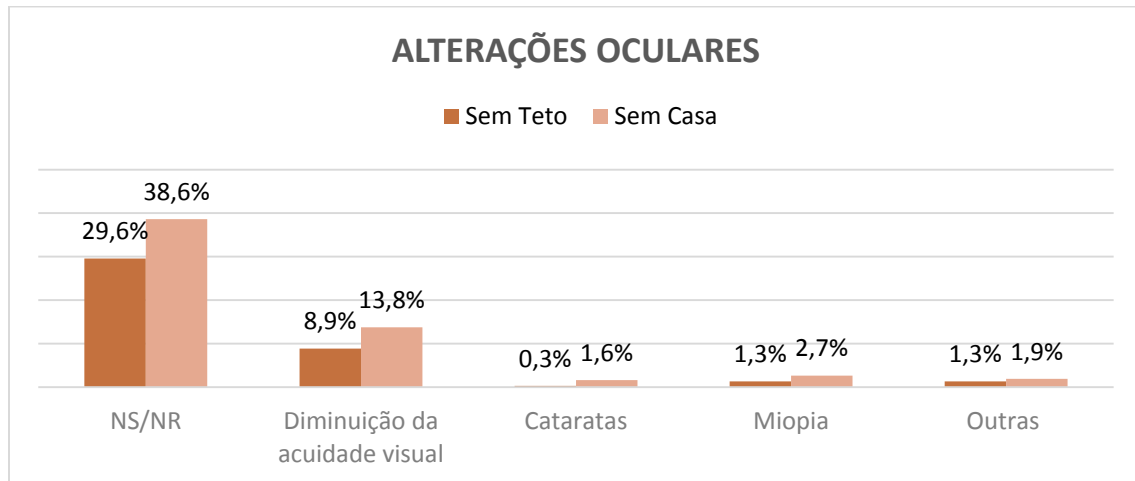


Gráfico 36 - Distribuição dos inquiridos afetados por alterações oculares | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

- 68,2% dos inquiridos não sabe ou não respondeu à questão. 22,7% afirmam ter diminuição da acuidade visual (sendo que destes, 8,9% estão na situação de *sem-teto* e 13,8% na situação de *sem-casa*). 4% afirmam ter miopia (sendo que destes, 1,3% estão na situação de *sem-teto* e 2,7% na situação de *sem-casa*). 3,2% dos inquiridos refere padecer de outras alterações oculares e 1,9% afirma ter cataratas.

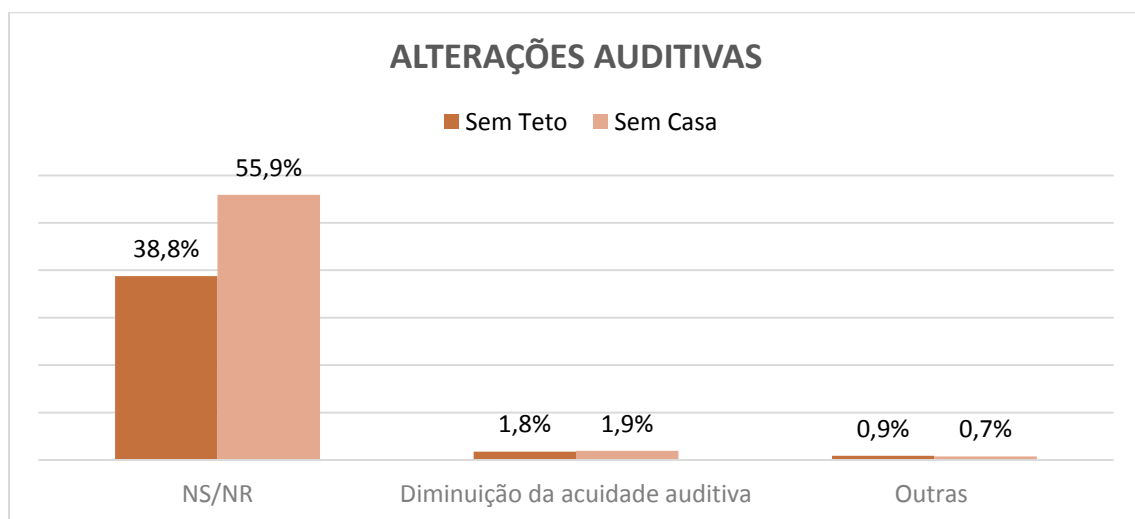


Gráfico 37 - Distribuição dos inquiridos afetados por alterações auditivas | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

- 94,7% dos inquiridos não sabe ou não respondeu à questão. 3,7% afirmam ter diminuição da acuidade auditiva (sendo que destes, 1,8% estão na situação de *sem-teto* e 1,9% na situação de *sem-casa*). 4% afirmam ter outras alterações do foro auditivo.

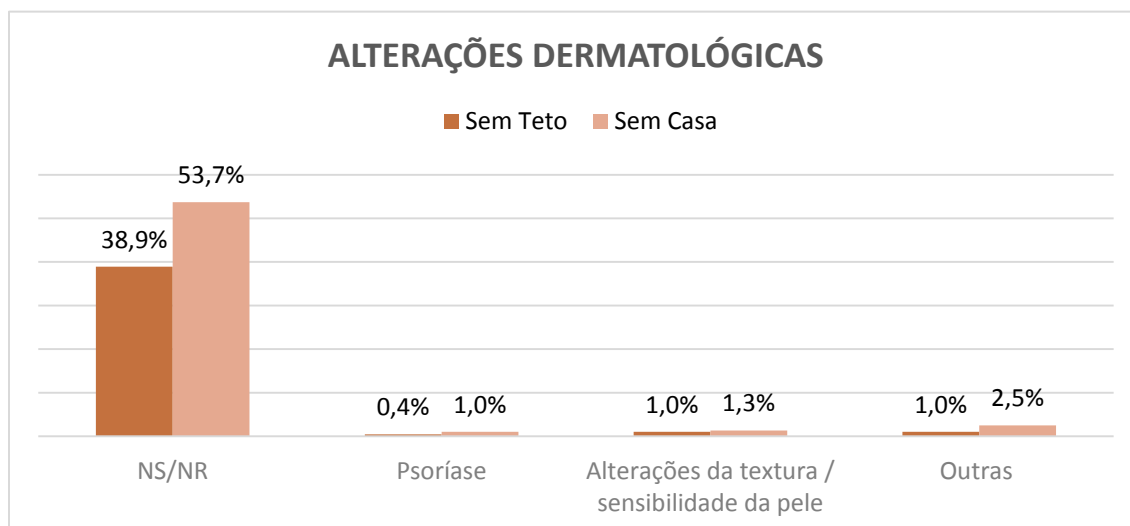


Gráfico 38 - Distribuição dos inquiridos afetados por alterações dermatológicas | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

- 92,6% dos inquiridos não sabe ou não respondeu à questão. 3,5% afirmam ter outras alterações dermatológicas (sendo que destes, 1% estão na situação de *sem-teto* e 2,5% na situação de *sem-casa*). 2,3% afirmam ter outras alterações da textura/ sensibilidade da pele (sendo que destes, 1% estão na situação de *sem-teto* e 1,3% na situação de *sem-casa*). 1,4% refere ter psoríase.

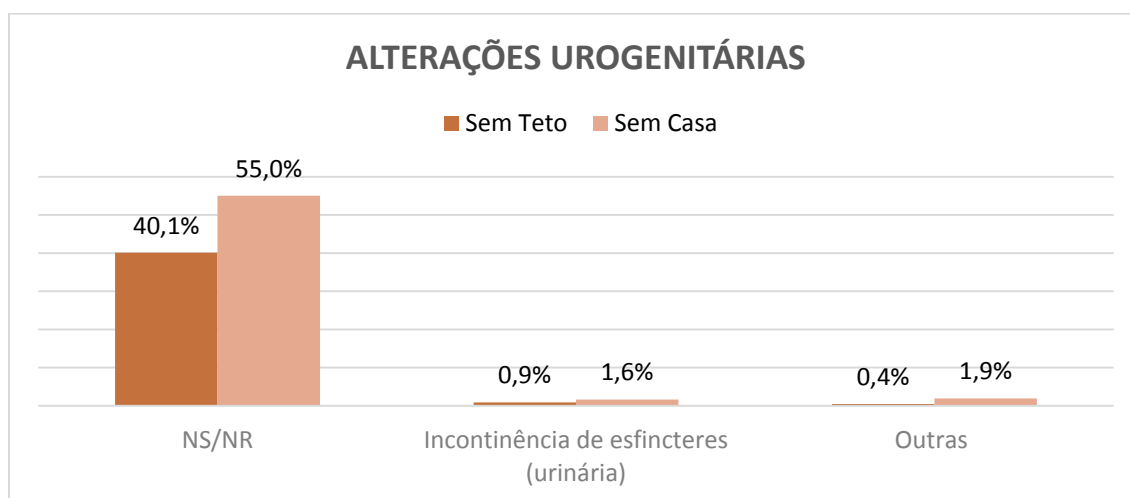


Gráfico 39 - Distribuição dos inquiridos afetados por alterações urogenitárias | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

- 95,1% dos inquiridos não sabe ou não respondeu à questão. 2,5% afirmam ter incontinência dos esfíncteres urinários (sendo que destes, 0,9% estão na situação de *sem-teto* e 1,6% na situação de *sem-casa*). 2,3% refere ter outras alterações urogenitais.

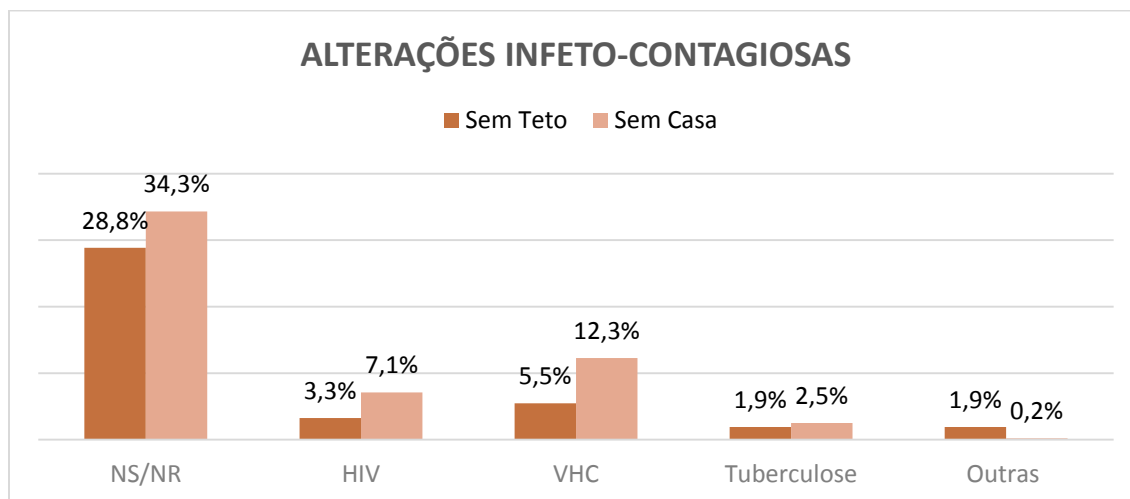


Gráfico 40 - Distribuição dos inquiridos afetados por doenças infetocontagiosas | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

- 63,1% dos inquiridos não sabe ou não respondeu à questão. O VCH surge como a principal infecção referida por 17,8% dos inquiridos (sendo que destes, 5,5% estão na situação de *sem-teto* e 12,3% na situação de *sem-casa*). 10,4% dos inquiridos refere ser portador de VIH (sendo que destes, 3,3% estão na situação de *sem-teto* e 7,1% na situação de *sem-casa*). 4,4% refere ter o diagnóstico de tuberculose sendo que destes, 1,9% estão na situação de *sem-teto* e 2,5% na situação de *sem-casa*. 4,3% refere ter outras doenças infetocontagiosas.

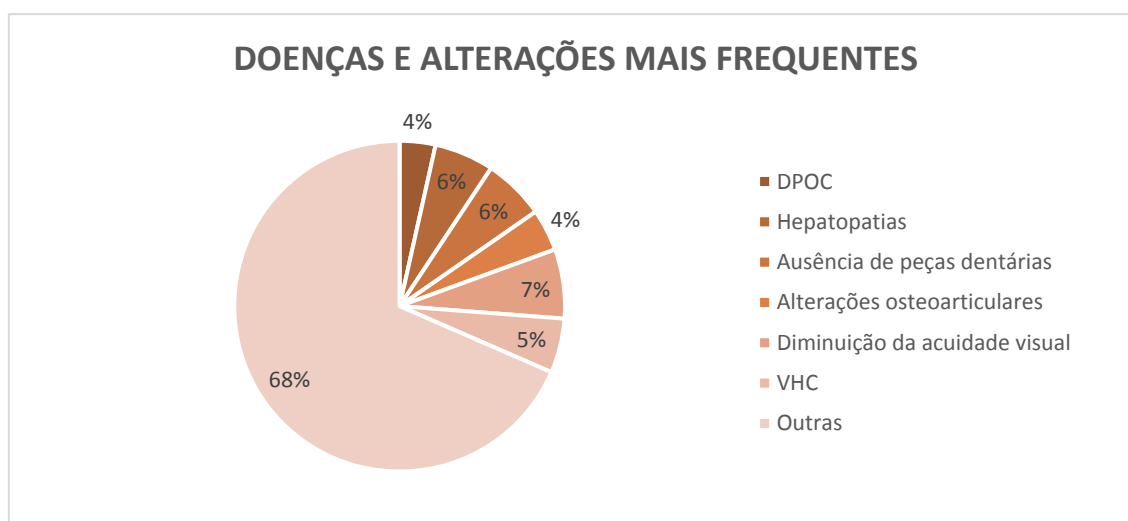


Gráfico 41 – Doenças e Alterações Mais Frequentes | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

- De todas as respostas relativas às alterações de Saúde Física concluiu-se que as alterações e doenças referidas como as mais prevalentes na População estudada são: DPOC (4%), Hepatopatias (6%), incluindo a Hepatite C (5%), Ausência de peças dentárias (6%), alterações osteoauriculares (4%) e Diminuição da Acuidade Visual (7%). As outras doenças correspondem 68% do total.

5.2. SÍNTESE DOS RESULTADOS

- A DPOC é a alteração respiratória mais frequente, quer nas Pessoas que se encontram na situação *sem-teto* (6,7%) como nas *sem-casa* (5%);
- Nas alterações cardiovasculares a Hipertensão Arterial (HTA) é a doença mais frequente quer nos inquiridos na situação de *sem-teto* (4,9%) como nos *sem-casa* (5,6%);
- Nas alterações neurológicas a Epilepsia é a doença mais frequente quer nos inquiridos na situação *sem-teto* (3,1%) como nos *sem-casa* (3,1%);
- Nas alterações endócrinas, metabólicas e nutricionais, as hepatopatias (doenças do fígado) são as mais frequentes, quer nos inquiridos na situação *sem-teto* (10,2%) como nos *sem-casa* (9,2%);
- Relativamente às alterações orais/dentárias, a ausência de peças dentárias é a alteração mais frequente quer nos inquiridos na situação *sem-teto* (6,4%) quer nos *sem-casa* (13,8%);
- Nas alterações gastrointestinais, quer nos inquiridos em situação *sem-teto* quer nos *sem-casa*, são as outras alterações gástricas as mais frequentes (2,7% e 4,1% respetivamente);
- Nas alterações músculo-esqueléticas, as outras alterações são as mais frequentes, quer nos inquiridos em situação *sem-teto* (6,7%) quer nos *sem-casa* (8,9%);
- Nas alterações oculares, a alteração mais frequente é a diminuição da acuidade visual, quer nos inquiridos em situação *sem-teto* (8,9%) quer nos *sem-casa* (13,8%);
- Nas alterações auditivas, a alteração mais frequente é a diminuição da acuidade auditiva, quer nos inquiridos em situação *sem-teto* (1,8%) quer nos *sem-casa* (1,9%);
- Nas alterações dermatológicas, as outras alterações são as mais frequentes, quer nos inquiridos *sem-teto* (1%) quer nos *sem-casa* (2,5%);
- Nas alterações urogenitárias, a alteração mais frequente nos inquiridos na situação *sem-teto* é a incontinência urinária (0,9%) e nos *sem-casa* são outras alterações (1,9%);

- Relativamente às doenças infetocontagiosas, a doença mais frequente, quer nos inquiridos em situação *sem-teto*, quer nos *sem-casa* é a Hepatite C - VHC (5,5% e 12,3%, respetivamente);
- Por fim, a alteração mais frequente (sobre o total de respostas neste capítulo) é a Diminuição da Acuidade Visual (7%).

5.3. CONCLUSÃO

A evidência comprova que as Pessoas Em Situação De Sem-Abrigo têm uma maior carência de saúde física e mental que a restante população, tanto que o risco de morte⁹ prematura no primeiro grupo é quatro vezes superior ao segundo. A morbilidade é explicada pelos fatores de risco como o consumo de álcool, de outras substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas e outros problemas de saúde física. Os fatores exteriores de longevidade na condição de sem-abrigo contribuem negativamente para o enriquecimento na saúde. A falta de acesso à habitação, promove assim o desenvolvimento de doenças agudas e crónicas, interrompe a continuidade dos serviços de saúde e impede o acesso aos cuidados de saúde e a qualidade das interações com os prestadores de cuidados de saúde. (Fajardo-Bullón et al., 2019)

A morte por doença crónica respiratória representa cerca de 6% das mortes em todo o mundo. Os fatores de risco são: o fumo do tabaco, poluição do ar, inalação de produtos químicos e infeções respiratórias (World Health Organization, 2021). As infeções respiratórias, particularmente as pneumonias, continuam a ser um problema grave em Portugal. Representando como diagnóstico principal 40% dos internamentos da área respiratória (Martins et al. 2019, Badiaga et al. 2008, Snyder & Eisner 2004).

Em relação às **alterações respiratórias**, para além de uma elevada prevalência da DPOC, quer nos inquiridos *sem-casa* quer nos *sem-teto*, existem outras alterações referidas, como a Dispneia, a Bronquite Asmática, a Rinosinusite, a Tuberculose e outras doenças associadas a dificuldades respiratórias.

⁹ Relativamente ao falecimento das pessoas em situação de sem-abrigo afigura-se pertinente a articulação entre entidades que referenciem o NPISA nome, causa e data do óbito para efeitos de diagnóstico e estatística.

Nas **alterações neurológicas**, para além da Epilepsia, verificou-se uma percentagem significativa de pessoas que tenham sofrido AVC e de pessoas que sofrem de outro tipo de doenças neurológicas.

A morte por doença cardiovascular representa 31% das mortes em todo o mundo. Esta doença pode prevenir-se através da abordagem aos riscos comportamentais (consumo de tabaco, dieta não saudável, obesidade, consumo de álcool) ou tratamento precoce de Hipertensão Arterial, Diabetes ou Hipercolesterolemia (World Health Organization, 2021).

Nas **alterações cardiovasculares**, para além da Hipertensão Arterial, importa revelar a doença cardíaca e outras doenças associadas.

Nas **alterações endócrinas**, metabólicas e nutricionais, verificou-se uma maior prevalência de Hepatopatias.

Em Lisboa, foram estabelecidos serviços de distribuição de refeições para ajudar as pessoas em situação sem-abrigo a satisfazer as necessidades básicas de alimentação. No entanto, mesmo com a entrada destas refeições, a inadequação nutricional é uma característica das dietas das pessoas sem-abrigo. Os estudos relatam uma ingestão abaixo da recomendada de vitaminas e minerais, ao passo que o consumo elevado de gorduras saturadas, açúcares e sal, juntamente com baixa ingestão de fibra alimentar. Esta inadequada nutrição faz admitir que se esteja a desvalorizar a diabetes e a hipertensão arterial como fatores importantes de doença nesta população. Vários estudos têm mostrado altas frequências de morbilidade e mortalidade por doenças cardiovasculares devendo-se provavelmente a altas frequências de fatores comportamentais de risco como uso de drogas ilícitas e o uso do tabaco, factores de risco vascular como mau controlo da hipertensão, diabetes e hiperlipidemia e ainda dificuldade no acesso a cuidados para acompanhamento precoce de doenças cardíacas (Scott et al., 2013; Oliveira L. et al., 2012; Kubisova et al., 2007; Lee et al., 2005; Jones et al., 2009; Kim et al., 2008).

Nas **alterações gastrointestinais** a maior parte dos inquiridos refere "outras alterações gástricas" sendo que se consegue apurar também que os inquiridos referem alterações no trânsito intestinal.

A saúde oral é um indicador chave de saúde geral, de bem-estar e de qualidade de vida. Abrange uma gama de doenças e condições que se podem manifestar na cavidade oral. (World Health Organization, 2021)

Dada a falta de condições de higiene e autocuidado, as cáries dentárias (Wright & Tompkins 2006) e a perda de peças dentárias são frequentes, com consequente reabsorção óssea maxilar. Esta realidade é particularmente prevalente nas PSSA. Estes problemas apresentam repercussões na saúde dos indivíduos, nomeadamente impactos do ponto de vista alimentar e nutricional, bem como no que se refere à auto-estima e estigma social, constituindo mais uma barreira à integração social e acesso ao emprego das PSSA (Wright 2006).

Nas **alterações orais/dentárias**, verificou-se uma maior prevalência de ausência de peças dentárias. Contudo, as cáries também têm um peso significativo nos resultados, implicando um défice na saúde oral das PSSA inquiridas.

Nas **alterações músculo-esqueléticas** a maior parte dos inquiridos refere "outras alterações músculo-esqueléticas", sendo que os inquiridos também referiram alterações osteoarticulares e alterações na locomoção.

A população estudada da cidade de Lisboa apresenta elevada frequência de condições crónicas permitindo antecipar um envelhecimento físico precoce e consequente aumento da morbilidade e dependência dos mesmos. As queixas de locomoção nomeadamente resultantes de traumatismo do pé e as alterações osteoarticulares são frequentes. Estas alterações devem-se ao caminhar por longos períodos em calçados inadequados, em pé ou sentado por longos períodos levando a estase venosa, edema e infeção, mordida da geadá, a anestesia da pele devido à neuropatia periférica alcoólica, falta de higiene devido ao excesso de uso de roupas por lavar ou unhas crescidas (Martins et al. 2019, Fazel 2014).

As lesões nos pés são um problema comum e multifatorial - calçado inadequado, falta de higiene, estase venosa associada ao ortostatismo, neuropatia periférica diabética e/ou alcoólica, isquémia crónica, onicomicoses, feridas e infeções (Wright& Tompkins, 2006).

Nas **alterações oculares**, a maior prevalência é a diminuição da acuidade visual, verificando-se também algum significado da miopia, cataratas e outras doenças associadas.

Nas **alterações auditivas** verifica-se uma maior percentagem de respostas na "diminuição da acuidade auditiva".

Existe ainda uma grande dificuldade no cumprimento de condições básicas de higiene, salubridade, alimentação e saúde nesta população, o que conduz ao aparecimento e

agravamento de patologias prévias. É difícil o estabelecimento da relação causa-efeito entre a diminuição do seu nível de saúde e os seus recursos.

Nas **alterações dermatológicas** a maior prevalência de respostas foi nas “outras alterações dermatológicas”, no entanto também foram referidas “alterações de textura/sensibilidade da pele” e psoríase.

Nas **alterações urogenitárias** verificou-se uma prevalência na incontinência de esfíncteres urinários.

O diagnóstico precoce do cancro é crucial no tratamento e bem-estar da pessoa. O acompanhamento regular e a proximidade dos indivíduos aos cuidados de saúde primários, permitirá prevenir e diagnosticar alterações oncológicas na população em situação de sem-abrigo. (World Health Organization, 2021)

Nas **doenças oncológicas**, apenas 1,5% (10 Pessoas) dos inquiridos referiu ter doença oncológica. Todas estas pessoas se encontram na situação de *sem-casa*, o que pode facilitar o seu acesso aos tratamentos e à toma dos medicamentos. Contudo, a baixa incidência, pode admitir-se que resultará no facto de poderem estar subdiagnosticadas dada a ausência de rastreios e reduzida vigilância. Foram referidos: tumor do pulmão, da próstata, hepático, mieloma múltiplo, tumor da próstata e bexiga e, tumor cerebral.

Nas **doenças infectocontagiosas** verificámos a prevalência de doença relacionada com o Vírus da Hepatite C.

A Hepatite C é hoje o principal motivo de transplantes hepáticos no mundo e para cada novo caso de VIH/SIDA que é detetado, 5 novos casos de Hepatite C são diagnosticados . Segundo a OMS, calcula-se que existam 150 milhões de portadores crónicos em todo o mundo, dos quais 9 milhões vive na Europa, o que torna o vírus da Hepatite C um vírus mais comum que o VIH. Segundo a mesma fonte é possível que surjam todos os anos 3 a 4 milhões de novos casos no mundo. Em Portugal a doença hepática crónica é a 9ª causa de morte entre os adultos portugueses, representando cerca de 2500 mortes anualmente e 40% das ocorrências estão normalmente associadas ao vírus da Hepatite C. As estatísticas hospitalares portuguesas indicam que cerca de 20% dos doentes com Hepatite C crónica vão desenvolver cirrose e que, destes, 20 a 30% vão progredir para o carcinoma hepatocelular ou para a insuficiência hepática que requer a transplantação (Beijer ,2012; Martins, 2019; Marinho 2001).



6.

SAÚDE MENTAL

6.1. DADOS DE SAÚDE MENTAL

Este questionário de saúde reserva um capítulo dedicado à Saúde Mental, cujos resultados, apresentados nos gráficos representados infra procuraram responder aos seguintes aspectos:

- A distribuição dos inquiridos por Presumível Doença Mental (inclui abuso de dependência de álcool/ drogas¹⁰);
- A distribuição dos inquiridos pela tipologia de doença mental;
- A distribuição dos inquiridos por acompanhamento em consultas de psiquiatria;
- A distribuição dos inquiridos por última consulta de psiquiatria;
- A distribuição dos inquiridos por local onde se realizou a consulta;
- A distribuição dos inquiridos segundo a relação entre a Presumível Doença Mental e o consumo de Álcool;
- A distribuição dos inquiridos segundo a relação entre a Presumível Doença Mental e o consumo de substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas;
- A distribuição dos inquiridos segundo a relação entre a Presumível Doença Mental e o consumo de substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas e Álcool em simultâneo;
- A distribuição dos inquiridos por internamento psiquiátrico.

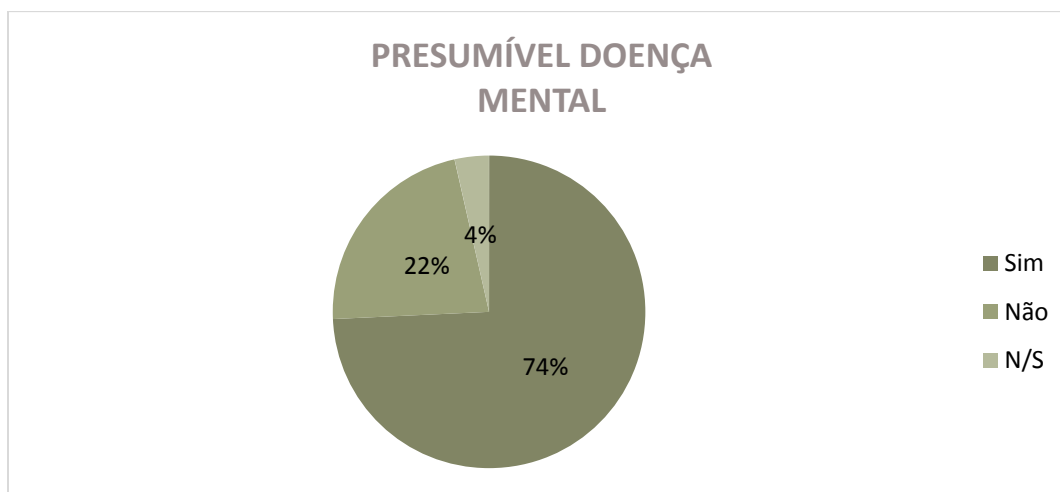


Gráfico 42 - Distribuição dos inquiridos por Presumível Doença Mental (incluindo abuso / dependência de álcool e/ou drogas) | **Fonte: NPISA, 2019 Q.S.**

¹⁰ A terminologia “droga ou drogas” utilizada nalgumas variáveis foi consensual na elaboração do questionário pela facilidade de compreensão e identificação por parte dos inquiridos. Contudo, atualmente, a designação comumente aceite é a de “substância psicoativa lícita ou ilícita”.

- 74% da amostra referiu ter Presumível Doença Mental, 22% nega e 4% não sabe ou desconhece.

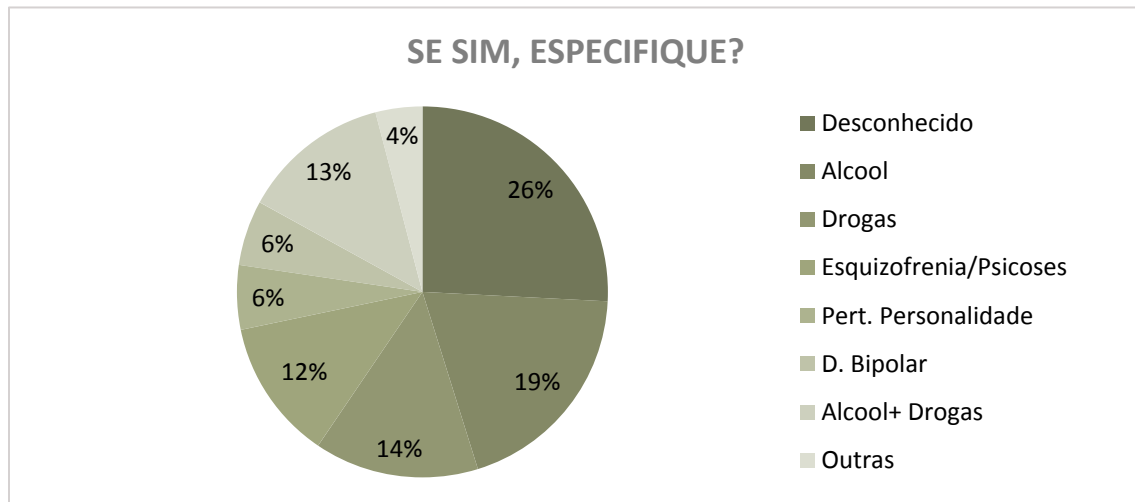


Gráfico 43 - Distribuição dos inquiridos por tipo de doença mental (incluindo abuso / dependência de álcool e/ou drogas) | **Fonte: NPISA, 2019 Q.S.**

- Das Pessoas que referiram presumível doença mental no questionário, 26% não sabem especificar. Presume-se que 12% são casos de Esquizofrenia ou outras psicoses: 6% refere perturbação da personalidade, 6% doença bipolar e 4% refere outras. 19% dos inquiridos responderam consumir álcool, 14% drogas e 13% álcool e drogas. Assim sendo, das pessoas que responderam ter doença mental, é importante frisar que 54% afirma ter doença mental e 46% apresentam consumo de álcool, drogas ou ambos sem a complementaridade de outro diagnóstico.

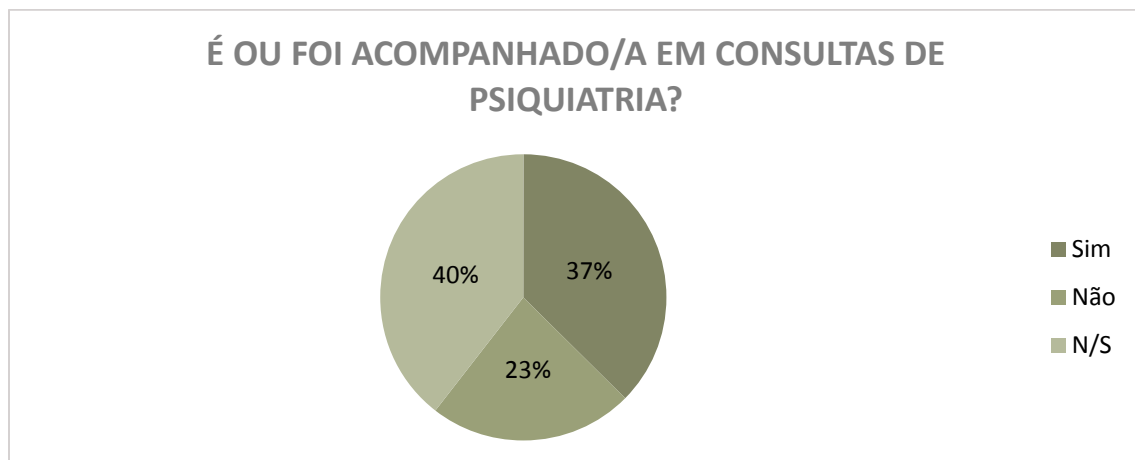


Gráfico 44 - Distribuição dos inquiridos por data da última consulta psiquiátrica | **Fonte: NPISA, 2019 Q.S.**

- Do total da amostra, 40% não soube responder se foi acompanhado em consultas de psiquiatria, 37% foi e 23% nega tal acompanhamento no passado.

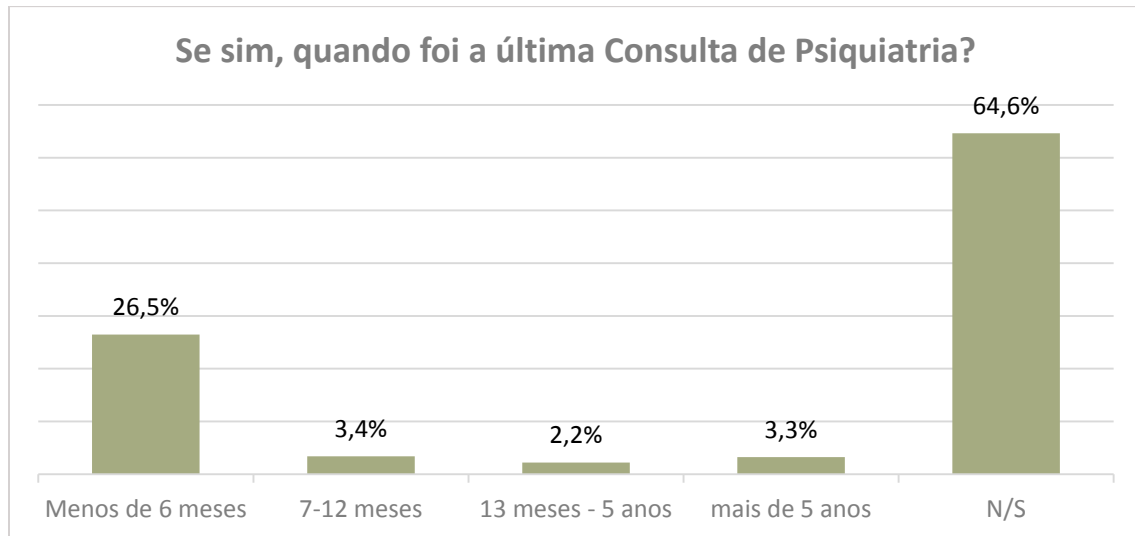


Gráfico 45 - Distribuição dos inquiridos por presença na última consulta de psiquiatria | **Fonte:** NPISA, 2019 Q.S.

- Dos indivíduos que afirmam um acompanhamento em consultas de psiquiatria, 26,5% foi a uma consulta há menos de 6 meses, 3,4% refere ter ido de 7 meses a 1 ano, 2,2% refere ter ido entre os 13 meses e últimos 5 anos e 3,3% não vai há mais de 5 anos.

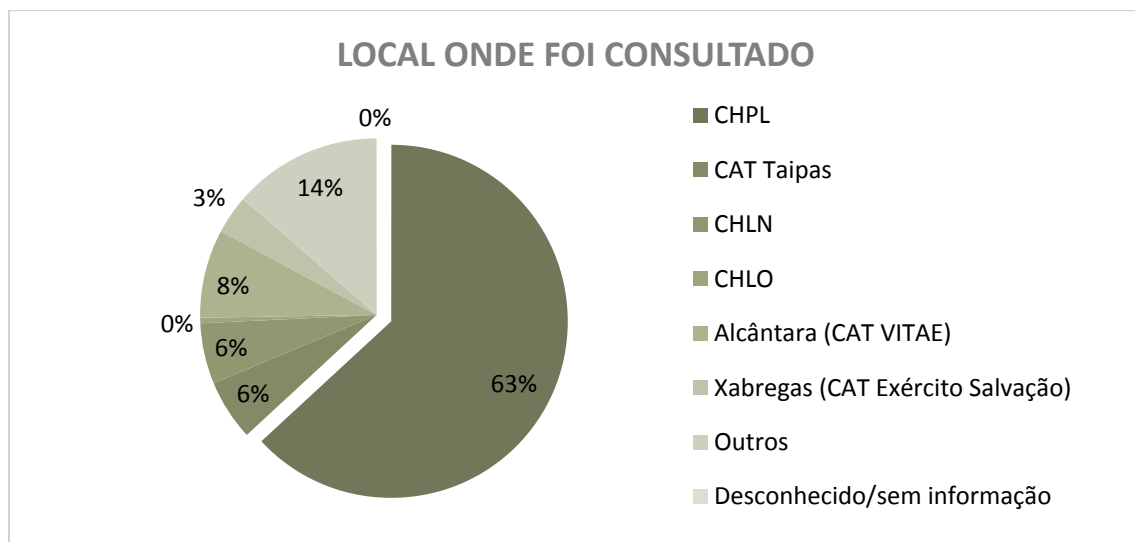


Gráfico 46 - Distribuição dos inquiridos por local onde foi consultado | **Fonte:** NPISA, 2019 Q.S.

- 63% refere que o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa foi o local onde teve a última consulta da especialidade, 8% refere ter sido atendido no Centro de Alojamento Temporário da VITAE em Alcântara, 6% no Centro de Alojamento Temporário das Taipas e 3% refere ter sido atendido no Centro de Alojamento Temporário Exército Salvação, em Xabregas.

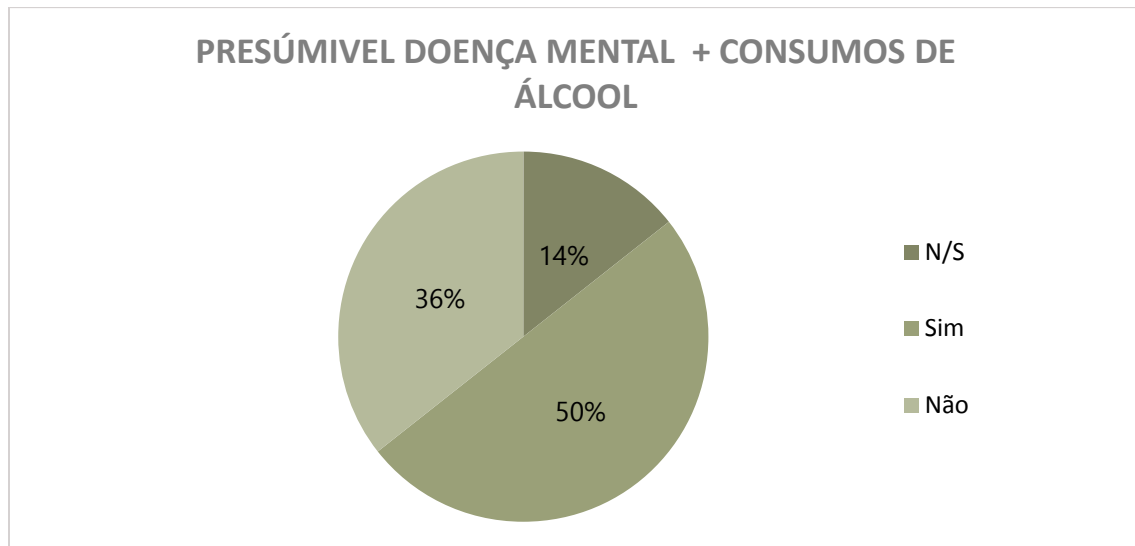


Gráfico 47 - Distribuição dos inquiridos segundo a relação entre a Presumível Doença Mental e o consumo de álcool | **Fonte: NPISA, 2019 Q.S.**

- 50% dos inquiridos com presumível Doença Mental apresenta consumos de álcool.

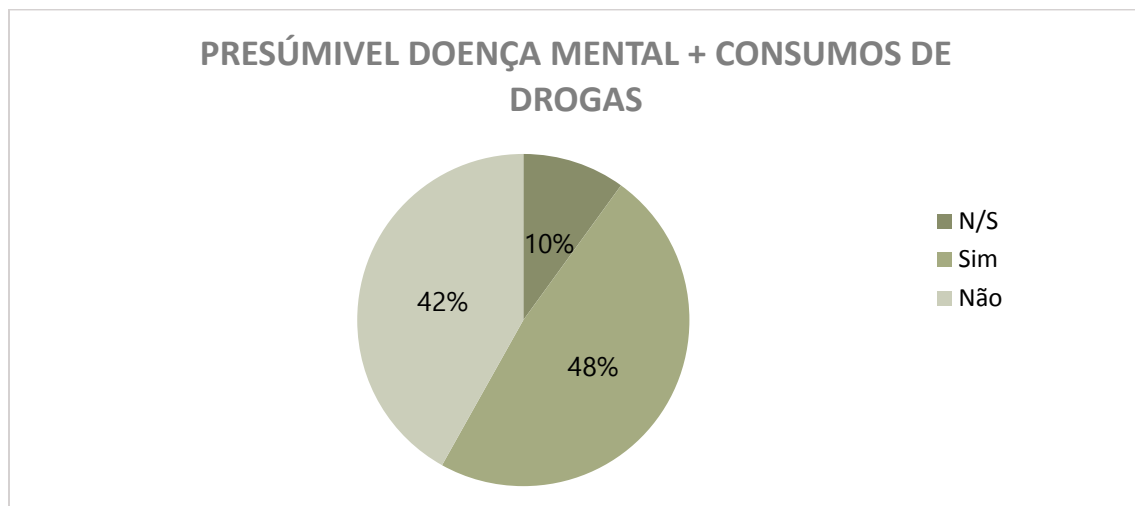


Gráfico 48 - Distribuição dos inquiridos segundo a relação entre a Presumível Doença Mental e o consumo de drogas | **Fonte: NPISA, 2019 Q.S.**

- 48% dos inquiridos com presumível Doença Mental apresenta consumos de drogas.

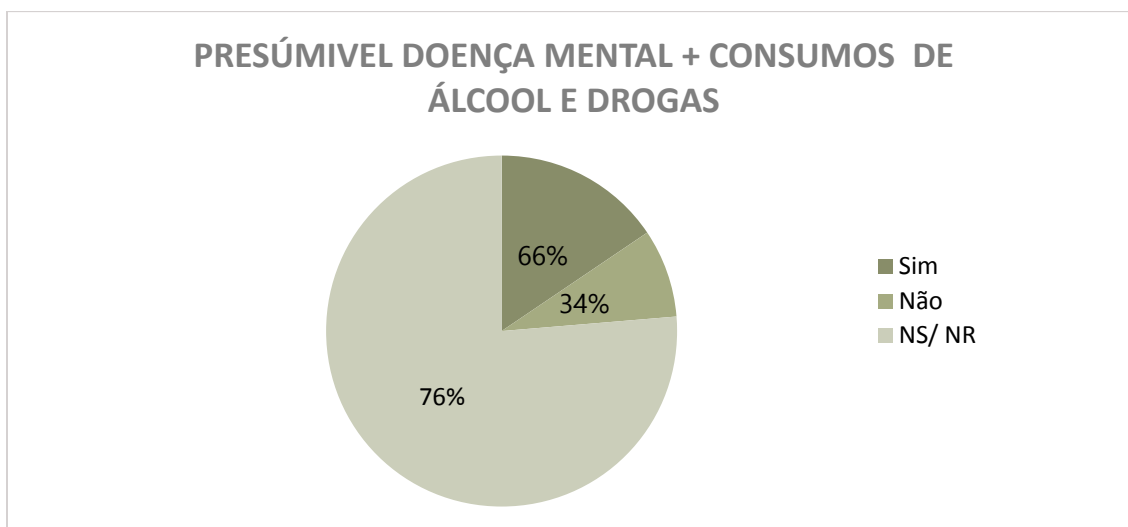


Gráfico 49 - Distribuição dos inquiridos segundo a relação entre a Presumível Doença Mental e o consumo em simultâneo de álcool e drogas | **Fonte: NPISA, 2019 Q.S.**

- 66% dos inquiridos com presumível Doença Mental apresenta consumos de drogas e álcool.

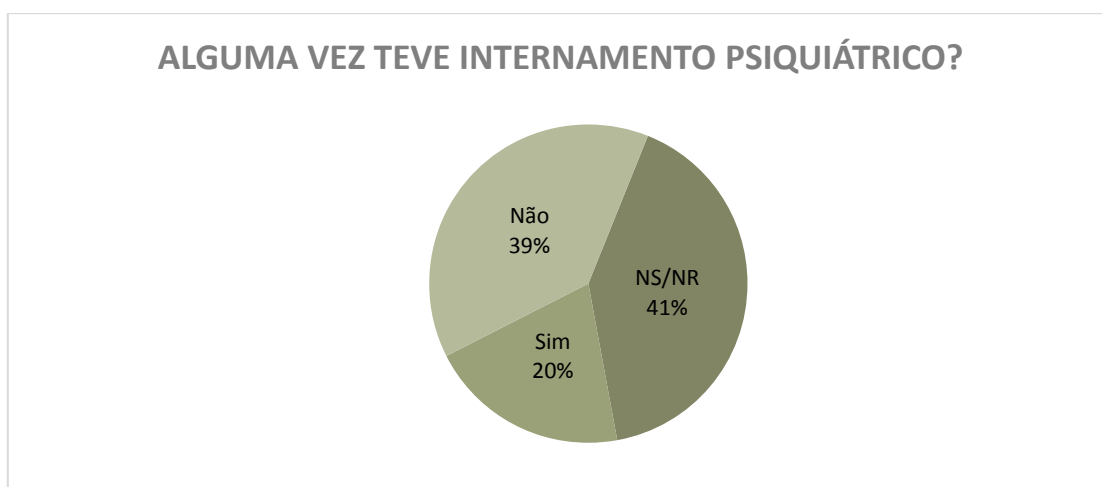


Gráfico 50 - Distribuição dos inquiridos por internamento psiquiátrico | **Fonte: NPISA, 2019 Q.S.**

- 20% do universo da amostra refere ter tido pelo menos 1 internamento em psiquiatria, 39% nega e 41% não sabe ou não responde.

6.2. SÍNTESE DOS RESULTADOS

- Quanto à presumível Doença Mental, tudo aponta para que 74% dos inquiridos a tivessem;
- Relativamente ao tipo de doença, os comportamentos aditivos e dependências, **álcool, drogas ilícitas e álcool + drogas** são as patologias mais frequentes (46%);
- Cerca de 37% dos inquiridos refere ter acompanhamento em consulta de psiquiatria;
- Cerca de 26,5% dos inquiridos refere ter tido a última consulta de psiquiatria nos últimos seis meses;
- Quanto ao local onde decorreu essa consulta, 18,5% referiu ter sido no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa – CHPL;
- Cerca de 50% dos inquiridos que presumivelmente têm doença mental, têm simultaneamente consumos de álcool;
- Cerca de 48% dos inquiridos que presumivelmente têm doença mental, têm simultaneamente consumos de drogas;
- 66% dos inquiridos que presumivelmente têm doença mental, têm simultaneamente consumos de álcool e de drogas;
- Do total da amostra, 39% dos inquiridos afirmaram não ter tido internamentos psiquiátricos e 20% afirmaram ter tido.

6.3. CONCLUSÃO

Health is a state of complete physical, mental, and social wellbeing, and not merely the absence of disease or infirmity. However, mental health remains a neglected part of global efforts to improve health. People with mental health conditions experience widespread human rights violations, discrimination and stigma. More than 80% of people experiencing mental health conditions, including individuals experiencing neurological and substance use disorders, are without any form of quality, affordable mental health care.

(World Health Organization, 2019)

Cerca de 500 dos inquiridos são portadores de presumível Doença Mental. Assim, a maioria dos inquiridos apresenta presumível Doença Mental e não se pode mascarar a existência de quadros psicopatológicos graves entre a população sem-abrigo. São confirmados **12% de casos de presumível Esquizofrenia e outras psicoses**. Estas pessoas encontram-se entre os casos mais extremos a viver na rua, permanecendo frequentemente longe dos serviços durante muito tempo e por isso, invisíveis, não diagnosticadas e por consequência, não tratadas. Menos de metade dos inquiridos tem um acompanhamento regular na especialidade de Psiquiatria, através de consultas.

Para além de se ter assumido o consumo de álcool e drogas como presumível Doença Mental, conseguiu-se observar a presença de presumível doença mental e a sua combinação com consumos.

7.

DEPENDÊNCIAS



7.1. DADOS DEPENDÊNCIAS

Realizou-se um cruzamento entre os resultados obtidos das múltiplas variáveis dos comportamentos aditivos e dependências com a situação de abrigo (*sem-teto* ou *sem-casa*) das pessoas que participaram no presente estudo:

- A variável “história de adição” com a “condição habitacional” por “género”;
- A variável “consumo de álcool” com a “condição habitacional” por “género”;
- A variável “consumo de drogas” com a “condição habitacional” por “género”;
- A variável “último consumo de álcool” com a “condição habitacional” por “género”;
- A variável “último consumo de drogas” com a “condição habitacional” por “género”.

Esclarece-se que foi necessário proceder à recodificação da variável “consumo de drogas”, dado que a variável original continha várias categorias (tipos de droga), sendo necessário agregá-las de acordo com a tipologia utilizada pelo SICAD. Deste modo a nova variável ficou constituída pelas seguintes categorias:

- Drogas depressoras (Benzodiazepinas; GHB; Heroína, Canabinóides e Metadona);
- Drogas estimulantes (Anfetaminas; MDMA; Cocaína; Crack; Esteróides; Tabaco);
- Drogas alucinogénias (Cogumelos; LSD; Ketamina); - Drogas depressoras + estimulantes;
- Drogas estimulantes + alucinogénias; - Todas as anteriores (depressoras, estimulantes e alucinogénias).

Com este estudo pretendemos responder aos seguintes aspetos:

- A distribuição dos inquiridos segundo o seu historial da adição;
- A distribuição dos inquiridos por historial de comportamentos aditivos e dependências, por género e situação sem-abrigo;
- Distribuição dos inquiridos segundo o historial de comportamentos aditivos e dependências (consumo de álcool), por género e situação sem-abrigo;
- A distribuição dos inquiridos segundo o último consumo de álcool;
- A distribuição dos inquiridos segundo o historial de adições (último consumo de drogas), por género e situação sem-abrigo;
- A distribuição dos inquiridos segundo o último consumo de drogas, por género e situação sem-abrigo;
- A distribuição dos inquiridos por tipologia de drogas consumidas;

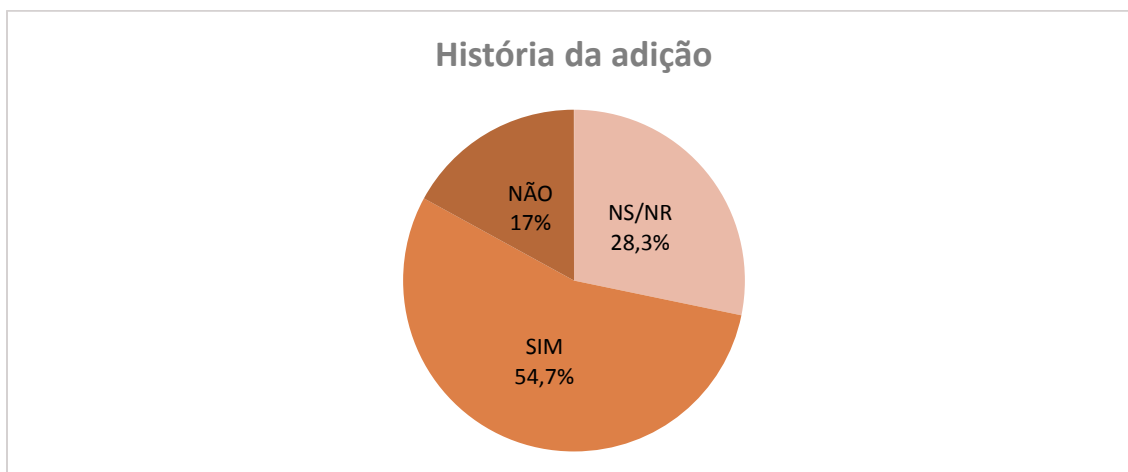


Gráfico 51 - Distribuição dos inquiridos por historial de comportamentos aditivos e dependências |

Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

- 54,7% dos inquiridos refere ter historial de comportamentos aditivos de dependências.

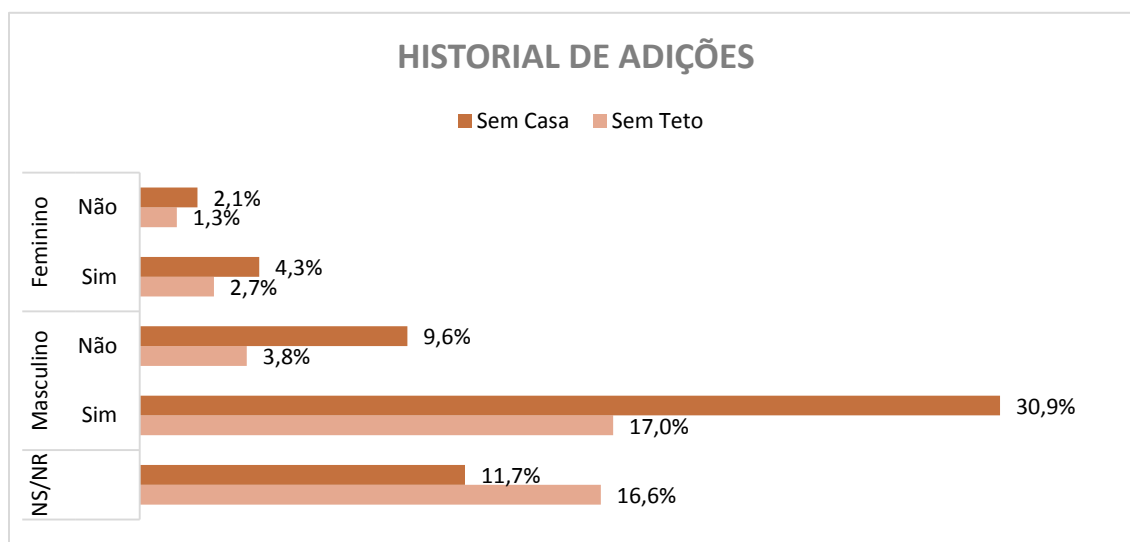


Gráfico 52 - Distribuição dos inquiridos segundo o historial de comportamentos aditivos e dependências, por género e situação sem-abrigo | **Fonte: NPISA, 2019 Q.S.**

- 54,9% refere ter historial de adição (7% feminino – 2,7% *sem-teto* e 4,3% *sem-casa*; e 47,9% homens – 17% *sem-teto* e 30,9% *sem-casa*). 28,3% dos inquiridos não responderam ou não sabem responder. 15,5% refere não ter historial de adição (3,4% Feminino – 1,3% *sem-teto* e 2,1% *sem-casa*; e 13,4% homens – 3,8% *sem-teto* e 9,6% *sem-casa*).

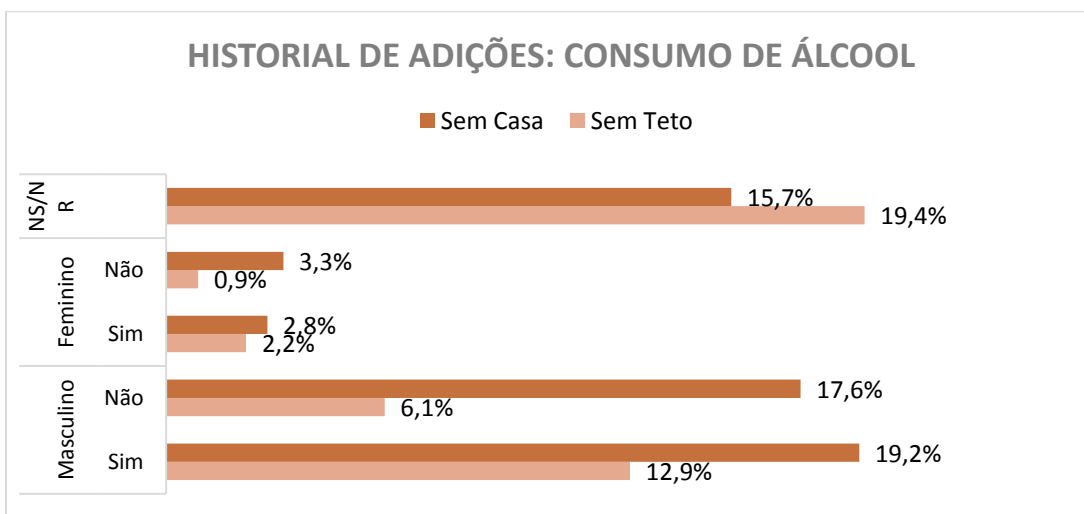


Gráfico 53 - Distribuição dos inquiridos segundo o historial de comportamentos aditivos e dependências (consumo de álcool), por género e situação sem-abrigo | **Fonte: NPISA, 2019 Q.S.**

- 35,1% da amostra não responde ou não sabe responder. 27,8% refere não ter consumos de álcool, sendo que 23,6% são do género masculino (17,6% *sem-casa* e 6% *sem-teto*) e 4,2% são do género feminino (3,3% *sem-casa* e 0,9% *sem-teto*). 37,1% afirma ter historial de consumo de álcool, sendo que 33,9% são do género masculino (19,2% *sem-casa* e 12,9% *sem-teto*) e 5% são do género feminino (2,8% *sem-casa* e 2,2% *sem-teto*).

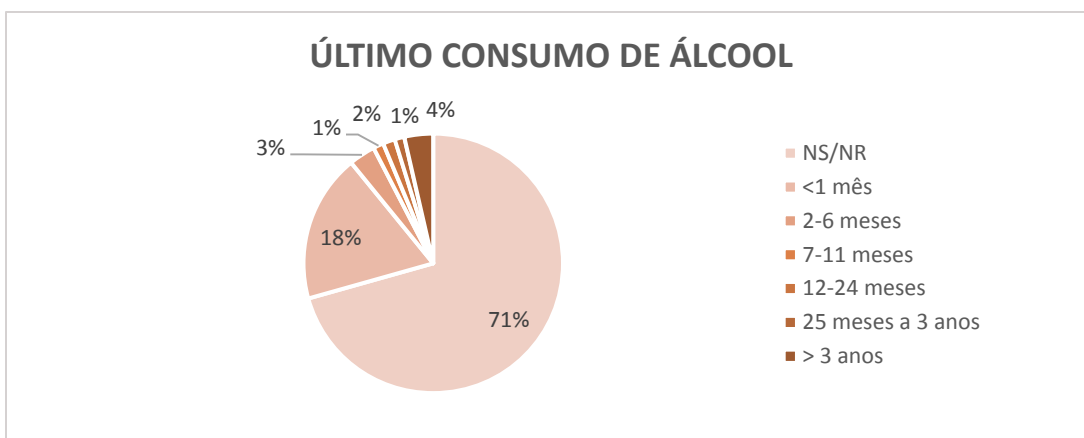


Gráfico 54 - Distribuição dos inquiridos segundo o último consumo de álcool | **Fonte: NPISA, 2019 Q.S.**

- Do universo da amostra, 71% não soube responder ou não respondeu à questão sobre o último consumo de álcool. 18% refere ter consumido no último mês, 3% refere ter consumido entre os últimos 2 a 6 meses, 1% nos últimos 7-11 meses, 2% entre os últimos 12-24 meses, 1% dos 25 meses anteriores aos 3 anos e 4% refere não consumir álcool há mais de 3 anos.

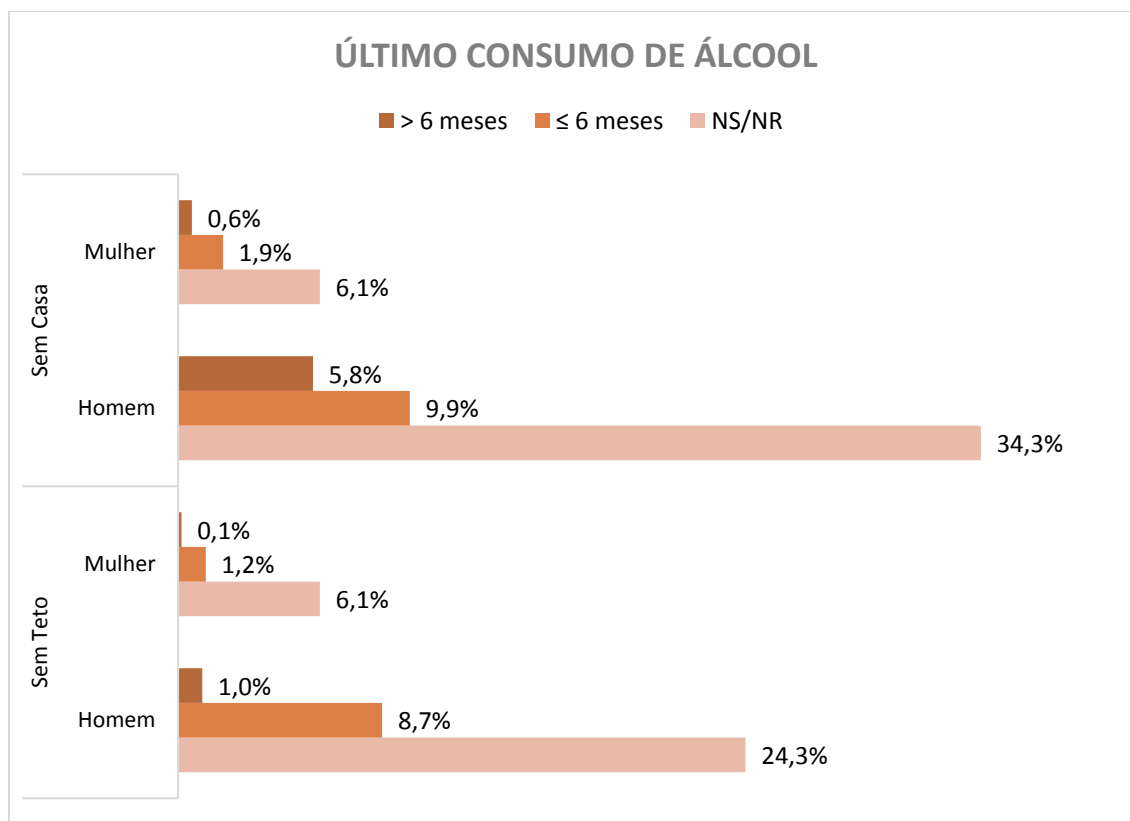


Gráfico 55 - Distribuição dos inquiridos segundo o último consumo de álcool, por gênero e situação sem-abrigo | **Fonte: NPISA, 2019 Q.S.**

- 0,6% dos inquiridos eram do gênero feminino na situação de *sem-casa* e referiram não consumir álcool há mais de 6 meses, 1,9% consumiu nos últimos 6 meses e 6,1% não respondeu. 5,8% dos inquiridos eram homens na situação de *sem-casa* referiram não consumir álcool há mais de 6 meses, 9,9% consumiu nos últimos 6 meses e 34,3% não respondeu.
- Na situação de *sem-teto*, 0,1% dos inquiridos eram do gênero Feminino e referiram não consumir álcool há mais de 6 meses, 1,2% consumiu nos últimos 6 meses e 6,1% não respondeu. 1% é masculino e não consome álcool há mais de 6 meses, 8,7% consumiu nos últimos 6 meses e 20,3% não respondeu.

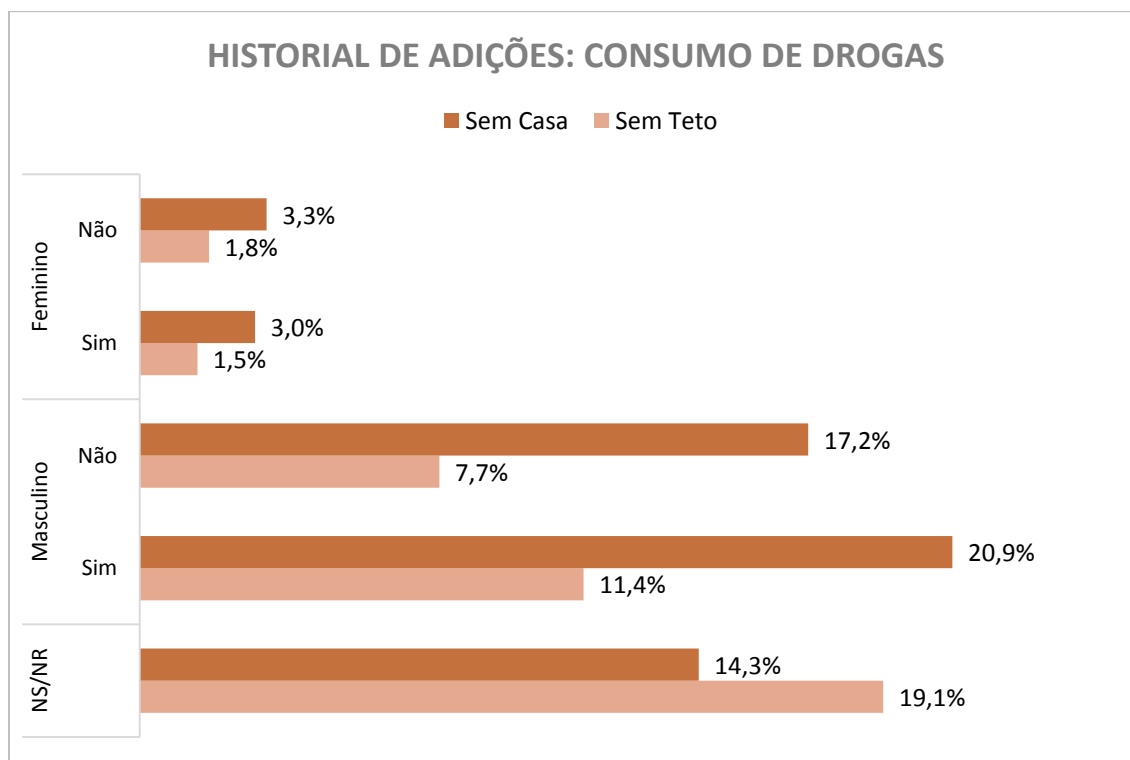


Gráfico 56 - Distribuição dos inquiridos segundo o historial de adições (consumo de drogas), por género e situação sem-abrigo | **Fonte: NPISA, 2019 Q.S.**

- 33,4% da amostra não responde ou não sabe responder. 29,9% refere não consumir de drogas, sendo que 24,9% são do género masculino (17,2% *sem-casa* e 7,7% *sem-teto*) e 5,1% são do género feminino (3,3% *sem-casa* e 1,8% *sem-teto*). 35,2% afirma ter historial de consumo de drogas, sendo que 32,2% são do género masculino (20,9% *sem-casa* e 11,4% *sem-teto*) e 4,5% são do género feminino (3% *sem-casa* e 1,5% *sem-teto*).

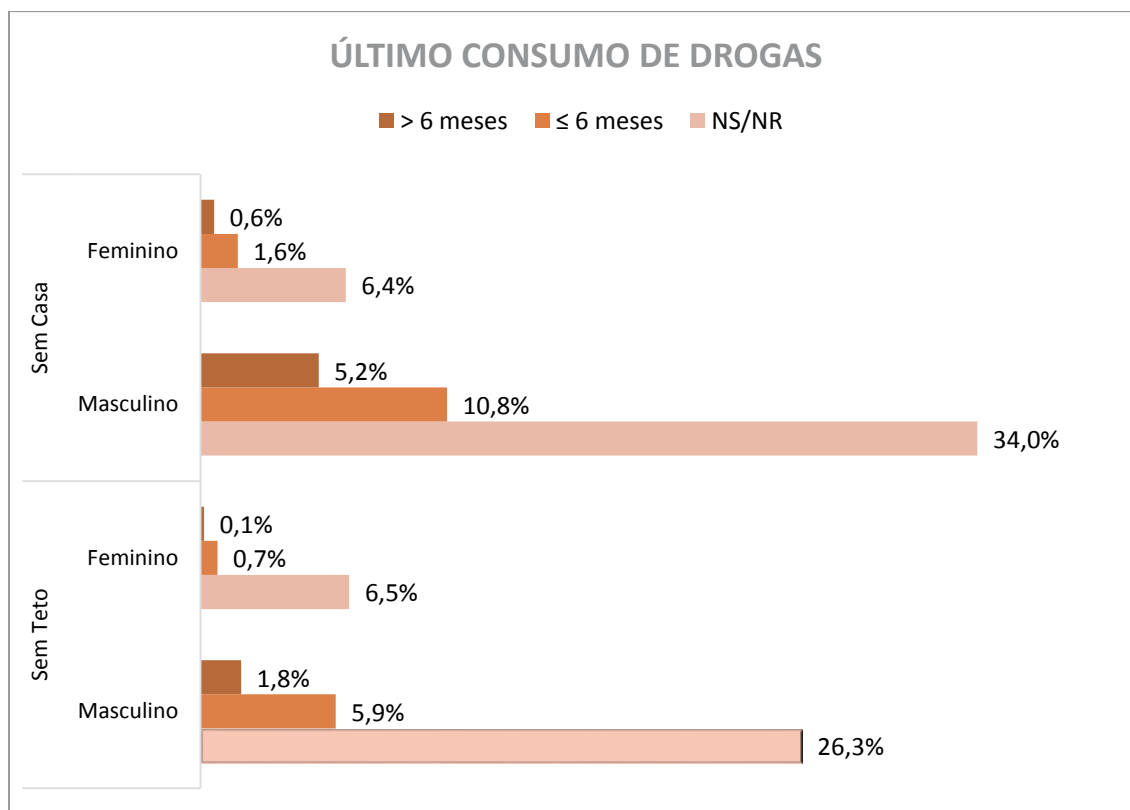


Gráfico 57 - Distribuição dos inquiridos segundo o último consumo de drogas, por gênero e situação sem-abrigo | **Fonte: NPISA, 2019 Q.S.**

- 0,6% dos inquiridos eram do gênero feminino na situação de *sem-casa* e referiram não consumir drogas há mais de 6 meses, 1,9% consumiu nos últimos 6 meses e 6,4% não respondeu. 5,2% dos inquiridos eram do gênero masculino na situação de *sem-casa* e referiram não consumir drogas há mais de 6 meses, 10,8% consumiu nos últimos 6 meses e 34% não respondeu.
- Na situação de *sem-teto*, 0,1% dos inquiridos eram do gênero feminino e referiram não consumir drogas há mais de 6 meses, 0,7% consumiu nos últimos 6 meses e 6,5% não respondeu. 1,8% é do gênero masculino na situação de *sem-teto* e não consome drogas há mais de 6 meses, 5,9% consumiu nos últimos 6 meses e 26,3% não respondeu.

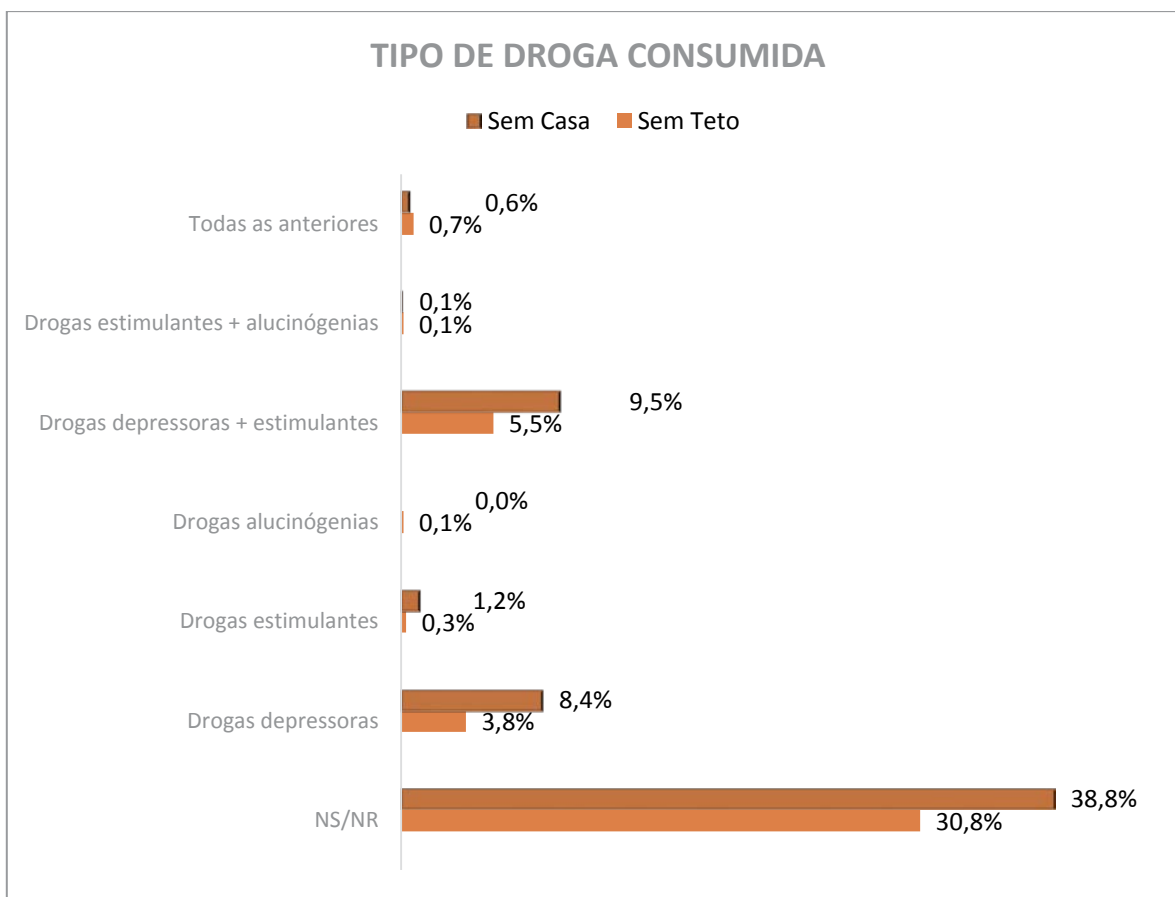


Gráfico 58 - Distribuição dos inquiridos segundo o tipo de drogas consumidas, por situação sem-abrigo | **Fonte: NPISA, 2019 Q.S.**

- 69,6% não sabe responder ou não respondeu. 15% dos inquiridos refere consumir drogas depressoras e estimulantes (sendo que 9,5% está na situação de *sem-casa* e 5,5% *sem-teto*), 12,2% refere consumir drogas depressoras (8,4% está na situação de *sem-casa* e 3,8% *sem-teto*), 1,5% refere consumir estimulantes (1,2% na situação de *sem-casa* e 0,3% *sem-teto*). 1,3% refere consumir drogas alucinógenas, estimulantes e depressoras (sendo que 0,6% está na situação de *sem-casa* e 0,7% *sem-teto*). 0,2% consome drogas depressoras e alucinógenas e todos os tipos, (0,1% *sem-casa* e 0,1% *sem-teto*). Por último, 0,1% dos inquiridos referiu consumir drogas alucinógenas e está na situação de *sem-teto*.

7.2. SÍNTESE DOS RESULTADOS

- Mais de metade das pessoas em situação de sem-abrigo que participaram no estudo (54,7%), têm uma história de comportamentos aditivos e dependências. No entanto, estes dados não nos permitem diferenciar se a história de consumos é relativa à existência efetiva de uma dependência ou a consumos abusivos de substâncias sem que isso signifique existência de CAD;
- Por género, verifica-se uma maior incidência de história de adição nos homens, quer nos que estão na situação *sem-teto* (17%) quer nos que estão na situação *sem-casa* (30,9%);
- - Quanto ao consumo de álcool, há uma maior incidência de consumo de álcool nos homens, quer nos que estão na situação *sem-teto* (12,9%) quer nos que estão na situação *sem-casa* (19,2%);
- Relativamente ao último consumo de álcool, existe a prevalência nos consumos ocorridos há menos de um mês (18,5%);
- Nos consumos de álcool há uma maior prevalência do consumo ter acontecido há menos de 6 meses, quer nos homens na situação *sem-teto* (8,7%), quer nos homens na situação *sem-casa* (10%);
- Relativamente aos consumos de drogas, existe uma maior incidência de consumo de drogas nos homens, quer nos que estão na situação *sem-teto* (11,4%), quer nos que estão na situação *sem-casa* (20,8%);
- Nos consumos de drogas há uma maior prevalência do consumo ter acontecido há mais de 6 meses, quer nos homens na situação *sem-teto* (6%) quer nos homens na situação *sem-casa* (10,8%);
- Quanto à tipologia de drogas consumidas, há uma maior incidência da resposta aos consumos de drogas depressoras e policonsumos (drogas depressoras + drogas estimulantes) nas pessoas em situação de sem-abrigo *sem-casa* (9,5%).

7.3. CONCLUSÃO

As Pessoas em situação de sem-abrigo que se encontram na situação *sem-casa* têm uma história de adição superior às que se encontram na situação *sem-teto*.

Relativamente ao consumo de álcool, apesar de os dados revelarem uma propensão para que as pessoas tenham consumido nos últimos 6 meses, isso não nos permite aferir a existência efetiva de CAD.

Confirmando-se a existência de consumos ativos, este resultado parece sublinhar a necessidade emergente de respostas direcionadas para o consumo de álcool para as pessoas em situação de sem-abrigo. É de destacar também o elevado número de pessoas em situação de sem-abrigo que refere não saber quando terá ocorrido o último consumo de álcool, o que nos pode indicar o receio na confirmação da existência de uma dependência face aos técnicos devido ao estigma ainda existente bem como a sensibilização que há a fazer da dependência do álcool como um problema de saúde merecedor de intervenção e respostas adequadas por parte dos serviços de apoio social e de saúde.

Quando observamos os dados obtidos no cruzamento dos consumos de substâncias psicoativas licitas ou ilícitas (drogas) com a situação habitacional verificamos que, ao contrário dos consumos de álcool, parece existir uma maior prevalência dos consumos de substâncias nas Pessoas em situação de sem-abrigo sem-casa. Este resultado reforça, à semelhança dos resultados obtidos nos consumos de álcool, a falta de dados existentes relativos a consumos de substâncias psicoativas licitas ou ilícitas nas populações em situação de vulnerabilidade e mais especificamente na população em situação de sem-abrigo.

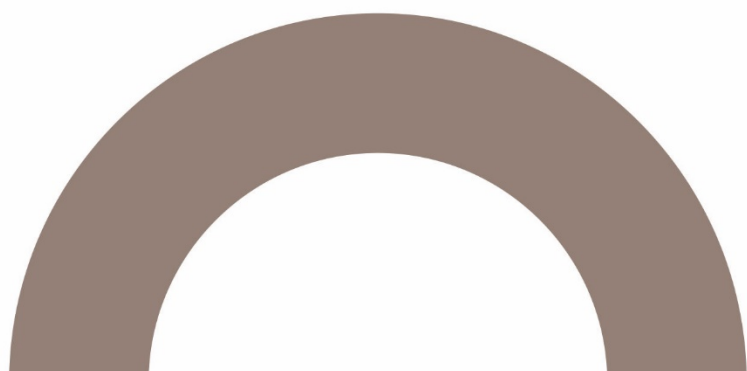
Em relação ao consumo de drogas, sobre a prevalência do consumo ter ocorrido há menos de 6 meses, tal situação não nos permite aferir a existência efetiva de CAD.

Este resultado acompanha os resultados obtidos para os consumos de álcool. É de destacar também o elevado número de Pessoas em situação de sem-abrigo que refere não saber quando terá ocorrido o último consumo de drogas, o que nos pode indicar, à semelhança dos consumos de álcool, o receio de confirmar a existência de uma dependência face aos técnicos.

Em forma de conclusão final, os dados obtidos parecem reforçar a necessidade defendida no Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências CAD 2013-2020, com vista à "redução do consumo de substâncias psicoativas e das dependências (...)", ser necessária " uma visão ampla, global e integrada do fenómeno do consumo de substâncias psicoativas e da toxicodependência, tendo sido operacionalizado através de mecanismos de Prevenção, Dissuasão, Tratamento, Redução de Riscos e Minimização de Danos e Reinserção" (p. 49).

8.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES



8.1. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na **CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA** os dados evidenciaram que os escalões etários com maior frequência de pessoas estão compreendidos entre os 40 e os 60 anos (aproximadamente 60%). Vários estudos mostram que as pessoas em situação sem-abrigo apresentam patologias associadas à idade (declínio funcional, compromisso cognitivo, quedas e incontinência urinária) cerca de 10 a 15 anos mais cedo do que a população em geral. Várias razões possíveis poderiam explicar a aquisição precoce de deficiências funcionais, tais como mau controlo de condições crónicas de saúde e aumento das adições (Fazel et al. 2014 e Turnbull et al. 2007).

Relativamente ao **ACESSO À SAÚDE**, após a elaboração e aplicação do questionário, em conformidade com as autoridades responsáveis, constatou-se não terem sido contemplados os seguintes indicadores:

- Impossibilidade financeira, relativa à razão para o não cumprimento de medicação;
- Falta de meios de comunicação (como número de telefone, correio eletrónico e morada) relativa à razão para a não comparência às consultas e a dinâmica de acesso ao Serviço Nacional de Saúde.

No que respeita ao acesso aos cuidados de saúde existe a evidência que as taxas de recurso ao serviço de urgência e admissão hospitalar, por situações agudas, são altas. Internacionalmente as PSSA foram significativamente mais vezes admitidas através de um serviço de urgência por uma condição de saúde passível de ser gerida em ambulatório (Kushel et al. 2002).

As condições de saúde passíveis de serem geridas em ambulatório são um indicador de acesso limitado aos serviços de cuidados de saúde primários e serve como indicador das diferenças no acesso aos serviços, especialmente de populações vulneráveis (Burr et al. 2003, Johnson et al. 2012, Mayberry et al. 2000, Gaskin & Hoffman 2000). O serviço de urgência tem-se tornado uma rede de segurança de saúde para aqueles que não têm um acompanhamento regular em saúde física (Tang et al. 2010, Kushel et al. 2002).

Coe et al. (2015) confirmaram que os fatores comumente associados ao não cumprimento terapêutico são fatores associados ao doente mais do que os relacionados com o tratamento, a doença ou a situação socioeconômica. As barreiras ao acesso aos CSP e adesão terapêutica aos planos propostos para populações vulneráveis têm sido documentados extensivamente na literatura (Mayberry et al., 2000; Gaskin & Hoffman, 2000; Sambamoorthi & McAlpina, 2000), levando a inúmeras admissões por condições de saúde passíveis de ser geridas em ambulatório.

As recomendações e garantias do acesso à saúde são o ponto central de todo o documento por permitirem uma abordagem holística e contínua a toda a comunidade que vive em situação de extrema pobreza e de vulnerabilidade social.

Considerando as questões referentes à **SAÚDE FÍSICA**, em média 26% dos inquiridos referiu apresentar alguma alteração e presumível doença mental é de mencionar que a partir da **análise dos dados, aferiu-se que a probabilidade dos inquiridos terem uma ou mais alterações de saúde física e presumível doença mental é de 98,9%**. A probabilidade dos inquiridos, na condição de sem-teto, de afirmarem alteração física é de 34,5% enquanto, a mesma probabilidade para os inquiridos sem-casa é de 19,57%.

A designação de **DOENÇA MENTAL** não tem uma definição simples e inequívoca. Desde logo porque a palavra “doença” está normalmente associada a síndromes com causas identificadas.

No que diz respeito à Saúde Mental as causas não estão claramente estabelecidas, por isso, as classificações internacionais de diagnósticos preferem falar de “perturbações mentais”, reconhecendo a ausência de marcadores biológicos conhecidos e que podem ter etiologias complexas, com influências sociais e culturais. Por outro lado, as categorias diagnósticas são heterogêneas e não têm estatutos idênticos entre si. Por exemplo, há diagnósticos que remetem para reações desadaptadas a circunstâncias de vida (ex: perturbações do espectro da ansiedade, stress, depressão), outros para fatores de personalidade e temperamentais (ex: perturbações de personalidade), outros estão associados a comportamentos voluntários, gratificantes mas autodestrutivos (ex: abuso de substâncias), outros ainda, para quadros psicopatológicos graves onde se presume haver um substrato biológico como fator causal primário (ex. esquizofrenia, d. bipolar). Para além de se ter assumido o consumo de álcool e drogas como Presumível Doença Mental, foi possível observar a presença de presumível doença e a sua combinação com consumos.

No que diz respeito às **DEPENDÊNCIAS** a percentagem de dados obtidos na categoria NS/NR implicaria um outro eventual estudo, uma vez que estes alteram a interpretação dos dados entre outras alterações. Outra variável a incluir e que enriqueceria a interpretação dos dados seria a variável número de anos na condição de sem-teto e de sem-casa. Esta variável permite-nos cruzar as consequências para a saúde física e psicológica das Pessoas que se encontram em situação crónica de sem-abrigo.

A partir dos dados obtidos, não se conseguiu aferir se os consumos de álcool e/ou drogas é recreativo ou abusivo e se este teve início *à priori* ou *à posteriori* da pessoa ter ficado na condição de sem-abrigo. Com estes resultados parece também ficar ainda mais clara a necessidade de se manter o investimento e a implementação de programas alternativos de resposta habitacional às PSSA consumidoras de substâncias psicoativas, nomeadamente os programas *Housing First*, onde se confirma que podem permitir a que “90% dos beneficiários destes programas diminuem o consumo das substâncias psicoativas” (Relatório Europeu sobre as Drogas 2020, p. 39);

8.2. RECOMENDAÇÕES

As Recomendações que ora se expressam são resultado da análise dos questionários e das respectivas respostas, da reflexão sobre a estruturação do próprio questionário e ainda referenciadas à experiência no terreno. Contemplam raciocínios directos e/ou indirectos pressupondo os direitos previstos na Constituição Portuguesa cujo o acesso é comprometido pela singularidade da problemática, por isso não padronizada, portante alocada ao vazio de procedimentos de equidade.

8.2.1 ACESSO À SAÚDE

No plano do **Acesso das PSSA aos Cuidados de Saúde** recomenda-se:

- **Fornecer um número automático do Serviço Nacional de Saúde, independente de morada fixa;**

- Garantir a inscrição das Pessoas nos Centros de Saúde da respetiva área de permanência e acompanhá-las, mediante referência pelas equipas técnicas de rua e equipas técnicas da área da Saúde, em articulação com o respetivo gestor de caso;
- Garantir a isenção de taxas moderadoras a todas as Pessoas que estiverem na situação de sem-abrigo;
- Formar os profissionais de saúde - através dos NPISA - para as características da população em situação de sem-abrigo, bem como na criação de instrumentos de acção. Promover mecanismos de acesso ao cumprimento dos respectivos direitos no âmbito das múltiplas dificuldades e constrangimentos sentidos por estas Pessoas no contacto com os serviços;
- Criar um ponto focal nos serviços de saúde do SNS para o acolhimento do utente em situação de sem-abrigo, com domínio de pelo menos uma língua estrangeira, de forma a facilitar o contacto com os diferentes técnicos aquando do atendimento;
- Criar uma bolsa de mediadores/pares nos serviços de saúde para apoio às Pessoas em situação de sem-abrigo no acesso aos Centros de Saúde e Hospitais de referência;
- Divulgar a Linha de Tradução Telefónica do ACM.

Admite-se que melhorando o acompanhamento das PSSA em Cuidados de Saúde Primários se consiga reverter o recurso à urgência hospitalar por estes motivos. Considerando os desafios apresentados, recomenda-se:

- Garantir o acesso desburocratizado e gratuito ao apoio medicamentoso e apoios técnicos;
- Garantir as condições de segurança para a reserva do medicamento, evitando eventuais danificações das propriedades medicamentosas devido às alterações de temperatura e possíveis furtos;
- Promover a autogestão do esquema terapêutico através de sessões de educação para a saúde;
- Avaliação e monitorização do cumprimento terapêutico para garantir o apoio de saúde eficaz às necessidades da Pessoa;
- Ajustar os planos terapêuticos às expectativas, receios e demais necessidades da PSSA atendida.

Relativamente às idas ao Serviço de Urgência e gestão de altas hospitalares, recomenda-se:

- Um acesso direto a respostas sociais, através da ligação entre os serviços sociais hospitalares e gestores de caso aquando da alta hospitalar;

- Garantia de soluções adequadas ao encaminhamento para a rede de cuidados continuados e paliativos.

Quando as PSSA são internadas no hospital, o planeamento de alta pode ser problemático quando o doente recupera a tal ponto que está bem o suficiente para deixar o hospital mas ainda muito doente para voltar a um centro de alojamento ou à rua. Situação esta que pode levar a um internamento prolongado ou de alta com alto risco de readmissão. Este problema pode ser minimizado através dos programas de instalações de apoio médico que proporcionam às PSSA um ambiente adequado para recuperação e cuidados de acompanhamento ao deixar o hospital.

8.2.2. SAÚDE FÍSICA

No âmbito da Saúde Física recomenda-se:

Para as **alterações respiratórias**:

- Apoiar os parceiros do NPISA (nomeadamente os que têm equipamentos de alojamento colectivo) na implementação de medidas de prevenção de transmissão de doenças respiratórias;
- Contribuir para a precocidade do diagnóstico de doença respiratória com a formação das equipas técnicas de rua e eventual encaminhamento que estas possam fazer;
- Facilitar o acesso às PSSA a produtos de higiene pessoal e agasalhos;
- Garantir a minimização dos danos associados aos fatores de risco: consumo de tabaco, de outras drogas fumadas (através da troca de material de consumo regular pelas equipas técnicas de rua) e prevenção da transmissão de doenças pulmonares infecciosas (nomeadamente, a manutenção de novas campanhas de vacinação e estratégias de combate à transmissão destas doenças, que o NPISA já realiza ao longo dos anos, como é exemplo a Campanha de Vacinação Contra a Gripe Sazonal e a Campanha de Vacinação Contra o Covid-19; e através de sessões de educação para a saúde dos utentes e das próprias equipas);
- Identificar e orientar precocemente doentes com sinais de infeção respiratória sobretudo em grupos de risco (Norma DGS no 045-2011 de 26-12-2011).

Para as **alterações neurológicas:**

- Garantir o acesso gratuito a anticonvulsivantes;
- Garantir um diagnóstico precoce e tratamento da Hipertensão arterial e hipercolesterolemia;
- Garantir a atenção redobrada por parte dos gestores de caso e das equipas técnicas de rua das Pessoas com hábitos etanólicos associados ou não a doença vascular cerebral crónica, os quais podem precipitar inúmeros casos de crises convulsivas e idas ao serviço de urgência por causas preveníveis.

Para as **alterações cardiovasculares, endócrinas, metabólica e nutricionais e gastrointestinais:**

- Conhecer a prevalência de Diabetes na população em situação de sem-abrigo da cidade de Lisboa;
- Criar um maior número de NAL (Núcleos de Apoio Local) ou cantinas comunitárias onde se possa dar maior dignidade à refeição e controlar mais eficazmente as características das refeições dadas às Pessoas. Esta recomendação não implica deixar a distribuição alimentar em contexto de rua;
- Definir um plano nutricional adequado às PSSA e subsequente coordenação da distribuição alimentar com essas necessidades, melhorando não só o fornecimento de alimentação como também da nutrição;
- Diminuir os fatores de transmissão através de sessões educação para a saúde, da troca de material de consumo e preservativos;
- Garantir a imunização do vírus da hepatite B – VHB - através do cumprimento e regularização do Plano Nacional de Vacinação;
- Garantir o acesso a água potável através do funcionamento dos bebedouros comunitários da cidade de Lisboa;
- Incentivar o rastreio regular das hepatites virais e agilizar o acesso ao tratamento e cuidados de saúde em tempo útil;
- Minimizar os danos relativos ao consumo abusivo de álcool;
- Regular, a nível nutricional, o fornecimento alimentar pelas diversas organizações na cidade de Lisboa.

Para as **alterações orais/dentárias:**

- Garantir o acesso a materiais de higiene oral e de locais para o seu uso próprio, como os balneários públicos;
- Garantir o acesso a um diagnóstico precoce das doenças que causam danos orais, como o VIH/SIDA;
- Garantir o acesso gratuito e em tempo útil às consultas e tratamentos de dentista;
- Manter a parceria com o “Mundo a Sorrir” e desenvolver novas parcerias.

Para as **alterações músculo-esqueléticas:**

- Identificar as PSSA com idas frequentes aos cuidados de saúde hospitalar às equipas de intervenção comunitária em articulação com serviços sociais;
- Incentivar as medidas de abstinência alcoólica e dependências, as quais podem reduzir o número de quedas e de lesões músculo-esqueléticas.

Para as **alterações oculares e auditivas:**

- Garantir o acesso a consultas da especialidade oftalmológica e de otorrinolaringologia;
- Garantir o acesso gratuito e sua revisão periódica a apoios técnicos de suporte visual e auditivos.

Para as **alterações dermatológicas:**

- Garantir o acesso à higiene e hidratação;
- Garantir o acesso à disponibilização de protetor solar nos balneários públicos;
- Melhorar a gestão de distribuição de roupa;
- Garantir o acesso gratuito a produtos e medicamentos relacionados com as patologias cutâneas, nomeadamente a psoríase.

Para as **alterações urogenitárias:**

- Disponibilizar material de higiene;
- Garantir o acesso precoce a diagnósticos e tratamentos.

Para as **alterações oncológicas:**

- Garantir as condições necessárias para a realização de rastreios oncológicos e aumento da vigilância das PSSA em unidades de cuidados de saúde primários.

Para as **doenças infetocontagiosas**:

- Assegurar cumprimento do calendário de vacinação;
- Assegurar o contacto estreito com as estruturas de saúde para garantir a manutenção do tratamento;
- Garantir a execução de rastreios de infeções sexualmente transmissíveis periódicos e regulares à população;
- Garantir a redução de riscos e minimização de danos associadas a fatores de risco que potenciam as infeções: distribuição de material de consumo e preservativos, através do programa de troca de seringas, informação sobre a utilização dos materiais;
- Promover sessões de sensibilização e educação sobre a tuberculose, VIH/SIDA e outras doenças infeto-contagiosas, respetivas formas de contágio e sintomatologia.
- Propor uma articulação com a ARSLVT relativamente ao Plano Nacional de Vacinação de sinalização de PSSA que não tenham cumprido anteriormente a imunização para o VHB.

Por fim, recomenda-se uma abordagem à **Saúde da Mulher**:

- Acesso a consultas de ginecologia e de planeamento familiar;
- Fornecimento de material de higiene íntima, através das equipas técnicas de rua;
- Garantir a imunização do HPV através da implementação do Plano Nacional de Vacinação;
- Garantir o acesso à contraceção, à contraceção de emergência e à interrupção voluntária da gravidez.

8.2.3. SAÚDE MENTAL

Recomenda-se:

- Conhecer profundamente a realidade através de um estudo discriminatório das Doenças Mentais diagnosticadas e dos tratamentos ou incumprimento terapêutico, quer nas pessoas sem-casa, quer nas sem-teto;
- Criar e implementar um Plano de Saúde Mental para a Pessoa em Situação de Sem-Abrigo em conjunto com as entidades parceiras do NPISA;
- Apoiar o acesso à saúde mental através dos cuidados de saúde primários.

8.2.4. DEPENDÊNCIAS

Assinalam-se assim, as seguintes recomendações:

- **Necessidade de uma atitude interventiva centrada nas premissas de Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD)** do humanismo e pragmatismo com vista a promover o acesso prioritário a uma resposta habitacional que se adapte à complexidade e às necessidades de cada Pessoa em situação de vulnerabilidade e em situação de sem-abrigo com problemática de comportamentos aditivos e dependências;
- Garantir o funcionamento dos **Programas de Consumos Vigiaados e Salas de Consumo Assistido** que “têm como objetivo o incremento da assepsia no consumo intravenoso e conseqüente diminuição de riscos inerentes a esta forma de consumo, bem como a promoção da proximidade com os consumidores, de acordo com o respetivo contexto sociocultural, com vista à sensibilização e encaminhamento para o tratamento, através da criação de locais de consumo” (decreto de lei 183/2001);
- Criar um **Programa para o Consumo de Álcool** a partir da análise do projeto-piloto “tenda no espaço público para consumo de álcool”¹¹;
- Formar e Autonomizar as ETR na administração de Naloxona para diminuição de situações de overdose em contexto de rua;
- Agilizar o acesso direto ao Programa de Substituição Opiácea diretamente pelas ETR e gestores de caso;
- Garantir a limpeza regular das zonas de consumo conhecidas.

Reconhecendo-se as características epidemiológicas e especificidades sociais da população em situação de sem abrigo da cidade de Lisboa, impõe-se o desenvolvimento de um Plano Municipal de Saúde específico para esta população. Este plano alinha-se com as estratégias nacionais, regionais e locais emitidas no que se refere à saúde, tendo por base o Plano Nacional de Saúde em vigor, a Estratégia Nacional para a Integração das Pessoas em Situação de Sem-Abrigo em vigor, bem como as Estratégias Locais de Saúde e os planos Municipais de intervenção com as PSSA em vigor.

Assim, numa perspetiva da promoção de comportamentos de saúde preventivos, pretende-se a aproximação ou reaproximação desta população aos serviços formais de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Pretende-se ainda, o desenvolvimento de respostas integradas, interdisciplinares e interinstitucionais, e intersectoriais.

¹¹ Ver ANEXO 5.



9.

BIBLIOGRAFIA

9.1. GERAL

- Badiaga S., Raoult D., Brouqui P., (2008). Preventing and controlling emerging and reemerging transmissible diseases in the homeless. *Emerg Infect Dis*, (14) 1353–59.
- Beijer U., Wolf A., Fazel S., (2012). Prevalence of tuberculosis, hepatitis C virus, and HIV in homeless people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*, (12) 859–70.
- Burr J., Sherman G., Prentice D., Hill C., Fraser V., Kollef M., (2003). Ambulatory care-sensitive conditions: Clinical outcomes and impact on intensive care unit resource use. *South Med J*. 96(2), 172–178.
- doi: 10.1097/01.SMJ.0000050680.55019.32.
- Carbón X., Devaney E., Galvin M., Mir G., Ollero J., Nave A., (2019). Study of the Civil Society Forum on Drugs. *Civil Society Actions at The National Level: Good Practices in The Drug Policy Field*. 1-57.
- https://www.researchgate.net/publication/336680492_Civil_Society_Actions_at_the_National_Level_Good_Practices_in_the_Drug_Policy_Field_Study_of_the_Civil_Society_Forum_on_Drugs/link/5dacb03fa6fdccc99d925c83/download.
- DiMatteo M., (2004). Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care*. (42), 200-209.
- Doran K., Ragins K., Gross C., Zerger S., (2013). Medical respite programs for homeless patients: a systematic review. *J Health Care Poor Underserved* (24), 499–524.
- Fajardo-Bullón et al., (2019). Homelessness and self-rated health: evidence from a national survey of homeless people in Spain, *BMC Public Health*, (19), 1081.
- <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7380-2>.
- Fazel S., Geddes J., Kushel M., (2014). The health of homeless people in high income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *The Lancet*. (25) 384:9953,1529-1540.
- Gaskin D., Hoffman C., (2000). Racial and ethnic differences in preventable hospitalizations across 10 states. *Med Care Res Rev*. 57(Suppl 1), 85–107.
- doi: 10.1177/107755800773743619.
- Hickey C., Downey D., (2003). Hungry for Change: Social Exclusion, Food Poverty and Homelessness in Dublin. *Focus Ireland*.

- Hwang S., Chambers C., Chiu S., Katic M., Kiss A., Redelmeier, D., Levinson, W., (2013). A comprehensive assessment of health care utilization among homeless adults under a system of universal health insurance. *Am J Public Health*, 103(suppl 2), 294–301.
- Johnson P., Ghildayal N., Ward A., Westgard B., Boland L., Hokanson J., (2012). Disparities in potentially avoidable emergency department (ED) care: ED visits for ambulatory care sensitive conditions. *Med Care*. 50(12), 1020–1028.
doi: 10.1097/MLR.0b013e318270bad4.
- Jones C., Perera A., Chow M., Ho I., Nguyen J., Davachi S., (2009). Cardiovascular disease risk among the poor and homeless—what we know so far. *Curr Cardiol Rev*. (5), 69–77.
- Kim D., Daskalakis C., Plumb J., et al., (2008). Modifiable cardiovascular risk factors among individuals in low socioeconomic communities and homeless shelters. *Fam Community Health*, (31), 269–80.
- Kushel M., Perry S., Bangsberg D., Clark R., Moss A., (2002). Emergency department use among the homeless and marginally housed: results from a community-based study. *Am J Public Health*. 92(5), 778– 784.
doi: 10.2105/AJPH.92.5.778.
- Lebrun-Harris L., Baggett T., Jenkins D., Sripipatana A., Sharma R., Hayashi A., Daly C., Ngo-Metzger Q., (2013). Health Status and Health Care Experiences among Homeless Patients in Federally Supported Health Centers: Findings from the 2009 Patient Survey. *Health Services Research*, 48 (3), 992–1017.
https://www.researchgate.net/publication/233328077_Health_Status_and_Health_Care_Experiences_among_Homeless_Patients_in_Federally_Supported_Health_Centers_Findings_from_the_2009_Patient_Survey.
- Lee T., Hanlon J., Ben-David J., et al., (2005). Risk factors for cardiovascular disease in homeless adults. *Circulation*, (111), 2629–35.
- Marinho R., Moura M., Giria J., Ferrinho P., (2001). Epidemiological aspects of hepatitis C in Portugal. *J Gastroenterol Hepatol*, (16)1076-7.
- Martins H., Venâncio I., Pinto B., Fernandes R., (2019). Cuidados saúde pessoas sem-abrigo Lisboa: comparação entre pessoas sem-teto e sem casa. *Med Interna*.
http://revista.spmi.pt/site/artigos_arquivo_consultar.php?id=2017096.
- Mayberry R., Mili F., Ofili E., (2000). Racial and ethnic differences in access to medical care. *Med Care Res Rev*, 57(Suppl 1), 108–145.
doi: 10.1177/1077558700574006.
- Oliveira L., Pereira M., Azevedo A., Lunet N., (2012). Risk factors for cardiovascular disease among the homeless and in the general population of the city of Porto. *Cad Saude Publica*. (28), 1517–29.

- Sambamoorthi U., McAlpine D., (2003). Racial, ethnic, socioeconomic, and access disparities in the use of preventive services among women. *Prev Med.* 37(5), 475–484.
- doi: 10.1016/S0091-7435(03)00172-5. [Darmon et al. 2001,
- Scott J., Gavin J., Egan A., Avalos G., et al., (2013). The prevalence of diabetes, pre-diabetes and the metabolic syndrome in an Irish regional homeless population. *QJM.* (106), 547–53.
- Serrano G., (2008). *Elaboração de Projectos Sociais. Casos práticos.* Porto, Porto Editora, Lda., 23-116.
- Snyder L., Eisner M., (2004). Obstructive lung disease among the urban homeless. *Chest,* (125), 1719–25.
- Tang N., Stein J., Hsia R., Maselli J., Gonzales R., (2010). Trends and characteristics of US emergency department visits, 1997–2007. *JAMA.* 304(6), 664–670.
- doi: 10.1001/jama.2010.1112.
- Turnbull J., Muckle W., Masters C., (2007). Homelessness and health. *CMAJ,* 177(9), 1065–6.
- World Health Organization – WHO, (2021). Cardiovascular diseases (CVDs), [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).
- World Health Organization – WHO, (2021). Chronic Respiratory Diseases https://www.who.int/health-topics/chronic-respiratory-diseases#tab=tab_1.
- World Health Organization – WHO, (2021). Oral Health.
- https://www.who.int/health-topics/oral-health/#tab=tab_1.
- World Health Organization – WHO, (2019). The WHO special initiative for mental health (2019-2023): universal health coverage for mental health.
- <https://apps.who.int/iris/handle/10665/310981>. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Wright N., Tompkins C., (2006). How can health services effectively meet the health needs of homeless people? *British Journal of general Practice,* 56, 286-293.
- https://www.researchgate.net/publication/7167719_How_can_health_services_effectively_meet_the_health_needs_of_homeless_people.

9.2. ESPECÍFICA

- Relatório europeu sobre as Drogas 2020: Questões Chave – Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência.
- European Drug Report 2020: Trends and Developments – *European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction.*

- Estratégia Nacional para Integração das Pessoas em Situação de Sem-abrigo ENIPSSA 2017-2023.
- Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências CAD 2013-2020 SICAD.
- Relatório Anual 2018: A situação no País em Matéria de Drogas e Toxicodependências SICAD – Serviço de Intervenção no Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
- Relatório Anual 2018: A situação no País em Matéria de Álcool SICAD – Serviço de Intervenção no Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
- Nave, A.; Carbon, X.; Devaney, E. ; Galvin, M. ; Mir, G. ; Ollero, J. *Civil Society Actions at National Level: Good Practices in the Drug Policy Field. Study of Civil Society Forum on Drugs*, 2019.

9.3. OUTRA

- Assembleia da República. (2012). Constituição da República Portuguesa. Lisboa: Divisão de Edições da Assembleia da República.
- Assembleia da República. (2019). Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 95/2019. Obtido de Diário da República Eletrónico: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/124417108/details/maximized>.
- Decreto-Lei n.º 183/2001, de 21 de julho. <https://dre.pt/application/conteudo/362322>
- Norma 011/2015 DGS de 23/06/2015 atualizada a 06/11/2015, <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0112015-de-23062015-pdf.aspx>.
- Norma nº 045/2011 DGS de 26/12/2011, <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0452011-de-26122011-jpg.aspx>.
- Norma nº 028/2011 DGS de 30/09/2011, https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Doenca_Pulmonar_Obstrutiva_28_2011.pdf.
- Plano Nacional de Doenças Respiratórias, 2012-2016, <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-as-doencas-respiratorias-2012-2016-pdf.aspx>.
- Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável – DGS, https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/DGS_PNPAS2017_V7.pdf.



10.

ANEXOS

ANEXO 1 - Parecer da Comissão de Ética da ARSLVT

Fw: Comissão de Ética da ARSLVT - PROCESSO 054/CES/INV... - Maria Coelho (DDS)

Página 2 de 2

Encarrega-me a Comissão de Ética da ARSLVT, de enviar a V.ª Ex.ª o parecer em anexo, que foi emitido na última reunião da secção de investigação.

Com os melhores Cumprimentos

Paula Monteiro

Secretariado

Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT

Comissão de Farmácia e Terapêutica da ARSLVT

Núcleo Apoio à Investigação clínica



Av. Estados Unidos da América, 75-77 - 1749-096 Lisboa | Portugal

Tel : 21 842 52 03

www.arslvt.min-saude.pt

Exmo. Senhor

Dr. Carlos Farias

carlos.farias@cm-lisboa.pt

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		1631/CES/2018	15.02.2018

Assunto: "Diagnóstico de Saúde Física e Mental das Pessoas em Situação de Sem-Abrigo na Cidade de Lisboa".

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projecto mencionado em epígrafe, na sua reunião da sessão de investigação, no dia 9.02.2018, tendo sido emitido um parecer favorável.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,

1
O Conselho Directivo

LUÍS PISCO
Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT, I.P.

Parecer

Proc.054/CES/INV/2017

Título: "Diagnóstico de Saúde Física e Mental das Pessoas em Situação de Sem-Abrigo na Cidade de Lisboa";

Enquadramento institucional do proponente: NPISA Lisboa (Núcleo de Planeamento e Intervenção Sem Abrigo)

Investigador: António José Gomes Bento (CHPL); Joana Ivone Marques Tavares (Associação Médicos do Mundo); Carla Maria-Baía Marques Pereira (Serviço Social CMunicipal de Lisboa) e Carlos Alberto Cabral Farias (CMunicipal de Lisboa)

Orientador: Não aplicável

Âmbito: Cuidados de Saúde Primários /

Financiamento: Os recursos financeiros e materiais para este estudo são disponibilizados pela Câmara Municipal de Lisboa, enquanto entidade Coordenadora do NPISA Lisboa

Fundamentação do estudo:

1- ENQUADRAMENTO

Com este estudo, o NPISA Lisboa pretende atualizar e recolher a informação de saúde dos utentes acompanhados pelas entidades parceiras, sob o ponto de vista da saúde, considerando a inexistência de um diagnóstico semelhante levado a cabo em Lisboa.

Este estudo surge da evidência e experiência no terreno da maioria dos técnicos, de que as pessoas em situação de sem-abrigo, pelas suas especificidades sociais, apresentam maior expressão de algumas problemáticas de saúde do que o cidadão comum, do ponto de vista da saúde física e mental. Por fim, este estudo vai poder influenciar as políticas e decisões relacionadas com a dimensão da saúde, nomeadamente a adequação e criação de novas respostas direccionadas a esta população;

Apreciação:

Trata-se de um estudo que tem um potencial interesse e valor social que procura atualizar e recolher a informação de saúde dos utentes em situação de sem-abrigo com problemas de doença física e doença mental, acompanhados pelas entidades parceiras, sob o ponto de vista da saúde.

Trata-se assim de um estudo com as seguintes características:

- 1.- envolve profissionais de Saúde da ARSLVT;
- 2.- que não foi realizado;
- 3.- é uma investigação sistemática e pretende gerar um novo conhecimento;
- 4.- É um estudo que envolve seres humanos;
- 5.- Implica a interacção utentes;
- 6.- Tendo em conta os pressupostos anteriores cumpre critérios de apreciação por esta Comissão de Ética.

Relativamente à metodologia interessaria explicitar:

- 1.- A modalidade de recrutamento
- 2.- O tipo e a dimensão da amostra populacional.
- 3.- O modelo de análise estatística
- 4.- Que entidades são envolvidas na recolha de dados e nas entrevistas.

Apreciação Ética

Respeito pela dignidade da pessoa humana

Autonomia

Modalidade de obtenção do consentimento informado

Não perceptível

Folha de Informação e formulário de consentimento informado

Folha de Informação

Não perceptível

Formulário de Consentimento

O investigador principal afirma existir um consentimento prévio que seria adequado ao presente estudo. Interessaria clarificar se o consentimento se refere a este estudo e, se for o caso, interessaria que nos fosse fornecido um exemplar para apreciação.

Privacidade e Confidencialidade de Dados

Não é imediatamente perceptível a forma como será garantida a anonimização dos dados dos dados, o arquivo, armazenamento e destruição. Seria de clarificar.

Beneficência

Os potenciais benefícios do estudo face aos seus riscos permitem-nos afirmar que os potenciais benefícios podem superar os riscos que este estudo;

Justiça

No que concerne ao cumprimento do princípio da justiça nas suas duas dimensões, discriminação e exploração, diríamos que não se identificam nenhum procedimento que possa "obrigar" ou coagir os utentes a envolverem-se no estudo

Não maleficência

Os riscos previsíveis de um estudo desta natureza poderão ser menores que os mínimos.

Cronograma: presente

CV dos Investigadores: presentes

Declaração dos Orientadores Pedagógicos: Não aplicável

Declaração dos responsáveis das Unidades de saúde: Presentes

Caderno de Recolha de Dados: presente

Comissão Nacional de Protecção de Dados: presente

Monitorização da investigação: Não prevista

Previsão de custos financeiros para os ACES: não aplicável

Divulgação dos resultados: declaração do responsável do Núcleo de Planeamento e Intervenção Sem Abrigo

Propriedade dos dados: Dos investigadores e do NPISA

Compromisso de entrega de relatório final: explícito

Em conclusão

Este estudo cumpre critérios de pertinência social e qualidade científica.

Existem alguns aspectos a merecer melhor ponderação e clarificação que que interessaria que fossem clarificados pelos investigadores.

Nestas circunstâncias, sugerimos que seja enviado aos investigadores o presente parecer.

15 de Dezembro de 2017

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

Relativamente à metodologia interessaria explicitar:

- 1.- A modalidade de recrutamento;
- 2.- O tipo e a dimensão da amostra populacional;
- 3.- O modelo de análise estatística;
- 4.- Que entidades são envolvidas na recolha de dados e nas entrevistas.

1.- Relativamente à metodologia:

- a) Modalidade de recrutamento – Recrutamento por conveniência, a realizar durante os atendimentos dos gestores de caso do NPISA, num período previsto de 6 semanas;
- b) O tipo e dimensão da amostra – Amostra de tipo probabilística. A dimensão da amostra deverá ser cerca de 300 indivíduos;
- c) Instrumento e modelo de análise estatística – Software SPSS versão 24. Pretende-se fazer análise univariada, bivariada e possivelmente, multivariada;
- d) Entidades envolvidas na recolha de dados e nas entrevistas (questionários) – As entidades são alguns dos parceiros do NPISA Lisboa, designadamente a Associação Conversa Amiga – ACA, a Associação para o Estudo e Integração Psicossocial – AEIPS, a Associação dos Albergues Noturnos de Lisboa, a CAIS, a Câmara Municipal de Lisboa – CML, o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa – CHPL, a Crescer na Maior, a Comunidade Vida e Paz – CVPaz, o Exército de Salvação, Fundação Médica Internacional – AMI, a Médicos do Mundo – MdM e a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa – SCML.

Modalidade de obtenção do consentimento informado

Não perceptível

Folha de informação e formulário de consentimento informado

Folha de informação

Não perceptível

Formulário de Consentimento

O Investigador principal afirma existir um consentimento prévio que seria adequado ao presente estudo. Interessaria clarificar se o consentimento se refere a este estudo e, se for o caso, interessaria que nos fosse fornecido um exemplar para apreciação.

2. Autonomia:

- a) Modalidade de obtenção do consentimento informado – O consentimento informado será oral. Uma vez que o cabeçalho do questionário tem uma breve apresentação dos objetivos da sua aplicação, este será lido obrigatoriamente em voz alta aos entrevistados, antes da entrevista. Assim sendo, a adesão dos entrevistados será livre e esclarecida, de acordo com a Norma 15/2013 emanada pela Direcção Geral de Saúde, atualizada a 4 de Novembro de 2015, assegurando-se o acesso à informação oral e escrita, assumindo o entrevistado que lhe são fornecidas todas as explicações antes, durante e após a entrevista e tempo necessário para a sua aceitação explícita;
- b) Folha de informação e formulário de consentimento informado (folha de informação) – Pelas características desta população (pessoas em situação de sem-abrigo), optou-se pela transmissão escrita e oral e a aceitação dos entrevistados exclusivamente oral (estas pessoas têm grande resistência em assinar documentos, constituindo uma barreira à adesão aos estudos);
- c) Formulário de consentimento – A base de dados utilizada pelos gestores de caso do NPISA Lisboa, é propriedade da SCML e denomina-se PRIA, a qual automaticamente disponibiliza ao gestor de caso, aquando uma entrevista, um documento de consentimento pelo tratamento de dados gerais da pessoa em situação de sem-abrigo. Assim este protocolo de consentimento funciona entre o utente e o gestor de caso/entidade utilizado habitualmente. Relativamente a este estudo, pretende-se utilizar o consentimento informado por via oral, de acordo com todas as normas em vigor. Não vai existir a transmissão dos dados recolhidos a terceiros, nem a nenhum parceiro do NPISA. Apenas os investigadores terão acesso aos dados desagregados;

Privacidade e Confidencialidade de Dados

Não é imediatamente perceptível a forma como será garantida a anonimização dos dados dos dados, o arquivo, armazenamento e destruição. Seria de clarificar.

- d) Privacidade e Confidencialidade de Dados – Todos os técnicos do NPISA Lisboa estão obrigados ao sigilo profissional e ao cumprimento de regras deontológicas, bem como, de acordo com o protocolo de criação do NPISA à transparência e confidencialidade. Neste estudo serão utilizados por todos os gestores de caso e pela equipa de investigação os mesmos critérios;

- e) **Anonimização** – Ao longo do questionário não existe a identificação nominal das pessoas entrevistadas, não havendo nenhuma questão denominada “nome”, apenas se utiliza um código alfanumérico predefinido, impossível de decifrar por terceiros, produzido da seguinte forma:
- f) **Arquivo e armazenagem dos questionários em papel e da base de dados** – Os questionários em papel (apenas serão disponibilizados a versão em papel) serão armazenados em armário fechado de acesso restrito, no edifício municipal do Cais do Gás, sito na Rua Cintura do Porto de Lisboa, pelo período de 12 meses, após o carregamento da base de dados.
A base de dados informatizada não será disponibilizada a terceiros, ficará alojada num computador portátil propriedade da CML e da responsabilidade de um dos elementos da equipa de investigação. Este computador terá acesso condicionado apenas aos quatro elementos da equipa de investigação. Durante o trabalho na base de dados não será permitido o acesso à Internet nem a utilização de dispositivos de armazenamento de dados móveis;
- g) **Destruição dos questionários e da base de dados** – Os questionários em papel serão destruídos através de máquina própria, ao fim de 12 meses e a base de dados será eliminada ao fim de 24 meses, por programa próprio (do tipo “CCleaner”).

Conclusão:

Este estudo cumpre critérios de pertinência social e qualidade científica.
Foram clarificados alguns aspectos a merecer melhor ponderação e clarificação.
Nestas circunstâncias, sugerimos a emissão de um parecer favorável a este estudo.

9 de fevereiro de 2018

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

Eixo da Saúde **Questionário 2019**

O presente questionário é o instrumento de recolha de dados para a elaboração do documento denominado “Diagnóstico de Saúde Física e Mental das Pessoas em Situação de Sem-Abrigo na Cidade de Lisboa”, cujo objetivo geral é a realização de um diagnóstico de saúde física e mental das pessoas em situação sem-abrigo acompanhadas pelas entidades parceiras do NPISA Lisboa, a aplicar pelos técnicos das entidades parceiras a uma amostra de pessoas com problemas de doença física e doença mental.

Será garantida a confidencialidade de todas as informações recolhidas – informatizadas e manuais – através da atribuição de um código alfanumérico ao questionário realizado.

Obrigado pela sua colaboração!

.....

Parecer da Comissão de Ética do CHPL –
“Nada a opor do ponto de vista ético. A CES emite parecer favorável”,
data 25/08/2017;

Parecer da Comissão de Ética da ARSLVT –
“A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projecto mencionado em epígrafe, na sua reunião da secção de investigação, no dia 09/02/2018, tendo sido emitido um parecer favorável.
Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar”,
data 15/02/2018

Questionário n.º

(a preencher pelo NPISA)

I. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Código de utente

0 – Masculino 1 – Feminino / Data de Nascimento – DD MM AAAA / 1.ª Letra do 1.º Nome / 1.ª Letra do último Nome

2. Naturalidade

3. Situação administrativa R I

4. Situação Habitacional

- Rua Centro de Alojamento Temporário Projecto Housing First
Alojamento Precário Institucionalizado Casa de Transição
Não-lugar (aeroporto, estações de comboio e/ou autocarros)
Alojamento Móvel Edifício devoluto Outro

5. Local de pernoita

II. ACESSO EM SAÚDE

6. Está inscrito no Centro de Saúde? S N Qual?

7. Tem médico de família? S N

8. Quando foi o último contacto com o Centro de Saúde?

- < 3 meses 4 - 6 meses 7 - 12 meses > 12 meses N/S

9. Quando foi o último contacto com o Hospital de referência?

- < 3 meses 4 - 6 meses 7 - 12 meses > 12 meses N/S

10. É isento de taxas moderadoras? S N N/S

11. Alguma vez sentiu dificuldade / inibição no acesso a cuidados de saúde? S N

- Porquê? Dificuldade na marcação de consulta Medo / receio em ficar internado.
 Tempo de espera Má experiência anterior. Qual?

III. ADEÇÃO AO PLANO TERAPÊUTICO

12. Cumpre medicação habitualmente? S N

Porquê?

13. Vai a todas as consultas marcadas? S N

Porquê?

14. Cumpre as indicações do médico? S N

Porquê?

IV. AVALIAÇÃO DE SAÚDE FÍSICA

15. Alterações Respiratórias S N

Quais?

16. Alterações Cardiovasculares S N

Quais?

17. Alterações Neurológicas S N

Quais?

18. Alterações Endócrinas, Metabólicas e Nutricionais S N

Quais?

19. Alterações Orais/Dentárias S N

Quais?

20. Alterações Gastrointestinais S N

Quais?

21. Alterações Músculo-Esqueléticas S N

Quais?

V. AVALIAÇÃO DE SAÚDE MENTAL

29. Presumível doença mental (incluindo abuso/dependência de álcool/drogas)?

S N Se sim, especifique

30. É ou foi acompanhado em consultas de Psiquiatria? S N

Se sim, quando foi a última consulta de Psiquiatria?

< 6 meses 7 - 12 meses 13 meses - 5 anos > 5 anos N/S

Onde?

31. Alguma vez teve internamento psiquiátrico? S N

Se sim, quando foi o último internamento?

< 6 meses 7 - 12 meses 13 meses - 5 anos > 5 anos N/S

32. Tem história de adição? S N

33. Álcool S N

Último consumo?

< 1 mês 2 - 6 meses 7 - 11 meses 12 - 24 meses

25 meses - 3 anos > 3 anos N/S

34. Drogas S N

Último consumo?

< 1 mês 2 - 6 meses 7 - 11 meses 12 - 24 meses

25 meses - 3 anos > 3 anos N/S

Quais?

Heroína Cocaína Canabinóides Anfetaminas Benzodiazepinas

LSD Metadona Outras

VI. IDENTIFICAÇÃO DO TÉCNICO (A)

35. Formação

36. Nome

37. Instituição

Eixo da Saúde
Questionário 2019

Guia de preenchimento

I. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Código de utente

“0” - Se Masculino OU “1” - Se Feminino

+

DDMMAAAA - Data de Nascimento

+

1.^a Letra do Nome (Maiúscula)

+

1.^a Letra do Último Nome (Maiúscula)

Exemplo Carlos Rodrigues (Data de Nascimento: 01-08-2016)

001082016CR

2. Naturalidade

Se português indicar distrito. Se estrangeiro indicar país.

3. Situação administrativa

Indicar a situação do utente quando à documentação. R » Regular I » Irregular

4. Situação Habitacional

Indicar a situação habitacional do utente.

5. Local de prenoita

Indicar a rua / morada.

II. ACESSO EM SAÚDE

6. Está inscrito no Centro de Saúde?

Indicar se o utente está inscrito num Centro de Saúde. Se sim, qual.

7. Tem médico de família?

Indicar se o utente tem médico de família.

8. Quando foi o último contato com o Centro de Saúde?

Indique o intervalo temporal correspondente ao último contato com o Centro de Saúde.

9. Quando foi o último contato com o Hospital de referência?

Indique o intervalo temporal correspondente ao último contato com o Hospital de referência.

10. É isento de taxas moderadoras?

Indicar a situação do utente quanto à isenção das taxas moderadoras.

S» Sim N» Não N/S» Não sabe

11. Alguma vez sentiu dificuldade / inibição no acesso a cuidados de saúde?

Indicar se o utente alguma vez sentiu dificuldade/inibição no acesso aos cuidados de saúde. Se sim, escolher um ou mais motivos.

III. ADESÃO AO PLANO TERAPÊUTICO

12. Cumpre medicação habitualmente?

Indicar se o utente cumpre a medicação habitualmente. Se não, porquê.

13. Vai a todas as consultas marcadas?

Indicar se o utente vai a todas as consultas marcadas. Se não, porquê.

14. Cumpre as indicações do médico?

Indicar se o utente cumpre as indicações do médico. Se não, porquê.

IV. AVALIAÇÃO DE SAÚDE FÍSICA

15. Alterações Respiratórias

Órgãos: Pulmões, fossas nasais, boca, faringe, laringe, traqueia, brônquios, bronquíolos, etc.

Função: Garantir uma respiração eficaz.

Exemplos: Dificuldade respiratória, Bronquite, Asma, Rinite Alérgica, Pneumonia, etc.

16. Alterações Cardiovasculares

Órgãos: Coração e vasos sanguíneos (artérias, veias e vasos capilares).

Função: O sistema cardiovascular, ou sistema circulatório, é responsável pela circulação do sangue por todo o corpo.

Exemplos: Enfarte Agudo do Miocárdio, Insuficiência Cardíaca, Arritmia, Sopro Cardíaco, Tensão Arterial Baixa/Alta, Aterosclerose, Trombose, Hemorroidas, etc.

17. Alterações Neurológicas

Órgãos: "Cérebro" (encéfalo), medula espinal e nervos.

Função: O sistema nervoso transmite sinais entre as diferentes partes do organismo e coordena as ações voluntárias e involuntárias.

Exemplos: Esclerose Múltipla, Parkinson, Epilepsia, Enxaqueca, Paralisia (s), AVC, Demência, etc.

18. Alterações Endócrinas, Metabólicas e Nutricionais

Órgãos: Tireoide, fígado, pâncreas, etc.

Função: Coordenação e regulação das funções corporais.

Exemplos: Bócio, Obesidade, Hipo/Hipertireoidismo, Hipoglicemia, Diabetes, Gota, Perda/Aumento de Peso, etc.

19. Alterações Orais/Dentárias

Órgãos: Dentes, língua, gengivas, etc.

Função: Cortar, rasgar e macerar os alimentos.

20. Alterações Gastrointestinais

Órgãos: Boca, faringe, esófago, estômago, intestino delgado, intestino grosso, reto e ânus.

Função: O sistema gastrointestinal, ou digestivo, é o conjunto de órgãos que têm como função a realização da digestão.

Exemplos: Azia, Refluxo Gástrico, Diarreia, Obstipação, Gastrites, Úlcera, Apendicite, etc.

21. Alterações Músculo-Esqueléticas

Órgãos: Ossos, articulações, músculos e tendões.

Função: Permitir a movimentação do corpo, no seu todo ou em parte.

Exemplos: Fraturas, Osteoporose, Artrite, Artrose, Tendinite, Escoliose, Doenças Reumáticas, Lombalgias, etc.

22. Alterações Oculares

Órgãos: Olhos.

Função: Ver o que ocorre à nossa volta.

Exemplos: Conjuntivite, Diminuição da Visão, Catarata, Glaucoma, Cegueira, etc.

23. Alterações Auriculares

Órgãos: Ouvidos.

Função: Os ouvidos não só nos permitem ouvir o que ocorre à nossa volta como são responsáveis pelo nosso equilíbrio.

Exemplos: Otite, Zumbidos, Surdez, Síndrome Vertiginoso, etc.

24. Alterações Dermatológicas

Órgãos: Pele, pelos, cabelos e unhas.

Função: As principais funções são a regulação da temperatura corporal, receção de estímulos externos e proteção contra o meio ambiente/envolvente.

Exemplos: Prurido (comichão), Verrugas, Escabiose (Sarna), Quisto, Psoríase (irritação cutânea), Úlcera, Urticária, etc.

25. Alterações Urogenitárias e Reprodutivas

Órgãos: Rins, uretra, bexiga, etc.

Função: As principais funções são as de produção e eliminação de urina, regulação do volume e composição química do sangue.

Exemplos: Incontinência, infecção do tracto urinário, candidíase, etc.

26. Alterações Oncológicas

Indicar se o utente tem alguma doença oncológica.

27. Doenças Infectocontagiosas

Indicar se o utente tem alguma doença infetocontagiosa.

28. Observações

Anotar observações relevantes.

V. AVALIAÇÃO DE SAÚDE MENTAL

29. Presumível doença mental (incluindo abuso/dependência de álcool/drogas)?

Indicar se há suspeita de doença mental ou consumo de substâncias psicoativas por parte do utente.

30. É ou foi acompanhado em consultas de Psiquiatria?

Indicar se o utente é ou foi acompanhado em consultas de psiquiatria.

Se sim, indicar o intervalo temporal correspondente à última consulta.

31. Alguma vez teve internamento psiquiátrico?

Indicar se o utente alguma vez teve internamento psiquiátrico.

Se sim, indicar o intervalo temporal correspondente ao último internamento.

32. Tem história de adição?

Indicar se o utente tem história de consumo de substâncias psicoativas.

33. Álcool

Indicar se o utente tem abuso/dependência de álcool.

Se sim, indicar o intervalo temporal correspondente ao último consumo.

34. Drogas

Indicar se o utente tem abuso/dependências de substâncias psicoativas.

Se sim, indicar o intervalo temporal correspondente ao último consumo.

Se o utente tiver abuso/dependência de substâncias psicoativas, indicar quais.

VI. IDENTIFICAÇÃO DO TÉCNICO (A)

35. Formação

Indicar a profissão do técnico que preencheu o questionário.

Ex: Assistente Social, Psicólogo, Médico, etc.

36. Nome

Indicar o nome do técnico que preencheu o questionário.

37. Instituição

Indicar o nome da instituição a que pertence o técnico que preencheu o questionário.

ANEXO 3 – Dados complementares relativos à aplicação do questionário

a) Modalidade de obtenção do consentimento informado – O consentimento informado será oral. Uma vez que o cabeçalho do questionário tem uma breve apresentação dos objectivos da sua aplicação, este será lido obrigatoriamente em voz alta aos entrevistados, antes da entrevista. Assim sendo, a adesão dos entrevistados será livre e esclarecida, de acordo com a Norma 15/2013 emanada pela Direcção Geral de Saúde, actualizada a 4 de Novembro de 2015, assegurando-se o acesso à informação oral e escrita, assumindo o entrevistado que lhe são fornecidas todas as explicações antes, durante e após a entrevista e tempo necessário para a sua aceitação explícita;

b) Folha de informação e formulário de consentimento informado (folha de informação) – Pelas características desta população (Pessoas em situação de sem-abrigo), optou-se pela transmissão escrita e oral e a aceitação dos entrevistados exclusivamente oral (estas Pessoas têm grande resistência em assinar documentos, constituindo uma barreira à adesão aos estudos). Por outro lado, no atendimento social os técnicos gestores de caso já utilizam um protocolo de consentimento informado, disponibilizado pela Unidade de Atendimento à Pessoa Sem-Abrigo – UAPSA/Santa Casa da Misericórdia de Lisboa;

c) Privacidade e Confidencialidade de Dados – Todos os técnicos do NPISA Lisboa estão obrigados ao sigilo profissional e ao cumprimento de regras deontológicas, bem como, de acordo com o protocolo de criação do NPISA à transparência e confidencialidade. Neste estudo serão utilizados por todos os técnicos, gestores de caso e pela equipa de investigação os mesmos critérios;

d) Anonimização – Ao longo do questionário não existe a identificação nominal das Pessoas inquiridas, não havendo nenhuma questão denominada “nome”, apenas se utiliza um código alfanumérico predefinido, impossível de decifrar por terceiros (ver ponto 2);

e) Arquivo e armazenagem dos questionários em papel e da base de dados – Os questionários em papel (apenas serão disponibilizados a versão em papel) serão armazenados em armário próprio fechado, de acesso restrito, no NPISA, edifício

municipal do Cais do Gás, sito na Rua Cintura do Porto de Lisboa, nota de rodapé pelo período de 12 meses, após o carregamento da base de dados.

A base de dados informatizada não será disponibilizada a terceiros, ficará alojada num computador portátil propriedade da Câmara Municipal de Lisboa (CML) e da responsabilidade de um dos elementos da equipa de investigação. Este computador terá acesso condicionado apenas aos quatro elementos da equipa de investigação. Durante o trabalho na base de dados não será permitido o acesso à Internet nem a utilização de dispositivos de armazenamento de dados móveis;

f) Destruição dos questionários e da base de dados – Os questionários em papel serão destruídos através de máquina própria, ao fim de 12 meses e a base de dados será eliminada ao fim de 24 meses, por programa próprio (do tipo "CCleaner").

ANEXO 4 – Dados complementares relativos à monitorização do fenómeno em 2018, 2019 e 2020

Dados gerais: Perfil sociodemográfico resultante da monitorização do NPISA Lisboa entre 2018 e 2020.

De acordo com a **monitorização do fenómeno das Pessoas em situação sem-abrigo, no ano de 2018** (dados de 31 de Dezembro de 2018), encontravam-se na condição de sem-teto 361 Pessoas em situação sem-abrigo. Eram na sua maioria do género masculino (91,3%) e as Pessoas do género feminino representavam 8,7%.

Os escalões mais representativos eram os de idade superior ou igual a 60 anos (15,2%), seguido pelos escalões etários dos 50 – 54 anos e dos 40 – 49 anos (15% e 14,4% respectivamente). As Pessoas cuja idade se desconhecia representavam 6,1%.

Na condição de sem-casa foram contabilizadas 2112 Pessoas em situação de sem-abrigo em situação de sem-casa. Destas 1863 eram do género masculino e 249 do género feminino.

Quanto à idade das Pessoas nessa condição, 141 tinham idade até aos 18 anos, 286 Pessoas encontravam-se inseridas no escalão etário entre os 18 e os 30 anos, 813 Pessoas entre os 31 e os 44 anos, 909 Pessoas entre os 45 e os 64 anos e 163 Pessoas tinham mais de 64 anos de idade.

Do total das Pessoas na condição sem-casa, 516 estavam alojadas em Centros de Alojamento Temporário (CAT), 675 Pessoas estão a viver em alojamentos específicos para Pessoas sem-casa e 921 Pessoas estavam a viver em quartos. 2112 estavam a ser acompanhados por gestor de caso.

Os dados apurados pela **monitorização realizada durante o ano de 2019** (dados de 31 de Dezembro de 2019), foram contabilizadas 465 Pessoas em situação de sem-abrigo na condição sem-teto. Destas 388 eram do género masculino e 77 do género feminino.

Quanto à idade das Pessoas, 51 Pessoas encontravam-se inseridas no escalão etário entre os 20 e os 30 anos, 166 Pessoas entre os 31 e os 45 anos, 187 Pessoas entre os 46 e os 60 anos, 34 Pessoas entre os 61 e os 70 anos, 13 Pessoas tinham mais de 71 anos e 14 Pessoas não foi possível apurar a idade.

Em relação às Pessoas que estavam na condição sem-casa, os dados apurados contabilizaram 2680 Pessoas em situação de sem-abrigo na condição de sem-casa. Deste total, 262 Pessoas não têm processo ou o processo está em histórico (124 e 138 respectivamente). De salientar também que 699 Pessoas eram requerentes de asilo.

As Pessoas que estavam na condição de sem-casa, maioritariamente eram do género masculino (2162 Pessoas), sendo as do género feminino em número inferior (518).

Quanto à idade das Pessoas nessa condição, por escalão etário, dos 0 aos 18 anos ainda não foi possível apurar os dados, 558 Pessoas tinham idade entre os 18 anos (e 1 dia) e os 30 anos, 856 Pessoas tinham idade compreendida entre os 31 e os 44 anos, 1080 Pessoas tinham idade compreendida entre os 45 e os 64 anos e 186 Pessoas tinham mais de 64 anos de idade.

Do total de Pessoas na condição de sem-casa, 613 estavam alojadas em Centros de Alojamento Temporário (CAT), 76 Pessoas estão a viver em alojamentos específicos para Pessoas sem-casa, 1209 estavam a viver em quartos, 326 estavam alojadas em hostéis ou pensões, 153 Pessoas estavam alojadas em apartamentos partilhados, 225 estavam alojadas em apartamentos ou casas e desconhecia-se a tipologia do alojamento de 78 Pessoas.

De acordo com a **monitorização do fenómeno das Pessoas em situação sem-abrigo, no ano de 2020** (dados de 31 de Dezembro de 2020), encontravam-se na condição de sem-teto 447 Pessoas em situação sem-abrigo. 397 género masculino, 49 feminino e 1 outro.

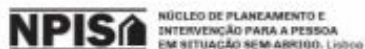
Quanto à idade das Pessoas, 21 delas encontravam-se inseridas no escalão etário menor de 25 anos, 71 Pessoas entre os 26 e os 35 anos, 104 (23,3%) Pessoas entre os 36 e os 45 anos, 119 (26,6%) Pessoas entre os 46 e os 55 anos, 84 Pessoas entre os 56 anos e 65 Pessoas, 29 Pessoas com mais de 65 anos e 19 Pessoas não se conseguiu apurar a idade.

Foram contabilizadas 3201 Pessoas em situação de sem-abrigo na condição de sem-casa e 132 foram consideradas em situação desconhecida. 2658 Pessoas do género masculino e 675 do género feminino.

Quanto à idade das Pessoas, 0 Pessoas encontravam-se inseridas no escalão etário menor de 18 anos, 865 Pessoas entre os 18 e os 30 anos, 925 Pessoas entre os 31 e os 44 anos, 1066 Pessoas entre os 45 e os 64 anos e 260 Pessoas com mais de 65 anos.

Do total de Pessoas na condição de sem-casa, 771 estavam alojadas em Centros de Alojamento Temporário (CAT), 159 Pessoas estão a viver em alojamentos específicos para Pessoas sem-casa, 1341 estavam a viver em quartos, 507 estavam alojadas em hostéis ou pensões, 122 Pessoas estavam alojadas em apartamentos partilhados, 361 estavam alojadas em apartamentos ou casas e desconhecia-se a tipologia do alojamento de 132 Pessoas.

ANEXO 5 – Tenda no espaço público para consumo de álcool: Relatório de Utilização de Espaço Para Consumo de Álcool



TENDA NO ESPAÇO PÚBLICO PARA CONSUMO DE ÁLCOOL

Jardim da Amnistia Internacional

No âmbito da transferência provisória de espaço e das pessoas em situação de sem-abrigo nele acolhidas (Complexo Desportivo do Casal Vistoso para o Pavilhão Desportivo da Polícia Municipal), no contexto da resposta de emergência COVID 19, tomou-se um imperativo disponibilizar um local para a adição de álcool, já que recentemente tinha sido legislada a proibição do consumo de álcool no espaço público. Desta forma e apenas para uso entre o final do dia 9 de Outubro e a hora de almoço do dia 13 do mesmo mês, foi montada uma tenda disponível 24h, apetrechada de 4 cadeiras, uma em cada canto.

Sempre com supervisão exterior, foi montada a poente do tardo do edificado das instalações da Polícia Municipal, no designado Jardim da Amnistia Internacional, área da Junta de Freguesia de Campolide. Na tenda mencionada as únicas limitações configuravam o número de pessoas em simultâneo (máximo 4, com cadeiras disponíveis) e a inibição de ter ali outros consumos. Do registo simples de dados como número de entradas e tempo usado em cada entrada foi possível apurar o seguinte:

1. NÚMERO DE UTILIZAÇÕES

- Dia 1 22 entradas
- Dia 2 18 entradas
- Dia 3 25 entradas
- Dia 4 35 entradas

2. TEMPO DE UTILIZAÇÃO

- 02h15m em 9 entradas (15min por entrada)
- 01h56m em 7 entradas (17min por entrada)
- 00h40m em 2 entradas (20min por entrada)
- 10h45m em 21 entradas (31min por entrada)



NÚCLEO DE PLANEAMENTO E
INTERVENÇÃO PARA A PESSOA
EM SITUAÇÃO SEM ARRISGO, Lisboa

Leitura dos dados:

- Nos 4 dias registou-se um total de 100 entradas;
- Por dia a tenda foi utilizada em média 25 vezes;
- O tempo médio por utilização foi de 22m e 40s;
- Apesar de a amostra ser reduzida, foi possível constatar ao longo dos dias um aumento gradual da utilização da tenda;
- Verificou-se igualmente ao longo dos dias um aumento gradual do tempo de utilização.

Breve conclusão:

A colocação na tenda no espaço público – Jardim da Amnistia Internacional – não criou constrangimentos, reclamações, perguntas nem nos transeuntes que praticavam desporto ao longo do dia, nem qualquer interpelação negativa por parte proprietário e/ou clientes do quiosque-café *Verde Lima*. Colocada estrategicamente com a entrada voltada a sudoeste (área afastada dos circuitos de manutenção e passeio, voltada para um muro do edificado e rodeada de pinheiros) foi disponibilizada 24h para o consumo de álcool e dimensionada para o máximo de 4 pessoas em simultâneo. De entrada aberta, garantiu-se a presença permanente de um técnico e de um mediador. Não houve tensões, nem actos ou palavras consequência dos consumos.

Foi possível verificar um aumento gradual da afluência de utilização, assim como tempos de permanência cada vez maiores. Tal circunstância pode ser explicada pelo facto desta possibilidade nunca ter estado disponível e cujo uso decorreu da informação/descoberta deste serviço.

Importa evidenciar que apesar do período curto de uso deste equipamento/instrumento colheu grande aceitação por parte dos utentes com consumo e dos que não tinham consumo de álcool. Verificou-se ser um instrumento discreto, revestido de alguma privacidade e a sua utilização foi tranquila e natural.



11.

ÍNDICES

ÍNDICE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- ACES** – Agrupamentos de Centros de Saúde;
- ACM** – Alto Comissariado para as Migrações;
- ARSLVT** – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo;
- AVC** - Acidente Vascular Cerebral;
- CAD** – Comportamentos Aditivos e Dependências;
- CAT** – Centro de Alojamento Temporário;
- CS** – Centro de Saúde;
- CSP** – Cuidados de Saúde Primários;
- DGS** – Direcção Geral da Saúde;
- DPOC** - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica;
- ENIPSSA** - Estratégia Nacional de Intervenção com a Pessoa em Situação Sem-Abrigo;
- ETHOS** - *European Typology on Homelessness and Housing Exclusion*;
- ETR** – Equipa Técnica de Rua;
- GHB** - *Gamma Hydroxybutyrate*;
- HPV** - Vírus do Papiloma Humano;
- HR** – Hospital de Referência;
- HTA** - Hipertensão Arterial;
- LSD** - *Lysergic Acid Diethylamide*;
- MDMA (ou *ecstasy*)** - *Methylenedioxy-Methamphetamine*;
- NPISA** – Núcleo de Planeamento e Intervenção com a Pessoa em Situação Sem-Abrigo;
- PALOP** – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa;
- PNV** – Plano Nacional de Vacinação;
- PSSA** – Pessoa em situação sem-abrigo;
- RGPD** – Regulamento Geral de Protecção de Dados;
- RRMD** - Redução de Riscos e Minimização de Danos;
- SICAD** - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências;
- SIDA** - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida;
- SNS** – Serviço Nacional de Saúde;
- UAPSA** - Unidade de Atendimento à Pessoa Sem-Abrigo;
- VHB** - Vírus da hepatite B;
- VHC** - Vírus da hepatite C;
- VIH** – Vírus da Imunodeficiência Humana.

ÍNDICE FIGURAS

Figura 1 – Questões incluídas nas secções 1 e 2 do questionário

Figura 2 - Questões incluídas na secção 3 do questionário

Figura 3 - Questões incluídas na secção 4 do questionário

Figura 4 - Questões incluídas na secção 5 do questionário

Figura 5 - Questões incluídas na secção 6 do questionário

Figura 6 - Distribuição por freguesia de Lisboa das Pessoas em situação sem-abrigo que participaram no presente estudo, de acordo com o seu local de pernoita

ÍNDICE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos inquiridos por Género | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 2 – Distribuição dos inquiridos por escalão etário | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 3 – Distribuição dos inquiridos por naturalidade | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 4 – Distribuição dos inquiridos por situação administrativa | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 5 – Distribuição dos inquiridos por situação sem-abrigo | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 6 – Distribuição dos inquiridos por freguesia de pernoita | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 7 - Distribuição dos inquiridos por local de pernoita/permanência | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 8 - Distribuição dos inquiridos por inscrição em Centro de Saúde | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 9 - Distribuição dos inquiridos por médico de família atribuído | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 10 - Distribuição das Pessoas inquiridas por último contacto com ACES Lisboa Central | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 11 - Distribuição por último contacto com Centro de Saúde e situação habitacional | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 12 - Distribuição por último contacto com Hospital de Referência e situação habitacional | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 13 - Distribuição dos utentes dos CAT inscritos nos Centros de Saúde | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 14 - Distribuição dos utentes dos CAT com médico de família | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 15 - Distribuição dos utentes dos CAT por último contacto com o Centro de Saúde | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 16 - Distribuição dos utentes dos CAT por último contacto com o Hospital de Referência | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 17 - Distribuição dos inquiridos inseridos nos projetos *Housing First* inscritos nos Centros de Saúde | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 18 - Distribuição dos inquiridos inseridos nos projetos *Housing First* com médico de família | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 19 - Distribuição dos inquiridos inseridos nos projetos *Housing First* por último contacto com o Centro de Saúde | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 20 - Distribuição dos inquiridos inseridos nos projetos *Housing First* por último contacto com o Hospital de Referência | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 21 - Distribuição dos inquiridos em relação à dificuldade/inibição no acesso aos cuidados de saúde | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 22 - Distribuição dos inquiridos em relação às razões para a dificuldade/inibição no acesso aos cuidados de saúde | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 23 - Distribuição dos inquiridos em relação ao cumprimento habitual da medicação prescrita | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 24 - Distribuição dos inquiridos que responderam o “não cumprimento da medicação prescrita” em relação às razões | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 25 - Distribuição dos inquiridos em relação à comparência nas consultas marcadas | Fonte: NPISA, 2018 Q.S

Gráfico 26 - Distribuição dos inquiridos em relação às razões pela não comparência às consultas marcadas | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 27 - Distribuição dos inquiridos em relação ao cumprimento das indicações médicas | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 28 - Distribuição dos inquiridos em relação às razões pelo não cumprimento das indicações médicas | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 29 - Distribuição dos inquiridos afetados por alterações respiratórias | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 30 - Distribuição dos inquiridos afetados por alterações cardiovasculares | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 31 - Distribuição dos inquiridos afetados por alterações neurológicas | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 32 - Distribuição dos inquiridos afetados por alterações endócrinas, metabólicas e nutricionais | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 33 - Distribuição dos inquiridos afetados por alterações orais/dentárias | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 34 - Distribuição dos inquiridos afetados por alterações gastrointestinais | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 35 - Distribuição dos inquiridos afetados por alterações músculo-esqueléticas | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 36 - Distribuição dos inquiridos afetados por alterações oculares | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 37 - Distribuição dos inquiridos afetados por alterações auditivas | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 38 - Distribuição dos inquiridos afetados por alterações dermatológicas | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 39 - Distribuição dos inquiridos afetados por alterações urogenitárias | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 40 - Distribuição dos inquiridos afetados por doenças infetocontagiosas | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 41 – Doenças e Alterações Mais Frequentes | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 42 - Distribuição dos inquiridos por Presumível Doença Mental (incluindo abuso / dependência de álcool e/ou drogas) | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 43 - Distribuição dos inquiridos por tipo de doença mental (incluindo abuso / dependência de álcool e/ou drogas) | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 44 - Distribuição dos inquiridos por data da última consulta psiquiátrica | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 45 - Distribuição dos inquiridos por presença na última consulta de psiquiatria | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 46 - Distribuição dos inquiridos por local onde foi consultado | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 47 - Distribuição dos inquiridos segundo a relação entre a Presumível Doença Mental e o consumo de álcool | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 48 - Distribuição dos inquiridos segundo a relação entre a Presumível Doença Mental e o consumo de drogas | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 49 - Distribuição dos inquiridos segundo a relação entre a Presumível Doença Mental e o consumo em simultâneo de álcool e drogas | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 50 - Distribuição dos inquiridos por internamento psiquiátrico | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 51 - Distribuição dos inquiridos por historial de comportamentos aditivos e dependências | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 52 - Distribuição dos inquiridos segundo o historial de comportamentos aditivos e dependências, por género e situação sem-abrigo | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 53 - Distribuição dos inquiridos segundo o historial de comportamentos aditivos e dependências (consumo de álcool), por género e situação sem-abrigo | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 54 - Distribuição dos inquiridos segundo o último consumo de álcool | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 55 - Distribuição dos inquiridos segundo o último consumo de álcool, por género e situação sem-abrigo | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 56 - Distribuição dos inquiridos segundo o historial de adições (consumo de drogas), por género e situação sem-abrigo | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 57 - Distribuição dos inquiridos segundo o último consumo de drogas, por género e situação sem-abrigo | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

Gráfico 58 - Distribuição dos inquiridos segundo o tipo de drogas consumidas, por situação sem-abrigo | Fonte: NPISA, 2019 Q.S.

ÍNDICE GERAL

1. INTRODUÇÃO	5
2. METODOLOGIA	11
3. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA	19
3.1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DA AMOSTRA DOS QUESTIONÁRIOS	21
3.2. SÍNTESE DOS RESULTADOS	26
4. ACESSO À SAÚDE	27
4.1. DADOS RELATIVOS AO ACESSO À SAÚDE	29
4.2. DIFICULDADES OU INIBIÇÃO NO ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE E ADESÃO ÀS CONSULTAS E MEDICAÇÃO	37
4.3. SÍNTESE DOS RESULTADOS	41
4.4. CONCLUSÃO	42
5. SAÚDE FÍSICA	45
5.1. DADOS DE SAÚDE FÍSICA	47
5.2. SÍNTESE DOS RESULTADOS	54
5.3. CONCLUSÃO	55
6. SAÚDE MENTAL	59
6.1. DADOS DE SAÚDE MENTAL	61
6.2. SÍNTESE DOS RESULTADOS	66
6.3. CONCLUSÃO	66
7. DEPENDÊNCIAS	69
7.1. DADOS DEPENDÊNCIAS	71
7.2. SÍNTESE DOS RESULTADOS	78
7.3. CONCLUSÃO	78
8. CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES	81
8.1. CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
8.2. RECOMENDAÇÕES	85

8.2.1 ACESSO À SAÚDE	85
8.2.2. SAÚDE FÍSICA	87
8.2.3. SAÚDE MENTAL	90
8.2.4. DEPENDÊNCIAS	91
9. BIBLIOGRAFIA	93
9.1. GERAL	95
9.2. ESPECÍFICA	97
9.3. OUTRA	98
10. ANEXOS	99
ANEXO 1 - Parecer da Comissão de Ética da ARSLVT	101
ANEXO 2 - Questionário aplicado	109
ANEXO 3 – Dados complementares relativos à aplicação do questionário	120
ANEXO 4 – Dados complementares relativos à monitorização do fenómeno em 2018, 2019 e 2020	122
ANEXO 5 – Tenda no espaço público para consumo de álcool: Relatório de Utilização de Espaço Para Consumo de Álcool	124
ÍNDICES	127
ÍNDICE DE SIGLAS E ABREVIATURAS	129
ÍNDICE FIGURAS	130
ÍNDICE GRÁFICOS	130
ÍNDICE GERAL	134
FICHA TÉCNICA	137

FICHA TÉCNICA

Edição

NPISA | Núcleo de Planeamento e Intervenção Sem-Abrigo
Câmara Municipal de Lisboa | Pelouro da Educação e dos Direitos Sociais

Coordenação Editorial

Maria Teresa Bispo | Coordenadora NPISA | CML

Coordenação de Projeto

Carlos Farias | Coordenador do Planeamento e Monitorização e do Eixo da Saúde NPISA | CML

Entidades que Aplicaram o Questionário

AMI | Beatriz Corte-Real, Sara Fortunato, Eva Cardoso, Sérgio Condez, Joana Ribeiro e Gonçalo Henriques

AEIPS | Inês Almas

Ares do Pinhal | Raquel Glória, Shirley Coelho e Marta Nascimento

Associação dos Albergues Nocturnos | Lina Pico

Cais | Patrícia Ricardo e Daniela Ferreira

CHPL | António Bento, Francisco Pereira e João Gama Marques

Comunidade Vida e Paz | Joana Viana e Clarissa Ferreira

CRESCER | Andreia Alves, Joana Lobo, Cristiana Merendeiro, Carlota Matos, Catarina Branco, Rita Antunes, Rita Figueiredo e Soraia Cunha

Médicos do Mundo | Joana Tavares e Margarida Santos

VITAE | Francisca Diogo, Guida Miranda, Marcela Silva, Sofia Almeida, Andreia Hervet; Vânia Oliveira, Joana Morais e Marta Ferreira

VOXLisboa

Equipa de Investigação

António José Gomes Bento (Coordenador) | CHPL

Carlos Farias | NPISA

Hugo Martins | VOXLisboa

Joana Tavares | MdM

Análise de Dados e Revisão Estatística

António Bento | CHPL

Carlos Farias | NPISA

Catarina Oliveira | MdM

Elias Barreto | CHPL

Hugo Martins | VOXLisboa

Índia Saraiva | NPISA

Inês Almas | AEIPS

Maria Helena Almeida | ARSLVT/ACES Lisboa Central

Maria Teresa Bispo | NPISA

Rita Marques | Crescer

Teresa Gonçalves | ARSLVT/ACES Lisboa Norte

Redação Capítulo Saúde Física

Hugo F G Martins | VOXLisboa

Inês Venâncio | VOXLisboa

Consultores | VOXLisboa

Ana Rei, Ana Sousa Martins, Barbara Flor de Lima, Bruno Pinto, Inês Simões, João Miguel Martins, Leonor Silva, Maria João Oliveira, Renata Vicente, Rui Fernandes, Sergio Dahdouh Cabia, Susana Marques, Tiago Sá

Redação Capítulo Saúde Mental

António Bento | CHPL

Elias Barreto | CHPL

Inês Almas | AEIPS

Redação Capítulo Dependências

Rita Marques | Crescer

Outros contributos:

Associação Ares do Pinhal

Associação Atos de Mudança

Associação Conversa Amiga

Carla Pereira | CML

Paulo Brás | NPISA | CML

Revisão de Texto

Índia Saraiva | NPISA

Madalena Múrias | NPISA | CML

Maria Teresa Bispo | Coordenadora NPISA | CML

Design Gráfico

Índia Saraiva | NPISA

Software de registo dados

Excel

Software estatístico

SPSS versão 25

Propriedade

NPISA Lisboa

Depósito Legal

488061/21

Tiragem

250 exemplares

Impressão

Imprensa Municipal | CM Lisboa

© NPISA, 2021

AGRADECIMENTOS

A todas as pessoas que constituíram o público alvo deste estudo e que participaram com o seu tempo, o seu testemunho e os respetivos dados pessoais.



NPISA 

**NÚCLEO DE
PLANEAMENTO
E INTERVENÇÃO
PARA A PESSOA
EM SITUAÇÃO
SEM-ABRIGO.**

Lisboa

