



Sumário Executivo

.....
Avaliação Externa
Plano Nacional
Contra a Droga e as Toxicodependências
2005-2012 (PNCDT)

Ficha Técnica



Título: Sumário Executivo - Avaliação Externa Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências 2005-2012 (PNCDT)

Autor: Gesaworld SA

Editor: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

Design e Produção: Loures Gráfica

ISBN: 978-972-9345-79-1

1000 exemplares

Depósito Legal

Lisboa 2013

A informação contida nesta publicação é da inteira responsabilidade de Gesaworld SA.

1. Índice

1.	Introdução	3
2.	Contexto	3
3.	Metodologia	6
4.	Resultados	7
4.1.	Prevenção	7
4.2.	Dissuasão	8
4.3.	RRMD	10
4.4.	Tratamento	12
4.5.	Reinserção	15
4.6.	Redução da Oferta	16
4.7.	Reorientações Estratégicas	18
4.8.	Coordenação	22
4.9.	Avaliação do Impacto	23
5.	Conclusões Gerais.....	29
6.	Recomendações Gerais	30
7.	Bibliografia	32
8.	Glossário	34

1. Introdução

O presente sumário executivo é relativo ao relatório de avaliação externa do "Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências 2005-2012" (PNCDT). O estudo foi adjudicado à empresa Gesaworld, SA em Março de 2012, através do Concurso Limitado por Prévia Qualificação N.º 01/2011/SC-IDT, I.P.

A matriz das políticas de luta contra a droga e as toxicodependências assenta em dois grandes eixos a saber, a redução da procura e a redução da oferta. Os vetores de intervenção relativos às atividades de prevenção, dissuasão, redução de riscos e minimização de danos (RRMD), tratamento e reinserção formam o corpo do eixo da redução da procura. O segundo eixo, da redução da oferta, assenta em esforços para limitar a oferta e o acesso às drogas ilícitas.

Em 1999 através da Resolução do Conselho de Ministros n.º46/99 é criada a Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga (ENLCD) e são assentes os seus princípios, objetivos e devidas opções estratégicas. Seguindo este molde organizativo, foram produzidos os seguintes documentos para nortear o trabalho nesta área: o "Plano de Ação Nacional de Luta Contra a Droga e a Toxicodependência - Horizonte 2004" e o PNCDT cuja implementação constitui o objeto desta avaliação. A primeira avaliação da ENLCD e, conseqüentemente, do Plano "Horizonte 2004", foi realizada em 2004 pelo Instituto Nacional de Administração (INA:2004). Agora pretende-se avaliar o PNCDT, 2005-2012, que se operacionalizou em dois Planos de Ação: o "Plano de Ação contra as Drogas e as Toxicodependências – Horizonte 2008" que foi alvo de uma avaliação interna e o "Plano de Ação contra as Drogas e as Toxicodependências 2009-2012", cuja avaliação interna está em curso à data de elaboração do presente sumário.

A presente avaliação tem como objetivo geral avaliar criticamente o ciclo 2005-2012 do PNCDT, com a finalidade de obter indicações para o planeamento do ciclo seguinte. Os objetivos específicos, devidamente explicitados no caderno de encargos, desdobram-se em quatro âmbitos de avaliação, a saber: i) análise do cumprimento dos objetivos do PNCDT e dos respetivos desvios verificados, nomeadamente em aspetos particulares das opções estratégicas de centralidade no cidadão, territorialidade, abordagens integradas, melhoria da qualidade e mecanismos de certificação e prevenção da criminalidade relacionada com a droga; ii) avaliação do impacto com base na análise de variáveis epidemiológicas e de resposta em Portugal num processo de comparação com os dados relativos a Espanha e à Noruega; iii) avaliação económica do custo-benefício da implementação de respostas integradas em relação a uma estrutura precedente de respostas pulverizadas e dispersas; iv) estudo de eficiência, de eficácia e de qualidade de intervenções específicas no domínio dos vetores dos eixos estratégicos da redução da procura e da redução da oferta.

2. Contexto

Em Portugal a Estrutura de Coordenação para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool assegura a coordenação e articulação entre os vários departamentos governamentais envolvidos nos problemas relacionados com a droga, as toxicodependências e o uso nocivo do álcool. Através do Decreto-lei n.º 17/2012 de 26 de Janeiro é criado o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), que extingue o Instituto da Droga e da

Toxicod dependência (IDT,I.P.) e apresenta uma inovação importante assente na opção de reforço da componente de planeamento e acompanhamento de programas de redução do consumo de substâncias psicoativas, na prevenção dos comportamentos aditivos e na diminuição das dependências. A componente de operacionalização das intervenções pertence ao âmbito de atuação das Administrações Regionais de Saúde, (ARS,I.P.). O Diretor Geral deste Serviço é, por inerência, o Coordenador Nacional do Combate à Droga e à Toxicod dependência que exerce funções junto do Ministro da Saúde. Ao IDT,I.P. extinto, competiam as tarefas de coordenação e execução da ENLCD cometidas pelo Ministro da Saúde tal como lhe competia apoiar o membro do Governo responsável pela área da saúde na definição desta estratégia. Este Instituto desenvolvia uma estratégia integrada de combate à droga e à toxicod dependência alicerçada na prevenção dos consumos, tratamento, RRMD e reinserção social, assegurando de forma transversal o funcionamento do Sistema Nacional de Informação sobre Droga e Toxicod dependência (SNIDT), promovendo e estimulando a investigação do fenómeno, apoiando a formação dos profissionais que intervêm neste domínio, garantindo o funcionamento das Comissões para a Dissuasão da Toxicod dependência (CDT), assegurando a cooperação com entidades externas e estudando e propondo medidas legislativas e administrativas neste domínio, acompanhando a sua aplicação.

Situação de partida do PNCOT

No seguinte quadro apresenta-se um resumo da situação de partida na elaboração do PNCOT 2005-2012, por áreas.

Resumo da situação de partida à elaboração do PNCOT

Consumos:

- a cannabis apresentava a mais elevada prevalência de consumo entre a população portuguesa dos 15-64 anos, a população escolar do 3.º Ciclo do Ensino Básico e Secundário e a população reclusa (estudos epidemiológicos nacionais). Ao nível da população escolar constatou-se um aumento dos consumos de várias substâncias;
- prevalências de consumo de cannabis entre a população escolar mais elevadas que as das demais substâncias psicoativas, quer nos resultados do HBSC/Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2002 como na *European School Survey Project on Alcohol and other Drugs* (ESPAD) em 2003 (9.2% e 15%, respetivamente no primeiro e no segundo estudo). As prevalências dos consumos entre as populações escolares portuguesas continuavam no entanto inferiores às médias europeias;
- a heroína constituía a droga predominante no caso dos consumos problemáticos (muitas vezes associada à cocaína ou base de cocaína).

Tratamento:

- **Droga principal:** a heroína constituía em 2004 a droga principal da maioria dos utentes das várias estruturas de tratamento: 85% dos utentes em ambulatório na rede pública (dos quais 63% consumidores de heroína e 22% de heroína e cocaína) e 75% dos utentes em primeiras consultas;
-

- **Via de administração:** a administração por via endovenosa da droga principal situava-se entre 25% a 52%;
- Redução da prática de consumo endovenoso entre os utentes em primeiras consultas na rede pública de tratamento da toxicodependência (de 45% em 1999 para 25% em 2004 de utentes que referiram o consumo endovenoso no último mês anterior à consulta).

Doenças infecciosas:

- **Notificação de infeções por Virus da Imunodeficiência Humana (VIH):** 39% do total acumulado de notificações de infeção pelo VIH em 2004 eram casos associados à toxicodependência, tendo no entanto decrescido em relação a 1998, de 62%;
- **Positividade VIH:** 12 a 28% dos utentes das estruturas de tratamento da toxicodependência;
- **Terapêutica anti retroviral:** a percentagem de toxicodependentes seropositivos que se encontravam com terapêutica anti retroviral em 2004 variava entre os 19 e 68%;
- **Hepatite B:** 3% em 2004 da população toxicodependente;
- **Hepatite C:** 44% em 2004 da população toxicodependente;
- **Tuberculose:** em 2004 entre 1% (utentes das Unidades de Desabilitação (UD) públicas e licenciadas) e 4% (utentes da rede pública de tratamento – ambulatório);

Mortes: 156 casos em 2004 (resultados positivos nos exames toxicológicos de drogas efetuados a nível do Instituto Nacional de Medicina Legal, (INML, I.P.);

Contraordenações por consumo de drogas: 5.370 ocorrências que originaram a abertura de processos em 2004, dos quais 68% estavam relacionados com cannabis.

Fontes: Instituto da Droga e da Toxicodependência, Relatório anual de atividade 2004; Lisboa, IDT.; Instituto da Droga e da Toxicodependência (2005). A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências 2004, Lisboa, IDT.

Com base neste quadro foram realizadas recomendações para o futuro decorrentes da avaliação da ENLCD (INA, 2004), nomeadamente: i) reorganizar e aumentar a abrangência do SNIDT; ii) reduzir a oferta aumentando a captura dos traficantes; iii) desenvolver uma nova geração de iniciativas e de programas de prevenção com a comunidade e empresas; iv) melhorar os sistemas de RRMD através do desenvolvimento das linhas de ação já prosseguidas; v) enriquecer os serviços prestados oferecidos pelas redes de centros de tratamento ou de dia e pelas Comunidades Terapêuticas (CT), melhorando também os sistemas de acompanhamento e avaliação; vi) lançamento de um novo espectro de iniciativas para reduzir o estigma social da droga junto dos empregadores e promoção da reinserção social e laboral; vii) reorganização do IDT, I.P. e estabelecimento de novo modelo de cooperação interministerial e, viii) clarificar prioridades para os esforços de formação e de investigação, passando a potenciar melhor os seus resultados.

O PNCDT 2005-2012

O PNCDT foi construído com uma estrutura assente em áreas transversais (Coordenação; Cooperação Internacional; Informação; Investigação; Formação e Avaliação; Reordenamento jurídico) e áreas de missão: Redução da procura e Redução da oferta.

Metodologia

Os princípios estratégicos definidos no PNCDT pretenderam garantir a consistência e a coerência da coordenação e uma otimização de resultados. São eles:

- Centralidade no cidadão: que estipula que a intervenção em toxicodependências não constitui um fim em si mesmo, devendo descentrar-se das substâncias e assumir a centralidade no cidadão e nas suas necessidades objetivas e subjetivas;
- Territorialidade: que coloca o enfoque numa gestão e planeamento localizado e territorial;
- Abordagens e respostas integradas: apostando-se na intervenção integrada a nível interno e externo;
- Melhoria da qualidade e mecanismos de certificação: através de um processo que se inicia com a elaboração de um diagnóstico, seguido da definição do ponto de chegada bem como da definição e elaboração dos indicadores e instrumentos a utilizar. A avaliação deve ser parte integrante da cultura institucional.

3. Metodologia

Na presente avaliação combinou-se a utilização de técnicas quantitativas e de técnicas qualitativas (e.g. Técnicas de grupo nominal¹ e entrevistas²) com o objetivo de obter uma perspetiva global sobre o processo de implementação do PNCDT. Tornou-se fundamental não só descrever os resultados e verificar se existiram desvios em relação ao planeado (eficácia) mas também conhecer qual o seu efeito (impacto), a forma como foram obtidos (eficiência e qualidade) e em que contexto, enquadrando-se assim os eixos e as atuações previstas no PNCDT no conjunto de circunstâncias que influenciaram a sua implementação, quer elas fossem políticas, de mercado, de recursos ou outras.

No presente estudo foram identificados os instrumentos de recolha da informação³ e apresentada uma proposta de bateria de indicadores a utilizar para avaliar os âmbitos em análise. Esta bateria de indicadores foi consensualizada com a equipa de trabalho que acompanhou o projeto (*Steering committee*). O cálculo de indicadores foi concretizado através de informação quantitativa e qualitativa recolhida.

¹ Realizaram-se sete sessões nas quais participaram atores que estiveram na base da elaboração do PNCDT, representantes das entidades parceiras do IDT, I.P., Delegados Regionais e representantes dos Núcleos de Apoio Técnico das Delegações Regionais, profissionais dos Centros de Respostas Integradas, profissionais das respostas no âmbito dos Programas de Respostas Integradas, representantes das entidades parceiras, atores das várias autoridades policiais e das CDT e profissionais de Equipas de Rua.

² Efetuaram-se cinco entrevistas a saber: ao Coordenador Nacional para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Alcool, a um membro do Conselho Diretivo do IDT, I.P., a um representante do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência e a dois utentes do Centro de Dia da UD – Centro das Taipas.

³ Recolha da informação disponível nas seguintes fontes: IDT, I.P. (Relatórios de Atividades); Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. ("Situação do país em matéria de drogas e toxicodependências") e, Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (dados estatísticos). Foi necessário desenvolver reuniões e pedidos de informação com os coordenadores de cada um dos vetores na área de missão da procura; ao departamento financeiro do IDT, I.P. e dois pedidos específicos às Delegações Regionais e às CDT. Do lado da redução da oferta estabeleceu-se contato com as forças de segurança (Guarda Nacional Republicana, Polícia de Segurança Pública e Polícia Judiciária).

4. Resultados

Analisando cada um dos vetores da área de missão da redução da procura, a presente avaliação da implementação do PNCDT concluiu que as intervenções definidas para o período entre 2005 e 2012 no âmbito da prevenção, dissuasão, RRMD, tratamento e reinserção foram globalmente conseguidas tendo-se configurado uma rede de intervenção integral e integrada, com base em respostas de proximidade, que coloca o indivíduo no centro das intervenções independentemente da sua situação face ao consumo de drogas e que permitiu estabelecer as bases para um sistema global de gestão da qualidade.

4.1 Prevenção

A conceptualização da intervenção está baseada no modelo de Prevenção em saúde que inclui a prevenção universal, seletiva e indicada.

A implementação de programas centrados no desenvolvimento de competências sociais constituiu uma reconfiguração da estratégia no âmbito da prevenção universal, que permitiu ir de encontro às recomendações científicas que conferem a estas intervenções maior eficácia no reforço dos fatores de proteção face à experimentação ou escalada no consumo. Privilegiaram-se intervenções mais contextualizadas e participadas em detrimento de campanhas de divulgação massiva. Entre os projetos que retratam esta aposta encontram-se os programas "Eu e os Outros" (EEOO), "Trihos", "Copos, quem decide és tu" (Copos), "E agora Ruca", "Atlante", entre outros.

Paralelamente implementou-se uma geração de programas destinados a populações específicas identificadas com base em critérios uniformes no território nacional (Programa de Intervenção Focalizada (PIF) e Plano Operacional de Respostas Integradas (PORI)). Estes programas permitiram responder a áreas lacunares na intervenção preventiva, atuando com populações com necessidade de intervenções específicas e adequadas face às condições sociais e económicas apresentadas (prevenção seletiva e indicada).

Concomitantemente, foi desenvolvido um intenso trabalho para aferir a eficácia destas intervenções, projetos e programas, aumentando-se o conhecimento sobre as intervenções com melhores resultados.

Na presente avaliação pode-se constatar que os diferentes projetos e programas em avaliação constituíram uma proposta inovadora e experimental, coerente com as premissas enunciadas no PNCDT; permitiram identificar dimensões fundamentais para a definição e implementação de programas tanto ao nível da prevenção universal, como da prevenção seletiva das toxicodependências; testar novas metodologias e práticas; avaliá-las e refletir sobre os seus resultados de modo a que se constituíssem como contributos orientadores para a intervenção preventiva futura.

Constituíram-se ainda as bases para desenvolver no futuro a intervenção preventiva no meio laboral, em conjunto com as entidades empregadoras (Programa Interações - *European Research and Intervention on Dependency and Diversity in Companies and Employment* (Eurídice)).

Resultados 4.2 Dissuasão

No âmbito do vetor da prevenção a eficácia, a eficiência e a qualidade de intervenções foi avaliada especificamente através do *aumento do número de programas de prevenção promotores de estratégias e ações baseadas em evidência científica e de intercâmbios e experiências e da melhoria do processo de seleção, acompanhamento e monitorização dos projetos implementados*. Os projetos de prevenção que foram desenvolvidos e que cumpriram o requisito de ser promotores de estratégias e ações baseadas em evidência científica foram identificados em conjunto com os serviços centrais do IDT, I.P., a saber: PIF; Projeto de prevenção do consumo de drogas desenvolvido numa parceria entre a Casa Pia de Lisboa e o IDT, I.P.; Copos; EEEO e Trilhos. No âmbito da eficácia, analisou-se a abrangência dos programas de prevenção e o número de ações de prevenção realizadas. No que diz respeito à abrangência dos programas de prevenção, o número anual médio de indivíduos abrangidos entre 2005 e 2012 (todos os programas incluídos) é de 91.015 (informação *ad-hoc* fornecida pelo IDT, I.P.) e um número médio anual de ações de prevenção realizadas por programa com base em evidência científica e de intercâmbios e experiências entre 2005 e 2012 de 658,5 ações (informação *ad-hoc* fornecida pelo IDT, I.P.). O custo anual médio por programa e indivíduo foi de 3,5 euros (total dos programas em análise). Constatou-se que o PIF é o programa com um custo médio anual mais elevado (13,4 euros) e o programa EEEO é o que apresenta o custo médio mais baixo (0,2 euros), logo seguido dos programas Copos e Trilhos com um custo de 0,7 euros (informação *ad-hoc* fornecida pelo IDT, I.P.). Apesar da complexidade dos programas em análise, pode concluir-se por uma intervenção eficiente devendo ser destacado o mérito pela capacidade de integração de recursos de outros setores na aplicação destes programas.

No que diz respeito à qualidade, desenvolveu-se uma panóplia de ações em diferentes áreas permitindo concluir que as intervenções se pautaram essencialmente pela sua capacidade de integração na conceptualização e implementação dos programas. Reforçou-se a qualidade técnico-científica e metodológica através da formação dos profissionais, do acompanhamento contínuo dos programas e projetos, da elaboração de manuais de procedimentos e boas práticas e privilegiou-se o trabalho em articulação com os atores locais (autarquias, escolas, etc.) promovendo a coerência e a complementaridade na atuação.

No cômputo geral, a estratégia de intervenção da Prevenção sofreu de um grande estímulo com a implementação do PNCOT. Na sua globalidade, os 3 objetivos gerais definidos no PNCOT na área da prevenção foram cumpridos.

4.2 Dissuasão

No momento de elaboração do Plano agora em avaliação, Portugal tinha adotado muito recentemente uma política inovadora e cujos efeitos eram ainda desconhecidos, estabelecendo como contraordenação o consumo, aquisição e detenção (não excedendo a quantidade para consumo individual durante 10 dias) de substâncias elencadas na Lei n.º 30/ 2000 de 29 de Novembro. O Plano tinha portanto o papel de assegurar a organização e funcionamento do dispositivo de Dissuasão e de criar evidência sobre os seus resultados e efeitos. De notar que até ao momento foram já realizados 4 estudos internacionais (Domoslawski: 2011; Greenwald: 2009; Hughes e Stevens: 2010; EMCDDA: 2011) sobre a política de

descriminalização do consumo adotada em Portugal demonstrando o interesse e reconhecimento internacional suscitado por este modelo.

No âmbito da Dissuasão pretendeu-se avaliar a eficácia, a eficiência e a qualidade de intervenções, em específico o *fomento da articulação interministerial com as tutelas cuja missão abarque respostas no âmbito da toxicodependência e promoção e garantia da articulação interna e intraministerial entre os serviços com responsabilidades ou implicações da Lei 30/2000, de 29 de Novembro*, tal como referido no caderno de encargos do estudo. As entidades envolvidas na aplicação da Lei são diversas e compreendem os Tribunais, as Forças de Segurança, os Serviços de Saúde, os já extintos Governos Cívicos, os Estabelecimentos Prisionais (EP), entre outros. Foi possível observar neste relatório que a implementação do PNCDT permitiu tornar mais eficiente o funcionamento do dispositivo garantindo-se a aplicação da Lei. O aumento da acessibilidade aos recursos com os quais as CDT articulam foi concretizado através do aumento do número de processos decididos observado entre 2005 e 2011. Simultaneamente é um dispositivo importante na identificação de consumidores problemáticos sem contato prévio com os serviços de tratamento e no reencaminhamento de consumidores que já tinham tido contatos prévios com estes serviços. Os trabalhos desenvolvidos pelo professor Jorge Quintas em 2011 revelam que as CDT “apreciam efetivamente um número bem superior de transgressões de consumo do que alguma vez os tribunais julgaram” e que os clínicos ouvidos na sua pesquisa afirmam que as medidas aplicadas pelo sistema “levam à rede de tratamento pessoas que dela estavam afastadas”, sendo “possível mantê-las em terapia durante mais tempo”. Em suma o efeito dissuasor dos consumos tem surtido efeitos na medida em que as CDT têm recebido um número crescente de indiciados classificados como não toxicodependentes que, de outro modo, não teriam acesso a respostas específicas às suas necessidades. Igualmente existe um volume significativo de consumidores toxicodependentes que são encaminhados pela primeira vez para estruturas de tratamento e outras através da atuação das CDT.

O número de processos nas CDT manteve-se estável no período em avaliação. Em 2005, as CDT tiveram um total de 7.368 processos e em 2011 esse número foi de 7.388 (IDT,I.P.: 2005 e 2011).

Em termos de articulação, aponta-se a formulação de novos mecanismos durante o período de vigência do PNCDT, com organismos e entidades, sendo que estas parcerias serviram para suprir as necessidades de respostas específicas para os indiciados não toxicodependentes, com trajetórias de vida problemáticas e/ou em situação de risco e também para apoiar os indiciados toxicodependentes nos seus processos de encaminhamento para tratamento ou outro tipo de respostas (oferecendo transporte e/ou descentralizando as audições para locais mais próximos dos indiciados, tais como em instalações das Câmaras Municipais).

O custo médio por processo no conjunto das CDT mantém-se estável ao longo do período 2005-2011, variando entre o valor mínimo de 346 euros relativos ao ano de 2007 e máximo de 388 euros em 2006, mas as comparências dos indiciados e os processos resolvidos tenderam a aumentar o que revela a otimização do funcionamento das CDT (IDT,I.P.: 2005-2011). Há que ter em conta que segundo a Direção Geral de Administração da Justiça, a despesa por processo por 100.000 habitantes era, em 2007, de

Resultados 4.3 RRMD

525,25 euros. Os custos por processo em cada CDT são inferiores aos custos apresentados nos tribunais judiciais de primeira instância (Ministério da Justiça: 2007).

Foram ainda observadas melhorias no âmbito da monitorização e divulgação dos resultados de atividade do dispositivo. Foi implementado um sistema de acompanhamento e monitorização do trabalho das equipas técnicas e afluíram-se a articulação com os parceiros integrando-os na estratégia de redução da procura e da oferta. Destaca-se o trabalho conjunto entre as CDT e os Tribunais.

A implementação do Sistema Integrado de Avaliação na Administração Pública (SIADAP) nas CDT ocorreu em 2011 e prevê a avaliação dos membros da equipa técnica tendo havido ainda um despacho (n.º 12132/2011, de 15 de Setembro) de delegação de competências ao IDT, I.P. no âmbito das reuniões de supervisão e acompanhamento a todas as CDT tendo resultado num manual de boas práticas em processo de elaboração (com base nos contributos e troca de experiências entre os técnicos e os membros das CDT, a nível nacional) quando a finalização deste relatório.

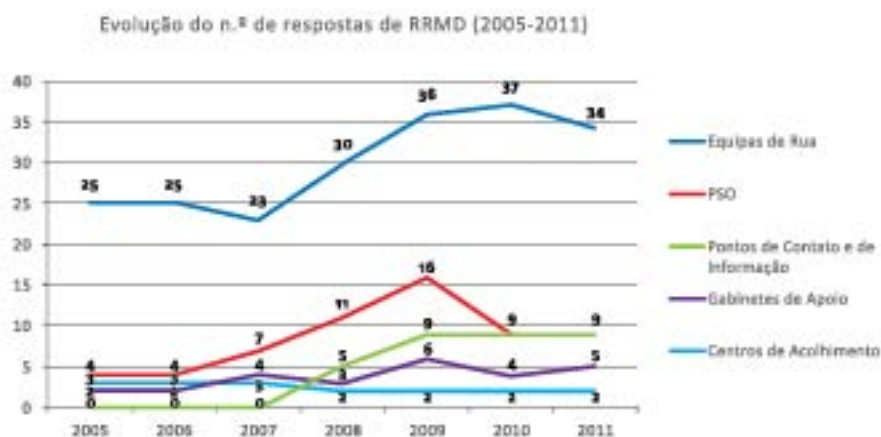
As CDT possuem um sistema próprio de queixas que implica o seu registo e o posterior envio do conteúdo para os serviços centrais do IDT, I.P.. Para um número de 52.820 processos que deram entrada nas dezoito CDT durante o período de 2005 a 2011, foram registadas duas queixas (informação *ad-hoc* enviada pelas CDT).

No cômputo geral, a estratégia de intervenção da Dissuasão auferiu de um grande estímulo com a implementação do PNCOD.

A maioria dos objetivos definidos no PNCOD para a área da dissuasão foram cumpridos.

4.3 RRMD

Em termos da intervenção na área da RRMD a implementação do PNCOD teve como resultado o alargamento da rede de respostas entre 2005 e 2011 à exceção dos Centros de Acolhimento. O número de Programas de Substituição Opiácea de Baixo Limiar de Exigência (PSO-BLE) aumentou até 2009 e entre 2010 e 2011 diminuiu.



Elaboração própria.
Fonte: Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., Relatórios de Atividades 2005-2011, IDT, I.P.

Neste período foi implementada a resposta Pontos de Contacto e Informação (PCI), avançando-se na intervenção em espaços recreativos. De destacar o trabalho desenvolvido no meio prisional através da criação de propostas para a intervenção nestes contextos (programa de informação e sensibilização sobre os riscos de overdose) e avaliação do Programa Troca de Seringas (PTS).

O aumento do número de respostas de RRMD permitiu contactar em 2011 um total 12.550 utentes (IDT,I.P.: 2011), aumentando a acessibilidade a indivíduos que habitualmente não estavam em contato com as estruturas convencionais, cumprindo-se o objetivo elaborado no PNCDDT neste vetor.

Do universo de utentes contactados, 72% beneficiaram de apoio psicossocial, 18% de cuidados de saúde e 13% foram encaminhados para outros serviços (IDT,I.P.: 2011). Verificou-se um aumento de 41% em termos do apoio psicossocial prestado entre 2009 e 2011 (IDT,I.P.: 2009-2011), o que revela que o investimento feito nesta área deu os seus frutos.

A média anual das verbas atribuídas por indivíduo a abranger em Equipas de Rua (ER) foi de 336,5 euros (informação *ad-hoc* fornecida pelo IDT,I.P.) o que, face aos serviços prestados, parece uma previsão financeira relativamente baixa, se tivermos em conta os recursos envolvidos na estratégia de RRMD. No entanto, destaca-se uma grande variação entre equipas no valor anual atribuído por indivíduo (em que o valor mínimo se situa em 16,35 euros e o valor máximo em 1095,36 euros (informação fornecida pelo IDT,I.P.)), situação que se prende essencialmente com os serviços incluídos em cada equipa e a subsequente variação de indivíduos abrangidos.

O alargamento das respostas de PSO-BLE e de ER, com a intervenção no âmbito do PTS e a atuação em meio prisional permitiram aumentar a acessibilidade a grupos específicos com consequências claras em termos de resultados em saúde. Estas respostas concorreram para os resultados obtidos de redução da prevalência de doenças infecciosas entre consumidores por via endovenosa (CDI) em sintonia com os objetivos do Plano.

Para fortalecer a intervenção e o *know-how* na área de RRMD foi essencial o trabalho desenvolvido no âmbito da melhoria contínua da qualidade da intervenção, através da formação de técnicos; da elaboração de *guidelines* para a intervenção e impulsionando a cultura de registo, monitorização e avaliação das respostas. Em 2006, destaca-se a produção de um guia metodológico para o PTS. Em 2007 foi feito um estudo de avaliação dos resultados da intervenção das ER, assim como se definiram técnica e normativamente as suas competências e atividades. Tanto a produção do manual de procedimentos do programa KLOTHO, como do documento de monitorização e controlo da qualidade do programa, em colaboração com a Coordenação Nacional para a Infeção VIH/SIDA, constituíram uma garantia da imposição de normatividade e das condições de prestação de serviços nesta área. A criação de um portefólio de projetos de RRMD apoiados pelo IDT, I.P. (IDT,I.P.: 2011) proporcionou um conhecimento detalhado de todas as iniciativas existentes. Depois do grande esforço feito nesta área nos anos precedentes, em 2011 a atenção voltou-se para iniciativas de articulação com outros vetores de intervenção (caso da proposta de modelo de unidade residencial de longa duração, elaborada em conjunto com o Núcleo de Reinserção) e para propostas de certificação da qualidade

Resultados 4.4 Tratamento

do Núcleo de Redução de Danos.

A avaliação da construção de uma rede global de respostas integradas com parceiros públicos e privados recebe nota positiva, em particular pela percentagem de encaminhamentos para uma diversidade de serviços de saúde e de apoio psicossocial assegurando respostas em rede adequadas às necessidades dos utentes. Por outro lado, foi implementada uma vasta rede de parceiros, essencialmente Instituição(ões) Particular(es) de Solidariedade Social (IPSS), o que permitiu chegar a franjas mais alargadas da população, assim como proporcionar uma vasta rede de serviços aos utentes, algo praticamente inexistente antes do PNCOT 2005-2012. Adicionalmente foi assegurada a complementaridade na intervenção entre os prestadores de serviços em RRMD, através da integração do vetor de RRMD nos Centros de Respostas Integradas (CRI) e da criação da figura do interlocutor em RRMD nestes centros. O trabalho desenvolvido nos EP ao nível do Programa Experimental de Troca de Seringas e as ações de sensibilização realizadas nestes espaços, também confirma o alcance da intervenção desejada.

Os 3 objetivos definidos no PNCOT para a área de RRMD foram globalmente cumpridos.

4.4 Tratamento

A rede de recursos de Tratamento existente aquando da elaboração do PNCOT era ampla e com uma vasta carteira de serviços. Assim o trabalho desenvolvido no âmbito do PNCOT centrou-se na reorganização interna das equipas por via da constituição dos CRI; na elaboração de linhas orientadoras e na implementação e consolidação de um Sistema de Informação Multidisciplinar (SIM). A integração dos serviços de alcoologia teve particular impacto neste vetor pois terá eventualmente condicionado a execução de alguns dos objetivos definidos no âmbito do PNCOT.

A reconfiguração territorial do dispositivo de ambulatório da rede pública e o reforço da articulação entre respostas internas e externas facultou uma maior acessibilidade da população às respostas: de um total de 30.226 utentes em tratamento em 2004 para 38.292 em 2011. Em 2007 verifica-se um aumento no número de utentes atendidos o que está relacionado com a integração dos utentes com problemas relacionados com o consumo de álcool, a partir do segundo semestre do ano, o que revela o impacto da integração destes utentes na atividade anual. Em 2008 existiam aproximadamente mais 19% de utentes em tratamento e mais 32% de utentes em primeiras consultas em relação a 2006, ano em que a atividade se referia em exclusivo a consumidores de substâncias ilícitas (IDT,I.P.: 2006, 2007, 2008).

A quase duplicação do número de primeiras consultas (de 4.844 a 8.492), se compararmos os dados de 2005 com os de 2011, indica que as estruturas de tratamento incrementaram a sua capacidade para atrair e atender novos utentes. A partir de 2010, com o funcionamento do SIM, foi possível obter informação discriminada em relação ao tipo de utentes atendidos nas primeiras consultas. Verifica-se que em 2011 que os utentes com problemas relacionados com o consumo de álcool quase igualam em percentagem a proporção de utentes consumidores de substâncias psicoativas ilícitas.

Por outro lado sublinha-se o alargamento da intervenção dirigida a grupos específicos e outras substâncias lícitas que não álcool, tais como tabaco.

Foram descentralizadas consultas especializadas noutros dispositivos (Centros de Saúde, Centros da Juventude) e mantiveram-se e reforçaram-se os programas de tratamento com agonistas opiáceos nos Centros de Saúde, Hospitais, EP, Farmácias e outras estruturas.

Durante a implementação do PNCDT observou-se uma consolidação do trabalho desenvolvido dotando a rede de respostas de uma oferta de programas e cuidados abrangendo um amplo leque de abordagens psicossociais e farmacológicas, orientadas por princípios éticos e por evidência científica.

Destaca-se a existência de serviços de tratamento em ambulatório e em internamento. Em relação aos serviços disponíveis de tratamento de ambulatório incluem-se os CRI, Centros de dia (CD) e no que respeita ao regime de internamento integram-se as CT e as UD.

Quanto aos serviços disponíveis de tratamento de ambulatório incluem-se as consultas de psicoterapêutica individual e de terapia familiar, atendimentos de serviço social e socio-terapêuticos, consultas de enfermagem, atendimentos em grupo e a familiares e consultas médicas de outros teores. Inclui-se ainda na carteira de serviços o tratamento com agonistas opiáceos; tratamento com antagonistas opiáceos; tratamento Livre de Drogas/Prevenção de Recaída e encaminhamento para outras respostas de tratamento.

Ao nível do atendimento de grupos com necessidades específicas, todos os CRI dispõem de consultas específicas para grávidas toxicodependentes e existe colaboração entre os serviços da rede pública e as maternidades. Nas estruturas de tratamento procedeu-se à identificação dos utentes com doenças infecciosas, a partir da implementação do programa KLOTHO e da adoção da metodologia "Aconselhamento, Diagnóstico e Referenciação" (ADR). Em relação às convenções, nas CT procedeu-se à diferenciação do pagamento dos tratamentos por tipologias de consumidores (menores, grávidas e toxicodependentes com doença mental concomitante).

O cálculo dos custos por utente atendido em CRI foi realizado a partir de uma amostra destes centros⁴. O custo médio anual por utente atendido em CRI diminuiu de 633.40 euros para 303.90 euros entre 2009 e 2011 (dados *ad-hoc* fornecidos pelas Delegações Regionais). Os valores relativos a 2009 apresentam uma grande dispersão, com um máximo de aproximadamente 1.400 euros por utente atendido/ano.

A diminuição observada nos tempos de espera para admissão nas respostas e programas deste vetor foi fundamental para possibilitar um acesso adequado cumprindo o objetivo previsto no PNCDT de "garantir à população que o deseje o acesso, em tempo útil, às respostas". Os tempos de espera para primeira consulta foram consideravelmente reduzidos de 2006 para 2009 (IDT,I.P.: 2006-2009), pois caíram para metade. Note-se que o tempo médio de espera considerado aceitável é de 10 dias, portanto, em 2009 a

⁴ Da Delegação Regional do Centro e Norte.

Resultados 4.4 Tratamento

meta estabelecida não só foi cumprida como até superada. No caso das UD, o tempo de espera aceitável é de 13 dias e o tempo real em 2006 era de 18 dias, descendo para apenas 8 dias em 2007. No caso das CT desde 2008 que não se ultrapassa o tempo médio de espera consensualizado como razoável (22 dias). De 2006 para 2008, os tempos de espera para programas de metadona reduziram bastante,

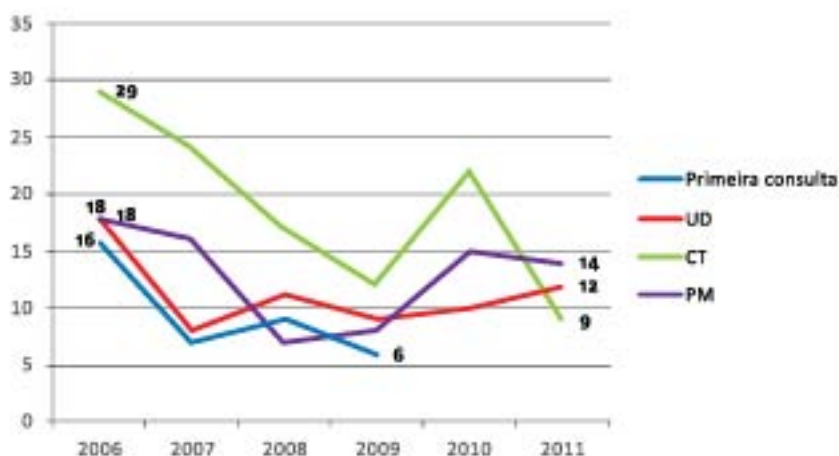
tendo-se situado nos 18 dias para o primeiro ano referido e nos 7 dias para 2008. Desde então que se verifica uma tendência de aumento desta variável. O tempo médio considerado aceitável é de 10 dias, sendo que desde 2010 se tem vindo a exceder esse limite (IDT,I.P.: 2006-2011).

Numa perspetiva de agilizar o acesso a programas de tratamento, reforçaram-se as parcerias para administração de Metadona com vários organismos, resultando num acréscimo paulatino de utentes em programa. A capacidade de intervenção foi aumentada em 16% (informação *ad-hoc* facilitada pelo IDT,I.P.) na rede nacional de unidades de tratamento que inclui unidades públicas e convencionadas de UD, CT e CD.

O desenvolvimento do SIM foi um elemento fundamental para sistematizar na rede pública a abordagem multidimensional do indivíduo (física, psíquica e social) criando um processo de intervenção único e interdisciplinar para cada indivíduo e veio introduzir eficiência na gestão e monitorização da atividade e produção. A elaboração de *guidelines* e a criação de circuitos de referenciação constituíram importantes instrumentos para o fomento das boas práticas de intervenção. Foram ainda definidos os critérios de admissão para as UD e para as Unidades de Atendimento (UA).

Os objetivos traçados para a área do tratamento foram na sua maioria cumpridos num contexto em que a integração dos serviços de alcoologia implicou um esforço acrescido face aos objetivos estabelecidos no Plano.

Evolução dos tempos de espera para tratamento (em dias), 2006-2011



Elaboração própria.

Fonte: Instituto da Droga e da Toxicod dependência, I.P., *Relatórios de Atividades 2005-2011*, IDT, I.P.

4.5 Reinserção

No que se refere à Reinserção, a criação e implementação de um modelo próprio - Modelo de Intervenção em Reinserção (MIR)⁵ constituíram indubitavelmente elementos fundamentais na homogeneização e sistematização da intervenção, potenciando o seu papel no processo global de trabalho com cada indivíduo.

O MIR assumiu o carácter de orientação técnica em 2009 e no que se refere à sua implementação a avaliação é positiva já que 93% dos serviços locais em 2010 tinham em funcionamento o modelo, percentagem que subiu para 95% em 2011 (apenas 4 serviços locais num total de 72 não tinham implementado o MIR) (IDT,I.P.: 2010-2011). É importante referir que a aplicação do modelo ultrapassou o âmbito dos CRI, tendo-se estendido às CT e UA. A implementação do modelo nos CRI era de 100% em 2011 (IDT,I.P.: 2010).

A par do desenvolvimento deste Modelo, foram criados em 2009 os instrumentos e mecanismos que permitem a gestão do caso de cada utente na sua vertente multidimensional comportando a abordagem direccionada para a reinserção social, é o caso do Plano Individual de Inserção (PII) (em 2011 44% dos utentes tinham o PII elaborado (IDT,I.P.: 2011)). O MIR inclui a abordagem familiar e o acompanhamento integrado do utente a partir do gestor de caso, o qual é o técnico da equipa de reinserção que acompanha o utente, facilita o seu acesso aos serviços e respostas de que carece, contratualiza, acompanha e avalia o PII.

Paralelamente, priorizou-se o estabelecimento ou reforço de parcerias com vista a dotar a área de reinserção de recursos mais vastos e laços formais com as entidades parceiras. A internalização nas competências das Equipas de Reinserção dos CRI da função "mediação para a formação e o emprego" no âmbito do Programa Vida Emprego (PVE) equacionando-se a reinserção social e profissional como parte integrante do processo de tratamento do indivíduo foi um aspeto fundamental no âmbito do trabalho de reinserção. Em 2011 o resultado era de um total de 77.112 consultas anuais realizadas pelas equipas de reinserção no âmbito dos CRI, o que supôs um incremento de 11% em relação a 2008 (IDT,I.P.: 2008-2011). Em 2011 foram desenvolvidas 431 respostas de habitação, 872 respostas de educação, 608 respostas de formação profissional e 1.883 respostas de emprego (IDT,I.P.: 2011). Sublinha-se o crescimento verificado entre 2008 e 2011 na capacidade de inserção de utentes com necessidades identificadas, embora tal crescimento não tenha sido acompanhado no caso específico das respostas de habitação (IDT,I.P.: 2008-2011).

O valor médio anual por utente acompanhado em 2011 pelas equipas de reinserção é de 120.46 euros (informação *ad-hoc* fornecida pelas DR), sendo que a maior parte dos CRI apresenta um valor bastante inferior, o que significa que existem custos aparentemente elevados em relação à média em alguns dos CRI em estudo.

Ao nível das respostas de emprego constata-se um aumento geral da capacidade de inserção entre

⁵ Este modelo assenta a intervenção no diagnóstico social e nos interesses do indivíduo bem como na articulação e concertação de propostas com outros parceiros do meio social e laboral. A par permitiu a definição das competências das equipas de reinserção.

Resultados 4.6 Redução da Oferta

2008 e 2011. De referir o sucesso obtido com a iniciativa Bolsa de Empregadores a qual tendo sido criada em 2009, logrou incluir já nesse ano um total de 177 entidades, alcançando as 928 entidades em 2011 (IDT, I.P.: 2009 - 2011). Dada a atual conjuntura económica, com implicações negativas em termos de facilidade de acesso ao mercado de trabalho, estas medidas de discriminação positiva para grupos específicos são cruciais e devem ser mantidas, possibilitando que o processo de intervenção seja global e inclua a reinserção profissional.

As inovações introduzidas na abordagem de reinserção permitiram imprimir maior identidade e intensidade no trabalho o qual foi ainda complementado por um conjunto de instrumentos e manuais que facilitaram as boas práticas, a monitorização e avaliação da intervenção, cumprindo-se os objetivos definidos no PNCOT. Em 2009, foram elaboradas as Linhas Orientadoras para o PVE com o objetivo de promover a criação e a consolidação de canais de comunicação e de articulação entre os serviços regionais e locais do IDT, I.P. e o Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP, I.P.), numa lógica de resposta integrada. É aprovado o Relatório de avaliação do MIR e é criado o Modelo de avaliação da qualidade das unidades de internamento atuantes na área de toxicodependência. Foi definida e desenvolvida uma bateria de indicadores e o sistema de informação correspondente, promovendo a aferição de necessidades e o conhecimento dos resultados da intervenção.

Parece evidente que se alcançaram os objetivos pretendidos pois as bases conceptuais deste modelo incluem uma resposta às necessidades multidimensionais do utente envolvendo-o no processo de reinserção e uma abordagem familiar.

4.6 Redução da Oferta

Na área de missão da Redução da Oferta, o modelo de atuação dos Órgãos de Polícia Criminal (OPC) portugueses em matéria de luta contra a droga está consolidado e permite imprimir racionalidade na alocação dos recursos de cada força de segurança e autoridade com competências na matéria.

A articulação e coordenação a nível nacional entre forças de segurança e outros organismos com competências no âmbito do desenvolvimento de atividades de prevenção e combate da criminalidade relacionada com a droga pode observar-se na presente avaliação através de vários elementos, a saber: i) Projetos conjuntos desenvolvidos entre forças de segurança ou entre organismos com competências ou relações no âmbito deste fenómeno; ii) Implementação de mecanismos de ligação e reporte entre as entidades de controlo e regulação administrativa, o comércio, a indústria e a Polícia Judiciária (PJ); iii) Implementação e desenvolvimento de mecanismos e suportes operacionais que permitam investigar no plano financeiro e patrimonial as organizações criminosas e as estruturas económicas e iv) reforço dos mecanismos de racionalização e coordenação da atividade desenvolvida por todas as entidades com intervenção na luta contra o tráfico de estupefacientes. Os mecanismos de coordenação entre forças de segurança e organismos implicados na redução da oferta a nível nacional foram reforçados através de instrumentos que permitiram otimizar o trabalho, destacando-se a consolidação do sistema de informação conjunto.

A nível internacional existe uma cooperação permanente e regular entre forças de segurança e organismos congéneres noutros países com vista a prevenir e combater a criminalidade relacionada com a droga. Foi reforçada a partilha de informação e as estruturas de ligação existentes entre países através dos oficiais de ligação os quais trabalham em permanência com os organismos congéneres. Destaca-se que Portugal, através da Polícia Judiciária (PJ) foi fundador do projeto *Maritime Analysis and Operations Center – Narcotics* (MAOC-N) em 2007 e atualmente detém a presidência. Em termos de cooperação internacional, o trabalho desenvolvido pelos OPC ficou marcado pela alteração nas rotas de trânsito da cocaína por via marítima, através da diminuição da utilização do território nacional como plataforma de trânsito.

A avaliação dos mecanismos de articulação e coordenação estabelecidos para a prevenção e combate à criminalidade relacionada com a droga revelou-se no entanto uma tarefa difícil face à inexistência de um enquadramento conceptual comum sobre a criminalidade associada à droga, ao carácter sensível deste tipo de informação e à confidencialidade da mesma.

Em termos de qualidade, destaca-se a formalização em 2008 de um protocolo relativo às competências de investigação criminal do tráfico de estupefacientes no âmbito de Unidades de Coordenação e Intervenção Conjunta (UCIC) e as atividades de formação desenvolvidas que envolvem a interseção de várias forças de segurança/organismos com competências na matéria. Ao longo do ciclo estratégico em avaliação foram realizadas ações de formação pela PJ a elementos de outras OPC e a forças de segurança de países terceiros (Cabo Verde e Brasil).

Em termos do aumento da segurança da população através da redução da pequena criminalidade associada à droga, identificam-se algumas medidas relevantes. Um exemplo é o trabalho de proximidade à população obtido através de programas como o Escola Segura. No âmbito deste foram realizadas ações de sensibilização em 43% dos estabelecimentos de educação e ensino público e privado do território nacional no ano letivo 2010/2011 pela Guarda Nacional Republicana (GNR) e 22% pela Polícia de Segurança Pública (PSP) (informação *ad-hoc* fornecida pela GNR e PSP). No ano letivo 2010/2011 ambas entidades intensificaram as ações de sensibilização em relação ao ano letivo 2005/2006. Estas ações focam, entre outras, a temática do álcool e drogas. Importa realçar que a aposta deste programa centrou-se nos jovens com idades superiores, com uma maior exposição para a adoção de comportamentos marginais.

Para a prevenção da pequena criminalidade concorreu ainda a disponibilidade de alternativas de substituição opiácea quer nos recursos de tratamento como de RRMD (aumento de 15% de utentes atendidos entre 2005 e 2011 (IDT,I.P.: 2005-2011)). Vários estudos desenvolvidos na Europa (Killias, Ribeaud, Aebi: 2006 e Uchtenhagen, Dobler Mikola, Steffen, Gutzwiller, Blater e Pfeifer: 1999 *in* Lobbman, R. e Verhein, U: 2008) têm-se debruçado sobre a relação entre a redução da criminalidade e a inclusão de consumidores em PSO-BLE. Embora empiricamente haja uma perceção por parte dos técnicos, das forças de segurança e comunidade em geral de que a inclusão de consumidores problemáticos em PSO, e fundamentalmente em PSO-BLE no caso dos mais excluídos, poderá ter efeito sobre a redução da criminalidade, não é possível afirmar de forma contundente a existência de uma

Resultados 4.7 Reorientações Estratégicas

causalidade linear entre os mesmos e a redução da criminalidade associada com a droga.

Em relação às apreensões e detenções efetuadas por tráfico de droga não pode ser estabelecida uma relação linear entre o volume de droga apreendida, número de apreensões ou número de detidos e a intensidade e recursos alocados às operações/investigações em cada ano. Entre 2005 e 2011 denota-se uma constância do número de apreensões e da quantidade de droga apreendida, com exceção do ano 2005 em que foram apreendidas em todas as drogas em estudo maiores quantidades em gramas e unidades. De acordo com as informações obtidas com os responsáveis da PJ pela área, 2005 foi no entanto um ano particular em termos de apreensões.

4.7 Reorientações Estratégicas

O PNCOT contemplou as reorientações estratégicas de Centralidade no cidadão, Territorialidade e Abordagens integradas. Os elementos apresentados acima revelam já os resultados em termos de orientação de respostas para o cidadão e não para a substância. Para isso foi importante criar respostas de proximidade (territorialidade) e integradas, assentando em duas dimensões de trabalho:

a **interna**, através da incorporação de todos os vetores da redução da procura nos dispositivos próprios de resposta do IDT, I.P. (CRI) e a criação ou reapreciação de programas de resposta integrada (PRI), em detrimento dos até então existentes de resposta parcial ou sectorial. A constituição dos CRI permitiu:

- **Disponibilizar localmente na rede pública respostas integradas entre as diferentes áreas de missão**, com o objetivo de melhorar a articulação, a definição de competências e funções dos vários profissionais que os constituem e a criação de mecanismos e indicadores de monitorização da atividade desenvolvida. O número de CRI constituídos, e que se mantém até aos dias de hoje, é de 22;
- **Oferecer serviços diversificados ao integrar os quatro vetores na área da redução da procura**: consultas (Clínica Geral, Psiquiatria, Psicoterapia), Programas de Tratamento com Agonista Opióides, Programas de Redução de Danos, Programas de Reinserção Social, Ações de formação, Projetos de investigação. Deu-se relevo ao desenvolvimento de atuações com o objetivo de implementar e/ou melhorar programas específicos num registo vertical (rede de referência) e horizontal (articulações dos diferentes vetores) para grupos com necessidades específicas: grávidas e recém-nascidos; menores; reclusos e ex-reclusos; grupos portadores de comorbilidade física (infectiosa), psíquica ou social (exclusão);
- **Garantir a integração das atividades desenvolvidas pelos CRI com outras estruturas na sua área de influência**, ao nível do diagnóstico e planeamento de respostas e da coordenação e monitorização dos projetos, planos e programas, promovendo a sua complementaridade.

Na opinião dos Delegados Regionais e representantes dos Núcleos de Apoio Técnico (NAT), a abordagem integrada possibilitou uma melhoria dos resultados em termos de saúde permitindo uma intervenção que responde às necessidades de cada indivíduo e que assegura a continuidade das intervenções em termos de redução dos riscos, tratamento, minimização dos danos e inserção na sociedade.

a **externa**, a qual consistiu: na criação e consolidação das parcerias; na criação de protocolos com outros serviços, definindo linhas orientadoras de articulação; na promoção de mecanismos de coordenação e gestão de parcerias aos níveis local, regional e nacional e no reequacionamento e definição de áreas de articulação que não fossem especificamente da responsabilidade do IDT, I.P. Uma das medidas emblemáticas a este nível foi a elaboração e implementação do PORI que gerou grande consenso entre os entrevistados e membros das técnicas de grupo realizadas em relação à sua pertinência, relevância e qualidade.

No âmbito do PORI foram realizados diagnósticos em 92 territórios (IDT, I.P.: 2007) pretendendo-se colmatar áreas lacunares (125 em 2008 e mais 45 áreas em 2009 (IDT, I.P.: 2008 e 2009)) identificadas nos 4 eixos de intervenção: Prevenção (52 em 2008 e 24 em 2009), RRMD (32 em 2008 e 7 em 2009), Tratamento (3 em 2008) e Reinserção (38 em 2008 e 14 em 2009). O PORI assentou em quatro princípios estratégicos: Parceria; Territorialidade; Integração e Participação. A verba orçamentada para o PORI (2008-2012) foi de 17.118.469,45 euros (informação *ad-hoc* fornecida pelo IDT, I.P.). O custo médio anual por indivíduo (2008 - 2011) foi de 23 euros no vetor Prevenção, 52 euros em RRMD, 238 euros no Tratamento e 275 euros na Reinserção. A partir da identificação dos territórios prioritários e da definição das áreas lacunares existentes foram lançadas candidaturas para PRI tendo sido aprovados 146 projetos (IDT, I.P.: 2009) nos 4 eixos de intervenção: Prevenção (68); RRMD (34); Tratamento (3) e Reinserção (41) (IDT, I.P.: 2010). O número médio de PRI em funcionamento durante os anos de implementação do PORI foi de 81 (IDT, I.P.: 2008 - 2011). Note-se que em alguns dos territórios identificados como prioritários se verificou que não existia necessidade de financiamento suplementar mas apenas uma reorganização das intervenções existentes de modo a rentabilizar os recursos disponíveis. Assim, alguns PRI não resultaram na abertura de procedimentos concursais e da atribuição de financiamento direto, mas da reorganização das intervenções existentes e da definição de um Plano de Ação realizado pelo IDT, I.P. em conjunto com as entidades daqueles territórios.

Em todos os territórios com PRI foram constituídos Núcleos Territoriais (NT) que se constituem como uma estrutura chave na integração das abordagens entre atores a nível local já que desenvolvem a sua ação noutros domínios. O seu funcionamento faculta coerência à intervenção e possibilita a análise, monitorização e avaliação da natureza e da evolução da intervenção local na área do uso/abuso de substâncias psicoativas.

O PORI introduz por via dos PRI, uma reorientação do paradigma de intervenção operacional através da criação de dispositivos de resposta abrangentes, constituindo uma rede de ação coerente para lidar com a complexidade e transversalidade da problemática da droga e questões conexas.

Resultados 4.7 Reorientações Estratégicas

Os resultados da avaliação corroboraram, que a estratégia integrada é mais custo-efetiva que a pulverizada. A partir da análise das intervenções incluídas nos PRI no âmbito do PORI, o custo-benefício do Plano é positivo devido aos custos sociais que se poupam, tais como na educação, saúde, produtividade laboral ou no sistema judicial do país. Assim:

- **Prevenção:** A poupança gerada durante o período 2009-2011 pelas respostas de prevenção no âmbito dos PRI ascende a 88.829.011,92 euros de acordo com os cálculos efetuados, a qual reflete os benefícios que resultam da implementação das respostas neste vetor no âmbito dos PRI;
- **RRMD:** o rácio custo-benefício foi encontrado através da intervenção das ER no âmbito do PTS e PSO-BLE, comparando a atuação das ER ao abrigo dos PRI (2009 a 2011) com a intervenção prévia (2004 a 2007). De acordo com as estimativas realizadas seguindo o modelo de Laufer (2001), as infeções prevenidas pela atuação das ER ao abrigo dos PRI foram 71, enquanto no período anterior o número foi de 45 pessoas. Assim existiu uma poupança superior no primeiro (diferença de 2.541.000 euros). O rácio custo-benefício corroborou o melhor resultado das intervenções das ER no âmbito dos PRI já que é inferior ao rácio encontrado para a intervenção prévia à dos PRI (1,52 para 3,41, respetivamente);
- **Tratamento:** entre os indivíduos abrangidos nas respostas de tratamento no âmbito dos PRI encontram-se consumidores de heroína, muitos dos quais apresentavam consumo endovenoso. Segundo a literatura, embora a relação entre a toxicodependência e a criminalidade não seja causal, verifica-se que há uma elevada probabilidade de cometerem um delito ao longo da vida. O resultado revela que entre 2009 e 2011 as respostas no âmbito dos PRI neste vetor são custo-efetivas e custo-beneficiosas, já que os custos evitados como consequência das respostas (medição dos custos poupados pelos delitos evitados) são muito superiores em relação aos incorridos (37.393.293,5 euros face a 385.606,55 euros, respetivamente), com rácio de custo-benefício de 96,97;
- **Reinserção:** neste vetor considerou-se o número de pessoas reinseridas, entendendo-se por reinserção a incorporação ou reincorporação no mundo laboral, assim como o valor económico que supõe para a sociedade. Os resultados revelaram que as respostas de reinserção no âmbito dos PRI são custo-efetivas, dado que o custo por pessoa reinserida (rácio custo-efetividade) é inferior ao valor de produtividade ganho por pessoa reinserida. Em relação ao custo-benefício, este é superior a 1 em todo o período de estudo (2009 a 2011) e os benefícios gerados são superiores aos custos das intervenções (6.202.200,43 euros face a 2.233.663,57 euros, respetivamente).

As reorientações estratégicas de centralidade no cidadão, abordagens integradas e territorialidade possibilitaram uma melhoria clara: na acessibilidade dos indivíduos às intervenções, aperfeiçoando a capacidade de acompanhar o indivíduo ao longo do seu percurso de vida; na cobertura da população com necessidades e na eficácia das intervenções na obtenção dos resultados visados.

A implementação do PNCDDT ainda permitiu o cumprimento dos objetivos relacionados com a reorientação estratégica, melhoria da qualidade e mecanismos de certificação, a saber:

- **Diagnóstico, Monitorização e Avaliação:** a implementação do PNCDDT assentou na realização de diagnósticos prévios à implementação de respostas e soluções (e.g. PORI) e à intervenção (e.g., diagnóstico multidimensional das necessidades do indivíduo). No âmbito da **monitorização**, otimizaram-se ou criaram-se sistemas de *report* (e.g., SIM, entre outros) e em termos de **avaliação**, a satisfação dos profissionais é auscultada através dos inquéritos de satisfação aplicados nas ações de formação. As reclamações efetuadas aos serviços pelos utentes das Unidades Especializadas (IDT,I.P.: 2008) no âmbito do livro amarelo são na atualidade tratadas através de uma Base de Dados criada para o efeito;
- **Orientações Técnicas elaboradas com vista à Definição e Normalização de Boas Práticas:** no âmbito do PNCDDT foi realizado um vasto trabalho de elaboração de orientações técnicas e manuais de procedimentos assentes em boas práticas, os quais visam criar um quadro concetual e prático comum possibilitando a harmonização da intervenção;
- **Licenciamento e Fiscalização de Estruturas, Programas e Projetos:** durante o ciclo estratégico do PNCDDT foi intensificada a atuação do IDT, I.P. em relação ao licenciamento e fiscalização de unidades, verificando-se inclusive a superação das metas previstas para o ciclo e o aumento da fiscalização junto das instituições privadas com o desenvolvimento de novos instrumentos de trabalho (atualização de guiões de inspeções e/ou vistorias).
- **Certificação / Acreditação:** Em 2009 aponta-se o esforço para a elaboração de um modelo de certificação para projetos de RRMD e no vetor tratamento destaca-se a obtenção da certificação do Sistema de Gestão da Qualidade consoante a NP EN ISO 9001:2008 de duas CT (IDT,I.P.: 2009) que foram alvo de acreditação pelas entidades UKAS e Instituto Português de Acreditação (IPAC) no ano de 2010. Obteve-se também em 2010 a certificação do Sistema de Gestão da Qualidade em mais duas unidades orgânicas – pela *Lloyd's Register Quality Assurance (LRQA)*, de acordo com a NP EN ISO 9001:2008 (IDT,I.P.: 2010). Foram acreditadas pelo IPAC 4 unidades que anteriormente já tinham sido alvo de certificação pela norma ISO 9001:2008 (IDT,I.P.: 2010).
- **Auditorias:** O IDT, I.P. realiza auditorias aos diferentes projetos e intervenções cofinanciados. Em 2009, foi elaborado um plano de auditorias e foram operacionalizadas 14 auditorias técnico-financeiras, 4 a PIF e 10 a projetos das diferentes áreas de missão, que integram os PRI desenvolvidos no âmbito do PORI (IDT,I.P.: 2009), tendo-se superado os objetivos definidos no Quadro de Avaliação e Responsabilização (QUAR). No ano de 2010 realizaram-se 8 auditorias a projetos no âmbito dos PRI. A 9ª auditoria prevista foi realizada no início de 2011 (IDT,I.P.: 2010 e 2011);

Resultados 4.8 Coordenação

- **Formação:** o IDT, I.P. recebe o estatuto de entidade formadora dos Serviços Públicos da Saúde acreditada para a realização de formação profissional. Neste sentido todos os projetos formativos oficiais que desenvolve são certificados sendo alvo de um processo de avaliação e acompanhamento. Em 2005 cerca de 60% dos profissionais tinham participado em ações de formação e, em 2011, registaram-se 35% (informação *ad-hoc* fornecida pelo IDT, I.P.). De destacar que em 100% das ações formativas desenvolvidas existem critérios de seleção dos participantes através da elaboração do diagnóstico de necessidades formativas e do plano de formação anual. A partir de 2009 no âmbito da formação foram realizados manuais que descrevem os procedimentos formais para tratamento das ocorrências, reclamações e sugestões;
- **Investigação:** entre 2005 e 2011 a área da investigação desempenhou um papel fulcral na recolha, análise e consolidação dos dados nacionais contribuindo para a qualidade e articulação das intervenções e rigor técnico. Este esforço foi realizado ao nível de projetos nacionais e de âmbito europeu. Entre 2005 e 2010, foram editados anualmente três números da Revista Toxicodependências na qual chegaram a participar 60 autores, oriundos de diversas instituições e áreas académicas (sociologia, psicologia, psiquiatria, antropologia). A temática dos artigos sempre englobou as toxicodependências.

4.8 Coordenação

A **Coordenação** está elencada no PNCOT como uma área transversal e versa quatro níveis: a **nível interministerial** destaca-se o funcionamento da Estrutura de Coordenação para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool que se assumiu como a estrutura de coordenação e articulação entre os vários departamentos governamentais envolvidos nestes problemas; a **coordenação externa** a este nível, os membros das entidades parceiras entrevistados destacaram a criação de parcerias como o segundo ponto forte obtido com a implementação do PNCOT; ao nível da **coordenação interna** foi cumprido o processo definido quanto à reorganização das funções dos seus profissionais e competências dos seus Departamentos (a nível dos serviços centrais), das Delegações Regionais (DR) (a nível regional) e das Unidades Especializadas (a nível local, através da criação dos CRI) e, em relação à **coordenação com outras estruturas do Ministério da Saúde (MS)**, foram formalizadas redes de referenciação com o objetivo de garantir ao cidadão a resposta às suas necessidades, multidimensionais (e.g metodologia ADR).

4.9 Avaliação do Impacto

A avaliação de impacto teve como base a comparação dos indicadores epidemiológicos e de resposta em Portugal com dois países a selecionar do conjunto de países estabelecidos pelo Caderno de Encargos⁶ sendo que destes se optou pela seleção da Espanha e da Noruega. Incluiu-se na análise as seguintes dimensões: i) as evoluções relativas ao consumo de drogas e às consequências relacionadas com o consumo e ii) a oferta de serviços disponibilizada com vista a contribuir para a diminuição dessas consequências.



Em matéria de Política da droga, os objetivos nacionais estão em sintonia com os objetivos europeus, mas existe uma especificidade evidente: o consumo, a aquisição e a detenção para consumo próprio de plantas, substâncias ou preparações definidas na Lei n.º 30/2000 de 29 de Novembro, não excedendo a quantidade para consumo individual durante 10 dias, constituem uma contraordenação. Esta descriminalização dos consumos representa uma mudança de paradigma, que "substitui" as ações repressivas, por ações com direito à saúde e à reintegração social. Pode-se assim reconhecer uma abordagem humanista, pragmática e centrada na defesa da saúde pública que distingue a política das drogas portuguesa.

Oferta de Serviços

Na comparação entre os três países objeto de estudo observou-se que:

- Os 3 países dispõem de estratégias e planos de ação nacionais que enquadram o desenvolvimento de respostas e serviços no âmbito da droga e toxicod dependência. Todos incluem serviços na área de prevenção, RRMD, tratamento e reinserção na sua oferta;
- Os 3 países realizam intervenções no âmbito da prevenção universal, através da parceria com o sistema escolar, e prevenções seletivas, dirigidas a grupos vulneráveis ou com fatores de risco;
- Os 3 países aplicam programas de tratamento abrangentes, que incluem abordagens farmacológicas, psicológicas e sociais em regime de ambulatório e internamento. Portugal e Noruega destacam-se pela presença de uma alta cobertura de serviços psicossociais de ambulatório, internamento e desintoxicação. Em Portugal, tal como em Espanha, os cuidados para toxicod dependentes estão organizados principalmente através da rede pública de serviços de tratamento para dependentes de substâncias. Nos três países, para além dos serviços públicos, existem serviços convencionados com entidades privadas e Organizações Não Governamentais (ONG) e protocolos entre ONG e outros serviços de tratamento que garantem um vasto acesso a

⁶ Espanha, França ou Itália e Noruega ou Suíça.

Resultados 4.9 Avaliação do Impacto

diversas modalidades de tratamento. Os serviços prestados na rede pública são nos três países gratuitos ou comparticipados e estão acessíveis a todos os consumidores que procuram tratamento;

- As intervenções no âmbito da RRMD pautam-se por uma oferta de serviços equivalente nos três países em comparação. É importante ressaltar os valores obtidos em Portugal com o PTS, com um dos rácios de seringas trocadas por CDI mais importantes a nível mundial, junto com a Noruega: uma média de 199 seringas trocadas por consumidor/ ano em Portugal (variação entre 149-298 seringas por consumidor/ ano) e de 434 distribuídas na Noruega, variação entre 168 a 1048 (Mathers *et al*: 2010).
- Os três países em comparação dispõem de PSO. A cobertura de PSO em Portugal em relação ao número de utentes em tratamento cuja droga primária é heroína é muito alta (96% em 2009) comparando com Espanha (78% em 2008) e com a Noruega (55% em 2009) (OEDT: 2012). A metadona é o medicamento de substituição mais frequentemente prescrito na Europa, chegando a ser administrado a três quartos dos utentes. Em Portugal a percentagem de utentes em tratamento de substituição com metadona é de 70% e de 56% na Noruega. A maioria dos utentes em PSO em Espanha está em tratamento com metadona.
- Relativamente à percentagem de utentes em programas terapêuticos com agonistas opiáceos nos serviços prisionais esta é inferior na Noruega (5,09% do total da população reclusa) em relação a Portugal e Espanha, com taxas de cobertura de 6,14% e 11,72%⁷ (OEDT: 2012) da população reclusa, respetivamente. A taxa de cobertura da população reclusa consumidora de opiáceos na prisão em Portugal é calculada a partir dos dados de Torres, A. (2008) e da Estrutura de Coordenação (2010), em 46%.
- Por fim no que diz respeito à *articulação entre serviços*, Portugal situa-se entre os seis países europeus⁸ que dispõem de protocolos estruturados para a coordenação interinstitucional (OEDT: 2011). Nos restantes países, as parcerias estão sobretudo assentes em redes informais.

Caracterização dos utentes: em 2010 os utentes que iniciaram tratamento em ambulatório em Portugal tinham uma idade média de 38 anos, situando-se Portugal no grupo de países com utentes mais velhos, o qual é composto pelos Países Baixos, Itália e Espanha, onde a idade média é de 34 anos, segundo dados de 2008 (IDT, I.P.: 2010). A percentagem de utentes do sexo feminino era menos de 1/4. Quer em Portugal como em Espanha 40 a 45% dos utentes estavam desempregados (*idem*), informação que corrobora a importância do trabalho no âmbito do vetor da reinserção. Especial atenção deverá ser dada à existência de uma percentagem de 12% em Portugal (e 14% em Espanha) de utentes em tratamento que vivem sozinhos (*ibidem*), coletivo que poderá ter necessidades especiais de recursos sociais de retaguarda.

⁷ A percentagem é sobre o total da população reclusa.

⁸ França, Países Baixos, Roménia, Reino Unido e Croácia.

Padrão de consumo: Em Portugal a percentagem de novos utentes em tratamento com consumos por via endovenosa realizados nos 30 dias anteriores à primeira consulta diminuiu consideravelmente entre 2000 e 2009 (de 36% no ano 2000 para 10% em 2009), estabilizando a partir de 2010 com uma percentagem de 8% (IDT, I.P.: 2011).

Estimativas: as estimativas de utentes em tratamento indicam que por cada 1.000 habitantes com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos existiam em Portugal, no ano 2011, um total de 5 utentes em tratamento (38.292 utentes no total); em Espanha (ano 2008) 6 utentes por 1.000 habitantes (173.092 utentes) e, na Noruega, 2 por cada 1.000 habitantes em 2009 (5.383 utentes) (IDT,I.P.: 2011 e OEDT: 2012).

Na Noruega, o número de CDI incrementou até 2001, experimentando um declínio até 2003, ano a partir do qual estabilizou. A estimativa de 2008 aponta para um total aproximado entre 6.600 a 12.300 consumidores problemáticos, incluindo-se nestas estimativas injetores e fumadores (2,1 a 3,9 consumidores problemáticos por 1.000 habitantes entre 15-64 anos) (OEDT: 2011). Em relação aos CDI em Portugal, o número por 1.000 habitantes com idades compreendidas entre 15 a 64 anos estimou-se em 1,8 e 2,2 (utilizando um multiplicador de tratamento) e em 1,5 e 3,0 (utilizando um multiplicador de mortalidade) (OEDT: 2012).

Em Espanha, o número de **consumidores problemáticos** foi estimado em 2008 (com base no método multiplicador) em 1,3 por 1.000 habitantes com idades compreendidas entre os 15-64 anos, sendo que se denota um declínio no número de novos consumidores de heroína e o aumento dos consumidores problemáticos de cocaína. Portugal realizou quatro estimativas para calcular o número de **consumidores problemáticos** utilizando métodos multiplicadores, baseados em dados de 2005. O intervalo situou-se no mínimo de 4,3 consumidores por 1000 habitantes na faixa etária dos 15 aos 64 anos (30 833 indivíduos⁹) e, no máximo, em 7,4 casos¹⁰ por 1000 habitantes na faixa etária dos 15 aos 64 anos. (*idem*).

Em termos de **cobertura populacional de consumidores problemáticos em Portugal** constata-se um aumento operado no PNCDT pelo alargamento das respostas de RRMD. Assim, se aos valores de 38.292 (IDT,I.P.: 2011) utentes em tratamento em 2011 nos CRI se somarem os utentes contactados no âmbito das respostas de RRMD (12.550, IDT,I.P.: 2011) e os utentes em unidades (da rede pública ou convencionada) atendidos em CT, UD e CD (IDT,I.P.: 2011), observamos que mais de 55.000 utentes contactaram em 2011 com algum dos dispositivos. Embora este resultado possa estar inflacionado este é um cálculo que permite estimar a grosso modo o nível de cobertura dos consumidores problemáticos de substâncias psicoativas atingido pelos serviços existentes, apontando para um elevado grau de cobertura.

⁹ Multiplicador de equipas de proximidade.

¹⁰ Com uma definição mais ampla e não se limitando a população a consumidores regulares ou de longa data, estimada com recurso a um multiplicador de tratamento.

Resultados 4.9 Avaliação do Impacto

Evolução dos Consumos

No que diz respeito à evolução dos consumos de drogas, assinala-se em primeiro lugar que, em termos europeus, se assiste à consolidação de alguns contrastes. Com efeito, como refere o Relatório Anual de 2011 do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) "por um lado, o consumo de droga parece relativamente estável na Europa. Os níveis de prevalência mantêm-se, em geral, elevados relativamente ao passado, mas não estão a aumentar (...), o policonsumo de droga, incluindo a associação de drogas ilícitas ao álcool e, por vezes, a medicamentos e substâncias não controladas, é agora o padrão preponderante do consumo de droga na Europa" (OEDT: 2011).

No que respeita aos consumos da população portuguesa (15 a 64 anos) apresentado nos inquéritos nacionais sobre o consumo de substâncias psicoativas (2001 e 2007) observaram-se prevalências baixas quando comparadas com a população de outros países europeus. No presente ano está a ser concluído o Inquérito Nacional sobre o Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, que apresentará as evoluções ocorridas nos últimos anos em Portugal.

No que diz respeito à população de 15 a 24 anos, Portugal é o país entre 27 da União Europeia comparados no Eurobarómetro (2011) em que a população declara menor facilidade de acesso as todas as substâncias psicoativas ilícitas, com exceção da heroína e cocaína, sendo cannabis a substância com maior acessibilidade.

Em relação aos consumos na população portuguesa em idade escolar (15 a 16 anos) os resultados obtidos no ESPAD em 2007 e 2011 mostram o aumento, nesta população portuguesa, das prevalências de consumo de substâncias psicoativas ilícitas ao longo da vida e no último ano, ao contrário do que aconteceu em Espanha e na Noruega, onde o consumo decresceu e estabilizou, respetivamente. No entanto, sublinha-se que os valores obtidos em 2011 em Portugal sobre o consumo de substâncias psicoativas ao longo da vida (19%) são bastante inferiores aos do país vizinho (27%) e equivalentes ao valor médio encontrado no conjunto dos países incluídos neste inquérito (18%). Por outro lado, em Portugal e no país vizinho registou-se em 2011 uma alta prevalência de consumo de tranquilizantes sem receita médica nesta população (8% e 7% respetivamente) em relação à média europeia (4%).

Em relação ao **risco de consumo de substâncias psicoativas ilícitas** percebido pela população de 15-24 anos inquirida (Eurobarómetro: 2011), os resultados indicam:

- **consumo regular:** cerca de 90% dos inquiridos no conjunto da União Europeia a 27 (UE-27) consideram que o consumo regular de cocaína e ecstasy é altamente arriscado. No entanto, esta percentagem baixa em relação ao consumo regular de cannabis (67% e 64% na UE-27 e Portugal, respetivamente);
- **consumo uma ou duas vezes:** os inquiridos em Portugal referem percepções de risco de consumo para cocaína, ecstasy e cannabis similares às obtidas na média de países UE-27. Espanha destaca-se por uma maior percentagem de inquiridos que percebem o uso ocasional como menos arriscado que o considerado pelos congéneres europeus.

Relativamente às fontes de informação às quais os jovens recorrem para obter informação sobre substâncias ilícitas (*idem*), a maior parte dos inquiridos refere que a primeira opção de procura de informação é a internet (73% em Portugal e 64% em Espanha). Em Portugal a procura dos amigos (41% de respostas) e de familiares (33%) seriam as escolhas número 2 e 3, respetivamente.

No que diz respeito ao meio prisional:

- as prevalências de consumo da população reclusa indicam que 63,6% dos reclusos inquiridos em 2007 declaram ter consumido drogas alguma vez na vida (Torres, A.: 2008);
- as prevalências de consumo na prisão revelados pela população reclusa, indicam a existência de percentagens superiores de consumo nas prisões portuguesas em relação às de Espanha em todas as substâncias psicoativas ilícitas, particularmente no caso da cocaína (9,9% e 3% respetivamente) e da heroína (13,4% e 5% respetivamente) (OEDT: 2012). No entanto, entre 2001 e 2007 verificou-se em Portugal um decréscimo acentuado nas prevalências de consumo em todas as substâncias em análise (Torres, A.: 2008).

Consequências na Saúde

Os principais indicadores observados no estudo mostram que:

- **Número de casos de VIH diagnosticados entre os CDI:** Portugal tem apresentado, a par com Espanha, uma diminuição contínua. Em 2010 o valor em Portugal situava-se entre 1 a 3 casos por 100.000 habitantes de VIH atribuídos a CDI (Wiessing *et al.*: 2011), percentagem mais elevada que a observada em Espanha e na Noruega (entre 0,2 a 1 casos por 100.000 habitantes); (*idem*);
- **Prevalência VIH:** Em Portugal o rácio de CDI que recebem tratamento antirretroviral situa-se em 10 por cada 100 CDI com VIH, em Espanha em 63 e na Noruega em 32 (*ibidem*). A prevalência de VIH em CDI nas UD públicas em Portugal diminuiu entre 2004 e 2011 (de 19,1% para 17,5%, respetivamente); (informação *ad-hoc* fornecida pelo IDT,I.P.);
- **Prevalência de Hepatite C em CDI,** constata-se que a infeção causada pelo vírus da Hepatite C (VHC) tem uma elevada prevalência em toda a Europa. Em Portugal registou-se uma estagnação da prevalência entre CDI atendidos em UD públicas neste ciclo estratégico: 85,1% em 2004 para 84,3% em 2011. (informação *ad-hoc* proporcionada pelo IDT,I.P.). Na Noruega 85,4% dos casos reportados de infeção por Hepatite C em CDI foram causados por partilha de seringas; (OEDT: 2012);
- **Prevalência de Hepatite B em CDI:** em Portugal, registou-se um acentuado decréscimo de hepatite B nos utentes de UD públicas neste ciclo estratégico: 4,9% em 2004 para 1,9% em 2011 (informação *ad-hoc* fornecida pelo IDT,I.P.). A prevalência da Hepatite B nos CDI da Noruega era de 2,9% em 2002; 0,8% em 2005 e 0% em 2009 (OEDT: 2012);

Resultados 4.9 Avaliação do Impacto

- No que se refere à **Tuberculose**, Portugal apresenta taxas de 28,7 casos por 100.000 habitantes. (OEDT: 2011). Na Europa, Portugal é um dos países onde se registam taxas mais elevadas de tuberculose ativa (sintomática) entre os consumidores de droga em tratamento (1%-2%) (*idem*).;

Os PSO e o PTS são as medidas mais efetivas na prevenção do contágio de doenças infecciosas entre CDI. Na Europa, estima-se que um em cada dois consumidores problemáticos de opiáceos está em PSO. Estes programas, a par com o tratamento antirretroviral e a aplicação de medidas como o tratamento da dependência e a distribuição de preservativos para reduzir o risco de contágio por via da atividade sexual são intervenções que, quando realizadas de forma simultânea, conseguem potenciar o impacto na diminuição do contágio e na redução de danos. Observamos que Portugal se destaca pelo alto grau de cobertura de PTS entre a população consumidora e também de PSO (em Portugal o número de pessoas incluídas nestes programas situa-se entre 81 a 162 por 100 CDI, com uma média de 108, face a 85 em Espanha e 36 na Noruega (Mathers *et al.*: 2010)), fator que pode explicar a trajetória observada no nosso país de grande decréscimo do número de casos de infeção por VIH nos toxicodependentes.

Em relação às **mortes relacionadas com o consumo de drogas** nos países em análise existem várias fontes de informação. Em Portugal os dados provêm dos Registos Gerais de Óbitos do Instituto Nacional de Estatística (INE) e do Registo Especial do INML, I.P. Os dados do Registo Especial do INML, I.P. estão desde 2008 de acordo com a definição proposta pelo Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT). Em 2011 verificaram-se 19 mortes por overdose e 138 mortes com resultados toxicológicos positivos (Informação *ad-hoc* fornecida pelo IDT, I.P.)

A partir dos resultados apresentados e em relação a Portugal destacam-se os seguintes elementos: i) Portugal apresenta uma característica distinta na sua política sobre drogas, até recentemente sem paralelo na Europa, consubstanciada na descriminalização do consumo, aquisição e detenção para consumo próprio de plantas, substâncias ou preparações definidas na Lei n.º 30/2000 de 29 de Novembro, não excedendo a quantidade para consumo individual durante 10 dias e na constituição de uma rede de recursos no âmbito da dissuasão; ii) a efetividade e os benefícios obtidos, conseguidos através de uma abordagem integrada da intervenção entre os vários vetores e a cobertura conseguida do número de toxicodependentes ligados a estruturas especializadas no âmbito das toxicodependências, através do alargamento da rede de RRMD; iii) alta cobertura apresentada por Portugal dos PTS e PSO e decréscimo, nos últimos anos, na incidência de doenças infecciosas (VIH) entre a população consumidora. No entanto, pese embora o decréscimo observado na última década, Portugal apresenta ainda uma elevada incidência de VIH/SIDA entre consumidores quando comparado com os restantes países do contexto europeu.

5. Conclusões Gerais

O PNCDT definiu a política de luta contra as drogas a nível nacional entre 2005 e 2012, dando continuidade aos princípios políticos estruturantes anteriormente concretizados pela ENLCD.

A avaliação apresentada permite concluir que os objetivos traçados em termos de redução da procura e da oferta foram alcançados na sua globalidade, salientando-se os resultados obtidos em termos da criação de um rede global de respostas, integrada e de proximidade, que oferece um leque diversificado de intervenções com vista a responder às necessidades diagnosticadas dos indivíduos e baseada na evidência científica. Destacam-se ainda o reforço da coordenação a nível político e técnico no território nacional, com resultados em termos de melhoria da articulação e cooperação entre atores e da inclusão de novos parceiros que operam de forma coerente. Finalmente, sublinha-se o reforço de uma cultura de registo, monitorização e avaliação das intervenções e da introdução de orientações de boas práticas.

O desenvolvimento das intervenções previstas no PNCDT possibilitou obter em 2012 uma rede de respostas e de atores que configuram um sistema:

- Que coloca o indivíduo no centro das intervenções;
- Que é integral e integrado entre os diferentes setores e níveis de intervenção, assegurando uma intervenção contínua e coerente;
- Que assenta no respeito pelos direitos humanos, não marginalizando ou estigmatizando os consumidores mas sim apoiando-os e fomentando a sua participação na interrupção da escalada para consumos problemáticos de substâncias psicoativas ilícitas e na diminuição de práticas de risco;
- Que privilegia os ganhos em saúde, individual e pública. Embora Portugal tenha implementado estratégias de RRMD 10 a 15 anos após o fenómeno de consumo de heroína ter despontado, o intenso trabalho desenvolvido permitiu alcançar resultados muito positivos em termos de redução do contágio de doenças infecciosas;
- Que encetou intervenções para o aumento da segurança dos indivíduos e da população, através da prevenção e combate à pequena criminalidade e à criminalidade organizada;
- Que apostou no planeamento e na alocação dos recursos com base nas necessidades identificadas, bem como na criação de recursos em áreas lacunares de intervenção prioritária;
- Que diversificou os modelos e áreas de intervenção (e.g., intervenção em meio laboral, grupos específicos);
- Que apostou no reforço da coordenação e cooperação intra e interinstitucional no território nacional e que promoveu a constituição de redes de atores locais, favorecendo a congregação de

Recomendações Gerais

esforços do nível macro ao micro com vista à obtenção dos resultados definidos pelo PNCOT;

- Que concentrou esforços na implementação de uma **cultura de registo, monitorização e avaliação dos resultados**;
- Que constitui as bases para um sistema de gestão global baseado na **qualidade**;
- Que promoveu a **formação contínua e a investigação**.

O PNCOT pretendeu, no âmbito da ENLCD, reorientar e focar as suas prioridades, conservando os seus princípios orientadores. Apostou por uma reorientação estratégica nas áreas de missão (redução da procura e da oferta) com vista a otimizar os resultados em termos de ganhos de saúde. Os resultados da avaliação mostraram que a implementação do PNCOT permitiu responder às principais recomendações emanadas na avaliação externa da ENLCD as quais foram incluídas no PNCOT.

6. Recomendações Gerais

O próximo ciclo estratégico deverá permitir consolidar o trabalho desenvolvido ao longo dos últimos anos que, tal como foi observado ao longo da presente avaliação, se consubstanciou na melhoria dos principais indicadores ligados à redução da procura e oferta de substâncias psicoativas.

Entre os maiores desafios do futuro ciclo estratégico, em virtude do atual contexto socioeconómico e dadas as alterações orgânicas verificadas no corrente ano, encontra-se a capacidade de garantir a sustentabilidade no futuro dos resultados obtidos. Assim, no próximo ciclo estratégico deve-se aprofundar a eficácia, eficiência e qualidade logradas ao nível do planeamento, desenvolvimento e avaliação das intervenções evitando retrocessos em relação à situação geral atingida e descrita nesta avaliação.

O alargamento do leque de intervenção para a área dos comportamentos aditivos e dependências é uma opção estratégica pertinente que deverá traduzir-se na adequação das respostas para a abordagem da temática. Nesse sentido, será muito importante valorizar o papel da Estratégia e coordenação interministerial no planeamento e operacionalização das intervenções e o *know-how* adquirido pelos profissionais e instituições nestas matérias.

As recomendações que a seguir se apresentam partem dos resultados obtidos na presente avaliação que permitiram concluir que o desenho do PNCOT foi adequado face à problemática existente e que a sua implementação respondeu à maioria dos objetivos definidos. Assim, o próximo ciclo estratégico deverá possibilitar, de forma global, dar continuidade e aprofundar o trabalho desenvolvido.

As principais recomendações gerais são assentes em estratégias que garantam:

- 1) A manutenção da coordenação, a nível nacional, da política no âmbito das substâncias psicoativas e álcool e respetiva evolução para coordenação dos comportamentos aditivos e dependências;
 - 2) O planeamento adequado das intervenções baseado na periódica atualização dos diagnósticos de necessidades, de forma harmonizada e participada a nível regional e local, tendo em consideração a ampliação do objeto para intervenção em comportamentos aditivos e dependências;
 - 3) A existência de uma oferta e carteira de serviços diversificada, adaptada à introdução de outros comportamentos aditivos e dependências, garantindo-se a coerência das intervenções e a equidade no acesso às respostas no território nacional;
 - 4) A consolidação do sistema de acompanhamento, monitorização e avaliação das intervenções, estabilizando os indicadores e otimizando os sistemas de registo e report;
 - 5) O impulso de um modelo global de gestão da qualidade das intervenções, programas e projetos;
 - 6) A manutenção das estratégias de cooperação e articulação a nível nacional e internacional;
 - 7) O fomento das ações de investigação, formação e informação/sensibilização dos profissionais, com especial enfoque nos profissionais não especializados na abordagem a comportamentos aditivos e dependências;
 - 8) O desenvolvimento da área de comunicação a nível nacional e internacional sobre a política e experiência portuguesa no âmbito dos comportamentos aditivos e dependências, potenciando a divulgação de boas práticas e dos resultados obtidos;
 - 9) O financiamento adequado.
-

7. Bibliografia

Domoslawski, Artur (2011), *Drug Policy in Portugal: The Benefits of Decriminalizing Drug Use*, Warsaw, Open Society Foundations.

Eurobarometer (Julho 2011), *Youth attitudes on drugs – Analytical Report*, Coordinated by Directorate-General Communication.

Greenwald, Glenn (2009), "Drug Decriminalization in Portugal: Lessons for creating fair and successful drug policies" in Cato Institute, 2 de Abril in URL:

<http://www.cato.org/publications/white-paper/drug-decriminalization-portugal-lessons-creating-fair-successful-drug-policies>.

Hibell, B. et al. (2012). *The 2011 ESPAD Report - Substance Use Among Students in 36 European Countries*. Stockholm, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN). Hibell, B. et al. (2008). *The 2007 ESPAD Report - Substance Use Among Students in 36 European Countries*. Stockholm, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN).

http://www.gnr.pt/default.asp?do=r5p1yn_5rt74nv/DH.r56n6v56vpn/FDDK_FDDL/npp1r5.

<http://www.psp.pt/Pages/programasespeciais/escolasegura.aspx>.

Hughes, C.A. and Stevens, A. (2010), *What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs?*, The British journal of Criminology 50, pp.999-1022.

INA (2004), *Avaliação Nacional da Estratégia de Luta Nacional de Luta contra a Droga e do Plano de Acção Nacional de Luta Contra a Droga e a Toxicodependência – Horizonte 2004*, Lisboa, INA.

Instituto da Droga e da toxicodependência, (2005). *A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências 2004*, Lisboa, IDT.

Instituto da Droga e da toxicodependência, I.P. (2006). *A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências 2005*, Lisboa, IDT, I.P.

Instituto da Droga e da toxicodependência, I.P. (2011). *A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências 2010*, Lisboa, IDT.I.P.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, *Relatório de actividades 2004*; Lisboa, IDT.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, *Relatório de actividades 2005*, Lisboa, IDT.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., *Relatório de actividades 2006*, Lisboa, IDT, I.P.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., *Relatório de actividades 2007*, Lisboa, IDT, I.P.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., *Relatório de actividades 2008*, Lisboa, IDT, I.P.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., *Relatório de actividades 2009*, Lisboa, IDT, I.P.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., *Relatório de actividades 2010*, Lisboa, IDT, I.P.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., *Relatório de actividades 2011*, Lisboa, IDT, I.P.

Killias M, Ribeaud D, Aebi M.F (2006), Long-term effects of heroin prescription on patients' offending behavior.

Laufer FN. *Cost-effectiveness of syringe exchange as an HIV prevention strategy*. J Acquir Immune Defic Syndr. 2001;28:273-8.

Lobbman, R. y Verthein, U. *Explaining the Effectiveness of Heroin-assisted Treatment on Crime Reductions*. Law Hum. Behav. (2009), 33:83-95.

Mathers, B., Degenhardt, L., Ali, H., Wiessing, L., Hickman, M. et al. *HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional and national coverage, for the 2009 Reference Group to the UN on HIV and Injecting Drug Use*, 2010.

Ministério da Justiça (2007), *Tribunais de primeira instância: Indicadores*, Relatório da Direcção-Geral da Administração da Justiça disponível em URL:
<http://www.dgaj.mj.pt/sections/files/gestao-financaira/indicadores-de-gestao/custo-de-funcionamento/downloadFile/file/cademo-indicadores-tribunais-2007.pdf?nocache=1212684815.51>

Observatório Europeu da Droga e Toxicodependências. *A evolução do fenómeno da droga na Europa. Relatório Anual 2011*, Lisboa, OEDT.

Observatório Europeu da Drogas e Toxicodependências, *Boletim Estatístico* 2012.

Quintas, Jorge (2011), *Regulação legal do Consumo de Drogas*, (s.l) Fronteira do Caos Editores.

Torres, A. et al. (2008). *Drogas e prisões em Portugal II, 2001-2007*. Lisboa, CIES/ISCTE.

Wiessing, L., Likatavicius, G., Hedrich, D., Guarita, B. et al., *Trends in HIV and hepatitis C virus infections among injecting drug users in Europe 2005 to 2010*, Euro Surveillance, 2011.

8. Glossário

ADR	- Aconselhamento, Diagnóstico e Referenciação
ARS, I.P.	- Administração Regional de Saúde, Instituto Público
CD	- Centro(s) de Dia
CDI	- Consumidor de Droga Injetada
CDT	- Comissão(ões) para a Dissuasão da Toxicod dependência
CRI	- Centro(s) de Respostas Integradas
CT	- Comunidade(s) Terapêutica(s) (do IDT, I.P. ou privadas)
Copos	- Copos, quem decide és tu
EEOO	- Eu e os outros
ENLCD	- Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga
EP	- Estabelecimento(s) Prisional(ais)
ER	- Equipa(s) de Rua
ESPAD	- The European School Survey Project on Alcohol and other Drugs
EURIDICE	- European Research and Intervention on Dependency and Diversity in Companies and Employment
GNR	- Guarda Nacional Republicana
IDT, I.P.	- Instituto da Droga e da Toxicod dependência, Instituto Público
IEFP, I.P.	- Instituto de Emprego e Formação Profissional, Instituto Público
INA	- Instituto Nacional de Administração
INE	- Instituto Nacional de Estatística
INML, I.P.	- Instituto Nacional de Medicina Legal, Instituto Público
IPAC, I.P.	- Instituto Português de Acreditação, Instituto Público
IPSS	- Instituição(ões) Particular(es) de Solidariedade Social
LRQA	- Lloyd's Register Quality Assurance
MAOC-N	- Maritime Analysis and Operations Center - Narcotics
MIR	- Modelo de Intervenção em Reinserção
MS	- Ministério da Saúde

NAT	- Núcleo de Apoio Técnico
NT	- Núcleos Territoriais
OEDT	- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência
OMS	- Organização Mundial de Saúde
ONG	- Organização(ões) Não Governamental(ais)
OPC	- Órgãos de Polícia Criminal
PCI	- Pontos de Contato e de Informação
PIF	- Programa(s) de Intervenção Focalizada
PII	- Plano Individual de Inserção
PNCDT	- Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências 2005-2012
PJ	- Polícia Judiciária
PORI	- Plano Operacional de Respostas Integradas
PRI	- Programa(s) de Respostas Integradas
PSO-BLE	- Programa de Substituição Opiácea – Baixo Limiar de Exigência
PSP	- Polícia de Segurança Pública
PTS	- Programa de Troca de Seringas
PVE	- Programa Vida-Emprego
QUAR	- Quadro de Avaliação e Responsabilização
RRMD	- Redução de Riscos e Minimização de Danos
SIADAP	- Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho na Administração Pública
SICAD	- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SIM	- Sistema de Informação Multidisciplinar
SNIDT	- Sistema Nacional de Informação sobre Drogas e as Toxicodependências
UCIC	- Unidades de Coordenação e Intervenção Conjunta
UA	- Unidades de Atendimento
UD	- Unidade de Desabilitação
VIH	- Virus da Imunodeficiência Humana

