



# Relatório

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

## Ficha Técnica

- Título: 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
- ISBN: 978-972-9345-82-1
- Depósito Legal
- Lisboa 2013
- E-book

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

# INDICE

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>3</b>
<b>2. ALCANCE</b> .....	<b>7</b>
<b>3. CONTEXTO</b> .....	<b>15</b>
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	<b>23</b>
<b>5. RESULTADOS</b> .....	<b>27</b>
5.1 ANÁLISE DO CUMPRIMENTO DOS OBJETIVOS DO PNCDT .....	27
5.1.1 <i>Objetivos</i> .....	27
5.1.2 <i>Metodologia</i> .....	28
5.1.3 <i>Resultados</i> .....	29
5.1.4 <i>Conclusões e recomendações</i> .....	69
5.2 AVALIAÇÃO DO IMPACTO .....	71
5.2.1 <i>Objetivos</i> .....	71
5.2.2 <i>Limitações</i> .....	71
5.2.3 <i>Metodologia</i> .....	72
5.2.4 <i>Resultados</i> .....	73
5.2.5 <i>Conclusões e recomendações</i> .....	98
5.3 ANÁLISE DE CUSTO-BENEFÍCIO .....	100
5.3.1 <i>Síntese</i> .....	100
5.3.2 <i>Metodologia</i> .....	102
5.3.3 <i>Resultados</i> .....	111
5.3.4 <i>Conclusões e recomendações</i> .....	120
5.4 ANÁLISE DA EFICÁCIA, EFICIÊNCIA E QUALIDADE DE INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS .....	121
5.4.1 <i>Prevenção</i> .....	121
5.4.2 <i>Dissuasão</i> .....	127
5.4.3 <i>Redução de Riscos e Minimização de Danos</i> .....	137
5.4.4 <i>Tratamento</i> .....	148
5.4.5 <i>Reinserção</i> .....	159
5.4.6 <i>Prevenção da criminalidade associada à droga</i> .....	167
<b>6. SÍNTESE DA AVALIAÇÃO DO PNCDT</b> .....	<b>179</b>
<b>7. CONCLUSÕES GERAIS</b> .....	<b>185</b>
<b>8. RECOMENDAÇÕES GERAIS</b> .....	<b>191</b>
<b>9. BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>197</b>
<b>10. GLOSSARIO</b> .....	<b>203</b>
<b>11. INDICE DE TABELAS, GRAFICOS E FIGURAS</b> .....	<b>207</b>
<b>VER ANEXOS DESTE RELATÓRIO</b> .....	<b>211</b>



## 1. INTRODUÇÃO

As políticas públicas regulam o quotidiano de instituições, grupos e cidadãos. Para conhecermos o seu impacto na realidade social é necessário avaliar o mecanismo da sua operacionalização, assim como os seus resultados e efeitos. O presente texto constitui o relatório final de avaliação externa ao “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.

Em 1998, o Ministro-Adjunto do Primeiro-Ministro emitiu um despacho para constituição de uma comissão com a finalidade de propor orientações para formular uma estratégia global de intervenção no domínio das drogas e das toxicodependências. As diretrizes indicadas por este organismo serviram de base para o estabelecimento das linhas fortes da “Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga” (ENLCD). O PNCDT, 2005-2012, enquadra-se no espírito desta estratégia, dando continuidade a muitos dos seus princípios basilares. Todavia, o Plano que agora se avalia, pretendeu ir mais longe para responder a realidades e necessidades emergentes das mudanças sociais ocorridas, incorporando os avanços técnico-científicos que foram alcançados entretanto.

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. Neste domínio, os principais objetivos prendem-se com a prevenção e dissuasão dos consumos de drogas, a prevenção da evolução dos consumos para situações de adição problemática, a redução dos riscos associados a estes comportamentos bem como a minimização dos danos por estes originados, o tratamento e reinserção. O segundo eixo, da redução da oferta, assenta em esforços para limitar a oferta e o acesso às drogas ilícitas.

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”, aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 39/2001, de 9 de abril, e o PNCDT, aprovado por Resolução do Conselho de Ministros n.º 115/2006, de 18 de setembro. A implementação deste último Plano 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<sup>1</sup> (INA). 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” e o “Plano de Ação contra as Drogas e as Toxicodependências 2009-2012”.

O PNCDT 2005-2012 dá continuidade aos princípios estabelecidos na ENLCD (de cooperação internacional, da prevenção, do humanismo, do pragmatismo, da segurança, da coordenação e racionalização de meios e da participação) mas procede a uma reorientação estratégica que visa

---

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Administração (2004), Avaliação externa e independente da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga e do Plano de Ação Nacional da Luta Contra a Droga e a Toxicodependência – Horizonte 2004, Oeiras, INA.

## Introdução

garantir uma melhor operacionalização no terreno das intervenções na área de redução da procura, visando garantir a consistência e a coerência de uma coordenação e de uma otimização de resultados na ótica de ganhos em saúde, a saber: da centralidade no cidadão, da territorialidade, da integração das respostas, da qualidade das intervenções e da qualificação dos profissionais. Os vetores de intervenção são áreas de trabalho que possuem os seus objetivos específicos e as suas temáticas de trabalho, mas que se articulam de forma integrada para atingir os principais fins estabelecidos nos planos estratégico e de ação.

O estudo de avaliação do qual resulta este relatório final tem como objetivo geral avaliar criticamente o ciclo 2005-2012 do PNC DT, 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.

Em primeiro lugar, pretendeu-se verificar o cumprimento dos objetivos do PNC DT e os respetivos desvios verificados, nomeadamente em aspetos particulares das opções estratégicas de centralidade no cidadão, territorialidade, abordagens integradas, melhoria da qualidade, mecanismos de certificação e de prevenção da criminalidade relacionada com a droga. Devido à amplitude e abrangência de tais conceitos, tornou-se necessário efetuar uma técnica de grupo nominal (TGN) com os autores de relevo que estiveram na base da conceção do PNC DT, de modo a operacionalizar o desenho desta vertente do estudo.

Em segundo, propôs-se a 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. Neste âmbito avaliativo, foi dado especial destaque ao estudo das evoluções relativas ao consumo de drogas e às consequências relacionadas com o mesmo, assim como à oferta de serviços focalizada na diminuição dessas consequências.

O Plano Operacional de Respostas Integradas (PORI) marcou uma distinção em termos das políticas de luta contra a droga e as toxicodependências, pois veio implementar Programas de Respostas Integradas (PRI) nos territórios nos quais se diagnosticaram as maiores necessidades de resposta. A operacionalização deste Plano representou uma reorientação do paradigma de intervenção, através de um diagnóstico participado prévio à intervenção que permitiu identificar as prioridades de intervenção e a posterior implementação de PRI, através da criação de dispositivos de resposta abrangentes e da constituição de uma rede de ação coerente para lidar com a complexidade e a transversalidade da problemática da droga e questões conexas. O terceiro âmbito de avaliação proposto consiste numa avaliação económica do custo-benefício da implementação de respostas integradas em relação a uma estrutura precedente de respostas pulverizadas e dispersas. Nesta componente de avaliação, pretendeu-se estimar, em termos económicos, os benefícios gerados pela mudança de estratégia.

O último âmbito de avaliação foi constituído por um 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. No que diz respeito ao vetor da Prevenção, apreciou-se o 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. Relativamente ao vetor da Dissuasão, avaliou-se o fomento da articulação interministerial com as tutelas cuja missão abarca respostas no âmbito da toxicod dependência e promoção e garantia da articulação interna e intraministerial entre os serviços com responsabilidade ou implicações da Lei 30/2000, de 29 de novembro. No caso da RRMD, esteve em foco a construção de uma rede global de respostas integradas e complementares, com parceiros

públicos e privados. A disponibilização de uma oferta diversificada de programas de tratamento e de cuidados, abrangendo um amplo leque de abordagens psicossociais e farmacológicas, orientadas por princípios éticos e pela evidência científica, foi a intervenção específica da área do Tratamento que foi estudada neste apartado. Na Reinserção analisou-se a adoção de um modelo de intervenção, contemplando a figura do gestor de caso, a abordagem familiar e o acompanhamento integrado do utente. No eixo da Redução da Oferta, foi estudada a prevenção e combate da criminalidade associada a droga, através da coordenação e articulação das diversas entidades nacionais com competências na matéria e da cooperação com organismos internacionais e autoridades competentes de outros Estados.

Finalmente, apresenta-se uma síntese da avaliação, com base nos resultados obtidos na análise anterior.

Para atingir as metas estabelecidas, optou-se por uma matriz de abordagem metodológica o mais eclética possível, incluindo ferramentas de recolha de dados quantitativos e qualitativos. A recolha e análise da informação obedeceram a uma lógica de triangulação segundo a qual os dados quantitativos e qualitativos comunicam entre si de forma multidirecional e multidimensional.

Em 2011, a nova lei orgânica do Ministério da Saúde (MS) veio trazer alterações estruturais, nomeadamente através do Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, o qual concretiza uma importante mudança no *“reforço da componente de planeamento e acompanhamento de programas de redução do consumo de drogas, na prevenção dos comportamentos aditivos e na diminuição das dependências”*. Com a publicação deste Decreto, procedeu-se à criação do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD), extinguindo, conseqüentemente, o Instituto da Droga e Toxicodependências, I.P. (IDT, I.P.), e atribuindo às Administrações Regionais de Saúde, I. P. (ARS, I.P.), a componente de operacionalização das políticas de saúde. Este dado trouxe dificuldades acrescidas no cumprimento do trabalho de avaliação decorrentes das mudanças existentes neste organismo.

O texto do relatório apresenta-se em sete capítulos. No primeiro discute-se o conceito de avaliação utilizado no estudo, as suas potencialidades e respetivas limitações. Seguidamente apresenta-se o contexto que esteve na base da elaboração do PNCDT. No seguinte expõe-se um resumo da metodologia e das técnicas utilizadas no contexto do projeto. No quinto capítulo discutem-se os resultados da investigação. Este capítulo divide-se em quatro apartados nos quais se realiza uma reflexão sobre os resultados relativos a cada um dos âmbitos requeridos para avaliação no caderno de encargos. Por fim, apresentam-se as principais conclusões do estudo, bem como as recomendações de relevo no que diz respeito às componentes temáticas em avaliação. O relatório encerra-se com a devida citação de fontes bibliográficas, o glossário e o índice de tabelas, gráficos e figuras.



## 2. ALCANCE

O termo avaliação pode definir-se de diversas formas tendo adquirido uma variedade de significados. Por essa razão, não existe um consenso universal sobre a sua definição. Porém, vários autores coincidem em definir a avaliação como uma prática que atribui valor em função de uma série de critérios. No domínio deste trabalho, foi adotado o seguinte conceito de avaliação da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico (OCDE), usado pelo Banco Mundial e por vários atores do meio académico:

---

***“A avaliação refere-se ao processo de determinar a importância de uma atividade, política ou programa. A avaliação é a atribuição de valor, de forma sistemática e objetiva, de uma intervenção planeada ou finalizada.”***

---

Esta definição foi conjugada com outras mais amplas e processuais que colocam a tónica na negociação do plano de avaliação, na implementação de um desenho concreto de avaliação, na disseminação dos resultados ao público interessado e na facilitação da tomada de decisões. Deste modo, Owen<sup>2</sup> destaca dois modos de perspetivar a avaliação, como um juízo sobre o valor do programa e como uma produção de conhecimento baseada numa investigação sistemática para apoiar a tomada de decisões.

De modo geral, o propósito de qualquer avaliação é averiguar se as necessidades dos utilizadores e das partes interessadas foram satisfeitas com a implementação de políticas, processos e/ou mecanismos. A avaliação é uma componente fundamental no desenvolvimento das intervenções na área da gestão de políticas públicas, na medida em que todas as ações devem ser planeadas, executadas e avaliadas. As boas avaliações poderão ajudar a melhorar o desempenho de um projeto em todas as etapas e também proporcionar a informação necessária para melhorar políticas e procedimentos.

Na medida dos possíveis, deseja-se com este estudo de avaliação, informar sobre os fatores de êxito e de insucesso das intervenções em análise, medir o progresso obtido na consecução dos objetivos propostos, prestar os dados necessários para a tomada de decisões futuras (incluindo a possível introdução de novas intervenções, a sua continuidade/descontinuidade, a replicabilidade de práticas e sua expansão, etc.), avaliar os efeitos das ações sobre os beneficiários e a sua distribuição e identificar as boas práticas mediante a sistematização de múltiplos processos avaliativos.

Existem várias modalidades de avaliação que geralmente se entrelaçam e que variam em função do paradigma, do campo de ação, do método de investigação, do propósito e da perspetiva temporal dos avaliadores e dos conteúdos. A avaliação de necessidades integra o conjunto de atividades dirigidas a conhecer a natureza e extensão dos problemas de uma comunidade ou grupos específicos e estabelece as prioridades existentes, com o objetivo de responder de forma adequada aos mesmos. Os seus resultados podem ser utilizados para implementar programas, definir políticas ou

---

<sup>2</sup> Owen, J.M. (2007) *Program Evaluation: Forms and Approaches*. Third Edition. Allen and Unwin. Sydney and Guildford Press, New York.

tomar decisões orçamentais. A avaliação do desenho e/ou conceptualização de programas pretende assinalar, mediante uma análise lógica, a existência de problemas conceptuais no programa em relação ao assunto que se quer solucionar ou às necessidades às quais se pretende dar resposta. A avaliação da implementação ou de processo consiste em analisar se as intervenções desenhadas funcionaram na prática tal como foram previstas ou se pelo contrário se verificaram divergências entre o desenho e o realizado. O seu objetivo é conhecer a instrumentalização do programa. A avaliação da cobertura analisa se determinado programa está a alcançar a população-alvo, ou se pelo contrário se produzem desvios. A avaliação de resultados visa entender se os resultados previstos estão a ser atingidos e se os mesmos podem ser atribuídos com grau de certeza razoável à realização das atividades previstas em dado programa. A avaliação de impacto analisa os efeitos produzidos pela intervenção (e não apenas as alterações obtidas em relação aos objetivos propostos), como realiza a avaliação de resultados (da qual difere tanto nos seus conteúdos como, com frequência, na população a que se aplica). Se a avaliação de resultados mede as modificações imediatas que um programa introduz na população de destino do mesmo, a avaliação de impacto analisa os efeitos acumulados do programa a médio e longo prazo. A avaliação económica (relação custo-benefício) estuda a rentabilidade do conjunto de atividades que integram um programa. Para que esta seja viável é necessário quantificar todos os custos que são gerados pela execução de programas, para que sejam confrontados com os benefícios obtidos<sup>3</sup>.



### O nosso entendimento do processo de avaliação

Para que uma avaliação possa resultar em contributos efetivos para a tomada de decisões futuras sobre a política/ programa que se avalia, é essencial que no seu processo se incluam elementos estratégicos essenciais. **Consideramos que os elementos que a seguir se enumeram estão, tanto quanto possível, presentes no projeto de avaliação que levámos a cabo:**

- **Perspetiva interdisciplinar e holística.** Uma avaliação deve incluir profissionais de várias disciplinas. Neste sentido, a equipa de trabalho proposta pela Gesaworld incluiu várias áreas do saber, nomeadamente, ciências políticas, criminologia, sociologia, psicologia, gestão, medicina, enfermagem, trabalho social e estatística. A nossa equipa foi constituída ainda por um painel de avaliadores com experiência no desenho, implementação e/ou avaliação de políticas de saúde e sociais e, designadamente, na área das drogas e toxicodependências. Outra mais-valia da equipa foi o facto de ter sido formada por peritos nacionais e internacionais, contribuindo para uma

<sup>3</sup>Ministério da Saúde da Galiza, (s.d.), Instrumentos para a avaliação de programas de prevenção, (s.l.:s.n).

visão de proximidade sobre o trabalho desenvolvido em Portugal e, simultaneamente, para uma perspetiva sobre outras práticas desenvolvidas noutros países. Esta constituição facilitou a abordagem de *benchmarking* que estava prevista no Caderno de Encargos.

Por outro lado, a presente avaliação englobou, tanto quanto possível, a diversidade de atores e instituições que nela estiveram implicadas, permitindo desta forma a visão integrada e global sobre a implementação do PNCDT pretendida pela entidade adjudicante.

A função da avaliação deve estar integrada e enraizada na estrutura organizacional e ser vista como uma ferramenta de gestão. Neste sentido, destaca-se o facto de a presente avaliação ter sido incluída no plano de ação que operacionalizou o PNCDT, tendo sido encarada portanto, desde a conceção do referido plano, como um instrumento necessário e fundamental para a definição da estratégia e do modelo a adotar no próximo exercício;

- **Orientação para a ação.** Um processo de avaliação não termina com um relatório mas sim com a implementação das recomendações e das propostas apontadas no mesmo. Neste sentido, elaboraram-se recomendações de futuro. Estas sugestões devem ser, no nosso entender, úteis, viáveis e adequadas de forma a inclui-las numa fase posterior, respondendo às necessidades e contornando os constrangimentos identificados;
- **Visão inclusiva, participativa e não hierárquica.** A responsabilidade da avaliação correspondeu a todos os que trabalharam no projeto e não somente a uma entidade ou pessoa. Assim, importou envolver a entidade e pessoal responsável pelo desenho e gestão do PNCDT, os protagonistas da sua implementação, ultrapassando as fronteiras do IDT, I.P. e envolvendo outros atores parceiros com responsabilidades na operacionalização deste Plano;
- **Orientação para o futuro,** antecipando necessidades a partir dos seus resultados. Esta característica é fundamental num processo de avaliação. Uma avaliação deve ultrapassar a análise do programa e/ou política executada e incluir indicadores e análises que permitam antecipar as necessidades, constrangimentos, oportunidades e ameaças futuras. Neste sentido, a Gesaworld tentou, na medida dos possíveis, identificar no projeto de investigação as métricas altamente relevantes para esta tarefa, com o objetivo de apontar caminhos futuros para a intervenção nos comportamentos aditivos e nas toxicodependências;
- **Sentido ético, aberto e justo.** Estes elementos são inerentes ao sistema a partir do qual se tomam as decisões políticas e se priorizam, alocam e redistribuem os recursos.

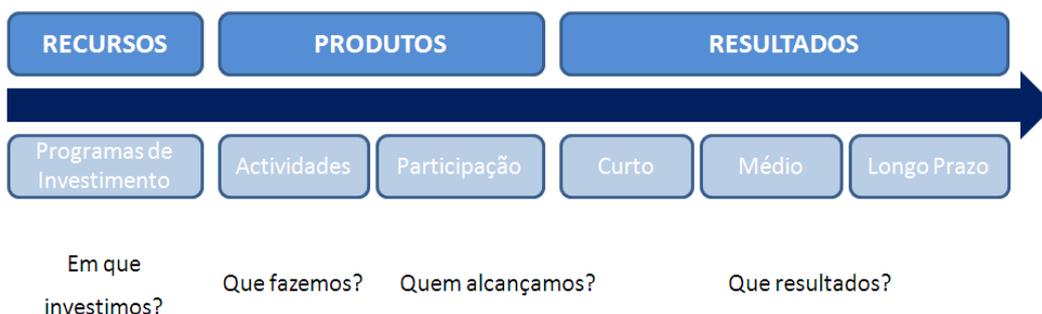
---

**O processo de elaboração de uma política nacional sobre drogas inclui uma estratégia nacional sobre drogas e um plano de ação que por sua vez inclui os programas, projetos e atividades que logicamente implementam a estratégia e plano.**

---

# Alcance

Figura 1. Cadeia Lógica de Conexões de programas de luta contra as drogas e as toxicodependências

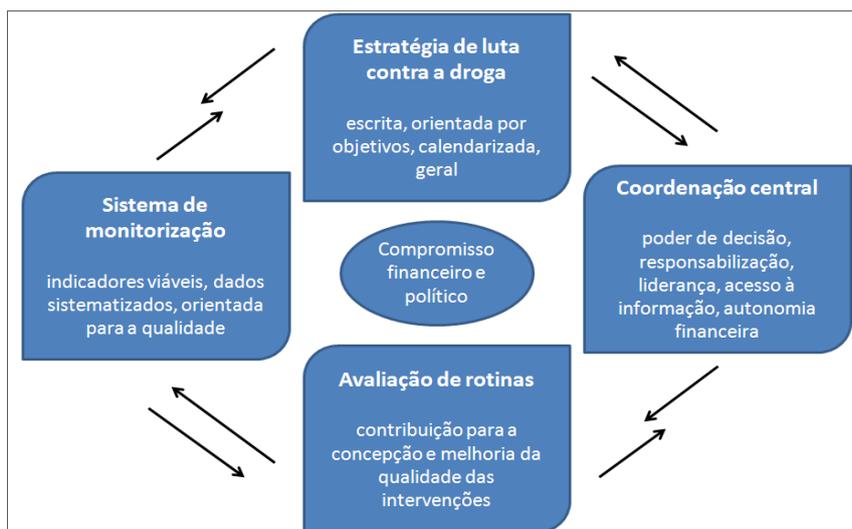


Fonte: Organização dos Estados Americanos (OEA), Comissão Interamericana para o Controlo do Abuso de Drogas (CICAD), Secretaria Regional da Comunidade do Caribe (CARICOM) e Secretaria de Programação para a Prevenção das toxicodependências e na luta contra o narcotráfico e Presidência da Nação da República Argentina (s.d). *Como desenvolver uma política nacional sobre drogas, uma guia para responsáveis políticos, técnicos e peritos.*

Os fundamentos práticos de uma política nacional sobre drogas incluem elementos comuns que servem para guiar o processo de planeamento e implementação, nomeadamente a comunidade, a estratégia, o orçamento e a avaliação. Existem também princípios éticos comuns que sobressaem em qualquer política efetiva: entre outros a garantia dos direitos humanos, a igualdade de género, a universalidade, a solidariedade e a responsabilidade partilhada.

O desenvolvimento de uma cultura de monitorização e avaliação permite tomar decisões mais informadas. A avaliação é uma estratégia em matéria de droga constitui-se como um elemento decisivo de responsabilização, desempenho e recursos financeiros.

Figura 2. Principais Características de uma Abordagem Estruturada a uma Política de Luta Contra a Droga



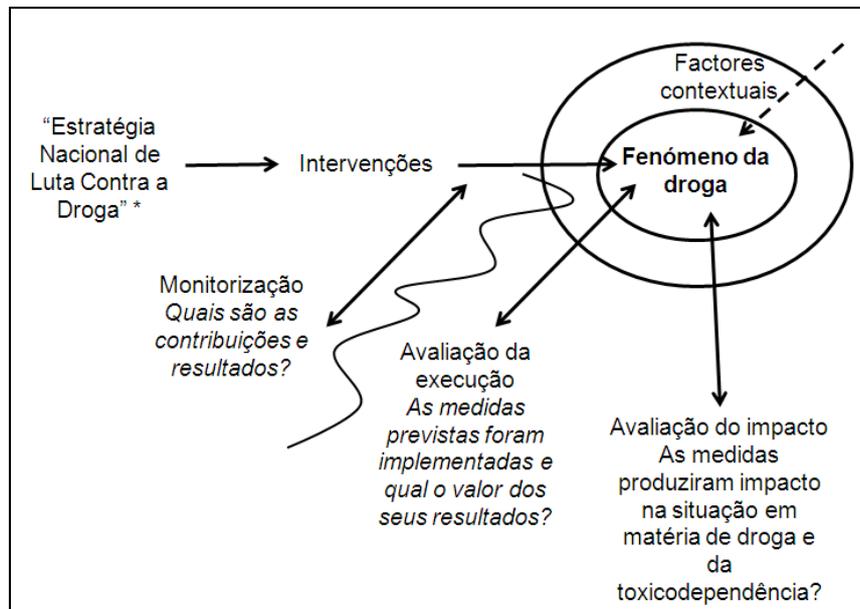
Fonte: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2004), *A avaliação do fenómeno da droga na EU e na Noruega-Relatório Anual, Bélgica, EMCDDA*

**As limitações das avaliações de programas de luta contra as drogas e toxicodependências**

As medidas para avaliar as «estratégias nacionais de luta contra a droga» a nível europeu podem ser divididas em três atividades principais:

- **Monitorização**, isto é, a recolha regular de dados relativos ao fenómeno da droga, bem como a respostas e intervenções;
- **Avaliação da implementação**, ou seja, avaliação do valor acrescentado oferecido pela implementação das iniciativas e pela afetação dos recursos previstos na estratégia de luta contra a droga;
- **Avaliação do impacto ou eficácia**, uma apreciação dos resultados (efeitos a curto prazo) e do impacto (efeitos a longo prazo) no fenómeno da droga, produzidos pela estratégia nacional de luta contra a droga.

Figura 3. Níveis de Avaliação das “Estratégias Nacionais de Luta contra a Droga”



\* O termo “Estratégia de Luta contra a Droga” inclui também qualquer plano de ação decorrente dessa estratégia  
 Fonte: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2004), A avaliação do fenómeno da droga na EU e na Noruega-Relatório Anual, Bélgica, EMCDDA.

As Nações Unidas e a Organização Mundial de Saúde (OMS) em conjunto com o Instituto Nacional de Abuso de Drogas dos Estados Unidos desenvolveram esforços para determinar a eficácia e eficiência do tratamento das toxicod dependências, permitindo definir pontos de partida e critérios de avaliação. Contudo, há a necessidade de contrastar a validade dos modelos de intervenção americanos na Europa.

A partir dos grandes estudos financiados até ao momento derivam-se três grandes tipos de evidências: (i) as toxicod dependências têm elevados custos económicos e sociais - não tratar é mais caro que tratar; (ii) existe evidência da eficácia do tratamento em toxicod dependências; (iii) existem elementos comuns aos programas de tratamento efetivos.

Destaca-se que os programas de avaliação desenvolvidos até ao momento apresentam maioritariamente evidências ao nível dos programas de prevenção e tratamento do consumo de drogas, o que provoca algumas limitações no conhecimento de outras intervenções no âmbito da luta contra as drogas e toxicodependências.

Concretamente para a **avaliação económica dos programas de ação contras as drogas e toxicodependências** existem os seguintes enfoques na literatura:

- **Avaliação custo-efetividade/utilidade:** a aplicação deste enfoque precisa de medidas de resultados (ou “*outcome*”). Nas avaliações nas quais é utilizado este enfoque, identificam-se como medidas de resultados (“*outcomes*”) os aspetos monetários para medir a utilidade ou efetividade de um programa de tratamento, os AVAQS (Anos de vida ajustados por qualidade), os dias do utente em liberdade (face aos dias em prisão); os dias de abstinência ou toxicodependência não sofridos<sup>4</sup>, entre outros. No entanto, o enfoque custo-efetividade não é útil quando se analisam diversas medidas de resultado (“*outcome*”) com vários perfis de utente de um único programa<sup>5</sup>.

Os resultados dos estudos custo-efetividade sobre os programas de prevenção, a título de exemplo, mostram como por cada dólar investido em prevenção através de programas dirigidos aos adolescentes existe uma poupança média de 18\$ para a sociedade, em tratamento de álcool ou outras substâncias<sup>6</sup>.

- **Avaliação custo-benefício:** este enfoque compara o custo da oportunidade de implementar um programa com os benefícios (expressos em unidades económicas) da sua implementação. Os estudos desenvolvidos analisam os benefícios sociais associados à implementação dos programas. Medem-se os benefícios alcançados tais como a diminuição da atividade criminal e, portanto, dos recursos (gasto público em segurança, recursos de saúde consumidos), assim como o valor económico da reinserção laboral das pessoas reabilitadas, e que na maior parte dos casos resultaram ser custo-benefício efetivos<sup>7 8</sup>.
- **Avaliação contingente:** O enfoque desta metodologia está baseado na disposição a pagar (DAP) dos cidadãos pela implementação de um programa contra as drogas. A avaliação contingente caracteriza-se por tentar estimar a poupança com a implementação de um tratamento, a qual origina um custo produzido. A necessidade de realizar inquéritos, faz com que esta metodologia seja muito custosa, restringindo o seu uso. Por outro lado, a ausência de informação sobre o preço do mercado das medidas de resultado (“*outcome*” – incremento do bem-estar, da

---

<sup>4</sup> Popovici (2008), Economic Evaluation of Continuing Care Interventions in the Treatment of Substance Abuse Recommended. Evaluation review: a journal of applied social research. 32 (6) p 547-568.

<sup>5</sup> Schori (2011), M. Valuation of Drug Abuse: A Review of Current Methodologies and Implications for Policy Making. Research on social work practice. 21 (4) p 421-431.

<sup>6</sup> Miller, T.R., and Hendrie, D. (2009) Substance abuse prevention dollars and cents: A cost-benefit analysis. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention. Rockville, MD: DHHS Pub. No. (SMA) 07-4298.

<sup>7</sup> French, M.T. Drummond, M. (2005) A research agenda for economic evaluation of substance abuse services. Journal of Substance Abuse Treatment. 29 125-137.

<sup>8</sup> Schori (2011), M. Valuation of Drug Abuse: A Review of Current Methodologies and Implications for Policy Making. Research on social work practice. 21 (4) p 421-431.

segurança cidadania), assim como a diversidade de medidas de resultado ou agentes (sociedade, Administração Pública, utente) podem afetar a avaliação do programa. Mesmo que o seu uso por agora tenha sido limitado no âmbito dos tratamentos de reabilitação de consumo de drogas, pode ser útil como complemento da análise custo-benefício já que estima o valor dos benefícios intangíveis derivados de um programa<sup>9</sup>.

No seio da comunidade científica, reconhece-se a grande dificuldade na determinação da eficácia de uma política em matéria de droga. Peritos e profissionais advertem para as limitações colocadas pela avaliação do impacto de uma política pública, devendo-se considerar níveis de complexidade e relações de causa e efeito.

Pode ser difícil detetar uma relação de causa efeito entre uma política em matéria de droga e os seus resultados e impacto dada a variedade de intervenções e efeitos os quais deverão ser avaliados, bem como os possíveis fatores externos que influenciam a realidade como por exemplo, condições socioeconómicas e subculturas. Alguns estudos sugerem que o fenómeno da droga poderá depender mais de fatores comportamentais e da sociedade, do que de intervenções políticas. Além do mais, a natureza ilícita do consumo de drogas pode constituir um grave obstáculo à recolha de dados, ferramenta essencial para qualquer processo de avaliação. Outro elemento que afeta a avaliação é a certeza com que se pode afirmar que os resultados que se encontram sejam devidos à atuação do programa avaliado. As Nações Unidas assinalam que os tratamentos de abuso de substâncias podem avaliar-se empregando as mesmas normas científicas que outras intervenções sociais e de segurança pública, preconizando assim o emprego de estudos experimentais controlados. No entanto, há que ter em conta que a utilização de grupos de controlo nem sempre é viável, colocando em questão práticas duvidosas para além de dificilmente serem passíveis de executar.

**Assim a avaliação em matéria de luta contra a droga tem de ser cuidadosamente ponderada e os seus resultados devem ser interpretados com prudência.**

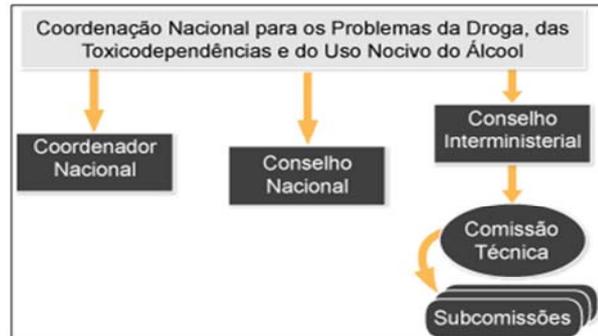
---

<sup>9</sup> French, M. T. Drummond, M. (2005), *A research agenda for economic evaluation of substance abuse services*. Journal of Substance Abuse Treatment, 29 125-137.



### 3. 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 intervindo:



Fonte [www.idt.pt](http://www.idt.pt)

- A nível político e governamental, representado no Conselho Interministerial e na figura de membro do governo responsável pela política da droga e problemas do álcool;
- A nível técnico, com a criação de uma Comissão Técnica do Conselho Interministerial composta por representantes dos ministros que integram o Conselho Interministerial;
- A nível de coordenação, assegurado pelo Coordenador Nacional;
- Na sociedade civil, representada no Conselho Nacional.

No âmbito do Compromisso Eficiência, o XIX Governo Constitucional determinou as linhas gerais do Plano de Redução e Melhoria da Administração Central (PREMAC), com o intuito de repensar e reorganizar a estrutura do Estado tornando-a mais eficiente e racional na utilização dos recursos públicos, tendo também em conta o cumprimento dos objetivos de redução da despesa pública, a que o país tem de responder. Estas premissas marcam uma nova fase da reforma da Administração Pública, neste contexto e através do Decreto-lei n.º 17/2012 de 26 de janeiro é criado o SICAD, que extingue o 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 ARS, I.P. O Presidente do Conselho de Administração deste Serviço é, por inerência, o Coordenador Nacional do Combate à Droga e à Toxicodependência que exerce funções junto do Ministro da Saúde.

Ao IDT, I.P. extinto, competiam as tarefas de coordenação e execução da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga que lhe forem 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 toxicodependência alicerçada na prevenção dos consumos, RRMD, tratamento e reinserção social, assegurando de forma transversal o funcionamento do sistema nacional de informação sobre droga e toxicodependência, promovendo e estimulando a investigação do fenómeno, apoiando a formação dos profissionais que intervêm neste domínio, o funcionamento das Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT), assegurando a cooperação com entidades externas e estudando e propondo medidas legislativas e administrativas neste domínio, acompanhando a sua aplicação. Resultou da fusão do Serviço de

Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT) e do Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (IPDT) e foi criado em 29 de novembro de 2002 (Decreto-Lei nº 269-A/2002). O IDT, I.P., impulsionava ainda o planeamento estratégico e a adequação do ordenamento jurídico com as estruturas que operam na área da redução da oferta, promovia a partilha de responsabilidades e otimização de sinergias com as estruturas de saúde que têm como objeto “cuidar” a população toxicodependente, desenvolvia com as estruturas de outros Ministérios estratégias integradas de intervenção em meio escolar, laboral, prisional e recreativo, aperfeiçoava a colaboração no domínio da reinserção social e profissional e do desenvolvimento de estratégias de prevenção e correção da exclusão social (por outras palavras, reforço da inclusão e proteção social)<sup>10</sup>.

#### **Situação de partida do PNCDD**

O PNCDD 2005-2012 foi elaborado num contexto de menor alarmismo social em relação ao fenómeno da toxicodependência, nomeadamente face ao consumo problemático de heroína. Os anos anteriores, fortemente marcados por este tipo de consumo e consequente impacto social, conheceram o desenvolvimento de uma rede de tratamento especializada e estendida a todo o território nacional.

Os resultados obtidos nos anos anteriores ao PNCDD mostravam uma tendência decrescente da percentagem de população toxicodependente no conjunto de casos com diagnóstico de SIDA embora ainda com valores altos quando comparado com outros países europeus, constituindo uma preocupação em termos de saúde pública e individual. A heroína sobressaía como substância principal dos novos utentes que entravam em tratamento e a via de administração endovenosa suscitava preocupações em termos de consequências na saúde pese embora tenha conhecido algum decréscimo nos anos prévios à elaboração do Plano.

O reconhecimento de bolsas de consumidores que, pelas suas características, não tinham acesso aos recursos de tratamento, dava origem no início do milénio ao planeamento de respostas inovadoras no âmbito da RRMD as quais não constituíam uma resposta em rede e com uma vasta cobertura face às necessidades da população. Em termos de consumos da população, os resultados do inquérito à população geral e os resultados dos inquéritos à população em idade escolar mantinham a cannabis como a substância ilícita mais consumida.

A política de descriminalização do consumo, aquisição e detenção para consumo próprio de plantas, substâncias ou preparações definidas na Lei n.º30/2000 de 29 de novembro, não excedendo a quantidade para consumo individual durante 10 dias, estava em vigor desde o início do milénio e o dispositivo de Dissuasão era ainda relativamente recente. Iniciavam-se alguns programas na área da prevenção de cariz municipal que se consubstanciavam na atuação de novos atores na intervenção preventiva com crianças e jovens na área das toxicodependências.

Quanto à oferta, Portugal destacava-se como país de trânsito de cocaína para o mercado comunitário, aspeto relevante em termos de recursos nacionais alocados para a prevenção e combate à criminalidade organizada. Em relação à heroína, no início do milénio esta deixou pela primeira vez de ter o lugar de substância mais apreendida, tendência que se consolidou nos anos subsequentes apontando indiretamente para o decréscimo da disponibilidade desta substância no mercado, auto-limitando o fenómeno. O envelhecimento da população utilizadora dos serviços da

---

<sup>10</sup> Consulta no *site* com a URL: [www.idt.pt](http://www.idt.pt).

rede pública de tratamento de toxicodependentes cuja droga principal era a heroína confirmava este dado.

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

*Tabela 1. Resumo da situação de partida à elaboração do PNCDT*

- 
- **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/OMS em 2002 como do ESPAD (*European School Survey Project on Alcohol and other Drugs*) 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 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 (em 2004);
    - **Terapêutica anti retrovírica:** a percentagem de toxicodependentes seropositivos que se encontravam com terapêutica anti retrovírica 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:** 5370 ocorrências que originaram a abertura de processos em 2004, dos quais 68% estavam relacionados com cannabis.
- 

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

As respostas dirigidas à redução da procura de substâncias psicoativas nos anos transatos ao PNCDT caracterizaram-se pelos seguintes elementos<sup>11</sup>:

- Investimento, especialmente no ano 2004, na formação dirigida aos profissionais que atuavam na área;
- Definição e implementação de programas e projetos de prevenção com ênfase no desenvolvimento a nível regional e local, mobilizando as autoridades competentes e a comunidade;
- Implementação de um modelo de descriminalização do consumo, aquisição e detenção para consumo próprio de substâncias ou preparações definidas na lei, com escassa informação em relação ao *follow-up* dos casos atendidos;
- Desenvolvimento de programas de RRMD, ainda que de forma incipiente. Especial destaque nesta área para o Programa Troca Seringas (PTS) que conheceu um aumento do número de seringas trocadas;
- Alargamento da rede pública de tratamento em ambulatório com um aumento do número de utentes em tratamento de substituição opiácea e cuja idade média (entre 31-34 anos) mostrava o envelhecimento destes utentes. Participação das farmácias nos programas de tratamento de substituição opiácea;
- Iniciativas específicas na área da reinserção ainda que com uma cobertura baixa;
- Existência de iniciativas específicas para grupos vulneráveis tais como programas de tratamento para grávidas e crianças filhas de toxicodependentes. Existência de respostas sistemáticas em termos de atuação por género através do Programa Escolhas;
- Em termos de redução da oferta, o número de apreensões de heroína decresceu desde 2000 enquanto que o número de apreensões de ecstasy aumentou. Até 2002 a heroína era a droga com maior número de apreensões, tendo essa situação sido alterada a partir desse ano, altura em que o haxixe passou a representar a droga com maior número de apreensões. Os países de origem da heroína apreendida foram a Espanha e a Holanda. A cocaína foi proveniente do Brasil, o haxixe teve como origem Marrocos e no caso da cannabis, a proveniência foi de Angola. 77% da cocaína e 35% da cannabis que entraram em Portugal, destinavam-se a outros países europeus enquanto que as quantidades restantes bem como outras substâncias se destinavam ao mercado interno.

---

<sup>11</sup> Reitox National focal point (2005). 2005 National Report (2004 data) to the EMCDDA -Portugal. *New developments, Trends and in-depth information on selected issues* – (s.l), EMCDDA.

Com base neste quadro foram realizadas recomendações para o futuro da avaliação da ENLCD<sup>12</sup>, nomeadamente:

- Reorganizar e aumentar a abrangência do Sistema Nacional de Informação sobre Droga e Toxicodependência (SNIDT);
- Reduzir a oferta aumentando a captura dos traficantes;
- Desenvolver uma nova geração de iniciativas e de programas de prevenção com os municípios, as famílias, as escolas, os clubes desportivos, as associações, os locais de diversão (bares, discotecas, etc.) e as empresas;
- Melhorar os sistemas de RRMD através do desenvolvimento das linhas de ação já prosseguidas (programa de substituição, troca de seringas, campanhas pelo uso do preservativo, etc.);
- Enriquecer os serviços prestados – em diversidade dos públicos-alvo e na regulação dos padrões terapêuticos adotados – atualmente oferecidos pelas redes de centros de tratamento ou de dia e pelas Comunidades terapêuticas (CT), melhorando também os sistemas de acompanhamento e avaliação;
- Lançamento de um novo espectro de iniciativas para reduzir o estigma social da droga junto dos empregadores e promoção da reinserção social e laboral;
- Reorganização do IDT, I.P. e estabelecimento de novo modelo de cooperação interministerial;
- Clarificar prioridades para os esforços de formação e de investigação, passando a potenciar melhor os seus resultados.

### O PNCDT 2005-2012

O PNCDT 2005-2012 dá continuidade à ENLCD, definida em 1999, adaptando-a à realidade atual, tendo por base o programa do XVII Governo Constitucional, as Grandes Opções do Plano 2005-2009, o Orçamento de Estado 2005, o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 e a Carta de Missão apresentada pelo Coordenador Nacional de Combate à Droga e à Toxicodependência ao Senhor Ministro da Saúde a 25 de abril de 2005.



<sup>12</sup> Instituto Nacional de Administração (2004), Avaliação externa e independente da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga e do Plano de Ação Nacional da Luta Contra a Droga e a Toxicodependência – Horizonte 2004, Oeiras, INA.

O PNCDT foi construído com uma estrutura assente numa lógica de seis eixos que se subdividem em vetores, para os quais são definidos objetivos gerais com indicação das respetivas prioridades. São seis os eixos formulados no PNCDT:

- Áreas transversais: Coordenação; Cooperação internacional; Informação; Investigação; Formação e Avaliação; Reordenamento jurídico;
- Áreas de Missão: Redução da procura e Redução da oferta.

No PNCDT foram formulados princípios estratégicos com o intuito de garantir a consistência e a coerência da coordenação bem como a otimização de resultados, nomeadamente: centralidade no cidadão; territorialidade; abordagens e respostas integradas e melhoria da qualidade e mecanismos de certificação.

As linhas gerais de cada vetor integrante da **área de missão de redução da procura** são:

- **Prevenção:** assenta no desenvolvimento de estratégias que preparem os jovens para lidar com os riscos associados ao consumo, apostando no aumento do conhecimento sobre o fenómeno dos consumos de substâncias psicoativas, no aumento da qualidade da intervenção preventiva através do reforço da componente técnico científica e metodológica e no aumento da abrangência, acessibilidade, eficácia e eficiência dos programas de prevenção;
- **Dissuasão:** as CDT desenvolvem um trabalho de proximidade de mediação entre as situações de consumo e a aplicação de medidas sancionatórias. Pretende-se que a operacionalização da lei contribua para a redução do consumo de drogas ilícitas, de uma forma justa, equitativa, e em consonância com as necessidades do indiciado, sejam preventivas, sanitárias, terapêuticas ou sancionatórias. Assim foram estipulados como objetivos no PNCDT a garantia da eficiência da lei, a continuidade da articulação entre parceiros em ordem a assegurar a complementaridade das intervenções específicas e a melhoria do conhecimento científico na área;
- **RRMD:** o primordial objetivo da intervenção de RRMD é tentar estabilizar o comportamento problemático do indivíduo e prevenir o agravamento das consequências prejudiciais. Tende-se a estimular a mudança de comportamento e a não permitir que o problema se agrave. Enquanto objetivos traçados deste vetor aponta-se a construção de uma rede global de respostas integradas e complementares de RRMD com parceiros públicos e privados, disponibilizar programas de RRMD e desenvolver um processo de melhoria contínua da qualidade da intervenção em RRMD promovendo uma cultura de formação e avaliação;
- **Tratamento:** para este vetor visa-se essencialmente garantir, a toda a população que o deseje, acesso em tempo útil a respostas terapêuticas integradas (articuladas e complementares), disponibilizar uma oferta diversificada de programas de tratamento e de cuidados e implementar um processo de melhoria contínua da qualidade a nível de todos os programas e intervenções terapêuticas;
- **Reinserção:** a reinserção deve ser considerada parte integrante e complementar, não só do Tratamento, mas também das áreas da Prevenção, Dissuasão e RRMD. Os objetivos para este vetor são garantir a abrangência e a transversalidade dos recursos institucionais/não-institucionais da Reinserção nas várias áreas de vida do cidadão, de forma a facilitar o desenvolvimento de projetos de vida responsáveis e responsabilizantes; potenciar a reinserção enquanto processo global, implicando todos os atores na ótica da abordagem e das respostas integradas e implementar o processo de melhoria contínua da qualidade em reinserção.

No **eixo da redução da oferta** o grande objetivo é reduzir de forma significativa a prevalência do consumo de drogas entre a população, bem como os prejuízos a nível social e para a saúde causados pelo consumo e pelo comércio de drogas ilegais e assegurar, tendo em consideração as conquistas e valores em termos de direitos e liberdades fundamentais, um elevado nível de segurança para o público em geral, tomando medidas contra a produção e o tráfico de drogas e o desvio de precursores (incluindo o transfronteiriço) e intensificando as medidas de prevenção contra a criminalidade relacionada com a droga através da cooperação eficaz, firmada numa abordagem conjunta, com as forças de outros Estados.

O PNCDT determina que a sua **avaliação** seja organizada como um processo de monitorização e feedback constante para garantir, a par da sua implementação, a sua permanente adequação à realidade no terreno e aos constrangimentos e disponibilidades no âmbito dos recursos humanos e financeiros. A fim de garantir uma avaliação de processo, de resultados e, nas áreas possíveis, de impacto, a RCM n.º 115/2006 prevê que o Plano Nacional seja avaliado a nível interno e externo, de forma a assegurar que essa avaliação seja o mais complementar e global possível. Assim os dois Planos de Ação que operacionalizam o PNCDT contemplam avaliações internas, sendo que a correspondente ao Plano Horizonte 2008 foi já finalizada e a relativa ao Plano de Ação 2009-2012 encontra-se ainda em curso.

Das conclusões da avaliação interna realizada ao Horizonte 2008 destacam-se: o êxito na articulação de respostas e do modelo de coordenação na operacionalização das ações previstas no plano, o retomar de estudos que possibilitam aprofundar o conhecimento do fenómeno; a redução quantificável do consumo de drogas em faixas etárias e grupos específicos e a redução quantificável dos riscos para a saúde e dos riscos sociais relacionados com as drogas em alguns indicadores.



## 4. METODOLOGIA

Para este processo de avaliação foram utilizadas técnicas quantitativas e qualitativas enquadradas numa matriz metodológica que se pretendeu holística e heurística.

As **técnicas quantitativas** dividem-se em técnicas experimentais e semi-experimentais. As avaliações com base nestas técnicas têm sido destacadas pela sua robustez na estimativa de

factos (ao minimizar vieses) e na facilidade na interpretação dos resultados, ao expressar os termos em resultados numéricos. As **técnicas qualitativas** oferecem informações muito valiosas sobre o “porquê” e o “como” das relações entre causa e efeito. Os métodos qualitativos são de grande utilidade para realizar estudos contextuais, estabelecer os objetivos e indicadores da avaliação, implicar os agentes na recolha e análise de dados, reconfigurar situações de base e triangular dados. Outra vantagem considerável consiste no facto de que as avaliações qualitativas contribuem geralmente por si mesmas para transformar (isto é, fortalecer) o projeto em questão mediante a participação de todos os agentes. No entanto, a literatura especializada aponta a natureza subjetiva destes métodos bem como a falta de grupos de comparação e de rigor estatístico.

Passos para a Execução de uma Avaliação Efectiva



Neste sentido, combinou-se na presente avaliação a utilização de técnicas quantitativas e de técnicas qualitativas (e.g. entrevistas) com o objetivo de obter uma perspetiva global sobre o processo de implementação do PNCDT, passível de interpretar as métricas obtidas a partir da triangulação de dados com origem em diversas fontes e metodologias de recolha.

Assim, 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.

O presente estudo baseou-se no racional definido pelos *Centers for Disease Control and Prevention* (CDCs)<sup>13</sup>, que estabelecem os passos e padrões para executar uma avaliação de modo efetivo.

<sup>13</sup> Eiliana Montero Rojas,(1999), Contexto conceptual para a avaliação de programas de saúde, (s.l:s.n).

São seis passos interdependentes e sequenciais no tempo, no sentido de que um passo não deve ser realizado a não ser que o anterior já esteja cumprido:

**Passo nº 1: Alcançar o compromisso dos atores implicados na política ou programa:** como já foi referido, uma avaliação que não envolva os atores implicados poderá fracassar pelo desconhecimento das perspetivas destes atores e das circunstâncias de contexto do programa/política em avaliação. Neste sentido, foi prioritário **obter o máximo compromisso dos atores e dos profissionais envolvidos de forma a garantir a adequação do desenho e a realização da avaliação.** Pensamos que este compromisso foi atingido permitindo a realização do processo de avaliação de uma forma eficiente, já que facilitou a identificação dos constrangimentos existentes na realização da avaliação e onde era necessário concentrar os recursos e o tempo da pesquisa. Os sucessivos contatos, reuniões e entrevistas aos atores envolvidos, constituíram um processo fundamental neste estudo, exigindo uma grande alocação de recursos por ambas as partes.

**Passo nº. 2: Descrever a política ou programa:** pensamos que a descrição das opções estratégicas e do programa foi suficientemente detalhada para garantir a compreensão dos objetivos e das estratégias. Tiveram especial importância as reuniões efetuadas com os membros do IDT, I.P., as técnicas de grupo e as entrevistas realizadas.

**Passo nº. 3: Focalizar os esforços no desenho da avaliação:** a Gesaworld atribuiu especial importância às primeiras fases do projeto, as quais se centraram na definição e consenso do desenho da avaliação, na definição do plano de trabalho e cronograma e na identificação das técnicas mais adequadas e na seleção dos indicadores mais relevantes.

**Passo nº. 4: Conseguir uma evidência credível:** pensamos que a avaliação incluiu informação que foi entendida como credível e relevante pelos atores que nela estiveram envolvidos e que permitiu proporcionar uma visão clara dos itens avaliados. Neste sentido, a investigação incluiu uma fase de identificação e seleção dos indicadores mais adequados para realizar a presente avaliação e outra fase de identificação dos constrangimentos que existiram para obter esta informação. As técnicas previstas (reuniões de consenso, entrevistas, Técnica de Grupo Nominal (TGN)) permitiram triangular e validar a informação recolhida em fontes documentais.

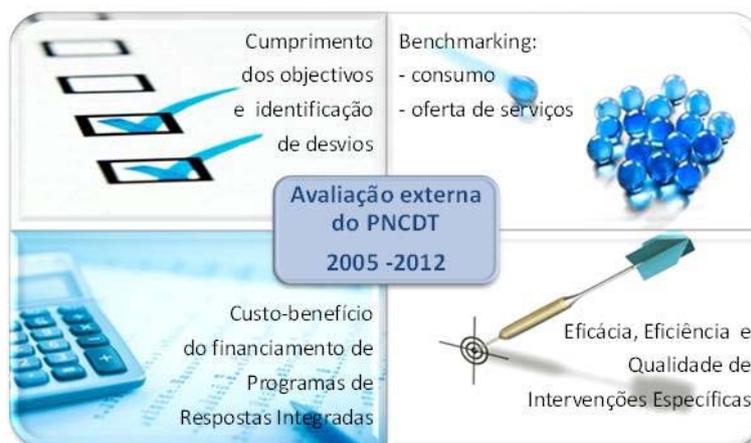
**Passo nº. 5: Justificar as conclusões:** as conclusões da avaliação são justificadas através da evidência adquirida. Essas conclusões incluem padrões, análises, sínteses, interpretações, pareceres e recomendações que se obtiveram da mesma. As conclusões e recomendações foram emanadas a partir da triangulação dos dados obtidos nas diferentes técnicas utilizadas (qualitativas e quantitativas).

No projeto de investigação deu-se especial ênfase às técnicas que permitiram o contraste entre as várias fontes de informação, à validação dos resultados com os interlocutores-chave e à realização de sessões para a identificação, seleção e consensualização das principais recomendações.

**Passo nº. 6: Assegurar o seu uso e partilhar as lições aprendidas:** as lições aprendidas no domínio desta avaliação não se traduzem automaticamente na tomada de decisões, nem na realização de ações concretas. Para preparar o uso da respetiva avaliação, deve-se fazer um esforço para garantir que os resultados sejam implementados apropriadamente e que haja uma correta vigilância desse processo.

O presente projeto de avaliação externa incide sobre cinco âmbitos de análise, nomeadamente:

- 1) **Verificação do cumprimento dos objetivos do PNCDT e identificação de desvios existentes** em aspetos específicos das opções estratégicas (centralidade do cidadão, territorialidade, abordagens integradas, melhoria da qualidade e mecanismos de prevenção da criminalidade relacionada com a droga);
- 2) **Avaliação do impacto** com base em comparadores epidemiológicos e de resposta em Portugal com 2 países de cada grupo de países indicado no Caderno de Encargos, tendo sido selecionados Espanha e Noruega;
- 3) **Avaliação do custo-benefício do financiamento** de respostas integradas face a respostas dispersas e pulverizadas;
- 4) **Avaliação da eficiência, eficácia e qualidade** das intervenções específicas dos eixos estratégicos da redução da procura e da oferta (prevenção, dissuasão; RRMD; tratamento; reinserção; redução da oferta).
- 5) **Avaliação crítica do PNCDT.**



Assim, em particular visou-se conhecer:

- Se os resultados estipulados foram cumpridos (eficácia);
- Qual foi o seu processo de implementação (eficiência e qualidade);
- Quais foram os seus efeitos (impacto);
- Como nos situamos em comparação com outros países do contexto europeu (*benchmarking*);
- Quais foram os recursos utilizados e efeitos obtidos (custo-benefício).

Foi particularmente importante conhecer o manancial de informação existente, a sua disponibilidade e grau de confiança bem como as fontes de informação (primária e secundária). Também identificámos a informação passível de ser coletável a partir das ferramentas de informação/documentos já disponíveis e a informação que foi necessário recolher utilizando ferramentas *ad-hoc* especialmente concebidas para o estudo de avaliação do PNCDT. Por outro lado, definiu-se que a informação seria analisada de forma agregada para todo o território continental e definiu-se a forma de articulação e coordenação entre equipas, nomeadamente a equipa de avaliação da Gesaworld e o *Steering Comitee* criado pelo então IDT, I.P. para acompanhamento do projeto.

Nesta fase, a Gesaworld apresentou a **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 e encontra-se no anexo 1. Para identificar a informação disponível, foi utilizada uma **matriz com a metodologia para a compilação da informação**, identificando-se as fontes, instrumentos e entidades/ responsáveis envolvidos. Esta matriz constituiu um instrumento essencial para facilitar a obtenção da informação e realizar o seguimento deste processo.

Foram ainda identificados os **instrumentos de recolha da informação**. Procedeu-se à definição da informação que foi necessário obter por via de técnicas de recolha de informação *ad-hoc*, não disponível. Deste modo, a Gesaworld realizou um conjunto de técnicas qualitativas e quantitativas que permitiram a recolha dessa informação. As técnicas qualitativas realizadas foram as seguintes:

- **Técnicas de Grupo Nominal:** versando as temáticas em avaliação e requeridas no Caderno de Encargos. Foram realizadas um total de **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 (NAT) das Delegações Regionais (DR), profissionais dos Centros de Respostas Integradas (CRI), profissionais das respostas no âmbito dos Programas de Respostas Integradas (PRI), atores das várias autoridades policiais e das CDT e profissionais de Equipas de Rua (ER). Os resultados das TGN encontram-se no anexo 2;
- **Entrevistas:** centradas nos temas em avaliação. Efetuaram-se **cinco entrevistas**, a saber: Coordenador Nacional para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool, a um membro do Conselho Diretivo do IDT, I.P., a um representante do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) e a dois utentes do Centro de Dia da UD – Centro das Taipas. Os resultados das entrevistas podem ser visualizados no anexo 3.

Em relação à informação quantitativa, procedeu-se à recolha da informação disponível, na sua maioria passível de obter por via das seguintes fontes: IDT, I.P. (fundamentalmente nos Relatórios de Atividades); Coordenador Nacional (nos relatórios anuais de "Situação do país em matéria de drogas") e, finalmente, OEDT (dados estatísticos). Foi ainda necessário proceder à recolha de informação específica tendo-se realizado 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 ainda, dois pedidos específicos: um às DR e, outro, às CDT. Do lado da redução da oferta estabeleceu-se contato para pedido específico de informação com as forças policiais, nomeadamente, e Guarda Nacional Republicana (GNR), Polícia de Segurança Pública (PSP), Polícia Judiciária (PJ).

Como já foi referido, a **informação recolhida para o cálculo de indicadores incluiu dados quantitativos e qualitativos**.

## 5. RESULTADOS

### 5.1 ANÁLISE DO CUMPRIMENTO DOS OBJETIVOS DO PNCDT

#### 5.1.1 Objetivos

A presente componente visa a avaliação do cumprimento dos objetivos estabelecidos no PNCDT e desvios verificados, nomeadamente em aspetos específicos das opções estratégicas na área de missão da redução da procura (Centralidade no cidadão, Territorialidade, Abordagens integradas, Melhoria da qualidade e mecanismos de certificação) assim como a intervenção definida na área de missão da redução da oferta de prevenção da criminalidade relacionada com a droga.

As áreas de missão de redução da procura e da oferta estão consagradas na Estratégia Europeia de Luta Contra a Droga e Toxicodependência (EELCDT). As orientações estratégicas definidas no PNCDT resultam de uma necessidade de realizar uma "reorientação estratégica das intervenções capaz de garantir a consistência e a coerência de uma coordenação e de uma otimização de resultados na ótica de ganhos em saúde"<sup>14</sup> em que:

- ❖ A **Centralidade do cidadão** consiste na agilização das respostas de forma a se orientarem não para a substância mas para a satisfação global das necessidades objetivas e subjetivas do cidadão, constituindo-se os serviços como "gestores do capital de saúde" através de respostas integradas que abordam a intervenção, respeitando o direito e dever da cidadania e fomentando o *empowerment* do indivíduo na definição do seu projeto de vida mas atuando de forma proactiva sempre que existam "situações de maior risco para o indivíduo e para a comunidade"<sup>15</sup>;
- ❖ Na sequência desta abordagem holística do cidadão, importa garantir através da **Territorialidade** a harmonização, articulação e coordenação das respostas a nível local, evitando a sua dispersão e definindo o papel de cada ator. Esta reorientação prevê a desconcentração das competências e a descentralização da gestão, potenciando a construção e gestão de planos de intervenção baseados no diagnóstico de necessidades a nível local, esperando-se desta forma melhor responder às necessidades identificadas em áreas lacunares em cada território;
- ❖ Se pretende garantir a **integração das abordagens e respostas**, quer a nível interno como externo, "criando dispositivos de resposta abrangentes" que evitem as clivagens entre as intervenções de prevenção, dissuasão, RRMD, tratamento e reinserção que constituam uma rede de ação coerente e simultaneamente capaz de lidar com a complexidade e transversalidade da problemática da droga e questões conexas;
- ❖ Avaliação seja incorporada na cultura institucional e sejam criados incentivos para investir na **melhoria da qualidade**, através da certificação e acreditação dos serviços e respostas.

Relativamente à área de missão da **redução da oferta**, o PNCDT prevê intensificar as medidas de prevenção e combate da criminalidade associada à droga "através da cooperação eficaz, firmada

<sup>14</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência (2005), *Plano Nacional contra a Droga e as Toxicodependências, 2005-2012*, Lisboa, IDT.

<sup>15</sup> *Idem*.

numa abordagem conjunta, com as forças de outros Estados", com vista a "reduzir de forma significativa a prevalência do consumo de drogas entre a população, bem como os prejuízos a nível social e para a saúde causados pelo consumo e pelo comércio de drogas ilegais"<sup>16</sup>.

### 5.1.2 Metodologia

Na base da definição da bateria de indicadores para a avaliação desta Componente esteve a realização de uma TGN com membros intervenientes na elaboração do PNCDT. Pretendeu-se com esta TGN esclarecer quais os objetivos subjacentes a cada uma das orientações estratégicas estabelecidas no PNCDT de forma a assegurar uma compreensão adequada dos pilares que estiveram na base da sua construção permitindo desta forma identificar os objetivos operacionais e/ou as ações que melhor poderiam traduzir cada orientação. Uma vez explanadas as ideias de cada um dos membros do grupo, seguiu-se a priorização e obtenção de consenso sobre quais as ideias chave que melhor plasmavam cada um dos conceitos em análise<sup>17</sup>.

Na perspetiva do grupo, a **Centralidade no cidadão** está representada pelas seguintes ideias principais:

- ❖ **Diagnóstico individual** das necessidades do indivíduo;
- ❖ **Constituição da Rede Nacional de RRMD**, permitindo desta forma a adaptação das respostas às necessidades existentes bem como a implementação de intervenções de proximidade;
- ❖ **Reorganização dos serviços e melhoria da articulação interinstitucional**.

Assim, para realizar a avaliação da Centralidade do cidadão estabeleceram-se indicadores que versam sobre as ideias recolhidas através da técnica de grupo.

O conceito de **Territorialidade** é, na perspetiva do grupo, representado fundamentalmente pelo **diagnóstico territorial das necessidades**, cuja intervenção mais paradigmática terá sido a elaboração e implementação do Plano Operacional de Respostas Integradas (PORI), o qual é um plano de âmbito nacional promovido pelo então IDT, I.P. com o objetivo, entre outros, de reorganizar e/ou potenciar as intervenções existentes, centrando os esforços nos territórios com maior necessidade de intervenção (territórios prioritários). A sua operacionalização foi realizada em fases sequenciais e concretizada através da criação de PRI, que integram respostas interdisciplinares em cada território.

No caso das **Abordagens Integradas**, na perspetiva do grupo as atividade planeadas e/ou implementadas no âmbito do PNCDT que melhor refletem este conceito foi a **criação dos CRI**, recursos que englobam os quatro vetores de intervenção (prevenção, RRMD, tratamento e reinserção) e o PORI, nomeadamente por ter implicada a criação de Núcleos Territoriais (NT) que se constituem como uma estrutura a nível local para fomentar a definição e implementação de objetivos comuns e para assegurar a complementaridade das intervenções.

---

<sup>16</sup> *Ibidem*.

<sup>17</sup> A TGN centrou-se na análise das seguintes orientações estratégicas: centralidade do cidadão, territorialidade, abordagens integradas e prevenção da criminalidade relacionada com a droga. Os resultados são apresentados no anexo 2.

Em relação à **prevenção da criminalidade relacionada com a droga**, as atividades planeadas e/ou implementadas que no entender do grupo melhor responderam a esta medida foram o reforço das **ações de recolha de informação, investigação e repressão sobre as atividades das estruturas criminosas**, o **Programa Escola Segura** e os **Programas de Substituição Opiácea de Baixo Limiar de Exigência (PSO-BLE)**.

Os indicadores em avaliação nesta análise apresentam-se em anexo 1. Todos os indicadores são analisados de forma agregada a nível nacional desde o primeiro até ao último ano em que existe informação disponível no período de vigência do PNCDT<sup>18</sup>.

### 5.1.3 Resultados

#### a) Centralidade do cidadão

Neste ponto analisa-se o cumprimento ou desvios verificados na implementação dos objetivos do PNCDT no aspeto específico da reorientação estratégica correspondente à centralidade do cidadão. A TGN realizada contribuiu para dar a conhecer quais áreas definidas no PNCDT que melhor respondiam ao conceito de centralidade do cidadão. O grupo da TGN identificou as seguintes: o **diagnóstico das necessidades; a adaptação dos serviços e das soluções a partir dos resultados do diagnóstico e a melhoria da coordenação e articulação para responder a essas necessidades**.

##### 1) Diagnóstico de necessidades

Na elaboração do PNCDT partia-se de uma situação em que se verificava a existência de bolsas de indivíduos excluídas do acesso aos recursos disponíveis. Fruto dessa situação, adotou-se o uso da ferramenta de diagnóstico para apuramento das necessidades dos cidadãos e posterior adaptação e adequação das respostas, fomentando a acessibilidade, a abrangência e a eficácia das intervenções. O uso do "diagnóstico de necessidades" está espelhado nos objetivos gerais e específicos definidos no PNCDT nos vetores no âmbito da redução da procura.

A realização de diagnósticos para adaptação de respostas conheceu um grande nível de desenvolvimento e participação no âmbito do PORI, o qual abrangiu os vetores de prevenção, RRMD, tratamento e reinserção. O PORI foi um plano inovador no sentido em que pela primeira vez se realizou a identificação de necessidades em todo o território nacional, de uma forma sistematizada e com base em critérios claros e uniformes, sustentando a posterior indicação dos territórios com necessidade de respostas complementares em área lacunares da intervenção. Por sua vez, a contratualização das respostas foi realizada com base nos objetivos e resultados definidos, tendo-se ainda garantido o acompanhamento e monitorização contínua dos projetos. Esta medida

---

<sup>18</sup> Em determinadas situações, não foi possível obter informação para cada um dos anos do período de vigência do PNCDT pelo que a análise quantitativa versará sobre os anos em que a informação está disponível. Esta situação deve-se a vários fatores: alterações no sistema de registo da informação, alterações na bateria de indicadores e criação de novos indicadores. No caso do ano 2012, uma vez que a avaliação se iniciou em Maio de 2012, a informação disponível não se refere ainda à execução deste exercício.

foi crucial para garantir a centralidade do cidadão através da constituição de um mosaico flexível de respostas que são alocadas em função das necessidades observadas num conjunto de cidadãos de um determinado território. Para além disso, contribui para a disponibilização de respostas de proximidade e integradas, aspeto que será retratado mais adiante.

A metodologia de trabalho baseada no diagnóstico de necessidades está ainda subjacente à atuação em todos os vetores de redução da procura, através da elaboração de um diagnóstico individual das necessidades de cada indivíduo, com base no qual a abordagem é planeada. Assim, a cada utente que contacta com os recursos de dissuasão, RRMD, tratamento e reinserção é realizada uma avaliação multidisciplinar a partir da qual se organiza a intervenção.

Cabe mencionar a introdução, no vetor de tratamento, da figura do técnico de referência em todos os CRI (em 2008 todos os utentes já tinham atribuído um terapeuta de referência) e da figura do gestor de caso (em 2009 estava já implementada em todas as equipas de tratamento (ET), sendo que a experiência piloto se iniciou em 2008). Esta medida possibilita a existência de um referente, na equipa multidisciplinar, que assegura e centraliza os contactos com o utente e com os restantes dispositivos e profissionais com os quais articula, podendo-se desta forma melhor assegurar o acompanhamento das várias atuações definidas no seu plano de intervenção e fomentar a sua adequação e coerência.

No vetor da reinserção foi introduzido o Plano Individual de Inserção (PII) que consiste num instrumento que permite a utilização de uma metodologia comum de diagnóstico intervenção, planeamento, acompanhamento e avaliação utilizada por todos os profissionais e disponibilizada de igual forma a todos os utentes.

## 2) A adaptação dos serviços e das soluções

Fruto do diagnóstico de necessidades, procedeu-se à adequação das respostas e recursos nos vários vetores como se verá de seguida:

- **Reorientação da estratégia da intervenção no âmbito da abordagem preventiva**

---

Na elaboração dos projetos/programas realizados no vetor da prevenção, concretizou-se o objetivo geral traçado no PNCDT de aumentar a sua abrangência, incluindo programas para grupos específicos e a atuação em meio laboral. Foi além disso fomentada a eficácia e eficiência, através da seleção, monitorização e avaliação dos projetos, alcançando-se globalmente os objetivos traçados no PNCDT para este vetor.

---

A conceptualização da intervenção em prevenção está baseada no modelo de Prevenção em saúde que inclui a prevenção universal, seletiva e indicada. As estratégias para atingir esse fim estão retratadas no primeiro Plano de Ação do PNCDT, centrado nas intervenções de base universal e no segundo Plano de Ação, centrado em intervenções seletivas e indicadas as quais se realizaram em paralelo com as universais. A prioridade neste ciclo estratégico centrou-se no entanto sobretudo em investir na prevenção seletiva e indicada, isto é, em intervenções focalizadas em populações e grupos específicos mais vulneráveis logrando-se alcançar uma vasta participação de entidades na elaboração do diagnóstico nacional e na implementação das respostas no âmbito do PORI. Foram

implementados um total de 68 projetos de prevenção no âmbito de PRI, que permitiram abranger uma média anual de 52.800<sup>19</sup> indivíduos (crianças, adolescentes, jovens, adultos, famílias e técnicos das áreas social, educação e saúde) entre 2008 e 2011. O número de atores da área da educação (Escolas do Ensino Básico e Secundário, Agrupamentos e Universidades) que participaram na dinâmica dos NT, no âmbito do PORI, chegou aos 152 no ano de 2011<sup>20</sup>.

Outros programas de intervenção seletiva implementados foram o Programa de Intervenção Focalizada (PIF) (que visou criar condições para o desenvolvimento de projetos na área da prevenção das toxicodependências, baseados em evidência científica, que vão ao encontro das problemáticas de grupos específicos) e o Casa Pia (ambos descritos no capítulo 5.4.1.).

A estratégia adotada neste vetor é avaliada de forma positiva por parte dos representantes dos grupos dos CRI e entidades parceiras (ver anexo 2). Na sua opinião, seria necessário aprofundar a articulação interministerial para garantir a consistência nas intervenções a nível regional. Consideram também que é crucial prosseguir no desenvolvimento de projetos globais com base em evidência científica e que sejam monitorizados e avaliados, na linha do que foi sobejamente trabalhado neste ciclo estratégico e que se poderá observar em detalhe no capítulo 5.4.1..

Em termos da prevenção universal 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", que envolveu em 2010 um total de 221 instituições (na sua maioria escolas), 561 profissionais (fundamentalmente professores) e cerca de 14.500 alunos; o programa "Trilhos"; "Copos, quem decide és tu"; "E agora Ruca"; "Atlante", entre outros. No âmbito desta reorientação estabeleceu-se (i) a promoção de instrumentos de trabalho com eficácia comprovada a nível científico para sensibilizar e informar sobre a temática do consumo de substâncias e outras áreas relacionadas com o crescimento e (ii) a criação de plataformas de informação por via das novas tecnologias de informação (site Tu alinhas<sup>21</sup>).

## • A aposta no desenvolvimento de respostas de RRMD

Os objetivos estabelecidos no PNCDT no âmbito da RRMD foram alcançados já que foi possível construir uma rede global de respostas integradas e complementares, com parceiros públicos e privados e se disponibilizaram programas dirigidos a grupos específicos.

A regulamentação da intervenção em RRMD foi realizada em 2001 (com o Decreto-Lei n.º 183/2001, de 21 de junho) e em 2003 constituiu-se o Núcleo de Redução de Danos. O plano Horizonte 2004 referia-se a duas redes de RRMD: a rede primária e a rede secundária. Até 2004 tinham sido implementadas respostas de RRMD que não constituam, não obstante, uma rede integrada nem dispunham de uma cobertura territorial vasta, de acordo com as necessidades dos cidadãos. Assim, a

<sup>19</sup> Instituto da Droga e da Toxicod dependência, I.P., Relatórios de Actividades 2008-2011 Lisboa, IDT, I.P.;

<sup>20</sup> Instituto da Droga e da Toxicod dependência, I.P., Relatório de Actividades 2011 Lisboa, IDT, I.P.;

<sup>21</sup> Instituto da Droga e da Toxicod dependência, I.P. (2006), informação consultada na URL: <http://www.tu-alinhas.pt/InfantoJuvenil/displayconteudo.do2?numero=19711>

## Resultados

opção estratégica do IDT, I.P. no âmbito da RRMD concentrou-se em financiar projetos para alargar a cobertura e a acessibilidade às respostas e em financiar projetos com mais de um tipo de resposta (e.g., alguns dos projetos financiados conjugam a valência de ER com a valência de Gabinete de Apoio e vice-versa). Esta última opção constituiu uma mais-valia para prestar uma intervenção integrada e rentabilizar os recursos.

O crescimento do número de respostas de RRMD verificou-se essencialmente nos anos 2008 e 2009, tendo sido 2008 um ano de transição já que terminaram alguns projetos de ER financiados no âmbito das Portarias n.º 1114/2001 e n.º 1115/2001, de 21 de junho, e se iniciaram novos projetos, no âmbito do financiamento atribuído nas Portarias n.º 748/2007 e n.º 749/2007, de 25 de junho e da Portaria n.º 131/2008 de 13 de fevereiro, configurando a última o financiamento de projetos no quadro do PORI. Assim, entre 2005 e 2011 o número de respostas de RRMD aumentou em todas as tipologias à exceção dos Centros de Acolhimento<sup>22</sup>. O número de PSO-BLE aumentou até 2009 e entre 2010 e 2011 diminuiu (ver capítulo 5.4.3.). Neste período foi implementada a resposta Pontos de Contacto e Informação<sup>23</sup> (PCI), avançando-se na intervenção em espaços recreativos.

Sublinha-se ainda o trabalho no meio prisional, através da criação de propostas para a intervenção nestes contextos (programa de informação e sensibilização de interlocutores-chave, proposta de campanhas de informação e sensibilização sobre os riscos de overdose e avaliação do Programa Experimental de Troca de Seringas- PETS).

Entre 2005 e 2012 foi desenvolvido um intenso trabalho na concretização, a nível operacional, dos papéis e competências de cada ator e da carteira de serviços, com consequências na delimitação da fronteira entre o tratamento e a RRMD<sup>24</sup>. Desenvolveram-se ações de formação a técnicos e adaptou-se o sistema de *report* para monitorizar e avaliar os resultados. Cabe observar-se o mérito obtido através do funcionamento de um sistema de *report* numa rede que é relativamente jovem, fundamentada em parcerias e em que o contexto da intervenção coloca desafios específicos.

---

<sup>22</sup> Os Centros de Acolhimento são estruturas intermédias que permitem a estabilização de toxicodependentes sem enquadramento sócio-familiar com vista a um encaminhamento para programas de tratamento mais estruturados.

<sup>23</sup> Espaços móveis destinados a evitar ou atenuar o consumo de drogas e respetivos riscos e informar e auscultar as populações sobre os riscos e efeitos da toxicodependência, bem como sobre outros temas que possam contribuir para a prevenção do consumo.

<sup>24</sup> As competências das respostas de RRMD estavam já definidas no Decreto-lei n.º 183/2001, de 21 de junho (que aprova o Regime geral das Políticas de Redução de Danos).

- **A reorganização dos serviços de tratamento**

---

No âmbito do tratamento incluiu-se no PNCDT o objetivo de disponibilizar uma oferta diversificada de programas de tratamento e de cuidados, abrangendo um amplo leque de abordagens psicossociais e farmacológicas, objetivo que foi cumprido.

---

No que concerne ao vetor do **tratamento**, este foi aquele que conheceu maior investimento desde que se iniciou nas últimas décadas do século passado a prestação de serviços especializados na área do consumo problemático de substâncias psicoativas ilícitas. Assim, a rede de recursos existente aquando da elaboração do PNCDT era ampla, a carteira de serviços era vasta e existia um alto nível de especialização técnico-profissional. Neste sentido, o trabalho desenvolvido no âmbito do PNCDT centrou-se fundamentalmente na reorganização interna das equipas por via da constituição dos CRI, abrangendo portanto as Equipas de Tratamento (ET); na elaboração de linhas orientadoras que incentivassem uma prestação de cuidados de qualidade e com capacidade de responder a utentes com necessidades específicas e, na implementação e consolidação de um sistema de informação multidisciplinar, o SIM, que é um sistema de registo do processo de cuidados prestados ao utente. Deve-se referir que a integração dos serviços de alcoologia, que teve particular impacto neste vetor, terá eventualmente condicionado a execução de alguns dos objetivos definidos no âmbito do PNCDT.

O leque de abordagens de tratamento é vasto (abordagens farmacológicas e psicossociais), com diferentes opções de tratamento (em regime de ambulatório e de internamento), inclui a abordagem familiar e está descentralizado em estruturas para além das especializadas. Esta descentralização, prevista no PNCDT, é um fator crucial para garantir a acessibilidade e a continuidade assistencial. Assim, verifica-se que no âmbito dos recursos de tratamento foram descentralizadas consultas especializadas noutros dispositivos (Centros de Saúde, Centros da Juventude) e se mantiveram e/ou reforçaram os programas de tratamento com agonista opiáceos nos Centros de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos Prisionais (EP), Farmácias e outra estruturas.

Ao nível do atendimento de grupos com necessidades específicas, segundo a informação recolhida, todos os CRI dispõem de consultas específicas para grávidas toxicodependentes e existe colaboração entre os serviços da rede pública e as maternidades. Esta colaboração em alguns casos está concretizada no âmbito de projetos específicos tal como PIAM (Projeto Integrado de Atendimento Materno) na Direção Regional do Norte (DRN) noutros, através da celebração de protocolos (CRI da Península de Setúbal) com Centros de Saúde e Serviços de Obstetrícia e, noutros casos, sem formalização protocolar mas com relações de colaboração sistemáticas (caso da Direção Regional do Centro - DRC). Em relação a crianças filhas de pais toxicodependentes em algumas regiões estão já desenvolvidos serviços e circuitos<sup>25</sup>. Em relação ao meio prisional, os resultados de Portugal no

---

<sup>25</sup> *E.g.*, através do PIAM na DRN onde se inclui o atendimento a menores no âmbito das consultas de filhos de utentes mulheres e puérperas; através da colaboração entre os 6 CRI da região Centro com as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens ainda que sem formalização de protocolos e através da celebração de protocolos para o atendimento de menores na DRLVT, em particular no CRI Oriental.

*Project Access*<sup>26</sup>, indicam que num universo de 31 utentes, 52% daqueles que antes de serem detidos estavam em tratamento com metadona antes da prisão puderam continuar o seu tratamento tendo 17% modificado a sua medicação e 31% parado o tratamento. Este último dado poderá estar relacionado com o fato de 25% dos EP de Portugal<sup>27</sup> terem disponíveis programas terapêuticos de substituição opiácea. Foi ainda dada especial importância nas estruturas de tratamento à identificação dos utentes com doenças infecciosas, a partir da implementação do programa KLOTHO e da adoção da metodologia “Aconselhamento, Diagnóstico e Referenciação” (ADR) no âmbito do “Programa de Identificação Precoce e Prevenção da Infecção VIH/SIDA junto dos utilizadores de Drogas”.

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). No caso dos internamentos em Unidades de Desabilitação (UD) convencionadas, o tratamento é compartilhado se o utente tiver sido referenciado pela sua ET ou então, pelo seu subsistema de saúde, através de médicos próprios. Em 2010, foram definidos os critérios de admissão para as UD. No que diz respeito às regras de admissão para o(s) Centro(s) de Dia (CD), começou-se a elaborar uma proposta de definição de critérios neste ano. No caso do internamento de menores e adolescentes, grávidas e toxicodependentes com doença mental grave em CD ou CT convencionados, o internamento não pode ser efetivado por proposta da instituição, tendo de ser previamente avaliado pela ET da sua área de residência. Este procedimento não se aplica no caso da admissão em CD e CT dos restantes utentes não incluídos nestes grupos e no caso do internamento em UD.

Neste ciclo estratégico desenvolveu-se ainda o atendimento a outras dependências para além das substâncias psicoativas ilícitas, tais como o tabaco.

- **A reorientação da estratégia da intervenção no âmbito da abordagem de reinserção**

---

Os objetivos estabelecidos no PNCDDT na área da Reinserção, que previam potenciar a Reinserção enquanto processo global e de intervenção em rede foram alcançados.

---

Na área da reinserção, o IDT, I.P. instituiu o Modelo de Intervenção em Reinserção (MIR), o qual orienta a intervenção pretendendo-se fomentar a intervenção personalizada. Contempla as várias dimensões da vida do utente, a nível individual e familiar, e a dimensão de sistemas sociais. De acordo com as entrevistas realizadas a valorização do papel da **reinserção**, a par com o da RRMD, terão sido passos fundamentais para garantir a centralidade do cidadão. Segundo os profissionais

---

<sup>26</sup> Estudo realizado em Portugal mas que decorreu simultaneamente em vários países, sobre a implementação e evolução do tratamento da dependência opiácea com terapêutica de manutenção com agonistas opiáceos ou antagonista, patrocinado pela Farmacêutica *Reckitt Benckiser Pharmaceuticals, Ltd*, conduzido por uma empresa de estudos de mercado na área da saúde- Synovate em 2011. Realizado entre abril e junho de 2011 e que incluiu 60 médicos das equipas de tratamento da região de Centro, LVT, Alentejo e Algarve e 210 doentes em tratamento nas 5 regiões do país, 160 dos quais em tratamento com medicamentos e 50 utilizadores ativos de substâncias psicoativas.

<sup>27</sup> N.º de programas de substituição opiácea em Estabelecimento Prisionais consultados: em Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., (2011) Anexo ao relatório anual 2010, Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, Lisboa, IDT, I.P. e número de estabelecimentos prisionais consultados em [www.dgsp.pt](http://www.dgsp.pt).

entrevistados individualmente ou em grupo, a reinserção foi de fato uma área que conheceu um grande desenvolvimento no âmbito do PNCDT. A autonomização verificada deste vetor terá permitido reforçar as parcerias e facilitar aos utentes o acesso a respostas de formação académica, profissional e emprego. 2007 constituiu um ano de clivagem com a abordagem anterior, assumindo-se a importância da "articulação técnica e interinstitucional nos percursos dos utentes em tratamento e reinserção" nos serviços. Foi assinado um protocolo entre o então IDT, I.P., o Instituto de Segurança Social, Instituto Público (ISS, I.P.) e a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML) para a implementação de uma política concertada.

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<sup>28</sup>. Finalmente, deve salientar-se a participação ativa do IDT, I.P. na elaboração da Estratégia Nacional para a Integração das Pessoas Sem-abrigo, através do envolvimento no grupo interministerial, sob a coordenação do ISS, I.P.

### 3) A coordenação e o compromisso institucional

A coordenação é elencada no PNCDT como uma área transversal e versa quatro grandes áreas: a coordenação interna (IDT, I.P.), intraministerial (com outras estruturas do MS), interministerial e externa. Foi identificada de forma transversal nas entrevistas e técnicas de grupo realizadas como uma área fundamental na obtenção de uma coerência na intervenção no território nacional e é um aspeto que concorre para a garantia da centralidade do cidadão no planeamento e organização da política e intervenção a nível nacional.

A **nível interministerial** destaca-se o funcionamento efetivo da Estrutura de Coordenação para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool, a qual, criada pelo Decreto-Lei n.º 1/2003, de 06 de janeiro reforçou a sua atividade no período de implementação do PNCDT assumindo-se como a estrutura de coordenação e articulação entre os vários departamentos governamentais envolvidos nos problemas relacionados com a droga, as toxicodependências e o uso nocivo do álcool. Esta Coordenação tem como objetivo garantir uma eficaz intervenção a nível político e governamental, através do Conselho Interministerial e na figura de membro do governo responsável pela política da droga e problemas do álcool e, a nível técnico, através de uma Comissão Técnica do Conselho Interministerial composta por representantes dos ministros que integram este Conselho. No âmbito da Comissão foram criadas um total de dez Subcomissões<sup>29</sup> às quais compete apoiar a mesma no domínio das respetivas áreas de especialização. Na perspetiva recolhida numa das entrevistas realizadas (ver anexo 3), esta foi uma medida importante para assegurar a participação de todos os organismos governamentais no desenvolvimento do PNCDT de uma forma

<sup>28</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., *Relatórios de Atividades 2009 e 2011*, Lisboa, IDT, I.P.

<sup>29</sup> Lista nominal de Subcomissões técnicas: Acompanhamento e Avaliação; Cooperação Internacional; Despesas Públicas; Comunicação, Informação e Formação; Dados e Investigação; Prevenção, Redução de Riscos e Minimização de Danos, Tratamento e Reinserção; Dissuasão da Toxicodependência; Intervenção em Contextos Escolar e Universitário, Laboral, Recreativo e Rodoviário; Redução da Oferta de Substâncias Ilícitas; Regulação e Fiscalização da Oferta de Substâncias Lícitas.

articulada e coordenada. No âmbito desta Coordenação destaca-se o trabalho desenvolvido para a consolidação do SNIDT, nomeadamente em termos de normalização dos conceitos dos indicadores, permitindo ganhos para todos os parceiros.

Em relação à **coordenação externa**, os membros das entidades parceiras na técnica de grupo realizada (ver anexo 2) destacaram a criação de parcerias como o segundo ponto forte obtido com a implementação do PNCDT.

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 DR (a nível regional) e das Unidades Especializadas (a nível local, através da criação dos CRI<sup>30</sup>).

Em relação à **coordenação com outras estruturas do MS**, foram formalizadas redes de referênciação com o objetivo de garantir ao cidadão a resposta às suas necessidades, que são multidimensionais (e.g. metodologia ADR).

Em termos de coordenação, os membros das entidades parceiras participantes na técnica de grupo referiram a necessidade de se prosseguir o trabalho no próximo ciclo estratégico no sentido de reforçar (i) o compromisso institucional (terceiro ponto de melhoria mais votado), potenciando a adoção de uma estratégia comum, a coordenação entre instituições e um financiamento adequado e (ii) a comunicação inter e intrainstitucional (quarto ponto de melhoria mais votado).

## **b) Territorialidade e abordagens integradas**

Na TGN realizada para identificar quais as medidas chave desenvolvidas no âmbito das orientações estratégicas em análise, elencou-se a reorganização dos dispositivos da rede pública de ambulatório, através dos CRI, e a implementação do PORI sendo que houve consenso sobre a ideia de que o PORI representaria melhor a dimensão de territorialidade e, a criação dos CRI, a de integração das abordagens, ainda que não se pudesse estabelecer uma fronteira clara já que ambas respondem em simultâneo às reorientações estratégicas de territorialidade e de integração das abordagens. Neste sentido, ambas as reorientações estratégicas serão trabalhadas em conjunto neste apartado.

A avaliação externa do anterior exercício de implementação da ENLCD, ressaltou a existência de aspetos de melhoria no funcionamento dos serviços em termos de:

- Desenvolver estratégias integradas de intervenção com as estruturas de outros Ministérios em meio escolar, laboral, prisional e recreativo; aperfeiçoar a colaboração no domínio da reinserção social e profissional e no desenvolvimento de estratégias de prevenção e correção da exclusão social (por outras palavras, reforço da inclusão e proteção social);

---

<sup>30</sup> Através da Portaria n.º 648/2007 de 30 de maio.

- Articular respostas e torná-las geograficamente abrangentes, sobretudo para situações que fogem aos perfis mais habituais de utentes dos diferentes subsistemas;
- Potenciar a articulação intra e interinstitucional no plano de uma intervenção integrada, permitindo racionalizar recursos e meios<sup>31</sup>.

Neste sentido, o PNCDT preconizou que os serviços deveriam organizar a sua intervenção através de respostas abrangentes e de uma rede de ação coerente, limitando as fronteiras artificiais entre prevenção, dissuasão, RRMD, tratamento e reinserção e colocando ao dispor da comunidade uma estrutura e saberes que permitissem garantir a complementaridade entre as diferentes abordagens e numa base territorial.

A orientação estratégica da integração das abordagens assentou 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 ou planos de resposta integrada, em detrimento dos até então existentes de resposta parcial ou sectorial;
- **A externa**, a qual consistiu, entre outros:
  - na criação e consolidação das parcerias que permitissem implementar uma resposta adequada e eficiente às necessidades em áreas complementares e lacunares onde, por insuficiência de meios internos, não se tivesse proporcionado resposta (PORI);
  - na criação de protocolos com outros serviços, públicos, sociais e privados, definindo linhas orientadoras de articulação;
  - na promoção de mecanismos de coordenação e gestão de parcerias aos níveis local, regional e nacional, quer a nível da intervenção, quer do financiamento;
  - no reequacionamento e definição de áreas de articulação que não fossem especificamente da responsabilidade do IDT, I.P. (*e.g.*, álcool, tabaco, saúde mental, atendimento de jovens em risco ou em início de consumos).

### b.1) O PORI

Centrar-nos-emos em primeiro lugar no PORI o qual corresponde à dimensão de trabalho a nível externo no âmbito da territorialidade e das abordagens integradas. O PORI implicou uma mudança de paradigma ao nível de operacionalização estratégica já que a contratualização e o financiamento das respostas passaram a ser orientados pela identificação de áreas lacunares de resposta às problemáticas identificadas em cada território, ao contrário do que sucedia anteriormente.

Tal como se pode observar pela figura adjunta, o PORI baseia-se nos princípios da territorialidade, da integração, da parceria e da participação que constituem o quadro de orientação estratégica definido pela Organização Internacional do Trabalho, para o contexto da luta contra a pobreza e exclusão social. Estes princípios estratégicos orientaram as intervenções e projetos, numa perspetiva de conjugação de esforços dos intervenientes e de rentabilização de recursos pelo estabelecimento de parcerias.

---

<sup>31</sup> Instituto da Droga e da Toxicodpendência, I.P. (2005), *Plano Nacional contra a Droga e as Toxicodpendências, 2005-2012*, Lisboa, IDT, I.P.

**b.1.1.) Princípios estratégicos do PORI**

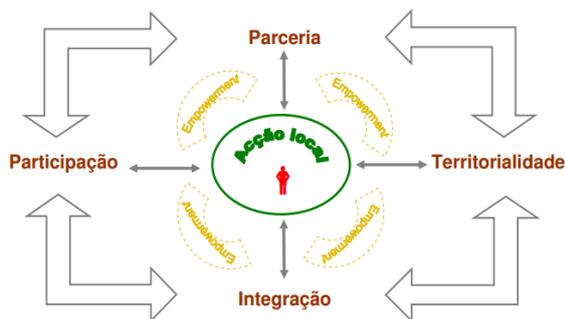
**Parceria:** as entidades proponentes foram incentivadas a estabelecer parcerias com outras entidades, públicas ou privadas, com ou sem fins lucrativos, por forma a colmatar necessidades técnicas (como por exemplo a cedência de recursos humanos para participação em atividades dos projetos) e necessidades de financiamento direto ou de equipamentos;

**Territorialidade:** este princípio está relacionado com o conceito de território, que é o enfoque da intervenção no âmbito do PORI. Os espaços e os contextos do quotidiano das pessoas são o ponto de partida para chegar aos sujeitos/grupos-alvo da intervenção. Assim, os territórios foram alvo de diagnóstico, o que permitiu identificar as prioridades de intervenção. A este nível foi considerada não só a abrangência dos grupos e contextos identificados em cada área lacunar mas também, a complementaridade entre os contextos onde são propostas intervenções no âmbito de outros eixos de intervenção;

**Integração:** assim sendo, um dos objetivos fundamentais a alcançar com a implementação de PRI consistia em promover um trabalho complementar e articulado no âmbito do consumo de substâncias psicoativas no domínio da prevenção, dissuasão, RRMD, tratamento e reinserção. Os projetos deviam ser integrados de forma a garantir uma resposta conjunta às áreas lacunares colocadas a concurso, assegurando a complementaridade e articulação entre si e a replicação dos seus efeitos;

**Participação:** seguindo uma lógica de intervenção comunitária, a participação dos vários agentes que atuam num determinado território (instituições, elementos-chave, indivíduos) assumia particular importância. Esta participação deveria ser efetiva desde o planeamento dos projetos, implementação das ações até à avaliação dos resultados alcançados.

Fonte: Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (s.d). Documento de apoio ao Plano Operacional de Respostas Integradas, Lisboa, IDT, I.P.



O território estabeleceu-se como o centro de referência de uma "intervenção dirigida, específica, articulada e racional"<sup>32</sup>, de acordo com as prioridades existentes e com base numa visão de conjunto que possibilitou uma abordagem transversal. Neste sentido, o território não foi definido através de uma classificação administrativa formal nem se restringiu a uma área geográfica já que o foco da intervenção foram os grupos alvo que se pretenderam atingir, com base no diagnóstico de necessidades (aspeto que sustenta, para além do conceito de territorialidade, o conceito de centralidade do cidadão).

<sup>32</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (s.d), *Documento de apoio ao PORI*, Lisboa, IDT, I.P.

A identificação e caracterização das zonas foram realizadas em duas fases: a primeira para a identificação das zonas com problemas associados ao consumo de substâncias psicoativas que teve como resultado a identificação dos territórios para a intervenção e, a segunda, para a seleção dos territórios com necessidade de intervenção prioritária. Estas fases, coordenadas pelos Serviços Centrais do IDT, I.P. e operacionalizadas pelas DR e CRI, envolveram vários parceiros, entre outros, serviços descentralizados e/ou desconcentrados da Administração Pública; Entidades da Sociedade Civil; líderes locais e pessoas qualificadas em diferentes áreas do saber das zonas identificadas (consubstanciando assim a participação desejada de todos os intervenientes e o reforço e criação de parcerias, potenciando os recursos e saberes a nível local). No total, foram envolvidas 896 entidades (218 das quais autarquias e 171 entidades privadas), estimulando a sua participação nas ações através de uma aproximação territorial e de *empowerment* da comunidade.

Foram realizados diagnósticos em 92 territórios pretendendo-se colmatar áreas lacunares (125 em 2008 e mais 45 em 2009<sup>33</sup>) 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). A partir da identificação dos territórios prioritários e da definição das áreas lacunares existentes foram lançadas candidaturas para PRI<sup>34</sup> tendo sido aprovados 146 projetos<sup>35</sup> nos 4 eixos de intervenção: Prevenção (68), RRMD (34), Tratamento (3) e Reinserção (41)<sup>36</sup>. O número médio de PRI em funcionamento durante os anos de implementação do PORI foi de 81<sup>37</sup>. 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.

O Plano no seu conjunto envolveu 8 fases, organizadas em 6 etapas. A metodologia adotada pode ser visualizada no esquema seguinte.

---

<sup>33</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., *Relatórios de Atividades 2008 e 2009*, Lisboa, IDT, I.P.

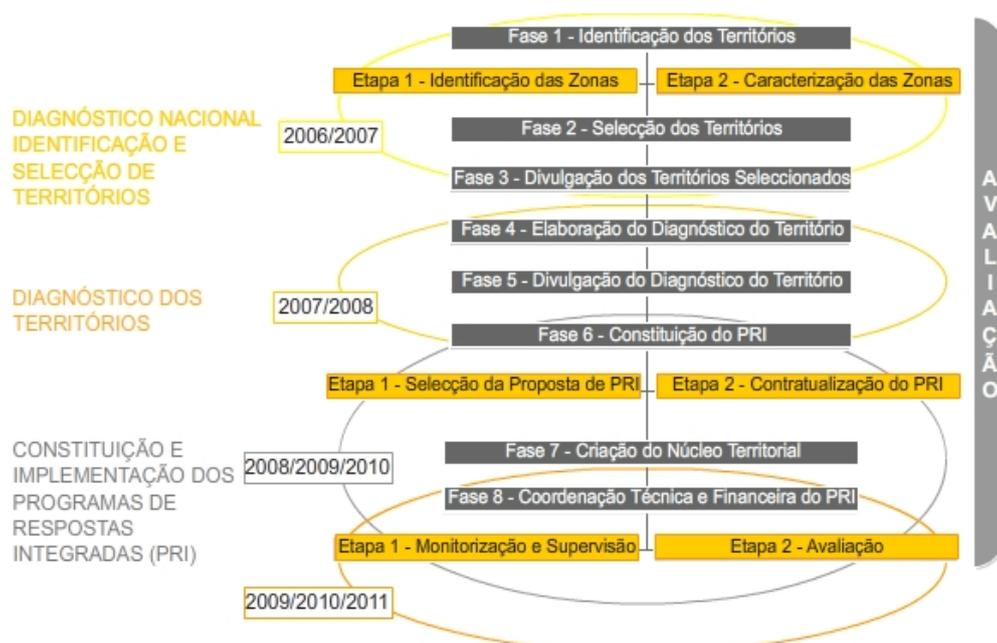
<sup>34</sup> Entende-se por PRI uma intervenção que integra respostas interdisciplinares, de acordo com alguns ou todos os eixos (prevenção, dissuasão, tratamento, redução de riscos e minimização de danos e reinserção) e que decorre dos resultados do diagnóstico de um território identificado como prioritário (Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (2006/2007), *Documento de apoio ao PORI*, Lisboa, IDT, I.P.).

<sup>35</sup> Nem todas as áreas lacunares foram alvo de intervenção co-financiada pelo IDT, I.P. devido à não apresentação ou à não aprovação de candidaturas. Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., *Relatório de Atividades 2009*, Lisboa, IDT, I.P.

<sup>36</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., *Relatório de Atividades 2010*, Lisboa, IDT, I.P.

<sup>37</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., *Relatórios de Atividades 2008 a 2011*, Lisboa, IDT, I.P.

## Resultados



Fonte: Instituto da Droga e da Toxicod dependência, I.P. (s.d). *Documento de apoio ao Plano Operacional de Respostas Integradas*, Lisboa, IDT, I.P.

Pela informação acima apresentada subentende-se o enorme esforço na definição e implementação deste Plano no território nacional e em concertação com os parceiros, integrando diferentes visões, culturas e metodologias de atuação de cada um dos atores implicados.

A verba orçamentada para o PORI (2008-2012) foi de 17.118.469,45 euros, dos quais 44% se destinaram ao vetor prevenção, 32% a RRMD, 20% a reinserção e 4% a tratamento<sup>38</sup>. Entre 2008 e 2011 foram abrangidos em média 95.886 indivíduos, a um custo médio anual de 23 euros por indivíduo abarcado no vetor Prevenção, 52 euros na RRMD, 238 euros no Tratamento e 275 euros na Reinserção. Na TGN realizada com membros das ER (ver resultados no anexo 2) referiu-se no entanto a necessidade de alocação de mais recursos humanos (nomeadamente médicos e educadores de pares) e materiais (instalações fixas e recursos móveis) no terreno.

O PORI foi das medidas que terá gerado maior consenso entre os entrevistados e membros das técnicas de grupo realizadas em relação à sua pertinência, relevância e qualidade. Pese embora esta unanimidade em relação ao Plano, identificaram-se aspetos de melhoria ao nível da sua implementação, entre os quais:

- Maior adequação na alocação de recursos por via da melhoria da sensibilidade dos diagnósticos territoriais já que foi relatada a existência em alguns casos de concentração de recursos nuns territórios em detrimento de outros;

<sup>38</sup> Instituto da Droga e da Toxicod dependência, I.P., *Relatórios de Atividades 2008-2011*, Lisboa, IDT, I.P. Informação *ad-hoc* fornecida pelo IDT, 2012.

- Fomentar o processo de avaliação do programa no seu global (de acordo com as entrevistas realizadas, ver anexo 3);
- Reforço de respostas de apoio social com vista a satisfazer as necessidades básicas tais como habitação e alimentação pelo que o trabalho em parceria deve ser mantido permitindo rentabilizar, senão reforçar, os recursos disponíveis na comunidade.

Em todos os territórios com PRI foram constituídos NT os quais são instâncias de coordenação de um PRI de um território com o objetivos de gerir, articular, monitorizar e avaliar as intervenções, assim como a integração das respostas, sejam do IDT, I.P., de entidades financiadas pelo IDT, I.P. no âmbito do PRI ou entidades externas com intervenção na área de consumos de substâncias psicoativas e áreas afins. Os NT constituem-se como uma estrutura chave na integração das abordagens entre atores a nível local já que, sendo instâncias complementares a outras 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. Na perspetiva de representantes das respostas no âmbito dos PRI e dos NT obtida na TGN (ver resultados no anexo 2) entre os principais benefícios obtidos com a implementação do PORI encontra-se a proximidade das intervenções e a integração das respostas, permitindo que os beneficiários dos projetos e, fundamentalmente a população mais desfavorecida, pudesse usufruir da panóplia de serviços existente. Este acesso passou a ser, na opinião destes representantes, otimizado por duas vias:

- A do diagnóstico, o qual permitiu um maior conhecimento das necessidades e melhor adaptação das respostas e serviços às problemáticas;
- A da articulação entre entidades, que permitiu a congregação de sinergias para atingir um fim comum.

## **b.2) CRI**

Os CRI também desempenharam um papel basilar na garantia da integração das abordagens a nível interno e externo e a sua criação veio imprimir mais proximidade nas respostas. 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 de criar 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. Um CRI pode estar constituído por várias equipas em cada um dos vetores. Em 2011 o número atual de ET existentes nos CRI era de 47, correspondendo ao número de serviços de tratamento existentes previamente à sua reorganização em CRI. Neste sentido, verifica-se a manutenção dos recursos dos ex-CAT (Centro de Atendimento a Toxicodependentes), embora numa ótica organizacional distinta já que surgiram e foram individualizadas áreas que antes estavam acopladas em estruturas denominadas como sendo

## Resultados

de tratamento<sup>39</sup>. É o caso da reinserção. Atualmente, existem 29 equipas de reinserção em todos os CRI do país, sendo que há CRI com 2 e 3 equipas de reinserção, com uma média de 2,7 profissionais ETC (Equivalência em Tempo Completo) por CRI (9% do total de profissionais) e de 915 atendimentos em 2011, correspondendo a um aumento de 57% em relação a 2009<sup>40</sup>.

Em média, cada CRI tem um orçamento anual aproximado de 84.000 euros para reinserção, correspondendo a 9% do orçamento total médio destinado a cada CRI<sup>41</sup>.



Os vetores de prevenção e RRMD dos CRI estão vocacionados para a intervenção comunitária e os de tratamento e reinserção operam essencialmente em regime de atendimento ambulatório, embora também detenham uma componente de intervenção comunitária.

O vetor da **prevenção** está presente em todos os CRI do território nacional, com uma média de 3,2 profissionais ETC alocados, o que significa que em média por CRI 12% dos profissionais trabalham no âmbito da prevenção. O valor anual médio orçamentado para o eixo de prevenção por CRI é de 112.649 euros<sup>42</sup>, aproximadamente 12% do orçamento médio total atribuído a cada CRI. Entre as competências dos CRI no âmbito da prevenção (ver anexo 4) encontram-se, entre outras, a realização e atualização do diagnóstico dos territórios, em conjunto com as restantes áreas de missão, o acompanhamento, monitorização e avaliação de projetos; a garantia de uma ação complementar e coerente dos Planos, Programas e Projetos no território no âmbito da intervenção global, em articulação com os coordenadores das outras áreas de missão e a promoção do atendimento e encaminhamento de pessoas para as estruturas internas ou externas ao IDT, I.P.

No **âmbito da RRMD**, destaca-se que antes da constituição dos CRI tinham sido iniciadas medidas para integrar esta área nas estruturas de tratamento (então CAT), com a identificação de um interlocutor de RRMD em cada CAT. Este processo iniciou-se em 2003, ano em que 45 CAT passaram a dispor de interlocutor. Atualmente, a área de RRMD existe na maioria dos CRI (exceção no caso dos CRI do Alentejo), alocando-se em média por CRI 1,6 profissionais ETC (em média por CRI, 6% do total de profissionais) e um orçamento anual médio por CRI de 74.800 euros, que corresponde a 8% do orçamento médio dos CRI em 2011<sup>28</sup>. As equipas de RRMD dos CRI têm um papel de diagnóstico, planeamento, monitorização, avaliação e promoção da qualidade dos projetos de RRMD implementados no seu território (ver competências das equipas de RRMD em anexo 4). Se bem que

<sup>39</sup> Na região centro verifica-se que aos ex-CAT de Aveiro, Viseu, Guarda, Castelo Branco, Covilhã, Coimbra, Figueira da Foz, Pombal, Leiria e Marinha Grande, agora denominados Equipas de Tratamento e Reinserção (ETR), [www.idt.pt](http://www.idt.pt), consulta a 02 de julho de 2012.

<sup>40</sup> Informação *ad-hoc* solicitada às Delegações Regionais. Os dados apresentados referem-se à informação disponibilizada pela Delegação Regional do Centro.

<sup>41</sup> *Idem*.

<sup>42</sup> Informação *ad-hoc* solicitada às Delegações Regionais. Os dados apresentados referem-se à informação disponibilizada pela Delegação Regional do Centro e Delegação Regional do Norte.

foi constituída uma "via verde" nos CRI para receber os utentes referenciados por estruturas de RRMD, os técnicos referem a necessidade de melhorar o sistema de acompanhamento e *feedback*.

O vetor do **tratamento** tem a maior dotação orçamental nos vetores englobados nos CRI, com um orçamento anual médio aproximado de 700.000 euros por CRI correspondendo a 72% da verba atribuída em média a cada CRI e estando dotado em média por 18 profissionais ETC<sup>43</sup> (aproximadamente 71% dos profissionais alocados aos CRI). A percentagem de novos utentes consumidores de substâncias psicoativas ilícitas dos CRI, que tem proveniência nas equipas de RRMD foi de 4% em 2011, correspondendo a aproximadamente 249 utentes/ ano<sup>44</sup> (em 2010 este número era de 132 utentes).

Ao integrar os quatro vetores na área da redução da procura, o CRI apresenta-se como uma estrutura na comunidade que oferece serviços diversificados: consultas (Médica 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. Entre as consultas encontram-se as áreas de prevenção do consumo de substâncias psicoativas, psicologia, psiquiatria e serviço social, prevenção seletiva e indicada de crianças e jovens, atendimento a famílias, terapia familiar/casal, grupo de familiares e/ou significativos, grupos terapêuticos, atendimento de enfermagem, programa vida emprego (PVE), programa de aconselhamento, diagnóstico e referenciação de VIH, vacinação, cobrindo desta forma todos os vetores, desde a prevenção, passando pela RRMD; o tratamento e a reinserção. Em 2011, aproximadamente 35% das intervenções/ consultas foram de psicologia, 29% médicas, 16% de serviço social e 17% de enfermagem<sup>45</sup>.

No que diz respeito aos mecanismos de coordenação destaca-se a existência de um Conselho do CRI o qual é composto pelos Coordenadores das equipas de cada um dos vetores e que reúnem com uma periodicidade mensal.

---

Os representantes dos CRI (ver anexo 2) consideram que a constituição dos CRI permitiu obter maior flexibilidade na gestão dos recursos humanos bem como a integração das áreas de intervenção (conseguida através da clarificação dos papéis, descrição das competências e funções e programas de formação). Esta flexibilidade permitiu dar respostas mais adequadas à população.

---

A **nível externo**, os CRI consubstanciam-se como atores territoriais que garantem a integração das atividades desenvolvidas com outras estruturas na sua área de influência ao nível do diagnóstico e planeamento de respostas na comunidade bem como a coordenação e monitorização dos projetos, planos e programas, promovendo a sua complementaridade no terreno e entre áreas de missão. Assim, o CRI articula com estruturas do setor público (*e.g.*, setor da saúde e social, educação, entre outros) e com entidades parceiras privadas com ou sem fins lucrativos, isto é, atores locais cuja atuação seja complementar, independentemente de serem entidades especializadas ou não na temática das drogas e dependências. Os **objetivos operacionais do PNCDDT** visam desta forma a

---

<sup>43</sup> *Idem*.

<sup>44</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., *Relatório de Atividades 2011*, Lisboa, IDT, I.P.

<sup>45</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., *Relatório de Atividades 2011*, Lisboa, IDT, I.P.

## Resultados

garantia de **uma intervenção integrada na comunidade** em resposta às necessidades identificadas. De seguida apresentam-se estes objetivos por vetor, bem como exemplos de medidas levadas a cabo para os cumprir:

- **Prevenção: reforçar as intervenções com base em respostas integradas através da articulação com agentes locais** (e.g., foram desenvolvidas ações de formação para a saúde) e **com outras áreas de missão em áreas convergentes** (e.g., foram desenvolvidas intervenções em contextos recreativos, meio universitário, meio laboral, aconselhamento de jovens e celebrados protocolos com vários parceiros).

No âmbito da prevenção seletiva e indicada, todos os CRI dispõem de resposta. Desenvolveram-se Programas/ Intervenções com outras entidades (num total de 62 projetos em 2011); reforçaram-se as intervenções nas escolas (total de 57 intervenções em 2011, 98% das quais avaliadas) e participou-se no reforço de um sistema de atendimento para adolescentes numa lógica de diagnóstico e intervenção precoces, possibilitando em 2011 o atendimento de um total de 11.191 adolescentes e a realização de um total de 2.503 consultas de apoio familiar. Participou-se ainda no programa "Bairros Críticos". No âmbito do Projeto Integrado de Apoio à Comunidade (PIAC), foram efetuadas diversas consultas de prevenção indicada;

- **Dissuasão: melhorar a articulação interna com os serviços do IDT, I.P. e convencionados e fomentar a articulação interministerial.**

Entre outras atividades, encontram-se a participação das CDT com os CRI em ações de prevenção e de esclarecimento na área de dissuasão; a realização de reuniões e ações de formação integradas em atividades de parceria com as equipas de RRMD dos CRI e a base regular de articulação entre serviços próprios do IDT, I.P. e do MS, como se pode visualizar através dos encaminhamentos de utentes desde as CDT (ver capítulo 4.4.);

- **RRMD: entre os objetivos operacionais delineados neste vetor encontram-se a promoção de uma rede de recursos de saúde e sócio sanitários incluindo múltiplos atores do setor público e privado numa lógica de proximidade ao cidadão e à comunidade.**

Assim, entre 2005 e 2011 foram celebrados protocolos e acordos que visaram a manutenção e alargamento da rede integrada de prestação de cuidados; elaborou-se a proposta de linhas de orientação para a articulação entre os dispositivos de RRMD e as ET dos CRI; foram construídos circuitos padrão de referenciação de utentes de RRMD para outras estruturas da comunidade; capacitaram-se técnicos em cada CRI para o exercício de funções de supervisão na área da RRMD (80% dos CRI em 2008 dispunha de um técnico capacitado); formaram-se os técnicos dos CRI na metodologia ADR no âmbito do Programa Klotho; realizaram-se ações de formação dirigidas a técnicos das DR/CRI que atuaram em intervenções dirigidas a frequentadores de contextos de diversão noturna. Ainda, para 82% das intervenções no âmbito da RRMD garantiu-se que o diagnóstico estava atualizado há pelo menos 2 anos. Em 2010, 91% das necessidades identificadas dispunham de respostas de RRMD;

- **Tratamento: um dos objetivos operacionais deste vetor é o de garantir, a toda a população que o deseje, acesso em tempo útil a respostas terapêuticas integradas** (articuladas e complementares).

Entre 2005 e 2012 o número de utentes atendidos e de consultas realizadas aumentou (ver capítulo 5.4.4), diversificaram-se os serviços prestados (e.g., rastreios de doenças infecciosas);

foram atualizados/celebrados protocolos e foi proposta à tutela a criação de uma rede de referência para os problemas ligados ao álcool de acordo com os diversos níveis de gravidade e de necessidades. Alteraram-se ainda os procedimentos de admissão nas unidades especializadas com o objetivo de agilizar a acessibilidade através da criação de uma “via verde”, em conjugação com as estruturas de RRMD e outros serviços, sociais e de saúde. Assim, em 2008 todas as ET em CRI com equipas de RRMD tinham implementado procedimentos de atendimento prioritário a utentes referenciados por RRMD.

Entre os mecanismos de coordenação existentes nesta área entre o nível regional e local, constata-se a existência de reuniões em cada DR entre o Delegado, os Diretores de CRI e Coordenadores Clínicos da área do Tratamento.

- **Reinserção:** neste âmbito, os objetivos operacionais definidos visaram **assegurar a existência de condições que promovessem a autonomia e o exercício pleno da cidadania, bem como potenciar a reinserção com um processo global, implicando todos os atores, através de respostas integradas e de uma gestão participativa efetiva.**

De acordo com os resultados obtidos, ultrapassou-se em larga medida o número de parcerias estabelecidas em relação às previstas para facilitar o acesso a respostas de formação académica, profissional e emprego; 80% dos CRI estabeleceram canais de articulação com os Centros de Emprego e de Formação (a meta prevista em 2011 era de 20 CRI)<sup>46</sup>; realizaram-se ações em articulação com vista a planear, acompanhar e avaliar o PVE a nível regional; consolidou-se o funcionamento da Bolsa de Empregadores (66 serviços recorrem a esta Bolsa ultrapassando-se a meta prevista de 63 em 2011)<sup>47</sup> e um total de 12 CRI estiveram representados nos Núcleos de Planeamento e Intervenção Sem-Abrigo (NPISA), ultrapassando a meta traçada de 8<sup>48</sup>. Em relação às respostas habitacionais, ficou aquém do traçado o número de parcerias estabelecidas (2 em 19 planeadas em 2011)<sup>49</sup> bem como a participação na monitorização e avaliação dos Apartamentos de Reinserção em funcionamento.

Destaca-se em 2009 a internalização nas competências das Equipas de Reinserção dos CRI da função “mediação para a formação e o emprego” no âmbito do PVE. Este ano pautou-se ainda pela divulgação das competências das equipas de reinserção dos CRI.

Ainda em 2009 deu-se cumprimento à definição e consensualização de *guidelines* para a intervenção social no âmbito do "Modelo de intervenção para a área da Reinserção". Em 2010 todos os CRI tinham já implementado o modelo, ainda que este não cubra todavia todos os utentes acompanhados pelas Equipas de Reinserção. Foi ainda promovida e criada a valência de intervenção em reinserção a nível regional e local, junto das entidades que intervêm em toxicod dependência, incluindo as entidades privadas.

Na opinião dos Delegados Regionais e representantes dos NAT (ver anexo 2), foi conseguida na área da reinserção uma estruturação da intervenção que permitiu garantir a coerência nas respostas e a adequação dos PII às necessidades das pessoas.

---

<sup>46</sup> Instituto da Droga e da Toxicod dependência, I.P., *Relatório de Atividades 2011*, Lisboa, IDT, I.P.

<sup>47</sup> *Idem*.

<sup>48</sup> *Ibidem*.

<sup>49</sup> *Idem ibidem*.

## Resultados

No âmbito da integração das abordagens deu-se ainda 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 (infeciosa), psíquica ou social (exclusão), nomeadamente:

- Foram celebrados protocolos para Programa Terapêutico com Agonistas Opiáceos (PTAO), Grávidas/Obstetrícia; Psiquiatria; Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP); Crianças / Pedopsiquiatria; Hepatologia; Formação; VIH / Infeciosas; Saúde Pública;
- Foi melhorado o diagnóstico e a referência de doentes portadores de VIH, envolvendo o estabelecimento de protocolos;
- Foi implementada a administração vigiada de medicamentos por infeção VIH, VHC, Tuberculose e sintomatologia psiquiátrica nos utentes em tratamento.

No que se refere aos grupos vulneráveis, algumas das ações previstas ao nível dos EP (*e.g.*, implementação de PTAO em todos os EP) observaram um desenvolvimento inferior ao traçado.

Na opinião dos Delegados Regionais e representantes dos NAT (ver anexo 2), a abordagem integrada possibilitou uma melhoria dos resultados em termos de saúde individual e pública já que permitiu uma intervenção coerente e complementar, respondendo às necessidades de cada indivíduo e assegurando a continuidade das intervenções em termos redução dos riscos, tratamento, minimização dos danos e inserção na sociedade. De acordo com os representantes destas estruturas (ver anexo 2), um dos principais benefícios obtidos com a criação dos CRI foi a integração das respostas na comunidade, caracterizando-se por um maior conhecimento do território que permitiu aproximar os recursos às situações onde se detetaram necessidades de intervenção, numa base de proximidade e de transversalidade na sua gestão. Referem que para responder a este desígnio existiu um trabalho de grande esforço e dedicação por parte de todas as entidades e profissionais o qual, na generalidade dos casos, foi conseguido.

O grupo de Delegados Regionais e representantes dos NAT, o grupo dos CRI e o grupo constituído por representantes dos PRI (ver anexo 2) considera que se logrou uma maior proximidade e acessibilidade da população alvo às respostas. Consideram que as atividades de formação possibilitaram uma maior especialização dos técnicos, fomentando a adequação da intervenção. Os Delegados Regionais e representantes dos NAT sublinharam o maior pragmatismo conseguido na intervenção como uma das alavancas chave para conseguir a adequação das respostas às necessidades.

Na opinião do grupo de representantes dos CRI, entre os pontos de melhoria encontram-se a articulação entre o tratamento e a dissuasão e a continuação do reforço da articulação entre áreas de missão, nomeadamente ao nível da intervenção multidisciplinar, da abordagem por processos e da monitorização dos indicadores. Nas entrevistas realizadas (ver anexo 3), foi ainda referida a necessidade de se prosseguir com o trabalho de aprofundamento da definição dos âmbitos de atuação dos vetores do tratamento e RRMD já que por vezes, em termos operacionais, parece existir alguma necessidade de melhor delimitação das fronteiras, embora se constate que as competências das equipas estão definidas na legislação, tal como já referido anteriormente.

### c) Resultados obtidos

---

As reorientações estratégicas acima descritas tiveram como resultado:

- 1) O aumento da acessibilidade dos indivíduos às respostas do vetor da procura e o aumento da cobertura da população com consumos problemáticos;
  - 2) A melhoria da eficácia das intervenções.
- 

#### 1) O aumento da acessibilidade e cobertura

---

A implementação do PNCDT trouxe uma melhoria clara na acessibilidade dos indivíduos às intervenções, aperfeiçoando a capacidade de acompanhar o indivíduo ao longo do seu percurso de vida. O objetivo de aumentar a acessibilidade do indivíduo às respostas está plasmado ao longo de todo o PNCDT.

---

- **Acessibilidade**

Na perspetiva dos Delegados Regionais e representantes dos NAT (ver resultados da TGN no anexo 2), um dos principais resultados obtidos com a implementação do PNCDT foi a **melhoria da acessibilidade dos utentes aos recursos** pelas áreas que foram supra mencionadas: (i) existência de maior capacidade de resposta por parte das estruturas convencionais de tratamento, (ii) reorganização dos serviços próprios, que abrangeram mais serviços, (iii) criação de uma rede na comunidade que permitiu aproximar-se das necessidades em articulação com vários atores e (iv) constituição de uma rede mais coerente e articulada.

O exercício estratégico em avaliação privilegiou o desenvolvimento das **ações preventivas** de carácter seletivo, isto é, para aqueles grupos considerados prioritários por congregarem vários fatores de risco para o consumo e potencial de evolução para consumos problemáticos no futuro. Esta opção foi assumida neste Plano dada a perceção sobre a existência de um vasto número de territórios e grupos com fatores de alto risco com necessidades urgentes em termos de intervenção preventiva. O objetivo geral de aumentar a acessibilidade a ações de prevenção foi portanto conseguida durante este ciclo estratégico para os grupos específicos. Por outro lado, a implementação do PNCDT permitiu aceder ao **meio laboral** através da dinamização do projeto EURIDICE (*European Research and Intervention on Dependency and Diversity in Companies and Employment*)<sup>50</sup> que em Portugal tem a designação de Programa Interação<sup>51</sup>. O IDT, I.P. dá o seu apoio técnico e científico para a

---

<sup>50</sup> O projeto Europeu EURIDICE foi iniciado em 2004 e tem como finalidade a prevenção e a intervenção nas dependências do álcool e outras drogas, a promoção de estilos de vida saudáveis, a modificação de atitudes, comportamento e fatores de risco, a alteração das condições de trabalho que possam fomentar o consumo das drogas; o aumento dos conhecimentos sobre o consumo de substâncias e a promoção das condições necessárias à criação de um clima social e laboral saudável, através de ações integradas que incluam uma vertente formativa e informativa em meio laboral.

<sup>51</sup> Protocolo celebrado em 2004 entre o IDT e a Confederação Geral dos Trabalhadores Portugueses (CGTP) e renovado em 2006 e em 2011.

coordenação e desenvolvimento de ações, entre outras, de prevenção nas dependências do álcool e de outras drogas e modificação de atitudes, comportamentos e fatores de risco. Ao longo dos últimos anos existiu uma constante colaboração entre o IDT, I.P. e com outros Ministérios e Entidades Parceiras tendo sido dinamizadas diferentes intervenções tais como ações de sensibilização, de formação e campanhas informativas, entre outras.

Ao nível da **dissuasão**, o aumento da acessibilidade aos recursos com os quais as CDT articulam (apoio social, saúde, educação, entre outros) foi concretizado através do aumento do número de processos decididos observado entre 2005 e 2011 (ver capítulo 5.4.2.) Verifica-se que o dispositivo de dissuasão tem especial relevância na identificação de situações de risco em consumidores sem dependência já que funciona como um meio de sinalização e intervenção nos fatores de risco associados ao consumo, tentando evitar a evolução para situações problemáticas (ver capítulo 5.4.2). Simultaneamente é um dispositivo importante na identificação de consumidores problemáticos sem contacto prévio com os serviços de tratamento e no reencaminhamento de consumidores que já tinham tido contactos prévios com estes serviços. O interesse suscitado pelo modelo português noutros países e na comunicação social nacional e estrangeira é um elemento que ilustra o carácter inovador desta área, a qual viu neste exercício reforçadas as condições para realizar a sua atividade. Na perspetiva de um dos entrevistados (ver anexo 3) é possível aprofundar a articulação e coordenação entre as CDT e as forças de segurança em cada território, numa postura de *win-win*.

O desenvolvimento de uma rede global de respostas no âmbito da **RRMD** permitiu o aumento da acessibilidade a indivíduos que habitualmente não estavam em contato com as estruturas convencionais, cumprindo-se o objetivo elaborado no PNCDD neste vetor. O aumento do número de respostas de RRMD permitiu contactar em 2011 um total 12.550 utentes<sup>52</sup> (média de 5979 utentes contactados por mês, conhecendo um crescimento de 24% em relação a 2009<sup>53</sup>). Destes, 25% beneficiaram de PSO-BLE (percentagem inferior a 2009, de 35%), 28% de PTS (31% em 2009), 72% de apoio social<sup>54</sup> valor que se manteve estável em relação a 2009, 18% de cuidados de saúde<sup>55</sup> (em 2009 a percentagem era de 15%) e 13% foram encaminhados<sup>56</sup> para outras respostas (face a 20% em 2009). A importância atribuída no desenho do PNCDD à RRMD e o esforço observado na sua implementação permitiu alcançar:

- o Uma intervenção proactiva dos serviços na procura dos indivíduos com necessidades de apoio a qual está inspirada no princípio do humanismo contemplado na ENLCD, o qual reconhece a

---

<sup>52</sup> Não estão incluídos os indivíduos abrangidos no âmbito da intervenção em espaços recreativos.

<sup>53</sup> A bateria de indicadores no âmbito da RRMD consolidou-se em 2009 através da adaptação do sistema de *report* para efeitos de monitorização e avaliação da atividade, entre outros. Neste sentido, os dados apresentados não se referem ao período entre 2005 e 2011 mas sim entre 2009 e 2011.

<sup>54</sup> O acompanhamento de natureza psicossocial inclui atendimento psicossocial, apoio psicológico, cuidados de higiene e apoio alimentar.

<sup>55</sup> Incluem-se nestes serviços de saúde consultas médicas, cuidados de enfermagem, rastreios, terapêutica medicamentosa e vacinação.

<sup>56</sup> Os encaminhamentos são realizados para estruturas como Hospitais, Serviços Hospitalares de Infeciologia, Centros de Saúde, Centro de Diagnóstico Pneumológico, CAD, Unidade de tratamento, CT, UD, Gabinete de apoio, Centro de Acolhimento, Centro de Abrigo, Centro de Dia e Segurança Social.

dignidade humana das pessoas envolvidas em comportamentos aditivos e portanto, a importância de dar respostas a todos os indivíduos com problemas identificados;

- o Contemplar carteiras de serviço adequadas às necessidades do consumidor (segundo o princípio do pragmatismo considerado na ENLCD, que valoriza uma atitude aberta à inovação face aos resultados cientificamente comprovados e a adoção de soluções adequadas que possam proporcionar resultados práticos positivos no combate às dependências de substâncias psicoativas).

No âmbito do **tratamento**, a diminuição observada nos tempos de espera para admissão nas respostas e programas deste vetor (ver capítulo 5.4.3.) foi um elemento 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". De referir que no caso das ET dos CRI se observou um aumento da percentagem de novos utentes com pelo menos 3 consultas num ano (subiu de 65% em 2009 para 77% em 2011) e, 70% dos utentes em tratamento em 2011 foram consultados pelo menos 5 vezes ao longo do ano<sup>57</sup>.

Por outro lado, numa perspetiva de agilizar o acesso a programas de tratamento, reforçaram-se as parcerias para administração de Metadona com vários organismos (Centros de Saúde, Farmácias, Hospitais, EP, entre outros), resultando num acréscimo paulatino de utentes em programa nestes organismos. Esta descentralização é fundamental, desde uma perspetiva focalizada no cidadão, já que facilita os processos de ressocialização e reinserção social. Os resultados do *Project Access*, indicam que: (i) a maior parte dos médicos considera que o acesso a tratamento de substituição opiácea na sua cidade/ região é fácil, a grande maioria dos quais referindo a existência de pouca burocracia, a boa organização do serviço e cobertura territorial. Entre as barreiras que poderiam limitar o acesso a tratamento de substituição opiácea referiram a baixa disponibilidade de médicos no seu local/ região, a par do estigma.

A capacidade de intervenção foi aumentada em 16% na rede nacional de unidades de tratamento que inclui unidades públicas e convencionadas de UD, CT e CD. O número de utentes atendidos baixou em 22% entre 2005 e 2011 em virtude da existência de um quadro de comorbilidade agravado, quer do ponto de vista físico como psíquico, exigindo maior tempo de prestação de cuidados.

A partir do ano 2008 foi possível conhecer a atividade realizada pelos CRI no âmbito da **reinserção**. Em 2011 o resultado era de um total de 77.112 consultas anuais realizadas, o que supôs um incremento de 11% em relação a 2008, correspondendo a 15.064 pessoas em acompanhamento (39% dos utentes ativos por ano nos CRI). Em 2011, 95% dos serviços locais<sup>58</sup> do IDT, I.P. adotaram o MIR<sup>59</sup>.

---

<sup>57</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., *Relatório de Atividades 2009*, Lisboa, IDT, I.P. e Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., *Relatório de Atividades 2011*, Lisboa, IDT, I.P.

<sup>58</sup> Consideram-se todos os serviços locais do IDP, I.P. com intervenção em reinserção, incluindo as ET, Consultas Descentralizadas, Extensões, UA, CT, no total de 76.

<sup>59</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP *Orientação Técnica n.º 1,2009/NR/DTR*, IDT, I.P.

- **Cobertura**

As estimativas sobre o número de consumidores problemáticos em Portugal indicam valores mínimos e máximos situados aproximadamente entre 45.000 a 53.000 consumidores de substâncias psicoativas em Portugal<sup>60</sup>. Ainda que esta estimativa tenha sido formulada no ano 2005, constitui um dado útil para se inferir sobre a cobertura de consumidores alcançada pelos serviços especializados, quer sejam eles de tratamento como de RRMD. Se aos valores de 38.292<sup>61</sup> utentes em tratamento em 2011 nos CRI se somarem os utentes contactados no âmbito das respostas de RRMD (12.550) e os utentes em unidades (da rede pública ou convencionada) atendidos em CT, UD e CD, observamos que mais de 55.000 utentes contactaram em 2011 com algum dos dispositivos. Embora este resultado possa estar inflacionado pelos motivos que a seguir se apresentam, 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. Para apurar estes dados de forma mais acurada será necessário: (i) atualizar a estimativa do número de consumidores problemáticos de substâncias psicoativas; (ii) subtrair os utentes com problemas ligados ao álcool (PLA) atendidos nos CRI, (iii) assegurar a inexistência de duplicações na contabilização de utentes, em especial nas estruturas de RRMD e entre vetores (RRMD vs. Tratamento).

## 2) A melhoria da eficácia na intervenção

Garantir que as intervenções desenvolvidas dão resposta às necessidades para as quais foram criadas é um elemento fundamental. A eficácia está plasmada de forma transversal nos objetivos gerais e específicos do PNCDT em termos de redução da procura. Entre os principais êxitos da intervenção nos últimos anos encontram-se os resultados obtidos em termos de redução das práticas de risco, a diminuição da proporção de toxicodependentes nas notificações de VIH e o número de utentes em projetos de reinserção.

A eficácia conseguida através das intervenções é observável a partir de alguns resultados obtidos em áreas cruciais tais como a prevenção das **doenças infecciosas**, através do decréscimo contínuo e sustentado da proporção de toxicodependentes no número total de novos casos diagnosticados de infeção VIH (em 2001 representavam 54,2% do total de casos diagnosticados e, em 2010, 25%<sup>62</sup>).

A elevada incidência de VIH entre a população toxicodependente no ano 2005 (quase metade dos casos notificados de infeção VIH) constituía um dos principais problemas de saúde da população toxicodependente. Neste sentido, destaca-se o papel da parceria iniciada em 2005 entre o IDT, I.P. e a Coordenação Nacional para a Infeção VIH/SIDA, através do Programa KLOTHO e que teve como objetivo desenvolver uma rede de identificação precoce da infeção nos utilizadores de drogas

---

<sup>60</sup> Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependências (2012), *Prevalence of problem drug use at national level*, Boletim Estatístico 2012, OEDT, in <http://www.emcdda.europa.eu/stats12>

<sup>61</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., *Relatório de Atividades 2011*, Lisboa, IDT, I.P.

<sup>62</sup> Departamento de Doenças Infecciosas. Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica. Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas (2011), *Infeção VIH/SIDA: A Situação em Portugal-31 de Dezembro de 2010*, Lisboa, INSA

através da metodologia ADR e integrou, a nível local e de forma horizontal, os prestadores de cuidados de saúde. Foram formados técnicos do IDT, I.P. na utilização de um teste rápido para deteção do VIH e no aconselhamento pré teste e pós teste. Este programa iniciou-se nas estruturas de tratamento e envolveu também estruturas de RRMD. O aumento da acessibilidade das intervenções, a diversificação das respostas e o aumento da cobertura de consumidores problemáticos, já referidas, tiveram um papel crucial para a obtenção destes resultados. De acordo com as entrevistas realizadas (ver anexo 3), considera-se que deve ser reforçada a articulação e coordenação com as estruturas do Serviço Nacional de Saúde (SNS) no âmbito do tratamento de utentes com doenças infecciosas, nomeadamente em termos de *follow-up* da situação clínica do utente e do reforço da comunicação interinstitucional

Por outro lado, parece ter havido uma alteração do **padrão de consumo**: enquanto que no ano 2000 a percentagem de novos utentes em serviços de ambulatório que consumiam por via endovenosa era de 36% em 2011 essa percentagem baixou para 8%<sup>63</sup>. Também a intervenção das ER apresenta resultados em termos de alteração dos padrões de consumo da via injetada para a fumada por parte dos indivíduos acompanhados<sup>64</sup>. Por sua vez, a informação emanada pelo Project Access mostra que entre os consumidores ativos de substâncias psicoativas existe uma percentagem mínima que refere práticas de risco ao nível da partilha agulhas e seringas para consumo endovenoso (respetivamente, 3% e 10%).

A percentagem de consumo endovenoso observada nas estruturas de RRMD é superior, como seria expetável, com uma média entre 2009 e 2011 de 18% de consumidores de substâncias psicoativas por via endovenosa registada nas ER entre o total de utentes contactados. Estes dados confirmam a necessária manutenção dos dispositivos de RRMD e da sua atuação no âmbito do PTS. Os elementos das ER (resultados TGN), consideram que se devem concentrar esforços na consolidação dos programas já existentes, garantindo-se a sua manutenção nos territórios com necessidades diagnosticadas e estabelecendo-se atuações que permitam reforçar a continuidade do utente no programa. Pese embora estes serviços representem uma grande conquista em termos de resposta obtida no âmbito do PNCDT, nas entrevistas e técnicas de grupo efetuadas existiu algum consenso sobre a necessidade de identificar as potencialidades de melhoria nos processos e qualidade e, a nível externo, na articulação e complementaridade inter e intrassectorial. Finalmente, de acordo com os representantes das ER, a integração das respostas de RRMD na Estratégia Nacional para Integração dos Sem-Abrigo constituiu uma das grandes mais-valias para o utente do trabalho de coordenação interministerial.

Na perspetiva dos representantes das ER que participaram na TGN (ver resultados no anexo 2), os principais benefícios para o utente com a implementação do PNCDT foram obtidos através do investimento em equipas que trabalham em proximidade com os utentes, permitindo dar respostas de RRMD para a população tradicionalmente afastada das estruturas de saúde, com ganhos em saúde.

---

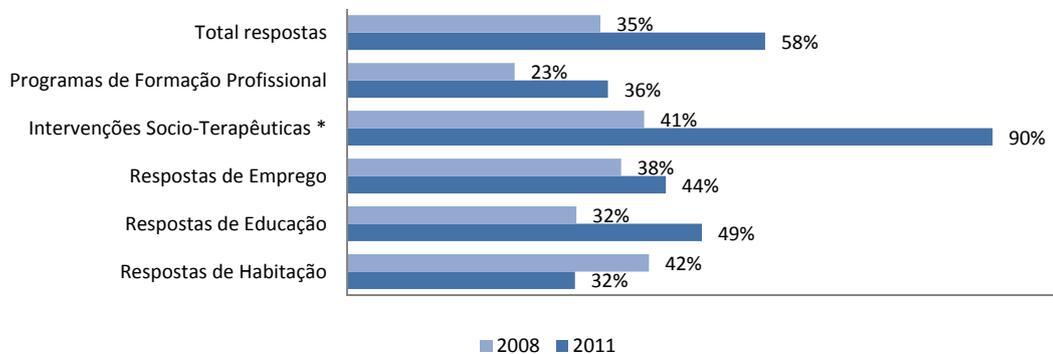
<sup>63</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., *Relatório de Atividades 2011*, Lisboa, IDT, I.P.

<sup>64</sup> Núcleo de Redução de Danos DTRDR 2007, *1.º ano de intervenção - equipas de rua*, Lisboa, IDT, I.P. e Núcleo de Redução de Danos DTRDR 2007, *3º ano de execução. Avaliação final - equipas de rua*. Lisboa, IDT, I.P.

## Resultados

Por outro lado, na **área da reinserção** destacam-se os resultados obtidos em termos do **número total de utentes integrados** em 2011 em respostas de habitação, educação, formação profissional, emprego que foi de 3.794 utentes<sup>65</sup>. Destes 1.883 foram inseridos em respostas de emprego (55% no mercado normal de trabalho, 24% no PVE, 13% noutras medidas do Instituto de emprego e Formação Profissional, I.P. (IEFP, I.P.) e 8% em respostas de profissionalização<sup>66</sup>). Sublinha-se o crescimento verificado entre 2008 e 2011 na capacidade de inserção de utentes com necessidades identificadas o qual, não obstante, diminuiu no caso das respostas de habitação. De referir que os valores infra apresentados fazem referência ao universo de utentes com PII elaborado, valor que em 2011 correspondia a 44% do total de utentes ativos em reinserção (aproximadamente 6.628 utentes).

*Gráfico 1. Percentagem de utentes integrados em respostas pela área de reinserção, por tipo de resposta sobre os utentes com necessidades diagnosticadas (2008 e 2011)*



\* No caso das intervenções socio-terapêuticas, o último ano em análise é 2010.

Elaboração própria. Fonte: Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. *Relatórios de Atividades 2008 e 2011*, IDT, I.P.

Ao nível das respostas de emprego constata-se um aumento geral da capacidade de inserção entre 2008 e 2011. Quando se observa especificamente o PVE<sup>67</sup> o número de indivíduos abrangidos diminuiu em 21% entre 2005 e 2011.

### d) Melhoria da qualidade e mecanismos de certificação

No PNCDT foi salientada a importância da melhoria da qualidade sendo “um processo que começa com um diagnóstico do ponto de partida e se continua pela definição do ponto de chegada e dos indicadores e instrumentos a utilizar na avaliação”<sup>68</sup>. Os cinco vetores no âmbito da área de missão de redução da

<sup>65</sup> Não estão incluídos os utentes integrados em intervenções socio-terapêuticas já que o último ano com informação disponível corresponde a 2010.

<sup>66</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP, *Relatório de Atividades 2011*, Lisboa, IDT, I.P.

<sup>67</sup> O PVE visa permitir ao indivíduo equacionar a reinserção social e profissional como parte integrante do seu processo de tratamento, quer através da participação num estágio de integração sócio-profissional, quer da criação do próprio emprego.

<sup>68</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência (2005), Plano Nacional contra a Droga e as Toxicodependências, 2005-2012, Lisboa, IDT.

procura contemplam objetivos na área da qualidade. Em ambos os planos de ação desenvolvidos após a publicação do PNCDT foram contempladas ações<sup>69</sup> que visavam a melhoria da qualidade e desenvolvimento de mecanismos para certificação para todas as áreas de missão do IDT, I.P.

A melhoria da qualidade sob a base de uma gestão por objetivos esteve patente na implementação do PNCDT a nível central, regional e local. Outra das formas para se investir na melhoria da qualidade foi a certificação de práticas ou de serviços/unidades especializadas. Neste Plano focou-se ainda a necessidade de reforçar a formação interna e externa de gestores e de técnicos interventores realçando-se a importância da adoção de uma cultura de avaliação contínua do trabalho efetuado e a definição de linhas orientadoras de boas práticas que orientassem a atividade dos profissionais.

O **próprio modelo QUAR** incentivou a autoavaliação no IDT, I.P. ao nível dos "resultados alcançados e desvios verificados, as atividades desenvolvidas, previstas e não previstas, a afetação real e prevista dos recursos humanos e financeiros, a apreciação por parte dos utilizadores, da quantidade e qualidade dos serviços prestados, a avaliação do sistema de controlo interno, o desenvolvimento de medidas para um reforço positivo do desempenho, a comparação com o desempenho de serviços idênticos, no plano nacional e internacional, que possam constituir padrão de comparação e audição de dirigentes intermédios e demais trabalhadores na autoavaliação do serviço". Esta avaliação foi incluída nos relatórios de atividades deste Instituto.

Para a análise desta temática foi desenvolvido um conjunto de indicadores que assentou na avaliação do cumprimento das ações definidas para melhoria da qualidade as quais estão consagradas nos seguintes âmbitos:

- 1) Diagnóstico, monitorização e avaliação;**
- 2) Orientações técnicas elaboradas com vista à definição e normalização de boas práticas;**
- 3) Licenciamento e fiscalização de estruturas, programas e projetos;**
- 4) Certificação/acreditação,**
- 5) Auditorias;**
- 6) Formação e investigação.**

Ao longo do período em estudo deste projeto (2005-2012) observa-se que foi desenvolvido um extenso trabalho em todos os âmbitos de análise apresentados e cuja descrição exaustiva não cabe no objeto deste estudo. Contudo no capítulo 5.4., em que é estudada a área da qualidade em intervenções específicas das áreas de missão da redução da procura e da oferta, é possível obter uma análise mais detalhada.

---

<sup>69</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP (2006), *Plano de Ação Contra as Drogas e as Toxicodependências Horizonte 2008*, Lisboa IDT, I.P.

### 1) Diagnóstico, monitorização e avaliação;

A qualidade assenta na filosofia de melhoria contínua que consiste na aplicação do ciclo PDCA (*Plan, Do, Check, Act*). Este ciclo deve estar na base de todas as ações desenvolvidas para que se possa afirmar com segurança que se caminha para a melhoria da qualidade.

Assim a análise seguinte irá incidir no estudo das atividades implementadas com base em diagnósticos, construção de indicadores e instrumentos de monitorização e avaliação e de acompanhamento das atividades.

Ao nível do planeamento e implementação de recursos em áreas lacunares de resposta, a reorientação estratégica no PNCDT assentou na realização de diagnósticos prévios fiáveis que permitissem identificar as necessidades. A elaboração do PORI<sup>70</sup> é um bom exemplo de um trabalho de diagnóstico participado a nível nacional. Por outro lado, ao nível da intervenção, como aconteceu no vetor da Reinserção, fez-se foco na necessidade da realização prévia de um diagnóstico multidimensional das necessidades do indivíduo o qual constituirá a base de elaboração do PII que por sua vez será sujeito a uma avaliação intermédia e final.



A par do desenvolvimento de diagnósticos houve preocupação em implementar indicadores que permitissem a medição das atividades e a elaboração de instrumentos de avaliação que possibilitassem aferir a eficácia das intervenções no cumprimento dos objetivos definidos. Esse esforço está patente nos próprios relatórios de atividades anualmente publicados pelo IDT, I.P., que melhoram em termos de qualidade e quantidade a informação apresentada por vetores.

Por outro lado, cada vetor apresenta uma série de exercícios de avaliação dos respectivos projetos e intervenções. Ao nível da formação, para todas as ações desenvolvidas entre 2005 e 2012 foram apresentados relatórios de avaliação<sup>71</sup>.

Em termos de sistemas de monitorização, destaca-se, a nível do IDT, I.P., o SIM (no vetor de tratamento), a adaptação do sistema de informação de RRMD, a criação de um sistema no âmbito da reinserção e o sistema de monitorização criado no âmbito do PORI, que, a par da consolidação de vários SI de outros organismos, contribuíram para a otimização do Sistema Nacional de Informação sobre Drogas e Toxicodependência.”.

A par da avaliação das atividades desenvolvidas um indicador para a melhoria da qualidade é a satisfação dos utentes e profissionais, *inputs* que, num sistema global de gestão da qualidade se constituem como fundamentais para a reformulação da estratégia e processos a adotar. Em relação à auscultação dos profissionais e grupos-alvo, esta está garantida no âmbito das ações de formação já que em todas são elaborados inquéritos de satisfação. Por sua vez, em 2009 foi realizado um

---

<sup>70</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP (2007), *Plano Operacional de Respostas Integradas - Diagnóstico a nível nacional*, Lisboa, IDT, I.P.

<sup>71</sup> Conforme a consulta de dados relativa ao pedido de informação enviado.

inquérito *online* com o objetivo de conhecer o nível de satisfação da informação disponibilizada na página eletrónica do IDT, I.P. que se repetiu no ano de 2010<sup>72</sup>. Para além destes exercícios, não se conhecem inquéritos de satisfação realizados a utentes e profissionais a uma escala que ultrapasse a dimensão de um ou outro dispositivo de intervenção.

De salientar que em 2009 o IDT, I.P. encomendou um estudo<sup>73</sup> tendo como principal objetivo conhecer a avaliação que as instituições públicas e organizações da sociedade civil, ao nível nacional, que partilham da sua missão social, faziam acerca da intervenção do Instituto, com o intuito de recolher os *inputs* que contribuem para a otimização do seu desempenho.

O sistema de recolha de reclamações é apresentado sob forma de lei<sup>74</sup> e apresenta o regime legal aplicável à defesa do consumidor. A reclamação deve ser entendida como um instrumento de melhoria dos serviços e neste sentido destaca-se a criação pelo IDT, I.P. de uma Base de Dados, para permitir o tratamento das reclamações no âmbito do Livro Amarelo, apresentadas pelos utentes das Unidades Especializadas<sup>75</sup>. Nos seus relatórios de atividade o IDT, I.P. indica que todas as reclamações são alvo de tratamento, análise e resposta e devidamente encaminhadas para as autoridades competentes na matéria, sendo realizados relatórios estatísticos com esta informação.

A melhoria da qualidade é um processo em construção permanente e pelo referido torna-se claro o esforço encetado no âmbito do PNCDT para enraizar uma cultura de registo, monitorização e avaliação.

## 2) Orientações técnicas elaboradas com vista à definição e normalização de boas práticas

Na implementação do PNCDT é notório o esforço desenvolvido na 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. No âmbito do PORI as orientações técnicas elaboradas foram transversais aos vetores da intervenção. Por vetor de intervenção, recomenda-se a consulta do capítulo 5.4. do presente estudo onde se apresenta de forma mais detalhada a documentação mais importante desenvolvida, apontando-se de seguida alguma da documentação desenvolvida por vetor de intervenção:

- Produção de um relatório final em 2010 relativo ao PIF, que permitiu identificar um conjunto de boas práticas junto de grupos específicos em áreas lacunares no vetor prevenção<sup>76</sup>;
- Está em curso a elaboração de um Manual de Boas Práticas no vetor Dissuasão;
- O “Guia de Apoio Técnico à intervenção em RRMD” no ano de 2009<sup>77</sup> no vetor RRMD;

---

<sup>72</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., *Relatórios de Atividades 2009 e 2010*, Lisboa IDT, I.P.

<sup>73</sup> Vieira, Luís Miguel e Ferreira, Aurea Celina (2010), *O IDT visto pelas outras Instituições*, Lisboa, IDT, I.P.

<sup>74</sup> Advém da Lei n.º 24/96, de 31 de Julho

<sup>75</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., *Relatório de Atividades 2008*, Lisboa IDT, I.P.

<sup>76</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., *Relatório de Atividades 2010*, Lisboa, IDT, I.P.

- Definição de linhas orientadoras dos programas de tratamento em regime ambulatorio e em regime de internamento de curta duração (programas de tratamento farmacológico com agonistas opiáceos e antagonistas) no vetor tratamento<sup>78</sup>, a par da elaboração de critérios de referência para a entrada de utentes em unidade de tratamento com exceção das estruturas privada e centros de dia (que se encontram em fase de elaboração);
- A elaboração e publicação do 1.º caderno manual de boas práticas em reinserção em 2007<sup>79</sup>;
- Destaca-se no âmbito do PORI a elaboração do documento de apoio ao PORI elaborado em 2006/2007.

### 3) Licenciamento e fiscalização de estruturas, programas e projetos

O processo administrativo de licenciamento é iniciado com um requerimento da instituição, dirigido ao MS. É avaliada a qualidade técnica e ainda a capacidade financeira do prestador. Para a garantia do cumprimento das normas e tendo em conta a regulamentação<sup>80</sup> organiza-se um sistema de vistorias e fiscalização das entidades da responsabilidade do MS, que tendo em consideração as especificidades próprias dos cuidados prestados exigem uma maior atenção através do IDT, I.P. Com o processo de licenciamento concluído procede o Serviço a uma vistoria da unidade com o objetivo de analisar se estão cumpridos um conjunto de requisitos básicos de qualidade. A vistoria é levada a cabo por técnicos do IDT, I.P. em conjunto com técnicos de Autoridades de Saúde (locais) indicados pela Direção Geral da Saúde (DGS). Em 2006 foram licenciadas 87% das unidades em processo administrativo (100 unidades licenciadas de um total de 115 em processo administrativo) sendo fiscalizadas 87% das unidades existentes (52 unidades fiscalizadas de um total de 60). Em 2011 foram licenciadas 100% das unidades em processo administrativo (7 unidades licenciadas de um total de 7 em processo administrativo) tendo sido fiscalizadas 53% das unidades existentes (40 unidades fiscalizadas de um total de 72)<sup>81</sup>.

Na área do licenciamento e fiscalização foi intensificada a atuação do IDT, I.P. em 2011, com o aumento da fiscalização junto das instituições privadas, tendo-se desenvolvido ainda novos instrumentos de trabalho (atualização de guiões de inspeções e/ou vistorias). Em 2011 realizaram-se 40 ações inspetivas e/ou de fiscalização, a entidades privadas com intervenção no domínio da toxicod dependência (superando assim a meta prevista para o ano). Destas ações resultaram um igual número de relatórios.

Nas orientações para o licenciamento e fiscalização das CT convencionadas, a dimensão da reinserção foi incluída, nomeadamente quanto ao MIR e ao PII. Deram-se igualmente orientações

---

<sup>77</sup> Instituto da Droga e da Toxicod dependência, I.P., *Relatório de Atividades 2009*, Lisboa, IDT, I.P.

<sup>78</sup> Instituto da Droga e da Toxicod dependência, I.P., *Relatório de Atividades 2006*, Lisboa, IDT, I.P.

<sup>79</sup> Instituto da Droga e da Toxicod dependência, I.P., *Relatório de Atividades 2007*, Lisboa, IDT, I.P.

<sup>80</sup> Prevista no n.º 3 do artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 13/93, de 15 de janeiro.

<sup>81</sup> Instituto da Droga e da Toxicod dependência, I.P., *Relatórios de Atividades 2006 e 2011*, Lisboa, IDT, I.P.

para a atuação no momento da desinstitucionalização no âmbito e cumprimento das orientações da Estratégia Nacional para a Integração da Pessoa Sem-Abrigo.

#### 4) Certificação/acreditação

Durante o período de implementação do PNCDD verificou-se a intensificação das atividades que permitissem obter a certificação de estruturas, programas ou projetos e mesmo a acreditação. Para facilitar este propósito o IDT, I.P. dispõe de uma Equipa de Trabalho para a Qualidade que apoia as estruturas em processos de certificação ou acreditação.

Em 2009 aponta-se o esforço para a elaboração de um modelo de certificação para projetos de RRMD<sup>82</sup> e no vetor tratamento destaca-se a obtenção da certificação do Sistema de Gestão da Qualidade consoante NP EN ISO 9001:2008 da CT Ponte da Pedra e da UD de Coimbra<sup>83</sup> que foram alvo de acreditação pelas entidades UKAS e IPAC no ano de 2010<sup>84</sup>. Obteve-se também em 2010 a certificação do Sistema de Gestão da Qualidade em mais duas unidades orgânicas – Equipa Técnica Especializada do CRI de Vila Real da DRN e do NAT da DRC – pela Lloyd's Register Quality Assurance (LRQA), de acordo com a NP EN ISO 9001:2008<sup>85</sup>.

Em 2011 realizaram-se ações de formação sobre Qualidade com vista à preparação de um processo de certificação do Núcleo de Tratamento, Núcleo de Prevenção, Núcleo de Documentação, Núcleo de Atendimento e Informação, Núcleo de RRMD, o CRI do Alentejo e a CT do Restelo, contudo o processo foi interrompido face à extinção do IDT, I.P.<sup>86</sup>.

Foram acreditadas pelo Instituto Português de Acreditação, I.P. (IPAC) 4 unidades que anteriormente já tinham sido alvo de certificação pela norma ISO 9001:2008 (a Equipa Técnica Especializada do CRI de Vila Real da DRN; a CT da Ponte da Pedra da DRN; a UD de Coimbra da DRC; o NAT da DRC)<sup>87</sup>.

Destaca-se que a certificação/acreditação relativa à área da formação será analisada mais adiante.

Importa referir que apesar do IDT, I.P. ter contemplado em objetivos operacionais o aumento do número das unidades certificadas e se ter caminhado neste sentido, o contexto económico atual inviabilizou o desenvolvimento destes processos.

#### 5) Auditorias

O IDT, I.P. realiza auditorias aos diferentes projetos e intervenções cofinanciados. Em 2006 foram realizadas duas auditorias financeiras num total previsto de 3 a programas de prevenção apoiados no IDT, I.P. em que foram realizados relatórios de avaliação e em 2007 um total de 3 auditorias assim

---

<sup>82</sup> Instituto da Droga e da Toxicoddependência, I.P., *Relatório de Atividades 2009*, Lisboa, IDT, I.P.

<sup>83</sup> *Idem*.

<sup>84</sup> Instituto da Droga e da Toxicoddependência, I.P., *Relatório de Atividades 2010*, Lisboa, IDT, I.P.

<sup>85</sup> *Idem*.

<sup>86</sup> Instituto da Droga e da Toxicoddependência, I.P., *Relatório de Atividades 2011*, Lisboa, IDT, I.P.

<sup>87</sup> *Idem*.

como os respetivos relatórios de avaliação num total previsto de 6<sup>88</sup>. No tocante ao PIF e ao PORI, as auditorias foram realizadas depois dos projetos estarem em funcionamento, a partir de 2008.

Em 2009, foi elaborado um plano de auditorias que foi implementado a partir da sua aprovação em Agosto de 2009. Nesse mesmo ano, 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<sup>89</sup>, tendo-se superado os objetivos definidos no 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<sup>90</sup>. Os critérios, entre outros, para a escolha dos projetos a auditar tiveram em linha de conta a necessidade de abranger todas as regiões e projetos das diferentes áreas de missão e abordaram a componente técnica e financeira.

No ano de 2011 foi prevista a realização de auditorias técnico-financeiras que não chegaram a ser efetuadas face às restrições impostas em matérias de contenção orçamental.

## 6) Ações desenvolvidas no âmbito da formação e investigação

### a) Formação<sup>91</sup>

O IDT, I.P. constitui-se enquanto entidade com estatuto de entidade formadora dos Serviços Públicos da Saúde acreditada para a realização de formação profissional. A acreditação e Registo de Entidade Formadora Creditada atribuída em 2010 ao IDT, I.P. foi realizada pelo Conselho Científico Pedagógico da Formação Contínua (CCPFC) do Ministério da Educação (ME). Em 2007, 2008 e 2009 este estatuto foi atribuído ao IDT, I.P., pela Administração Central do Sistema de Saúde I.P. (ACSS); em 2006 foi conferido pela Secretária-Geral do MS e em 2005, o estatuto foi aprovado pelo Departamento de Modernização e Recursos da Saúde do MS, à semelhança dos anos anteriores. Neste sentido todos os projetos formativos oficiais que desenvolve são certificados, sendo naturalmente objeto de certificação por via da emissão de Certificados e/ou de Declarações de Frequência de Formação Profissional. Por esta ordem de razão todos os projetos e programas formativos são alvo de um processo de avaliação e acompanhamento.

De referir que durante 2005 e 2011 foram objeto de auditoria interna, ou seja, de pareceres técnico-científicos e técnico-pedagógicos da responsabilidade interna ao IDT, I.P. um total de 122 projetos ou programas formativos dos quais 25 foram alvo de auditoria externa.

Salienta-se que em 2005 cerca de 60% dos profissionais existentes tinham participado em ações de formação (1.078 profissionais que participaram em ações de formação num total de 1.793) e, em 2011, 35% dos profissionais participaram em ações de formação (557 profissionais de um total de

---

<sup>88</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., *Relatórios de Atividades 2006 e 2007*, Lisboa, IDT, I.P.

<sup>89</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., *Relatório de Atividades 2009*, Lisboa, IDT, I.P.

<sup>90</sup> Informação *ad-hoc* fornecida pelo IDT, I.P.

<sup>91</sup> Todos os dados apresentados de seguida tiveram por base a consulta dos relatórios de atividade e os dados enviados através de um pedido de informação solicitado a representante do IDT, I.P.

1.608). Em 2011 verifica-se que dos profissionais previstos para as ações de formação 63% participaram nas mesmas (1.012 abrangidos em ações de formação de 1.608 profissionais previstos). 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, tal como em 100% destas ações são aplicados inquéritos de satisfação.

Importa referir que a partir de 2009 no âmbito da formação foram realizados manuais que descrevem os procedimentos formais para tratamento das ocorrências, reclamações e sugestões, existindo deste modo um sistema formalizado de gestão de reclamações e sugestões.

Em 2007 obteve-se a acreditação na unidade formativa do IDT, I.P. e nos anos seguintes esta unidade integrar seis estruturas, isto é, serviços centrais e DR sendo também acreditadas. Em 2010 é atribuída uma segunda Acreditação e Registo de Unidade Formadora Creditada ao IDT, I.P.

### b) Investigação

No âmbito investigação o PNCDT segue as orientações traçadas pela Estratégia da União Europeia de Luta contra a droga relativo à “melhoria mensurável e sustentável da base de conhecimentos”<sup>92</sup>.

Os objetivos gerais definidos no PNCDT no âmbito da investigação são:

- Incrementar a articulação entre conhecimento, decisão e intervenção, nomeadamente através da promoção de projetos de investigação-ação;
- Dinamizar o apoio a projetos de base populacional, nomeadamente no que diz respeito à população: em geral, em meio escolar, em meio prisional, em meio militar e meio laboral em geral;
- Promover o estudo da fiabilidade e pertinência dos indicadores utilizados, bem como o significado das suas variações geográficas e entre grupos populacionais;
- Negociar, com as entidades competentes, uma agenda de investigação com o correspondente programa de financiamento, coerente e estável, para o período de execução do PNCDT, com prioridades e critérios bem definidos para a seleção de projetos.

A título exemplificativo apresentam-se de seguida alguns dos projetos desenvolvidos.

**Promoção de projetos de investigação-ação:** nomeadamente estudos em populações ou contextos específicos para estabelecer um diagnóstico para a intervenção - “Projeto Casa Pia de Lisboa”, “Projeto Escolas Profissionais”, “Projeto de Caracterização de utentes das estruturas de RRMD” e “Projeto em Meio Universitário” entre outros – e estudos de avaliação das intervenções - o projeto AGIS - Reduction of Drug-related Crime in Prison: the impact of opioid substitution treatment on the manageability of opioid dependent prisoners e o estudo de “Avaliação do processo da intervenção do Kosmicare”, entre outros.

---

<sup>92</sup> Conselho da União Europeia, *Estratégia da União Europeia de Luta contra a Droga e a Toxicod dependência* Doc. 15074/04, CORDROGUE 77, SAN 187, ENFOPOL 178, RELEX 564.

**Promoção de projetos de base populacional**, nomeadamente no que diz respeito à população geral - (INPG-2007 e INPG-2012), populações escolares - com base no projeto Health Behaviour in School-aged Children (HBSC/OMS, 2006, 2010), no projecto European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs” (ESPAD/2007, 2011), no Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas (ECATD-2007, 2011) e no Inquérito Nacional em Meio Escolar – 3º Ciclo e Secundário 2011 (INME-2006, 2011), e à população condutora - Projeto DRUID - Driving Under Influence of Alcohol Drugs and Medicines, concluído em 2011.

É de destacar também a participação no projeto europeu Counting Addictions do programa a cinco anos Addictions and Lifestyles in Contemporary Europe-Reframing Addictions Project (ALICE-RAP).

Foram realizados muito outros estudos, nomeadamente na área da redução da procura - sobre as perceções e representações sociais sobre a droga e a toxicodependência e sobre a Lei da Droga em populações específicas e sobre “culturas juvenis”, entre outros -, e na área da redução da oferta - sobre o mercado cannabis/análise económica da toxicodependência, o cultivo de cannabis, a pequena criminalidade, o tráfico internacional e mercados da droga, sendo de destacar a participação no estudo europeu *Study on the further analysis of the EU illicit market and responses to it – responding to future challenges*.

É de destacar ainda a participação em estudos internacionais em áreas inovadoras como a avaliação das políticas (*Costing Addictions* no âmbito do programa ALICE-RAP) e a identificação de novas metodologias de avaliação das políticas implementadas (*New methodological tools for project and program evaluation*).

**Promoção do estudo da fiabilidade e pertinência dos indicadores utilizados:** é de destacar a participação em estudos sobre os indicadores-chave do OEDT com vista a melhorar a qualidade dos dados fornecidos, designadamente no contexto do indicador mortalidade relacionada com droga e do indicador preços por grosso (*The Wholesale Drug Prices in Europe*).

#### **Negociação de uma agenda de investigação e correspondente programa de financiamento**

Apesar da conjuntura nacional não favorável à negociação de uma agenda de investigação, são de destacar um conjunto de atividades de apoio ao desenvolvimento de uma Rede de Investigadores sobre Álcool e Drogas, nomeadamente a elaboração de uma base de dados sobre investigadores, a organização dos primeiros simpósios da rede de investigadores «Olhares cruzados sobre a droga» (2007 e 2008), a participação na preparação de uma candidatura a financiamento pela Comissão Europeia da implementação de uma Rede Europeia de Investigação na área das drogas (ERA-NET), o apoio à publicação de teses académicas sobre estas áreas e o acolhimento a estágios profissionais.

Por fim, é de referir a publicação de um conjunto de Relatórios sobre os estudos desenvolvidos e de artigos em revistas científicas, a apresentação de *posters* e comunicações em Congressos, Encontros e Seminários nacionais e internacionais, e a participação em ações de formação

No que diz respeito à Revista Toxicodependências, entre 2005 e 2010<sup>93</sup>, foram editados anualmente três números 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.

#### e) Prevenção da criminalidade relacionada com a droga

A Estratégia Europeia de Luta Contra a Droga define a prevenção da criminalidade relacionada com a droga como área de atuação fundamental para o alcance da segurança na população em geral. O conceito de criminalidade relacionada com a droga carece de um quadro conceptual consensualizado. A relação entre a droga e a criminalidade não é linear nem universal. Apesar da existência de vários estudos sobre o tema não se pode afirmar que todos os infratores são consumidores de droga e que todos os toxicodependentes são criminosos.<sup>94</sup> Não existindo uma relação de causa efeito, vários estudos apontam para a existência de um reforço mútuo entre a criminalidade e o consumo de droga ou seja, os indivíduos envolvidos num ambiente de crime correm um risco elevado de desenvolverem consumos problemáticos de substâncias psicoativas ilícitas e os que apresentam estes consumos correm um risco elevado de se envolverem em atos delinquentes ou praticar infrações penais<sup>95</sup>. O estilo de vida adotado ao longo da vida por cada indivíduo, influenciado por fatores pessoais, sociais, culturais e ambientais poderá estar na base de comportamentos delinquentes.

Em Portugal, o PNCDT prevê intensificar as medidas de prevenção e combate da criminalidade associada à droga "através da cooperação eficaz, firmada numa abordagem conjunta, com as forças de outros Estados", com vista a "reduzir de forma significativa a prevalência do consumo de drogas entre a população, bem como os prejuízos a nível social e para a saúde causados pelo consumo e pelo comércio de drogas ilegais"<sup>96</sup>.

Na base da definição dos indicadores de estudo procedeu-se à realização de uma TGN dirigida aos membros intervenientes na elaboração do PNCDT<sup>97</sup> para identificação das atividades planeadas e/ou implementadas que no entender do grupo melhor respondem à prevenção da criminalidade relacionada com a droga. Como principais áreas desenvolvidas entre 2005 e 2012 apontaram o **reforço das ações de recolha de informação, investigação e repressão sobre as atividades das estruturas criminosas, o programa Escola Segura e o desenvolvimento dos PSO-BLE.**

---

<sup>93</sup> Informação disponível até 2010.

<sup>94</sup> European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2007), Drogas em Destaque - Nota do OEDT, Bélgica, Serviço das Publicações, EMCDDA.

<sup>95</sup> *Idem.*

<sup>96</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência (2005), *Plano Nacional contra a Droga e as Toxicodependências, 2005-2012*, Lisboa, IDT.

<sup>97</sup> A TGN centrou-se na análise das seguintes orientações estratégicas: centralidade do cidadão, territorialidade, abordagens integradas e prevenção da criminalidade relacionada com a droga. Os resultados são apresentados no anexo 2.

A análise desta medida será portanto centrada em dois âmbitos principais:

- a) A prevenção da “criminalidade organizada” associada à droga, a qual será analisada a partir das **ações desenvolvidas na área da vigilância, controlo e fiscalização pelas autoridades policiais na área do tráfico de estupefacientes;**
- b) A prevenção da “pequena criminalidade” relacionada com a droga, nomeadamente a partir da análise do **programa Escola Segura e dos recursos de PSO-BLE implementados.**

Os dados obtidos na TGN desenvolvida com representantes das autoridades policiais e das CDT<sup>98</sup> constituem *inputs* qualitativos importantes e serão apresentados ao longo deste apartado.

▪ **Ações desenvolvidas na área da vigilância, controlo e fiscalização pelas autoridades policiais - Tráfico de estupefacientes**

Aquando da realização da TGN com os profissionais que participaram na elaboração do PNCDD obteve-se consenso em relação ao desenvolvimento e intensificação a partir de 2005 das atividades ligadas à prevenção da criminalidade organizada conexas à droga. Embora esta criminalidade possa incluir uma panóplia diversa de crimes, a tipologia que mais frequentemente é associada a este fenómeno é o tráfico de estupefacientes. De fato, este é o único tipo de crime relacionado com a droga que é objeto em Portugal, e na maioria dos países do contexto europeu, de estudos e publicações monográficas oficiais. Destaca-se em Portugal a publicação anual dos Relatórios de Tráfico e Consumo de Drogas (TCD)<sup>99</sup>, onde se apresentam os resultados da atividade desenvolvida por todos os Órgãos de Polícia Criminal (OPC) e entidades com colaboração na área. A quantidade de estupefacientes apreendidos e o número de apreensões são reportados pelas entidades com competências: Guarda Nacional Republicana (GNR), Polícia de Segurança Pública (PSP), Polícia Judiciária (PJ), Autoridade Tributária e Aduaneira (em 2011 ainda denominada por DGAIEC – Direção-Geral das Alfandegas e dos Impostos Especiais sobre o Consumo); Direção Geral dos Serviços Prisionais (DGSP); Polícia Marítima (PM) e Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF).

Os resultados das operações no âmbito da prevenção e combate ao tráfico de estupefacientes constituem um indicador indireto do volume de operações/ investigações desenvolvidas já que nem todas resultam na apreensão de material ou na detenção de indivíduos. No entanto, constituem dados que indiretamente revelam a atividade realizada e o papel do território nacional nas rotas de distribuição de estupefacientes no âmbito do tráfico realizado por organizações criminosas.

Nas tabelas seguintes apresentam-se as quantidades de droga apreendidas por tipo de droga em gramas e unidades entre 2005 e 2011, bem como as apreensões efetuadas. Importa mencionar que esta informação não ilustra convenientemente a eficiência das ações desenvolvidas, visto que as apreensões/ detenções efetuadas podem corresponder a investigação de anos e só ter eventualmente resultados em anos posteriores pelo que não pode ser estabelecida uma relação linear entre o volume de droga apreendida, número de apreensões ou número de detidos e a

---

<sup>98</sup> A TGN centrou-se na identificação das medidas de prevenção da criminalidade que a partir do ano 2005 alcançaram um maior êxito na redução dos consumos e as áreas de melhoria para o futuro. Os resultados são apresentados no anexo 2.

<sup>99</sup> Publicados pela Unidade Nacional de Combate ao Tráfico de Estupefacientes - Secção Central De Informação Criminal, da Polícia Judiciária.

intensidade e recursos alocados às operações/ investigações em cada ano. Tal é verificável nos anos em comparação, nomeadamente 2005 e 2011, que correspondem ao primeiro ano de vigência do PNCDT e ao último com informação disponível no momento da realização deste estudo. Assim, em 2005 foram apreendidas em todas as drogas em estudo maiores quantidade em gramas e unidades em relação a 2011 (ver tabela seguinte). De acordo com as informações recolhidas junto dos responsáveis da PJ pela área o ano 2005 foi no entanto um ano particular em termos de apreensões. Contudo, se compararmos 2011 com 2010, constata-se uma diferente evolução. Assim, no caso da heroína e da cocaína foram apreendidas em 2011 mais gramas que em relação a 2010 respetivamente. Quanto à cannabis e ao ecstasy a tendência relativa aos anos 2010 e 2011 é decrescente verificando-se que foram apreendidas menores quantidades que no ano de 2011.

Tabela 2. Quantidade apreendida (em grama ou unidade) por tipo de substância (2005 e 2011)

	Heroína (qtd em gramas)	Cocaína (qtd em gramas)	Haxixe (qtd em gramas)	Ecstasy (em unidades)
<b>2005</b>	108.955,07	18.083.550,47	28.255.277,97	213.777
<b>2006</b>	144.214,30	34.476.327,65	8.436.051,09	133.289
<b>2007</b>	61.720,53	7.362.987,62	44.623.680,76	70.591
<b>2008</b>	68.349,71	4.838.379,61	61.287.324,78	73.638
<b>2009</b>	128.109,37	2.697.096,07	22.966.752,66	9.409
<b>2010</b>	47.386,81	3.244.394,89	34.773.982,29	48.370
<b>2011</b>	72.787,63	3.678.238,31	14.491.269,22	7.791

Elaboração própria. Fonte: Polícia Judiciária Unidade Nacional de Combate ao Tráfico de Estupefacientes, Seção Central de Informação Criminal (2005 e 2011) Relatório anual - Combate ao tráfico de estupefacientes em Portugal, (s.l), Estatística TCD, Polícia Judiciária.

Em 2011 a cannabis (haxixe e pólen) em grama ocupou cerca de 78,5% das apreensões efetuadas e o LSD (selos) em unidades cerca de 76% da droga apreendida.

No que respeita ao número de apreensões observa-se que em 2005 houve no total mais apreensões que em 2011.

Tabela 3. Número de Apreensões efetuadas por tipo de substância entre 2005 e 2011

Anos	Heroína	Cocaína	Haxixe	Ecstasy	Total
<b>2005</b>	1.281	1.359	2.651	192	<b>5.483</b>
<b>2006</b>	1.300	1.388	2.466	159	<b>5.313</b>
<b>2007</b>	1.311	1.369	2.270	117	<b>5.067</b>
<b>2008</b>	1.380	1.469	2.688	97	<b>5.634</b>
<b>2009</b>	1.485	1.431	3.169	67	<b>6.152</b>
<b>2010</b>	1.468	1.604	3.077	95	<b>6.244</b>
<b>2011</b>	1.155	1.380	3.058	100	<b>5.693</b>

Elaboração própria. Fonte: Polícia Judiciária Unidade Nacional de Combate ao Tráfico de Estupefacientes, Seção Central de Informação Criminal (2005 e 2011) Relatório anual - Combate ao tráfico de estupefacientes em Portugal, (s.l), Estatística TCD, Polícia Judiciária.

Na TGN realizada com representantes das várias forças de segurança, foi expressa a opinião que se deve agilizar o fluxo de informação entre as OPC e entre a comunidade e as forças de segurança.

No âmbito das atividades de prevenção e combate à criminalidade organizada anualmente são desenvolvidas ações na área da vigilância, controlo e fiscalização pelas autoridades policiais, com o principal objetivo de eliminar as possibilidades de introdução de drogas em território nacional<sup>100</sup>. Aponta-se que foram desenvolvidas atividades na área marítima, terrestre e aérea. Assim, entre estas encontram-se:

- Na área marítima: anualmente são realizadas atividades pela GNR através da Unidade de Controlo Costeiro e atividades de tratamento e monitorização por parte da PJ de inúmeras embarcações sob suspeita de serem utilizadas no tráfico transcontinental.

No quadro das Grandes Opções do Plano para 2005 – 2009 foi estabelecido como objetivo da política de segurança interna do Estado Português o “reforço dos meios de vigilância da costa no âmbito da prevenção e repressão da criminalidade”<sup>101</sup>. Neste sentido foi criado o Sistema Integrado de Vigilância, Comando e Controlo da Costa Portuguesa (SIVICC) que se encontra em fase de experimentação e cuja atividade se prende com a deteção e identificação, o comando e controlo, a gestão e a localização georreferenciada das embarcações;

- No espaço aéreo a atuação centra-se em operações de controlo, recolha de informação, seguimento e vigilância de passageiros suspeitos de envolvimento no tráfico de droga<sup>102</sup>. São efetuados pela DGAIEC controlos regulares em estruturas aeroportuárias de acordo com o tráfego existente e origens de voos. Outro instrumento importante de combate ao tráfico internacional de estupefacientes são as entregas controladas que consistem em permitir que remessas ilícitas ou suspeitas de estupefacientes, substâncias psicotrópicas e outras substâncias especificadas em Convenção<sup>103</sup>, deixem o território de um ou mais países, ou atravessem ou entrem nesse território, com o conhecimento e sob a vigilância das respetivas autoridades competentes, com o fim de identificar as pessoas envolvidas na prática de infrações<sup>104</sup>;
- Quanto ao espaço terrestre foram intensificadas as ações de cooperação entre as diversas entidades com competências ao nível da fiscalização, vigilância, controlo e investigação criminal.

Assim, pode-se constatar a realização de ações sistemáticas, levadas a cabo por cada um dos OPC e em articulação e coordenação com as suas congéneres a nível nacional e internacional. Este trabalho pode-se observar com maior detalhe no capítulo 5.4. deste relatório.

---

<sup>100</sup> Destaca-se a inexistência de informação quantitativa sobre as intervenções desenvolvidas por cada OPC nesta área nos anos em análise 2005 - 2011.

<sup>101</sup> Conselho de Ministros (2005), *Grandes Opções do Plano 2005-2009, principais linhas de ação e medidas*, Lisboa, aprovado em Conselho de Ministros.

<sup>102</sup> *Idem*.

<sup>103</sup> Resolução da Assembleia da República n.º 29/91 (1991), Convenção das Nações Unidas contra o tráfico ilícito de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, Resolução da Assembleia da República.

<sup>104</sup> Estabelecidas de acordo com o n.º 1 do artigo 3.º da Convenção das Nações Unidas contra o tráfico ilícito de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, Resolução da Assembleia da República n.º 29/91.

No âmbito da análise centrada sobretudo nas ações de prevenção da “pequena criminalidade”, de seguida serão analisados o Programa Escola Segura e os PSO-BLE.

#### ▪ Programa Escola Segura

O programa Escola Segura foi criado em 1992 através de um protocolo fruto de uma estratégia partilhada entre o Ministério da Educação (ME) e o Ministério da Administração Interna (MAI)<sup>105</sup>. Assume principalmente um caráter de prevenção e de policiamento de proximidade estando direcionado para a segurança de toda a comunidade escolar. Este programa é desenvolvido pela GNR e PSP que possuem formação específica para o efeito. Os seus objetivos assim como os princípios estratégicos e a estrutura organizacional de coordenação foram regulamentados em 2005 através de um Despacho<sup>106</sup> que foi objeto de reavaliação em 2006<sup>107</sup>, ano em que foram estipulados os objetivos prioritários do programa.

No âmbito do programa Escola Segura 43% dos estabelecimentos de educação e ensino público e privado do território nacional foram abrangidos no ano letivo 2010/2011 pelas ações desenvolvidas pela GNR (6.902 estabelecimentos num total de 15.969<sup>108</sup> no ano letivo 2010/2011) e 22% pela PSP (3.453 estabelecimentos num total de 15.969<sup>109</sup> no ano letivo 2010/2011). Neste ano a atuação da GNR incluiu 12.241 ações de sensibilização, abrangendo 790.655 alunos no ano letivo 2010/2011. Ao se comparar o ano letivo 2010/2011 com o ano letivo 2005/2006 observa-se que no ano letivo 2010/2011 foram abrangidos menos 16,8% estabelecimentos escolares (8.302 estabelecimentos) que em 2005/2006 e menos 3,3% alunos (817.896 alunos abrangidos) que no ano letivo 2005/2006. Contudo verifica-se que foram realizadas em 2010/2011 mais 26,4% ações de sensibilização face a 2005/2006 (9.685 ações)<sup>110</sup>. Foram reportadas à GNR no ano letivo 2010/2011, nos estabelecimentos de ensino e áreas envolventes, um total de 1.042 ocorrências criminais distribuídas por diferentes tipos de crime, das quais 3% dizem respeito à Posse/ Consumo de estupefacientes, percentagem equivalente à obtida no ano letivo 2007/2008 de 2,5%<sup>111</sup> de um total de 1.137. Por sua vez a atuação da PSP promoveu 4.427 ações de sensibilização envolvendo um total de 1.033.921 alunos, observando-se uma intensificação das atividades desenvolvidas em relação ao ano letivo 2005/2006 em que se abrangeram um total de 3.043 estabelecimentos de ensino (mais 11,8% face a 2005/2006) se realizaram 3.320 ações de sensibilização (mais 25% face a 2005/2006) e

<sup>105</sup> Regulamentado pelo Despacho Conjunto n.º 105 - A/2005 de 2 de fevereiro do Ministério da Administração Interna e do Ministério da Educação o qual foi objeto de reavaliação, tendo sido publicado o Despacho Conjunto n.º25649/2006 de 29 novembro

<sup>106</sup> Ministério da Administração Interna e Ministério da Educação (2005), Despacho Conjunto n.º 105 - A/2005 de 2 de fevereiro, Lisboa, MAI e ME.

<sup>107</sup> Ministério da Administração Interna e Ministério da Educação (2006), Despacho Conjunto n.º25649/2006 de 29 Novembro, Lisboa, MAI e ME.

<sup>108</sup> *Idem*.

<sup>109</sup> Direção Geral de Estatísticas da Educação e Ciência, *Estatísticas da Educação 2010/2011*, (s.l), DGEEC.

<sup>110</sup> Dados recolhidos através do pedido de informação efetuado.

<sup>111</sup> De acordo com a informação consultada no dia 16.07.12 no site com a url:

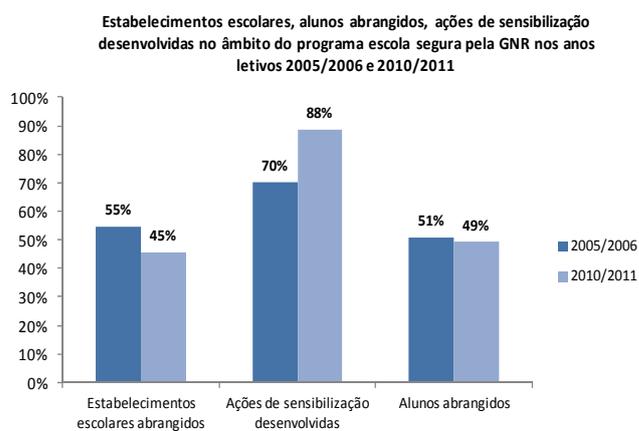
[http://www.gnr.pt/default.asp?do=r5p1yn\\_5rt74n/DH.r56n6v56vpn/FDED\\_FDEE/1p144r0pvn5](http://www.gnr.pt/default.asp?do=r5p1yn_5rt74n/DH.r56n6v56vpn/FDED_FDEE/1p144r0pvn5)

## Resultados

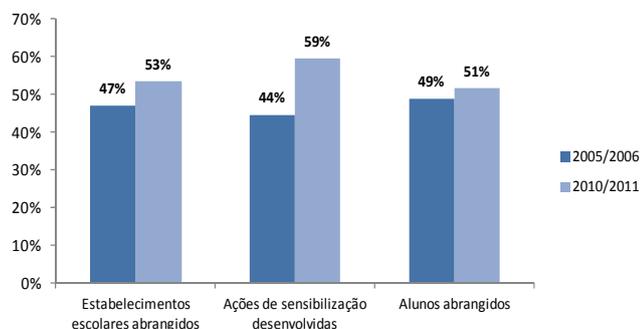
se envolveu 979.200 alunos (mais 5,3% face a 2005/2006)<sup>112</sup>. Foram reportadas à PSP no ano letivo 2010/2011, nos estabelecimentos de ensino e áreas envolventes, um total de 3.238 ocorrências criminais distribuídas por diferentes tipos de crime das quais 1% relacionadas com o tráfico de estupefacientes<sup>113</sup>.

Ambas entidades ao longo dos anos intensificaram as ações de sensibilização e aumentaram a abrangência do número de alunos tal como se apresenta nos gráficos seguintes.

Gráfico 2. e Gráfico 3 Estabelecimentos escolares, alunos abrangidos e ações de sensibilização no âmbito do programa Escola Segura pela PSP e GNR nos anos letivos 2005/2006 e 2010/2011



Estabelecimentos escolares, alunos abrangidos e ações de sensibilização desenvolvidas no âmbito do programa escola segura pela PSP nos anos letivos 2005/2006 e 2010/2011



Elaboração própria. Fonte: Relatório anual da Segurança Interna 30.03.2012

Documento enviado por representante da GNR

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., (2006) Anexo ao Relatório anual 2005, Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, Lisboa, IDT, I.P.

[http://www.gnr.pt/default.asp?do=r5p1yn\\_5rt74n/DH.r56n6v56vpn/FDDK\\_FDDL/npp1r5](http://www.gnr.pt/default.asp?do=r5p1yn_5rt74n/DH.r56n6v56vpn/FDDK_FDDL/npp1r5)

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

<sup>112</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., (2006) Anexo ao relatório anual 2005, Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, Lisboa, IDT, I.P.

<sup>113</sup> Direção Nacional PSP, Divisão de Prevenção Pública e Proximidade (2011).

Os representantes dos OPC e CDT auscultados na TGN (ver anexo 2) consideram que este Programa tem grande visibilidade e resultados positivos na diminuição da atividade de pequeno tráfico e na prevenção do início de consumos e dissuasão para uma eventual evolução para consumos problemáticos na população em idade escolar. Importa realçar que apesar de mais de metade dos estabelecimentos escolares em Portugal não foi abrangida pelo Programa Escola Segura, neste setor encontram-se incluídos o 1.º ciclo de educação que não carecem de tanta intervenção. A aposta deste programa centrou-se nos jovens com idades superiores, com uma maior exposição para a adoção de comportamentos marginais.

### PSO-BLE

Na realização da TGN dirigida aos elementos intervenientes na elaboração do PNCDT foi referida a importância dos PSO-BLE na redução da “pequena” criminalidade relacionada com a droga, inserindo-se como uma das ações que, não visando diretamente este objetivo, tem grande impacto da segurança dos cidadãos, através da diminuição dos crimes cometidos por necessidade de angariação por parte dos consumidores dos recursos suficientes para a compra de substâncias.

Os PSO-BLE são programas que se inserem em PSO, tendo como principal objetivo substituir o uso ilícito de um opiáceo consumido por um indivíduo dependente<sup>114</sup>. Pretende-se com estes programas criar meios facilitadores de abandono ou de redução do consumo ilícito e de diminuição dos riscos e danos associados ao consumo. Os PSO de BLE<sup>115</sup> apresentam vantagens no caso de intervenção com grupos socialmente mais excluídos já que os critérios de admissão e de continuidade no programa são menos rígidos (a admissão em programa não está condicionada a um contrato terapêutico, à realização de análises toxicológicas periódicas nem se incluem penalizações no caso de haver consumos) sendo por isso mais capazes de constituir-se como um primeiro elo de ligação entre o utente e as respostas de saúde e de apoio social, visando a curto-prazo o abandono das práticas de risco e eventualmente a médio-prazo, a possibilidade de preparar o utente para transitar para outro tipo de intervenção mais estruturada. Os PSO-BLE têm o seu primeiro impulso em Portugal na década de 90 através de uma unidade móvel que desenvolvia intervenções no Bairro do Casal Ventoso. Estas respostas foram aumentadas a partir de 2008 no âmbito do PORI, operacionalizando as políticas de RRMD numa base de proximidade à comunidade. No gráfico seguinte verifica-se a evolução do número médio de utentes atendidos por mês em PSO-BLE, tendo-se constatado um aumento de 15% entre 2005 e 2011 mas uma redução de 22% entre 2010 e 2011.

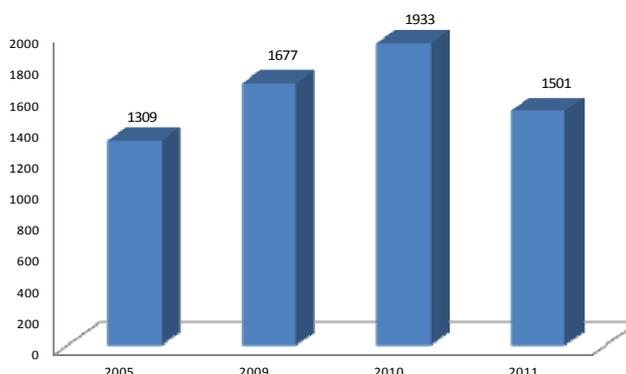
---

<sup>114</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., Departamento de Tratamento, Redução de Danos e Reinserção 2006, *Normas Orientadoras de Programas Terapêuticos com Agonistas Opiáceos*, IDT, I.P.

<sup>115</sup> *Idem*.

## Resultados

Gráfico 4. Utentes atendidos em média por mês em PSO-BLE (2005-2011)



Elaboração própria. Fonte: Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., *Relatório de Atividades 2011*, Lisboa, IDT, I.P. e ficheiro *ad-hoc* fornecido pelo IDT, I.P.

Vários estudos desenvolvidos na Europa<sup>116</sup> têm-se debruçado sobre a relação entre a redução da criminalidade e a inclusão de consumidores em PSO-BLE. Os resultados obtidos apontam para uma redução das infrações criminosas por parte dos utentes destes programas. É visível através dos estudos realizados, que os indivíduos que constituem a amostra, observados antes e após a entrada em programas de substituição, reduzem claramente os seus comportamentos ao nível de infrações penais, crimes violentos, crimes contra a propriedade e fraude (temas em estudo)<sup>117</sup>. No entanto há que ter em conta que as diferentes teorias sobre a relação entre o uso de drogas e o crime estão baseadas numa associação à abordagem terapêutica que diminui a necessidade económica para financiar a dependência. Por isso, se os consumidores de drogas já eram criminosos antes de desenvolverem dependências problemáticas, o tratamento terapêutico pode alterar o consumo de drogas mas não afetar o comportamento criminoso *à priori*. Em suma, 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 causalidade linear entre os mesmos e a redução da criminalidade associada com a droga. A evidência científica trazida à luz por estudos internacionais, entre os quais meta-análises, apontam para algum impacto nesta redução, ainda que a causalidade não seja linear tal como foi discutido anteriormente. No caso português, não estão disponíveis dados sobre os resultados e o impacto, em termos de redução da prática de crimes relacionados com a droga por aqueles que frequentam os PSO-BLE.

<sup>116</sup> Por Killias, Aebi, Ribeaud e Rabasa (2006) e Uchtenhagen, Dobler-Mikola, Steffen, Gutzwiller, Blater e Pfeifer, (1999).

<sup>117</sup> German model project conducted between 2002 to 2006. Rebecca Lobmann, Uwe Verthein (2008), *The Effectiveness of heroin-assisted treatment on crime reductions*, American Psychology-Law Society/Division 41 of the American Psychological Association.

## 5.1.4 Conclusões e recomendações

Ao longo do presente capítulo observou-se que durante a implementação do PNCDT foi possível alcançar as reorientações estratégicas pretendidas ao nível da centralidade do cidadão e da prestação de respostas abrangentes, integradas e de proximidade aos cidadãos. Esta conclusão foi corroborada pelas entrevistas individuais e em grupo realizadas.

Uma vez que esta componente se centrou na observação de orientações estratégicas, as quais se poderiam traduzir e ser estudadas noutras intervenções para além das selecionadas, cingir a avaliação a uma análise dual sobre o cumprimento e desvios verificados seria certamente um exercício redutor da complexidade subjacente a estas estratégias. Deste resultado analítico nascem assim recomendações de futuro que se referem maioritariamente ao desenvolvimento de ações de aperfeiçoamento das intervenções executadas e de outras que não puderam ser desenvolvidas, por constrangimentos de ordem financeira ou contextuais, no âmbito deste ciclo estratégico.

No que se refere à centralidade do cidadão ficou patente a importância da promoção do funcionamento de plataformas interministeriais (através da Comissão técnica e Subcomissões) para promover a articulação, coordenação e complementaridade nas atuações ministeriais. Entende-se que a dinâmica criada deverá ser mantida no sentido de consolidar a atuação intersectorial. A orientação estratégica de centralidade do cidadão foi ainda perceptível ao nível de outras intervenções tais como o fomento da acessibilidade e a maior penetração a grupos vulneráveis, conseguida em grande parte por via do crescimento das respostas no âmbito da RRMD e por via das intervenções no âmbito preventivo dirigidas a grupos com fatores de risco claramente identificados. Os resultados obtidos ao nível da redução dos tempos de espera para acesso a tratamento e as tarefas de inclusão na bateria de indicadores dos aspetos de continuidade das intervenções (quer no vetor tratamento como RRMD) foram fundamentais e permitiram introduzir na cultura organizacional, própria ou contratualizada, a importância da efetivação do contato mas também da sua manutenção com vista atingir os objetivos e medidas de resultado definidas. De fato, a incorporação de uma gestão por objetivos e centrada nos resultados foi uma das mais-valias para desfocalizar os serviços da substância ou da organização centrando as tarefas na resposta às necessidades do cidadão. Para isso, foi determinante o ênfase prestado ao diagnóstico das necessidades individuais e de coletivos bem como a introdução e consolidação de sistemas de registo, de monitorização e acompanhamento periódicos e de avaliação das intervenções.

Por outro lado, foi determinante para centrar as respostas no cidadão o sucesso globalmente obtido na construção de uma rede integrada e coerente a qual apelou à intervenção e responsabilização de atores com ou sem competências específicas na matéria de drogas e dependências para atuar de forma concertada e desde uma perspetiva de proximidade (territorialidade). Esta estrutura permitiu multiplicar o alcance e formas de intervenção e, na opinião dos entrevistados e de acordo com os dados obtidos, alcançar uma rede tentacular de respostas que na maioria do território nacional, conseguem infiltrar-se nos territórios onde existem necessidades. No âmbito da territorialidade o programa PORI, que se revelou um instrumento fundamental para penetrar em áreas lacunares de resposta, termina o seu ciclo no ano 2014, podendo terminar intervenções alvo de cofinanciamento se não houver novos concursos. Contudo as intervenções realizadas no âmbito dos PRI sem necessidade de financiamento suplementar poderão continuar. De fato, já entre 2010 e 2011 se pode observar a conclusão de alguns dos projetos iniciados neste e noutros programas. Uma vez que muitas das necessidades identificadas em 2008 se mantêm, será necessário precaver de forma atempada a forma como serão respondidas a curto e médio-prazo.

## Resultados

No que se refere à integração das respostas, destacam-se as medidas encetadas para promover a articulação entre vetores. Neste sentido, será necessário no próximo exercício consolidar os circuitos de referência e procedimentos de articulação entre vetores criados. Esta articulação e coordenação incluiu ainda a rede externa devendo-se sublinhar o sucesso verificado na parceria a nível macro entre a Coordenação Nacional de luta contra VIH/SIDA e o IDT, I.P. no âmbito do programa Klotho e cujos resultados decifram a importância da manutenção destas intervenções no futuro.

No que diz respeito aos grupos vulneráveis, o próximo exercício estratégico deverá poder consolidar e estender a todo o território nacional algumas experiências exitosas já desenvolvidas localmente para respostas a grávidas, puérperas toxicodependentes e para crianças e jovens filhos de pais toxicodependentes ou com outras situações de risco. Ao nível dos EP, a atuação terá de centrar-se na continuação do trabalho neste contexto, promovendo o alargamento de PSO, atualizando previamente a informação sobre consumo de substâncias psicoativas em meio prisional.

No âmbito da qualidade houve um claro esforço na elaboração de orientações técnicas, na definição e delimitação de competências profissionais e na implementação e consolidação de mecanismos de monitorização e avaliação da atividade realizada no âmbito dos recursos, programas e projetos implementados. Em relação a esta matéria será importante definir e implementar no futuro um sistema de acompanhamento, supervisão e auditoria às intervenções desenvolvidas na rede pública e convencionada que permita promover e conhecer a qualidade técnica dos diagnósticos e das intervenções. No âmbito da certificação e acreditação, os constrangimentos verificados nos últimos anos em termos financeiros terão constituído um obstáculo ao desenvolvimento de uma área que é fulcral na área da qualidade. Neste sentido, este é um objetivo a manter no futuro.

No que se refere à prevenção da criminalidade relacionada com a droga foram desenvolvidas ações no sentido de manter a segurança dos cidadãos, prevenindo e combatendo a criminalidade relacionada com a droga.

Dada a atual conjuntura económica, o exercício futuro de planeamento e priorização das intervenções terá de ser rigoroso e preciso no diagnóstico das necessidades tendo em conta que estas se poderão agravar dadas as circunstâncias económico-sociais. Fundamentalmente, deverá ser colocado ênfase em rentabilizar o *know-how* profissional e institucional construído e em otimizar o trabalho de concertação desenvolvido, responsabilizando cada um dos atores na sua área de intervenção. Sem dúvida, um dos maiores desafios do futuro ciclo estratégico, em virtude do atual contexto socioeconómico e dadas as alterações orgânicas verificadas no corrente ano, será que cada um dos atores com competências na matéria reúna condições para atualizar o diagnóstico de necessidades, individuais e coletivas e, as fórmulas de resposta que pelo menos mantenham os resultados até agora alcançados em termos de eficácia, eficiência e qualidade das intervenções, os quais permitiram aumentar a acessibilidade às respostas, a cobertura da população com necessidade de intervenção e ganhos em saúde e sociais.

## 5.2 AVALIAÇÃO DO IMPACTO

### 5.2.1 Objetivos

Este capítulo tem como objetivo a avaliação de impacto com base na comparação dos indicadores epidemiológicos e de resposta em Portugal com Espanha e Noruega<sup>118</sup>, incluindo-se na análise as seguintes dimensões:

- As evoluções relativas ao consumo de drogas e às consequências relacionadas com o consumo;
- A oferta de serviços disponibilizada com vista a contribuir para a diminuição dessas consequências.



Apresenta-se seguidamente uma análise dos pontos-chave das políticas das drogas elaboradas nos três países, incluindo-se alguns indicadores relativos à oferta de serviços disponibilizada com vista a contribuir para a diminuição do consumo de drogas e das consequências relacionadas com o consumo.

### 5.2.2 Limitações

O impacto das políticas no campo do consumo de substâncias psicoativas ilícitas é de difícil avaliação. Duas ordens principais de razões contribuem para tal, a saber:

- i) O estatuto de ilegalidade das substâncias psicoativas ilícitas. Ainda que atualmente o seu consumo não seja considerado crime no atual ordenamento jurídico português, este é considerado crime na maior parte dos países do contexto europeu. Existe um peso sociocultural de todo um passado de censuras e interditos que continua a emprestar ao consumo uma conotação que o remete para práticas que procuram iludir o olhar social sobre elas; A implementação de determinadas linhas de ação e/ou programas concretos de atuação que visem diminuir a oferta e a procura de substâncias psicoativas ilícitas não pode relacionar-se dum modo linear com a mensuração dos consumos na população geral. A título de exemplo, os fatores que mais influenciam a decisão de começar a consumir estas substâncias estão sobretudo ligados a fatores culturais, contexto socioeconómico, influência de pares mais do que mensagens de prevenção<sup>119</sup>. Os fatores que levam a consumo problemático estão por sua vez relacionados com situações traumáticas ou de negligência na infância, exclusão social e problemas emocionais<sup>120</sup>. De acordo com MacCoun y Reuter, onde os mercados estão bem estabelecidos as atividades de redução da oferta têm pouco impacto na redução da procura<sup>121</sup>.

<sup>118</sup> Os países a incluir na análise estavam definidos no Caderno de Encargos do presente estudo.

<sup>119</sup> Lalander, P. e Salasuo (2005). "Drugs and youth cultures: global and local expressions" Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research

<sup>120</sup> Manning, P. (Ed.) (2007). *Drugs and popular culture: drugs, media and identity* in Contemporary Society Devon: Willam Publishing.

<sup>121</sup> MacCoun, R.J. y Reuter, P. (2001). *Drug War Heresies: learning from other vices, times and places*. Cambridge university Press.

Assim, tratando-se dum fenómeno multideterminado, as suas variações respondem a uma série de fatores, alguns dos quais intrínsecos às dinâmicas sociais dos seus utilizadores e a determinadas subculturas que influenciam a perceção destes sobre os produtos e os seus usos. É com certeza este o motivo pelo qual, por exemplo, os consumos de heroína têm vindo a baixar em praticamente todos os países da Europa ocidental, apesar das diferenças entre políticas de cada Estado. É como se o fenómeno da heroíno dependência se autolimitasse, provavelmente como resposta ao pesado desfecho que teve em muitos consumidores uma trajetória longa de dependência, conotando-as progressivamente com doença e desqualificação social e fazendo desaparecer a aura que as rodeava quando ainda eram novidade.

Quanto à cannabis, o motivo é provavelmente o inverso do da heroína para o facto de não ter parado de expandir e transversalizar os seus usos, naquilo que alguns especialistas caracterizam como processo de normalização.

Neste sentido, dada a complexidade do fenómeno, o estudo do impacto das políticas em matéria de luta contra a droga e toxicodependência configura-se de várias restrições, podendo-se afigurar relações e tendências mas não estabelecer uma relação unívoca e linear entre a política e os resultados obtidos.

### 5.2.3 Metodologia

Para avaliar estas dimensões, foi definida uma bateria de indicadores (ver anexo 1) relativa à oferta de serviços existente em cada um dos países em análise para reduzir o consumo de drogas bem como as consequências com ele relacionadas.

Para proceder à análise de consumos utilizou-se como critério recorrer à observação dos dois últimos inquéritos à população geral realizados em cada um dos países sendo que para Portugal as fontes de informação são os inquéritos nacionais ao Consumo de Drogas na População Portuguesa (INPP), efetuados em 2001, 2007<sup>122123</sup>. No caso de Espanha e Noruega, os últimos inquéritos realizados à população datam de 1999 e 2009. Neste sentido, os resultados da comparação deverão ser interpretados com alguma precaução, ao não se comparar exatamente os mesmos anos. Para além da população geral, caracteriza-se a evolução dos consumos na população escolar (15 a 16 anos) através dos dados obtidos no inquérito a nível europeu, ESPAD<sup>124</sup> (2007 e 2011) e incluem-se os resultados obtidos no Eurobarómetro em 2011 sobre as perceções e atitudes dos jovens europeus face ao consumo de drogas.

Relativamente às consequências na saúde do consumo de substâncias psicoativas ilícitas e à oferta de serviços, os dados são provenientes, no caso de Espanha e Noruega, da informação disponível nos boletins estadísticos produzidos pelo OEDT e, no caso de Portugal, dos Relatórios de Atividades produzidos pelo IDT, I.P. e dos relatórios anuais da "Situação do País em Matéria de Drogas e

---

<sup>122</sup> INPP 2001 e INPP 2007 (IDT e a Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa).

<sup>123</sup> Está atualmente em curso o INPP 2011.

<sup>124</sup> ESPAD 2007 e 2011.

Toxicodependências", do Coordenador Nacional para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo de Álcool. Neste caso, depois da identificação preliminar dos indicadores a incluir na análise, foi necessário identificar e selecionar aqueles para os quais existia informação disponível nas fontes consultadas, no mínimo, para dois dos países objeto de comparação. Destaca-se no caso da Noruega a inexistência de informação relativa a muitos dos indicadores incluídos na oferta de serviços na informação estatística disponibilizada pelo OEDT, pelo que foi necessário contatar com o Ponto Focal da Noruega (*Statens Institutt for Rusmiddelforkning – SIRUS*) para solicitar a informação em falta não tendo sido possível recolher informação sobre vários dos indicadores selecionados. No caso da informação relativa à oferta de serviços e consequências na saúde provocadas pelos consumos de substâncias psicoativas, os resultados apresentados devem ser lidos com alguma prudência porque para alguns indicadores os métodos de recolha poderão ter sido diferentes em cada país e as estratégias de amostragem variar entre si. Em alguns casos a informação é procedente de amostras com cobertura subnacional (regional e local). Finalmente, a presente análise inclui as principais medidas de política pública e social adotadas por cada país na oferta de recursos no âmbito da droga e toxicodependências.

#### 5.2.4 Resultados

##### a) Resumo dos principais indicadores em Portugal sobre o consumo e respetivas consequências

Apresenta-se neste ponto um resumo para Portugal dos principais indicadores analisados neste estudo em termos de consumos e consequências com eles relacionados. Os dados referem-se a uma evolução temporal de 10 anos, iniciando-se em 2001 e apresentando-se um corte temporal no ano 2004 (por ser o ano prévio à elaboração do PNCDT) e no ano 2007, por neste ano ter sido efetuado um inquérito sobre os consumos à população geral e à população escolar.

Como se poderá observar ao longo deste capítulo, em Portugal registam-se prevalências baixas de consumo de substâncias psicoativas ilícitas quando comparado com outros países europeus. A evolução observada em Portugal indica (ver tabela seguinte):

- Subida na prevalência dos consumos de qualquer droga ao longo da vida na população geral (15 a 64 anos), na população jovem adulta (15 a 34 anos) e na população jovem (15 a 24 anos) entre 2001 e 2007;
- Estabilização entre 2001 e 2007 dos consumos de qualquer droga no último ano na população adulta e na população jovem adulta e decréscimo na população jovem;
- Subida das prevalências de consumo ao longo da vida na população em idade escolar (15 e 16 anos) entre 2007 e 2011;
- Subida entre 2007 e 2011 do consumo no último ano na população em idade escolar (15 e 16 anos);
- Diminuição entre 2001 e 2007 do consumo de qualquer droga na população reclusa, antes e na reclusão.

O número de utentes em tratamento na rede pública de ambulatório aumentou desde 2004. Os resultados em termos de via de administração mostram um decréscimo acentuado daqueles que consumiram por via endovenosa nos 30 dias prévios à consulta. A percentagem de novos utentes

## Resultados

com doenças infecciosas nas UD públicas revela um decréscimo entre 2004 e 2011 nas taxas de positividade de SIDA, hepatite B.

Os resultados mencionados, a par com a diminuição observada na proporção de toxicodependentes nas notificações de SIDA, indicam uma evolução positiva em termos de redução de práticas de risco entre os consumidores.

Nos pontos seguintes deste capítulo será descrita a política implementada em Portugal a qual contribuiu em grande medida para a obtenção destes resultados. Em termos de evolução dos consumos, os resultados do inquérito à população geral, em curso no presente ano, permitirão evidenciar quais os resultados obtidos no ciclo estratégico em avaliação em termos de prevenção e dissuasão dos consumos.

A estratégia portuguesa no âmbito da droga e de luta contra a toxicodependência já foi largamente explicitada no capítulo prévio. Neste capítulo, a mesma será analisada à luz das políticas seguidas em dois países europeus selecionados. #

*Tabela 4. Resumo dos principais indicadores de consumo de droga na população portuguesa e de consequências na saúde da população toxicodependente*

Área	Indicador	Unidade	2001	2004	2007	Último ano disponível	
						2010 / 2011	
Evolução dos consumos	<b>Prevalências de consumo na população geral</b>						
	Qualquer droga ao longo da vida (15-64 anos)	%	7,8	s.d.	12	s.d.	
	Qualquer droga no último ano (15-64 anos)	%	3,4	s.d.	3,7	s.d.	
	Qualquer droga nos últimos 30 dias (15-64 anos)	%	2,5	s.d.	2,5	s.d.	
	<b>Prevalências de consumo na população jovem adulta (15 - 34 anos)</b>						
	Qualquer droga ao longo da vida n(15-34 anos)	%	12,6	s.d.	17,4	s.d.	
	Qualquer droga no último ano (15-34 anos)	%	6,5	s.d.	7	s.d.	
	Qualquer droga nos últimos 30 dias (15-34 anos)	%	4,6	s.d.	4,8	s.d.	
	<b>Prevalências de consumo na população jovem (15 - 24 anos)</b>						
	Qualquer droga ao longo da vida na população jovem (15-24 anos)	%	12,4	s.d.	15,5	s.d.	
	Qualquer droga no último ano na população jovem (15-24 anos)	%	8,3	s.d.	7	s.d.	
	Qualquer droga nos últimos 30 dias na população jovem (15-24 anos)	%	5,7	s.d.	4,1	s.d.	
	<b>Prevalências de consumo na população em idade escolar (15 - 16 anos)</b>						
	Qualquer droga ao longo da vida (15-16 anos)	%	s.d.	s.d.	14	19 (2011)	
	<b>Prevalências de consumo na população reclusa</b>						
	Qualquer droga na população reclusa (nacional)	%	60,6 (antes da reclusão)	s.d.	55	s.d.	
		%	47,4 (em reclusão)	s.d.	35,7	s.d.	

Área	Indicador	Unidade	2001	2004	2007	Último ano disponível	
						2010 / 2011	
Utentes em tratamento	N.º de novos utentes que iniciam tratamento em ambulatório	N.º	6241 (2002)	5023	5124	8492 (2011)	
	Consumo endovenoso nos 30 dias anteriores à consulta em novos utentes da rede pública	%	32	25	17,4	8 (Ano: 2011)	
	<b>Positividade VIH - Utentes em ambulatório/ rede pública</b>						
	Utentes em tratamento	%	s.d.	16	12	10 (2010)	
	Novos utentes	%	s.d.	12	9	3 (2010)	
	<b>Positividade hepatite B - Utentes em ambulatório/ rede pública</b>						
	Utentes em tratamento	%	s.d.	3	4	3 (2010)	
	Novos utentes	%	s.d.	3	3	2 (2010)	
	<b>Positividade hepatite C - Utentes em ambulatório/ rede pública</b>						
	Utentes em tratamento	%	s.d.	58	52	38 (2010)	
	Novos utentes	%	s.d.	44	39	28 (2010)	
	<b>Tuberculose - Utentes em ambulatório/ rede pública</b>						
	Utentes em tratamento	%	s.d.	4	3	1 (2010)	
	Novos utentes	%	s.d.	4	2	1 (2010)	
	<b>Prevalência infecciosas unidades de desabitação públicas em CDI</b>						
	Prevalência de VHC+ nos toxicodependentes	%	s.d.	85,1	82,3	84,3 (2011)	
Prevalência VHCB + nos toxicodependentes	%	s.d.	4,9	3,2	1,9 (2011)		
Prevalência de VIH nos toxicodependentes	%	s.d.	19,1	19,9	17,5 (2011)		
Doenças infecciosas na população toxicodependente	N.º de notificações de SIDA na população toxicodependente - casos acumulados	N.º	5620 (1983-2002)	6382	7202	7865 (2010)	
	Proporções de toxicodependentes nas notificações de SIDA - casos acumulados	%	50,9	49,2	47,7	46,2 (2010)	
	N.º de casos notificados de SIDA na população toxicodependente, por ano de diagnóstico	N.º	5620 (1983-2002)	341	189	88 (2010)	
	Proporções de toxicodependentes nas notificações de SIDA, por ano de diagnóstico	%	54,2	40,2	31,4	25,1 (2010)	
Causas de morte	<b>Causas de Morte* dos Casos com Resultados Toxicológicos Positivos</b>						
	Overdoses	n	s.d.	s.d.	94 (2008)	19 (2011)	
	Outras causas	n	s.d.	s.d.	168 (2008)	138 (2011)	

*Elaboração Própria. Fontes:* Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (2005, 2008, 2011), Relatórios de Situação do País em matéria de Drogas e Toxicodependências (2004, 2007 e 2010), Lisboa, IDT, I.P. e informação *ad-hoc* fornecida, Lisboa, IDT, I.P. – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2011), Infecção VIH/SIDA: A Situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2010, Departamento de Doenças Infecciosas, Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica, Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas, INSA, I.P.

**b) As políticas e os seus impactos: Portugal, Espanha e Noruega**

O PNCDD 2005-2012 assume uma linha de continuidade com a ENLCD elaborada em 1999, designadamente no que se refere aos seguintes objetivos:

- a) Contribuição para estratégias internacionais que lidem eficazmente com o problema global da droga, nas vertentes de redução da procura e da oferta;
- b) Promoção da prevenção das toxicodependências;
- c) Redução do consumo de drogas, especialmente entre os mais jovens;
- d) Fornecimento dos dispositivos e meios necessários ao tratamento e reinserção social dos toxicodependentes;
- e) Defesa da saúde pública e da segurança de pessoas e bens;
- f) Repressão do tráfico ilícito de drogas e do branqueamento de capitais.

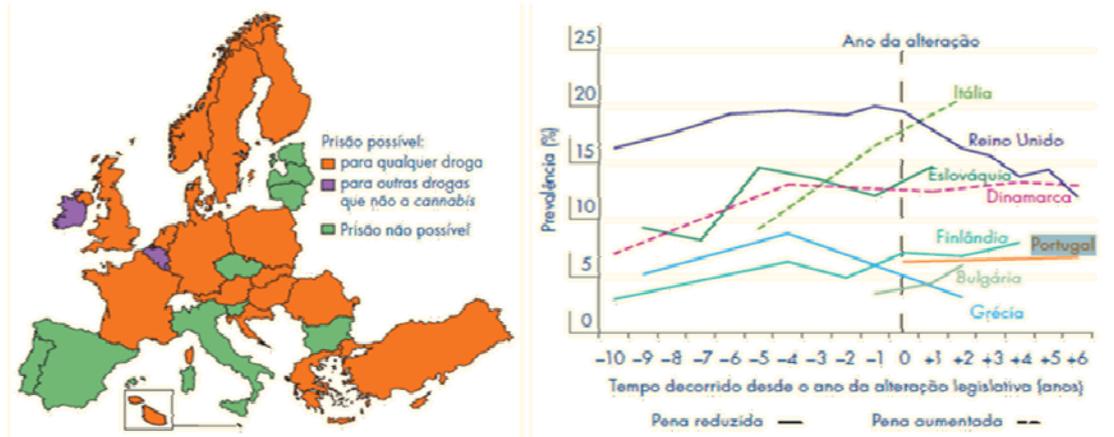
Sendo certo que estes objetivos nacionais estão em sintonia com os objetivos europeus, o modo de os alcançar contém uma especificidade evidente: o consumo, a aquisição e a detenção para consumo próprio de plantas, substâncias ou preparações definidas na Lei n.º 30/2000 de 29 de novembro, não excedendo a quantidade para consumo individual durante 10 dias, constitui uma contraordenação. No entender de Fernando Henrique Cardoso, presidente da Comissão Global sobre Política de Drogas, «a política nacional da droga em Portugal representa uma verdadeira mudança de paradigma na política internacional de droga. A experiência portuguesa revelou-se uma alternativa mais humana e eficiente que as ações puramente repressivas que, ademais de inúteis, violavam direitos humanos básicos, como o direito à saúde e à reintegração social»<sup>125</sup>.

Até muito recentemente o caso português não teve paralelo na Europa. No gráfico seguinte, observa-se ainda a relação entre as penas e o consumo de cannabis, não se tendo verificado alterações na prevalência de consumo em Portugal após a sua descriminalização.

---

<sup>125</sup> Domoslawski, Artur (2011), *Drug Policy in Portugal: The Benefits of Decriminalizing Drug Use*, Warsaw, Hungria, Open Society Foundations.

Figura 4. Penas previstas nos Estados membros da União Europeia (UE) por posse de droga para consumo pessoal (pequenas infrações) e Gráfico 5. Relação entre o consumo de cannabis e alterações legislativas face à penalização de posse de droga para consumo pessoal



Fonte: Observatório Europeu da Drogas e Toxicodependências (2011), A evolução do fenómeno da droga na Europa, Relatório Anual 2011, Lisboa, OEDT (Mapa pag. 26 e Gráfico pag. 51)

No caso de Espanha vigora aquilo a que poderíamos chamar de “descriminalização mitigada”: embora não exista uma descriminalização explícita e, portanto, o consumidor seja julgado em tribunal, não será sentenciado a cumprir pena de prisão (pelo menos se realizar os seus consumos em privado)<sup>126</sup>. Por sua vez, a Noruega, apesar de ter vindo a adotar uma abordagem progressivamente mais filantrópica e centrada no tratamento, continua a enfatizar uma política restritiva e centrada na redução do uso de drogas. Tal como o Ministério da Saúde e do Apoio Social norueguês afirma claramente em 2009 no documento *Norwegian drug policy in international fora*, «as drogas são e permanecerão ilegais».

A abordagem humanista, pragmática e centrada na defesa da saúde pública característica da política das drogas portuguesa encontra-se claramente expressa nos princípios enunciados em documentos estruturantes. Assim, o PNCDT salienta a «centralidade na pessoa humana, a parceria ativa com a sociedade civil, a pró-atividade e políticas de proximidade, a prevenção em meio escolar e familiar, o reconhecimento de que o tratamento resulta, a necessidade de planos de ação nacionais e sectoriais, de planos e respostas integradas, do combate ao tráfico, da eficácia na dissuasão, da construção de conhecimento, de novas respostas a novas dependências e a responsabilidade partilhada».

Em Espanha, a *Estratégia Nacional sobre Drogas 2009-2016* tem reunido um amplo consenso entre as diferentes forças políticas e Comunidades Autónomas. Tal como no caso português, a ênfase é colocada numa abordagem humanista e de saúde pública. Esta estratégia opõe-se explicitamente ao

<sup>126</sup> 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>

entendimento comum de que o consumo de drogas está associado ao ócio e, não eliminando preocupações com a redução da oferta, preocupa-se essencialmente com a generalização da assistência terapêutica e de apoio social aos consumidores, com as questões da prevenção e da redução dos danos, e ainda com a articulação entre a investigação, a intervenção e a avaliação<sup>127</sup> (*Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2009*).

Na Noruega, o *National Action Plan on Alcohol and Drugs*, inicialmente delineado para o período 2007-2010 mas entretanto estendido até 2012, é o documento central da política das drogas a nível nacional. Sem prejuízo das diferenças relativamente a Portugal e Espanha anteriormente referidas, os cinco objetivos centrais deste plano têm pontos de contacto claros com as políticas ibéricas. Esses objetivos são os seguintes: foco na saúde pública, com especial destaque para as políticas de prevenção; melhor qualidade e mais saber, implicando um reforço da articulação entre a investigação científica e a intervenção; possibilidade de acesso mais fácil e rápido a serviços de tratamento e apoio, tendo em vista a promoção da inclusão social; reforço da colaboração entre as diferentes agências que atuam no campo das toxicodependências; e, finalmente, a aposta num cuidado especial às crianças filhas de toxicodependentes, do mesmo passo que se procura assegurar a maior participação dos toxicodependentes na determinação do processo do seu próprio tratamento. Em termos gerais constata-se, portanto, nos três países, uma vincada preferência pela abordagem social e médico-sanitária em detrimento de abordagens repressivas.

Essa opção comum, tomada em consonância, aliás, com os princípios orientadores da UE, materializa-se contudo de formas diferentes e através de dispositivos diferenciados nos três países. Assim, em Portugal, assinala-se o facto de no início do milénio, a par com a política de descriminalização do consumo, se ter regulamentado a política em termos de RRMD<sup>128</sup> e consagrado esta área na Lei Orgânica do IDT, I.P.<sup>129</sup> através da criação do Departamento de Tratamento, Redução de Danos e Reinserção. No âmbito do PNCDD cria-se e implementa-se o PORI e as respostas no âmbito dos PRI as quais, desenvolvidas em territórios considerados prioritários, foram essenciais para a consecução dos objetivos de redução dos consumos e melhoria da qualidade da assistência e apoio prestados aos toxicodependentes. Esta atenção à especificidade territorial, acompanhada pela preocupação em desenvolver respostas articuladas vertical e horizontalmente, assim como pela articulação com os serviços de cuidados de saúde primários e a prevenção em meio laboral, constitui um elemento inovador do PNCDD. Deve assinalar-se o facto de o plano de ação português dedicar cerca de um quarto das suas ações à cooperação internacional (48 em 214)<sup>130</sup>.

Em Espanha, o *Plan de Acción sobre Drogas 2009-2012*, bastante menos detalhado que o português devido às competências específicas das Comunidades Autónomas em termos de assistência de saúde e reinserção, dedica mais de metade das ações previstas à redução da procura (aproximadamente metade das quais – cerca de um quarto do total, portanto – são relativas à prevenção dos

---

<sup>127</sup> Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2009), *Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas 2009*, MSPSI.

<sup>128</sup> Decreto-Lei n.º183/2001 de 21 de junho de 2011, *Diário da República* n.º 142 – Iª Série - A, Presidência do Conselho de Ministros, Lisboa.

<sup>129</sup> Decreto-Lei n.º 269-A/2002 de 29 de novembro.

<sup>130</sup> De salientar que os Planos de Ação, desenvolvidos quer por Espanha quer pela Noruega não quantificam o número de ações de cooperação internacional.

consumos). Dada a natureza distinta do plano de ação norueguês, não seria curial efetuar uma comparação quantitativa relativa às ações concretas previstas. De qualquer modo, pode constatar-se que o objetivo da maior acessibilidade dos serviços (não apenas para os toxicodependentes em geral, mas também para os reclusos e as crianças e jovens) é aquele que merece maior explicitação no plano norueguês.

Um ponto comum aos planos de ação dos três países é, muito claramente, o continuado reforço da cooperação internacional. Outro ponto comum é a promoção da ligação entre a investigação científica e a intervenção no campo das toxicodependências.

### c) Oferta de Serviços

Tal como referido no início do capítulo, os três países em comparação dispõem de estratégias e planos de ação nacionais que enquadram o desenvolvimento de respostas e serviços no âmbito da droga e toxicodependência. Todos incluem serviços na área de prevenção, RRMD, tratamento e reinserção na sua oferta.

Nos três países o financiador da intervenção no âmbito do serviço público é o Estado e a tutela recai sobre o Ministro da Saúde em Portugal, *Ministerio de Sanidad y Política Social* em Espanha e, na Noruega, no *Ministry of Health and Care Services*. Existem modalidades distintas quando às competências de regulação e prestação:

- Descentralizadas no caso da Noruega e de Espanha a nível regional (Comunidades Autónomas);
- Em Portugal ambas as competências estiveram centralizadas no IDT, I.P. (Decreto-Lei n.º 269-A/2002, de 29 de novembro) e, em 2012, o Decreto-Lei n.º 17/2012, de 26 de janeiro extingue o IDT, I.P. e cria o SICAD o qual traz uma inovação na transferência da operacionalização das intervenções para as ARS, I.P., cabendo ao SICAD o planeamento e monitorização dos programas de redução de consumo e prevenção de comportamentos aditivos e a diminuição das dependências, mantendo a tutela e superintendência do Ministro da Saúde.

Adicionalmente, na Noruega o *Ministry of Labour and Social Inclusion* e o *Ministry of Health and the Care Services* dispõem de fundos extraordinários para desenvolver áreas de interesse prioritário no âmbito da epidemiologia, investigação, prevenção e tratamento.

#### c.1. Prevenção

O PNCDT estabelece como objetivos nesta área: (i) aumentar o número de programas de prevenção do consumo de droga baseados em dados científicos; (ii) aumentar o número de programas de prevenção seletiva dirigidos a grupos vulneráveis; e (iii) melhorar o processo de seleção, acompanhamento e avaliação dos programas de prevenção. Neste sentido, nos últimos anos Portugal desenvolveu um intenso esforço por monitorizar e avaliar as intervenções e por constituir programas (*e.g.*, PIF, PORI) que versaram intervir sobre grupos identificados como vulneráveis - prevenção seletiva. Esta preocupação por monitorizar e avaliar os programas, identificando as melhores práticas, é também característica dos programas implementados na Noruega país onde estes são desenvolvidos a pequena escala pelas autarquias com apoio de organizações não-

governamentais (ONG) especialistas na área das drogas e dependências. O papel dos atores à escala local também tem sido uma característica distintiva dos programas de prevenção em Portugal, ainda que o planeamento, monitorização e avaliação envolva o nível regional e central. Em Espanha a prevenção seletiva dirigida a grupos vulneráveis constitui uma prioridade do plano nacional de drogas e a maior parte dos esforços concentram-se nos grupos de crianças e jovens. Tem ainda desenvolvido, na mesma linha que em Portugal, programas para mulheres e famílias em risco. Na Noruega a prevenção seletiva é realizada fundamentalmente no exterior das escolas e dirige-se a crianças com problemas comportamentais e fumadores jovens de cannabis, tendo-se incluído as famílias nesta intervenção.

Nos três países destaca-se a existência de uma forte cooperação com o sistema educativo no desenvolvimento de programas de prevenção universal, sendo que em todos os países em análise estão incluídos nos programas curriculares das escolas. Espanha caracteriza-se por uma alta cobertura de programas de prevenção nas escolas e por um crescimento do número de programas de prevenção comunitários nas escolas organizados por serviços de saúde. As campanhas de massa através dos media continuam a jogar um papel importante neste país. Em Portugal destacam-se os programas de prevenção universal "Eu e os outros", "Trilhos", "Copos, quem decides és tu", "Atlante", E agora Ruca" promovidos pelo IDT, I.P. e programa "Escola segura", este último realizado por agentes das forças de segurança e que consiste numa intervenção mais alargada junto da comunidade escolar. Na Noruega a prevenção universal é desde 2006 realizada a nível regional, em parceria com as autarquias e Organizações não Governamentais (ONG).

Todos os 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. A Noruega destaca-se pelo grau de cobertura de programas de prevenção seletiva a crianças em idade escolar com problemas sociais / académicos, na família (juntamente com Espanha) e jovens delinquentes (juntamente com Portugal).

Em relação à prevenção em contextos recreativos, em Espanha estas atividades são normalmente desenvolvidas por mediadores de pares, na Noruega pelas autarquias e, em Portugal, quer pelos dispositivos próprios da rede pública através dos CRI como pelas instituições com respostas no âmbito dos PRI.

## c.2. RRMD

O PNCDT português definiu como objetivos na área da RRMD: (i) criar uma rede global de respostas integradas e complementares no domínio da RRMD com parceiros públicos e privados; e (ii) determinar grupos-alvo específicos para os programas de RRMD. Esta rede tem vindo a ser consolidada no país através do aumento do número de respostas (*e.g.*, ER, PSO-BLE) e criação de novas (*e.g.* PCI). A intervenção ao abrigo do PORI pautou-se pela identificação das zonas com consumos mais críticos com o objetivo de reduzir riscos e minimizar danos numa população que, pelas suas características não está em contato com os serviços de tratamento. Em Portugal os serviços de RRMD são fundamentalmente prestados por Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e os serviços próprios do Estado dispõem de técnicos alocados especificamente a esta área que garantem o acompanhamento, monitorização e avaliação das intervenções. É relevante a rede de parcerias que foi um fator chave na extensão, adequação e consolidação das respostas no terreno.

Na Noruega os serviços de RRMD estão organizados numa base municipal e atuam através de parcerias com ONG ou com os serviços de saúde e de apoio social. Alguns municípios organizaram serviços que realizam rastreios e vacinação, distribuem material de injeção e inalação higiénica, prestam orientação e aconselhamento e articulam com outras estruturas da área da saúde e setor social. Este tipo de serviços é também prestado em Portugal e em Espanha.

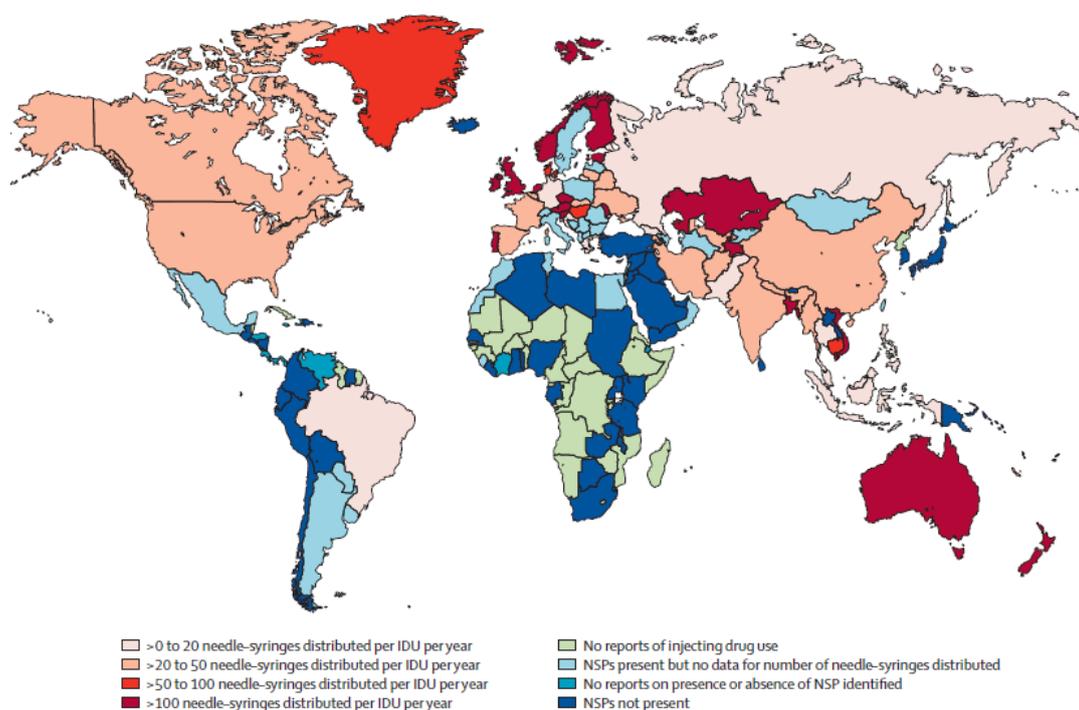
Em Oslo existe uma sala de injeção dirigida cujos utilizadores elegíveis são consumidores problemáticos de heroína com mais de 18 anos e em Espanha existem salas de consumo vigiado (Catalunha e País Basco).

Todos os países em análise dispõem de pontos fixos e móveis para a distribuição de seringas. Na Noruega e Espanha (Catalunha e País Basco), à semelhança do que acontece em Portugal, as farmácias estão envolvidas nos programas de distribuição de seringas e agulhas, que em Portugal se caracteriza por ser troca e não distribuição. Na Noruega (em alguns municípios) e em Espanha (em algumas Comunidades Autónomas) existem ainda de dispensadores automáticos. Nesta área é importante ressaltar os valores obtidos em Portugal com o PTS, o qual permitiu obter um dos rácios de seringas trocadas por consumidor de drogas por via injetada mais importantes a nível mundial (ver figura), 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<sup>131</sup> (variação entre 168 a 1048). Em Portugal a iniciativa foi promovida em 1993 pela Associação Nacional de Farmácias (ANF) e abraçada pela Coordenação Nacional de Luta Contra o VIH/SIDA. Espanha apresenta valores baixos, de 33, variando entre um valor mínimo de 23 seringas por consumidor/ ano e um máximo de 49.

---

<sup>131</sup> Mathers, B. *et al.* (2010). HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. *The Lancet*, Volume 375, Issue 9719, Pages 1014 - 1028.

Figura 5. N.º de seringas e agulhas distribuídas por consumidor de droga injetada por ano



Fonte: Mathers, B. et al. (2010). *HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage*. The Lancet, Volume 375, Issue 9719, Pages 1014 - 1028.

A Noruega foi o primeiro dos países em comparação a introduzir estes programas (1988), seguido de Espanha (1990) e Portugal (1993). O número de seringas e agulhas trocadas por ano em Portugal é de 3.282.356. Em Espanha o número de agulhas e seringas distribuídas está situado entre 2.802.230 e 3.370.000 e na Noruega<sup>132</sup> entre 3.274.500 a 8.867.857.

### c.3. Tratamento

Em Portugal, tal como em Espanha, os cuidados para toxicodependentes estão organizados principalmente através da rede pública de serviços de tratamento para dependentes de substâncias. No caso de Portugal até 2012 sob a alçada do IDT, I.P. e do MS. Em Espanha, a prestação de serviços, implementação, gestão e avaliação dos programas está a cargo das Comunidades Autónomas e das Cidades Autónomas. Nos últimos anos algumas Comunidades Autónomas integraram a área das dependências com a da saúde mental ou com os cuidados de saúde primários. Em Espanha os prestadores de tratamento são na sua maioria entidades públicas e existem convenções com ONG e

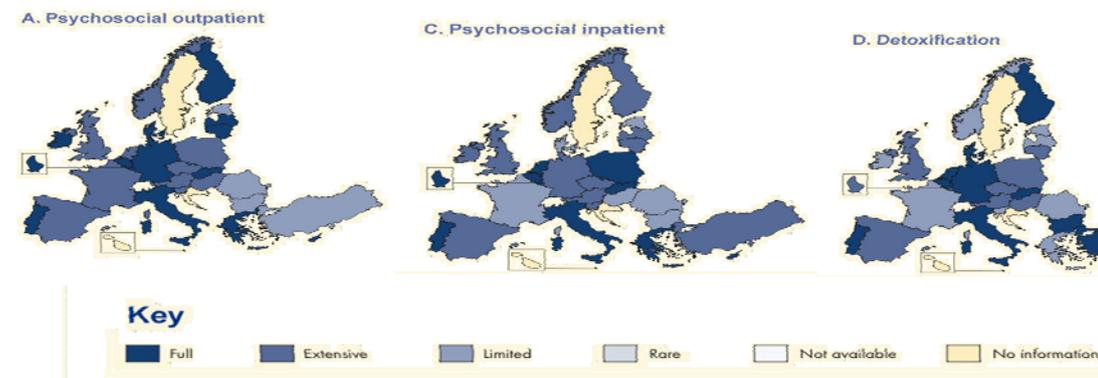
<sup>132</sup> Mathers, B. et al. (2010). *HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage*. The Lancet, Volume 375, Issue 9719, Pages 1014 - 1028.

entidades privadas para complementar a estrutura da rede pública, à semelhança do que acontece em Portugal.

Nos três países, para além dos serviços públicos, existem serviços convencionados com entidades privadas e ONG e protocolos entre ONG e outros serviços de tratamento que garantem um vasto acesso a 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.

Os três países em análise dispõem de programas de tratamento abrangentes, que incluem abordagens farmacológicas, psicológicas e sociais em regime de ambulatório e internamento. Na figura seguinte Portugal e Noruega destacam-se pela presença de uma alta cobertura de serviços psicossociais de ambulatório, internamento e desintoxicação.

Figura 6. Disponibilidade de tratamento em relação com as necessidades (Europa, 2007)



Fonte: OEDT: country overview in <http://www.emcdda.europa.eu/>

O tratamento de substituição opiácea está disponível nos três países. Na Noruega é prestado por centros de tratamento sendo que a aplicação da lei e a monitorização são da responsabilidade municipal. Tal como em Portugal, em Espanha as farmácias estão envolvidas na dispensa de metadona sendo que esta também é administrada nos centros de saúde e hospitais. Na Noruega os médicos de família também assumem um papel importante na prestação destes programas mas é necessário existir um protocolo com centros de tratamento especializados em dependências para que possam operar neste âmbito. A Noruega tem publicadas orientações nacionais para PSO. Em Portugal foi elaborada uma proposta para o efeito. O Decreto-lei 183/2001, artigo 44, n.º 1 e Decreto-lei 15/93, artigo 15.º, n.º 1–3, definem que em Portugal o tratamento com metadona pode ser iniciado pelos centros de tratamento, ao passo que o tratamento com buprenorfina pode ser iniciado por qualquer médico, médico especialista ou centro de tratamento. 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 Noruega (55% em 2009)<sup>133</sup>. 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

<sup>133</sup> Observatório Europeu da Drogas e Toxicodependências, *Boletins Estatísticos 2012*, OEDT

de substituição com metadona é de 70% e, na Noruega, de 56%. A maioria dos utentes em PSO em Espanha está em tratamento com metadona.

Em Portugal publicaram-se em 2009 as orientações relativas à intervenção precoce junto de jovens, ao acompanhamento de grupos de alto risco e ao encaminhamento para os respetivos programas e foram definidos os critérios de admissão nas CT.

Ao nível da **articulação entre serviços**, Portugal situa-se entre os seis países europeus<sup>134</sup> que dispõem de protocolos estruturados para a coordenação interinstitucional. Nos restantes países, as parcerias estão sobretudo assentes em redes informais.

No que diz respeito à **oferta de serviços nos EP**, a Noruega está entre os países pioneiros no estabelecimento de parcerias entre os serviços de saúde prisionais e os prestadores de serviços na comunidade, incluindo ONG, com a finalidade de realizarem educação para a saúde e tratamentos médicos na prisão e assegurarem a continuidade dos cuidados após a saída. Em Espanha essa reforma está atualmente em curso. Em Portugal, a **DGSP** está representada nas várias Subcomissões da Comissão Técnica e durante o ciclo estratégico de 2005 a 2012 foram estabelecidos acordos entre o IDT, I.P. e a DGSP para a prestação de cuidados de saúde na área do tratamento da toxicodependência por técnicos de CRI formalizando, entre alguns CRI e EP uma prática de anos de conjugação de esforços estas instituições. Ao abrigo destes protocolos, assegura-se nos EP com acordo estabelecido a terapêutica de manutenção aos doentes toxicodependentes reclusos inscritos no programa de metadona, formação e supervisão aos técnicos de saúde em funções e assevera a promoção de programas de sensibilização da população reclusa relativamente à prevenção, RRMD e tratamento. A percentagem de utentes em programas terapêuticos com agonistas opiáceos (PTAO) nos serviços prisionais 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%<sup>135</sup> da população reclusa, respetivamente. A partir dos dados de Torres, A. (2008) sobre a prevalência de consumos de opiáceos na prisão e do número de utentes em PTAO na prisão obtido nos relatórios do Coordenador Nacional, é possível realizar o cálculo da taxa de cobertura da população reclusa consumidora de opiáceos na prisão, situada em 46% em Portugal.

#### c.4. Atividade

Na Noruega, os recursos de internamento estão diferenciados por tipo de duração (mais e menos de 6 meses). O tratamento da toxicodependência em Portugal pode ser dividido em duas categorias principais: tratamento em regime ambulatorio (CRI e CD) e em regime de internamento (UD e CT). Todos os centros oferecem tratamento psicossocial e de substituição e também há tratamento, neste caso psicossocial, em regime de internamento a curto e a longo prazo. O tempo médio para acesso a internamento é inferior a um mês na média dos países da Europa, sendo de 25 semanas na Noruega e, em Portugal, de menos de 10 dias para consultas, 12 dias para tratamento por

---

<sup>134</sup> França, Países Baixos, Roménia, Reino Unido e Croácia – Fonte: Observatório Europeu da Drogas e Toxicodependências (2011). *A evolução do fenómeno da droga na Europa. Relatório Anual 2011, Lisboa, OEDT.*

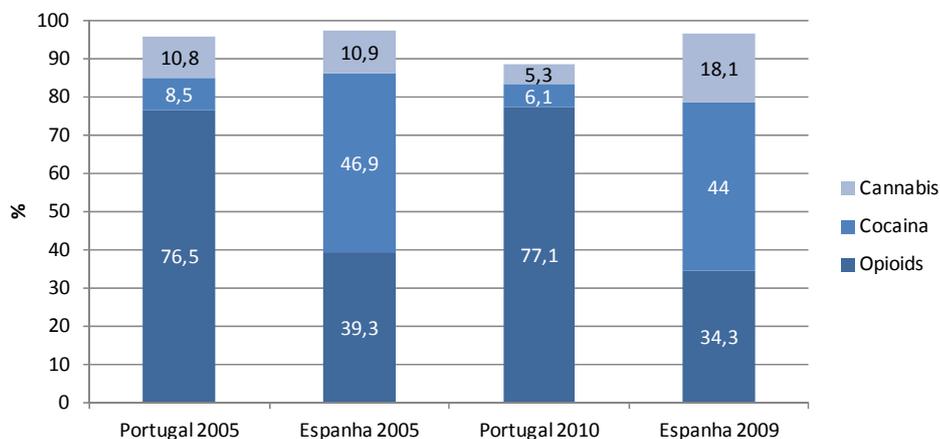
<sup>135</sup> A percentagem é sobre o total da população reclusa. (Fonte: Observatório Europeu das Drogas e Toxicodependências, *Dados dos Boletins Estadísticos*, 2012).

desabitação, 9 dias para CT e 14 dias para programa de metadona sendo que estes tempos de espera baixaram significativamente desde 2005<sup>136</sup>. Na Noruega, tal como em Portugal, foi implementado um sistema informático para registo dos utentes. No entanto, por motivos da legislação vigente relativa à proteção de dados, na Noruega só é possível submeter ao sistema de registo central a informação de atividade de forma agregada pelo que não está disponível informação sobre as características dos utentes e tipo de substância primária. Os dados relativos à atividade de prestação de cuidados em Portugal estão disponíveis com nível de agregação nacional, tendo sido implementado um sistema de informação - SIM - em todos os serviços de ambulatório e de internamento da rede pública. Em Espanha, os dados de atividade dos serviços de tratamento são recolhidos por cada Comunidade Autónoma e enviados para a Delegação governamental do Plano Nacional de Drogas.

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)<sup>137</sup>.

No gráfico seguinte apresenta-se a distribuição dos utentes em tratamento por substância principal. Em Portugal a informação refere-se aos centros de ambulatório da rede pública, onde a heroína representa a substância principal de aproximadamente 3/4 dos utentes em tratamento, ao contrário do que acontece em Espanha onde, em virtude das elevadas prevalências de consumo registadas, a cocaína representava em 2008 a substância primária de aproximadamente metade dos utentes em tratamento.

Gráfico 6. Percentagem de utentes em tratamento, por droga primária



Elaboração Própria. Fonte: Observatório Europeu da Drogas e Toxicodependências, *Boletins estatísticos* (2008 e 2012), OEDT

<sup>136</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP, *Relatórios de atividades*, Lisboa, IDT, I.P.

<sup>137</sup> Observatório Europeu da Drogas e Toxicodependências, *Dados dos Boletins Estatísticos 2012*, OEDT.

O OEDT define consumo problemático de droga como consumo de droga injetada ou consumo prolongado/regular de opiáceos, cocaína e/ou anfetaminas. O *ecstasy* e a *cannabis* não estão incluídos nesta categoria

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 e 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 utilizando métodos multiplicadores, baseadas 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 indivíduos<sup>138</sup>) e, no máximo em 7,4 casos<sup>139</sup> por 1000 habitantes na faixa etária dos 15 aos 64 anos. Em relação aos CDI por 1.000 habitantes com idades compreendidas entre 15 e 64 anos, o número estimou-se em 1,8 a 2,2 (utilizando um multiplicador de tratamento) e em 1,5 a 3,0 (utilizando um multiplicador de mortalidade).

Na Noruega, o número de consumidores de droga injetada (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 a 64 anos).

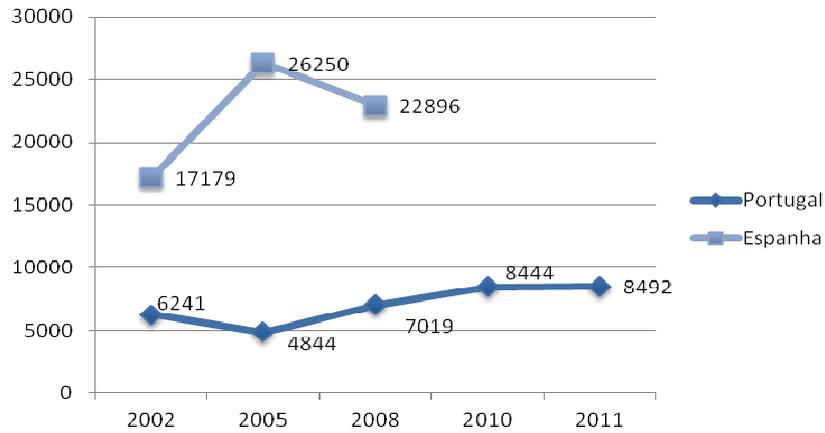
No que concerne ao **número total de utentes que iniciam tratamento em ambulatório**, em Portugal verificou-se um decréscimo entre 2000 e 2007 aumentando a partir de 2008 em virtude da inclusão dos consumidores com PLA na rede pública a qual antes estava dedicada em exclusivo aos problemas relacionados com o consumo de substâncias psicoativas ilícitas. Em Espanha o número de novos utentes em 2008 era superior a 2002, embora tenha diminuído em relação a 2005 (ver gráfico). Este decréscimo verificado em Espanha entre os anos 2005 e 2008 poderá ser justificado pela integração dos serviços de saúde mental e de apoio à toxicodependência em algumas Comunidades Autónomas que terá provocado alterações no sistema de registo.

---

<sup>138</sup> Multiplicador de equipas de proximidade.

<sup>139</sup> 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.

Gráfico 7. Evolução do número de novos utentes que iniciam tratamento em ambulatório (2002 - 2011)



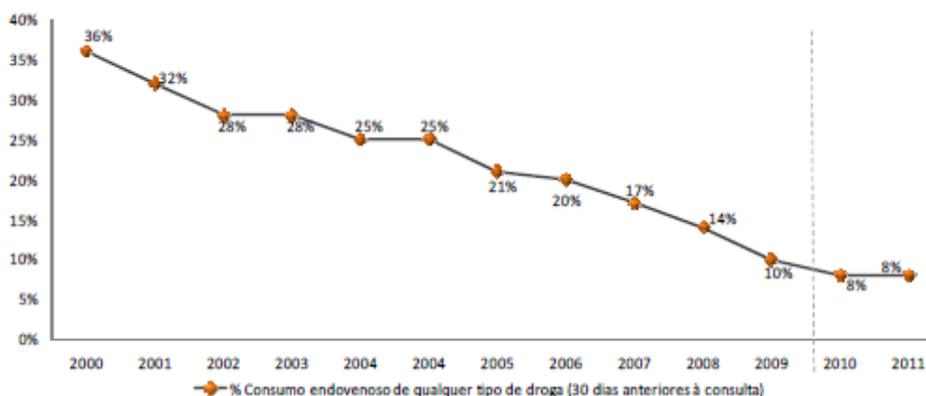
\* Nota: Sem dados para Espanha a partir de 2009.

Elaboração Própria. Fonte: Observatório Europeu da Drogas e Toxicodependências Boletim Estatístico 2012, OEDT, in <http://www.emcdda.europa.eu/stats12> e Instituto da Droga e da Toxicodependência, Relatórios de Actividades 2005-2011, Lisboa, IDT, I.P.

Em 2010, os utentes que iniciaram tratamento em ambulatório em Portugal tinham uma idade média de 38 anos (ver anexo 5), 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. A percentagem de utentes do sexo feminino era menos de 1/4. Quer em Portugal como em Espanha entre 40 a 45% dos utentes eram desempregados, 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 viviam sozinhos, coletivo que poderá ter necessidades especiais de recursos sociais de retaguarda.

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, estabilizando a partir de 2010 (ver gráfico).

Gráfico 8. Consumo endovenoso nos 30 dias anteriores à primeira consulta – Novos utentes em tratamento – Rede pública (2000 - 2011)



Fonte: Instituto da Droga e da Toxicod dependência, IP, Relatório de Atividades 2011 (versão corrigida), Lisboa, IDT, I.P.

#### d) Evolução dos consumos e perceções

Relativamente 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 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. Em alguns domínios importantes, como o do consumo de *cannabis* pelos jovens, há sinais positivos. Por outro lado, a evolução do mercado de drogas sintéticas mostra indícios preocupantes, o mesmo acontecendo, de um modo mais geral, com a forma como os consumidores de drogas utilizam atualmente uma maior variedade de substâncias. 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”<sup>140</sup>.

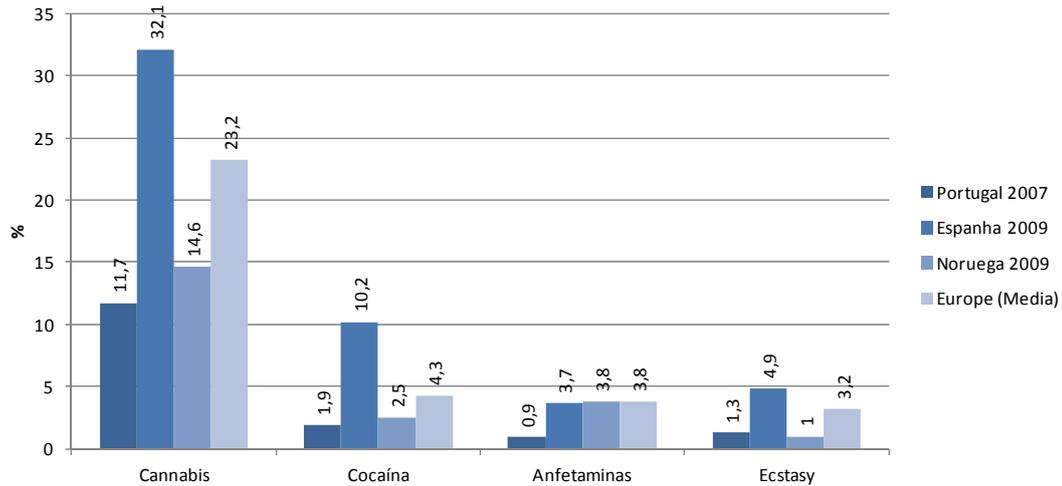
Relativamente a Portugal, um dado fundamental é que se tem apresentado como um dos países europeus com menores prevalências do consumo de drogas, exceção feita à heroína. Infelizmente, contudo, os dados disponíveis relativamente à evolução dos consumos correm o risco de estar desatualizados. No final do presente ano prevê-se a publicação dos resultados do inquérito de 2011 à população geral.

O inquérito à população geral realizado em Portugal em 2007 indica menores percentagens de consumo ao longo da vida para todas as substâncias em relação à média europeia e de Espanha e similares às obtidas na Noruega em termos de cocaína e ecstasy sendo que a Noruega apresenta valores ligeiramente superiores a Portugal no caso da *cannabis* e anfetaminas.

<sup>140</sup> Observatório Europeu da Droga e Toxicod dependências. *A evolução do fenómeno da droga na Europa. Relatório Anual 2011*, Lisboa, OEDT.

A cannabis é a substância ilícita mais consumida pelos portugueses, com prevalências de consumo ao longo da vida em 2007 de 11,7% (ver gráfico seguinte). Desde 2001 e até 2007 verificou-se em Portugal um aumento das prevalências de consumo ao longo da vida para todas as substâncias em análise, seguindo a tendência verificada em Espanha. De destacar na Noruega a diminuição (entre 1999 e 2009) das prevalências de consumo ao longo da vida para cannabis e ecstasy (ver anexo 5).

Gráfico 9. Prevalências de consumo de drogas ao longo da vida (15-64 anos)

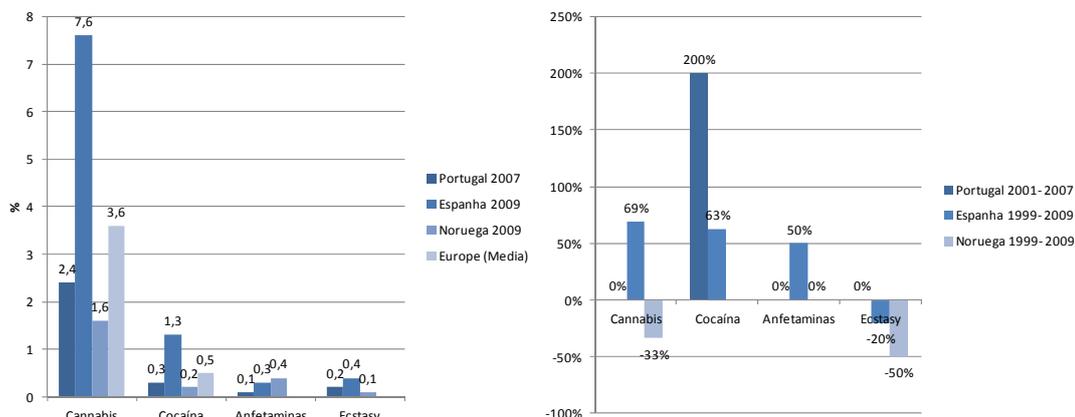


\*A média Europeia baseia-se em inquéritos realizados entre 2001 e 2009/10

Elaboração Própria. Fontes: Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal (2001 e 2007). CesNova – Centro de Estudos em Sociologia/IDT, I.P. – Instituto da Droga e da Toxicod dependência e Boletim Estatístico 2012, OEDT, in <http://www.emcdda.europa.eu/stats12>

Portugal apresenta em 2007 menores prevalências de consumo nos últimos 30 dias (população 15-64 anos) para todas as substâncias em análise em relação a Espanha e à média europeia. Em comparação com a Noruega, a prevalência de consumo é ligeiramente superior em Portugal para todas as substâncias em análise, a exceção das anfetaminas, cuja prevalência de consumo é menor em Portugal (ver gráfico seguinte). No que diz respeito à evolução observada entre 2001 e 2007, em Portugal as prevalências de consumo de qualquer droga mantiveram-se estáveis à exceção da cocaína (ver gráfico seguinte). Não obstante, as prevalências de consumo de cocaína nos últimos 30 dias na população geral portuguesa são baixas quando comparadas com os países do contexto europeu, como já referido.

Gráfico 10. Prevalências de consumo de droga nos últimos 30 dias (15-64 anos) e evolução

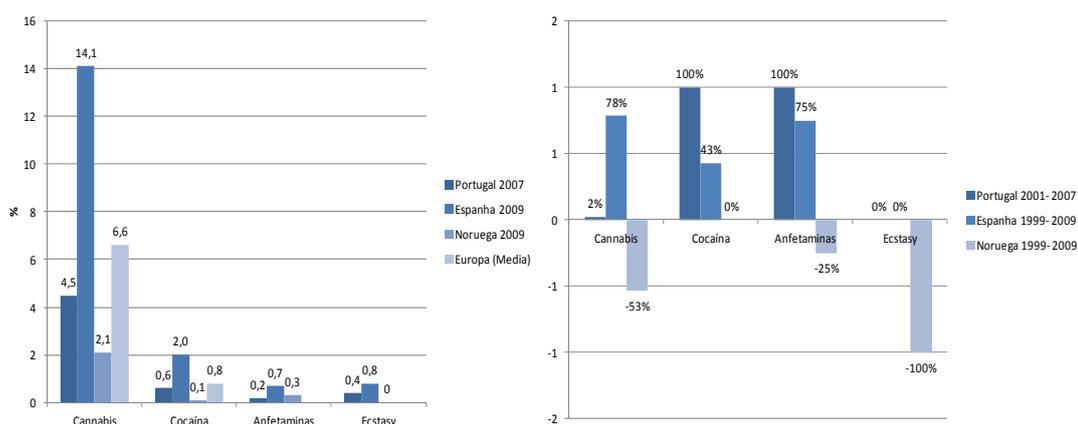


\*A média Europeia baseia-se em inquéritos realizados entre 2001 e 2009/10

Elaboração Própria. Fontes: Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal (2001 e 2007). CesNova – Centro de Estudos em Sociologia/ID, I.P. – Instituto da Droga e da Toxicod dependência e Boletim Estatístico 2012, OEDT, in <http://www.emcdda.europa.eu/stats12>

Em Portugal, entre 2001 e 2007 verifica-se, na população com idade compreendida entre 15 e 34 anos uma variação superior à encontrada nos países em comparação das prevalências de consumo nos últimos 30 dias no caso da cocaína e anfetaminas e a estabilização nas outras drogas em análise. Pese embora esta variação, a população portuguesa com esta franja etária apresentava em 2007 menor prevalência de consumo nos últimos 30 dias para a cocaína em relação a Espanha e à média Europeia. A Noruega é o país com menor prevalência de consumo nas diferentes drogas (ver gráfico seguinte), tendo-se verificado uma diminuição ou estabilização do consumo na última década para as substâncias analisadas.

Gráfico 11. Prevalências de consumo de droga nos últimos 30 dias (15-34 anos) e evolução



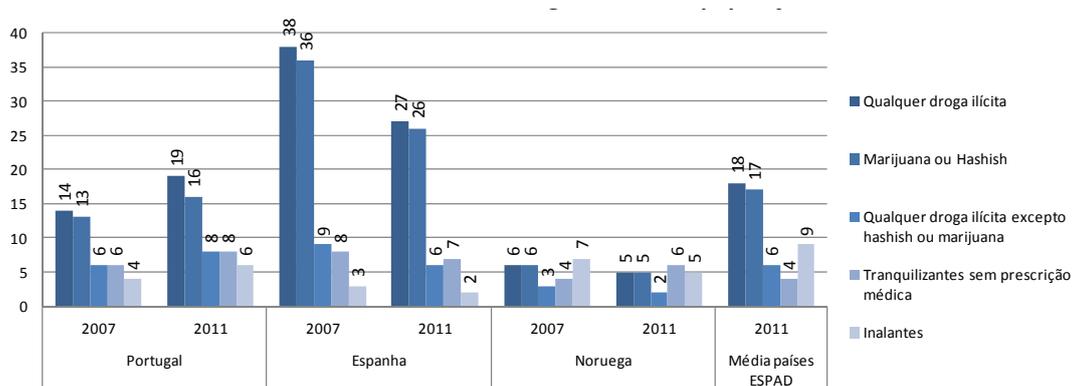
Elaboração Própria. Fontes: Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal (2001 e 2007). CesNova – Centro de Estudos em Sociologia/IDT, I.P. – Instituto da Droga e da Toxicod dependência e Boletim Estatístico 2012, OEDT, in <http://www.emcdda.europa.eu/stats12>

\*A média Europeia baseia-se em inquéritos realizados entre 2001 e 2009/10

Relativamente às prevalências de consumo diário ou quase de cannabis observadas na população masculina com idade compreendida entre 15 e 34 anos de idade, Espanha e Portugal têm prevalências de consumo situadas entre 7 e 8% e 3 a 4%, respetivamente, mais altas que outros países membros da UE.

De acordo com o ESPAD<sup>141</sup>, os resultados obtidos em 2011 indicam que, em relação ao ano 2007, o consumo de substâncias psicoativas ilícitas na população em idade escolar (15-16 anos de idade) estabilizou no conjunto dos países em análise (em média 18% dos jovens afirmam já ter consumido). Já em Portugal, verificou-se um aumento entre 2007 e 2011 da percentagem de alunos que referem já ter consumido algum tipo de droga ilícita (de 14 para 19%), percentagem que embora sendo um ponto percentual superior à encontrada na média europeia em 2011, se situa abaixo dos valores apresentados pelos alunos do país vizinho (27% em 2011) (ver gráfico seguinte).

Gráfico 12. Prevalências de consumo de substâncias psicoativas ao longo da vida na população escolar (15-16 anos)



Elaboração Própria.

Fonte: 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).

Os alunos portugueses apresentaram valores superiores aos da média europeia quanto ao consumo nos 30 dias anteriores de tabaco (29% em Portugal face a 28% na média europeia) e de cannabis (9% face a 7%, respetivamente).

No que diz respeito à **perceção do risco de consumo e de facilidade de acesso a substâncias psicoativas ilícitas** da população com idade entre os 15 e os 24 anos, a informação a seguir apresentada tem como base os dados do Eurobarómetro<sup>142</sup>.

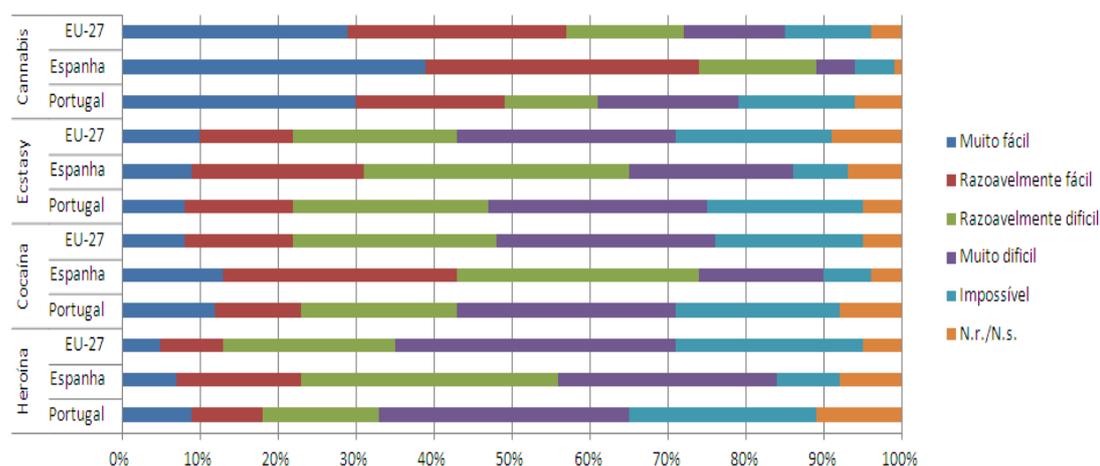
<sup>141</sup> Hibell, B. et al. (2012). The 2011 ESPAD Report - Substance Use Among Students in 36 European Countries. Stockholm, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN). Hibell, B. et al. (2008). The 2007 ESPAD Report - Substance Use Among Students in 36 European Countries. Stockholm, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN).

<sup>142</sup> The Gallup Organization (2011). Young attitudes on drugs, Analytical Report, Eurobarometer.

## Resultados

Em relação à facilidade de acesso (se desejada) a substâncias psicoativas ilícitas da população com 15 a 24 anos (ver gráfico seguinte) podemos constatar que os jovens portugueses inquiridos declaram maior facilidade de acesso a heroína e cocaína que a média da população na UE-27 e igual facilidade percebida de acesso que nos países da UE-27 a ecstasy e cannabis. Por outro lado, Espanha apresenta valores mais elevados que a média da UE-27 em todas as substâncias. Neste inquérito não foram incluídos dados sobre a Noruega.

Gráfico 13. Facilidade de acesso (se desejado) a substâncias psicoativas ilícitas da população 15-24 anos (em 2011)



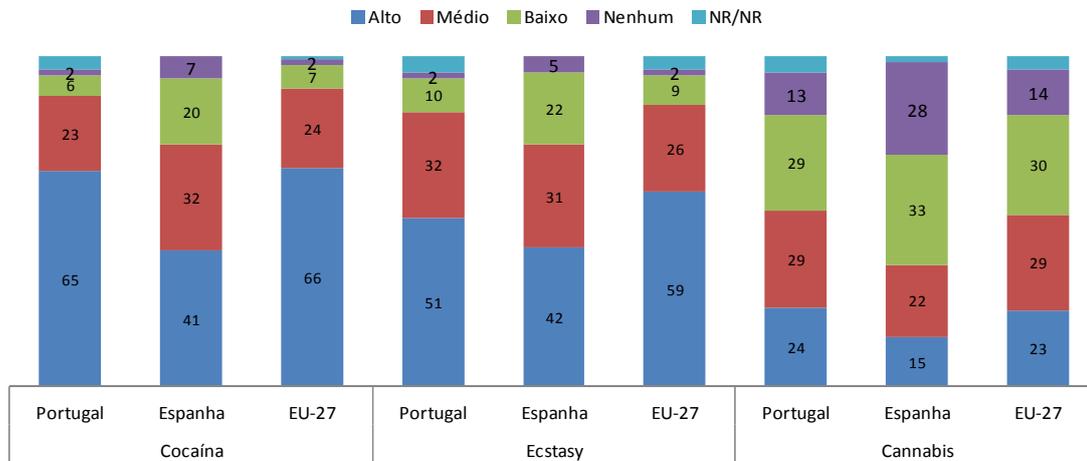
Elaboração própria.

Fonte: The Gallup Organization (2011). Young attitudes on drugs, Analytical Report, Eurobarometer

Em relação ao risco de consumo de substâncias psicoativas ilícitas percebido pela população de 15-24 anos inquirida, cerca de 90% dos inquiridos no conjunto da 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).

Em relação à perceção de risco de consumo (uma ou duas vezes) de substâncias psicoativas ilícitas, tal como podemos constatar no gráfico infra, os inquiridos em Portugal referem perceções 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.

Gráfico 14. Perceção do risco do consumo (uma ou duas vezes) na população 15-24 anos



Elaboração própria.

Fonte: The Gallup Organization (2011). Young attitudes on drugs, Analytical Report, Eurobarometer

Relativamente às fontes de informação às quais os jovens recorrem para obter informação sobre substâncias psicoativas ilícitas, 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 (ver anexo 5).

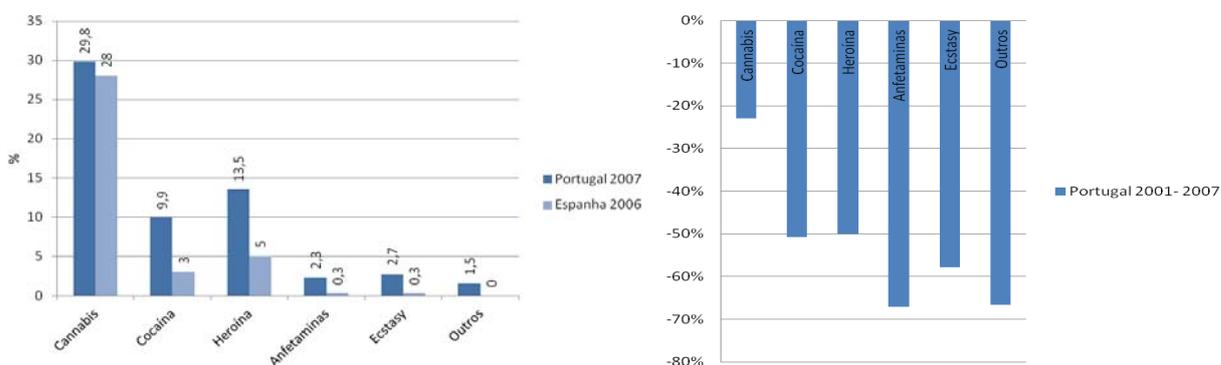
Em relação às prevalências de consumo da população reclusa, 63,6% dos reclusos inquiridos<sup>143</sup> em 2007 declaram ter consumido drogas alguma vez na vida, apresentando valores mais elevados que a população geral. Afigura-se importante, no entanto, a redução observada entre 2001 e 2007 dos consumos ao longo da vida de heroína (de 72,9% para 54,4%) e cocaína (de 70,9% para 63,5%).

Os dados de prevalência de consumo na prisão<sup>144</sup> 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). No entanto, entre 2001 e 2007 verificou-se em Portugal um decréscimo acentuado nas prevalências de consumo em todas as substâncias em análise (ver gráficos).

<sup>143</sup> Torres, A. et al. (2008). Drogas e prisões em Portugal II, 2001-2007. Lisboa, CIES/ISCTE.

<sup>144</sup> Idem.

Gráfico 15. Prevalências de consumo de drogas na prisão na população reclusa e evolução entre 2001 e 2007



Nota: Para a variação da série temporal não existem dados para Espanha.

Elaboração Própria. Fonte: Boletim Estatístico 2012, OEDT, in <http://www.emcdda.europa.eu/stats12>

A maior parte dos reclusos que consome na prisão afirma ter iniciado os consumos antes de estar preso. Neste sentido, a entrada na prisão não aparece como fator que influencie o início dos consumos. Em 2007 mais de metade dos reclusos que declaram consumir heroína antes de entrar na prisão afirmam ter deixado de consumir após a detenção (em 2001, esse valor era de metade). O resultado é de 3/4 no caso dos consumidores de cocaína no ano 2007, tendo aumentado a percentagem em relação a 2001, em que metade afirmava continuar a consumir na prisão<sup>145</sup>.

Em relação à **forma de consumo entre a população reclusa**<sup>146</sup>, no inquérito realizado em 2007 aproximadamente 21% dos inquiridos responderam já se ter injetado alguma vez na vida (valor inferior a 2001, de 32,3%). Quando na prisão, a percentagem de consumidores de droga por via endovenosa diminuiu de 11,4% em 2001 para 3,1% em 2007.

### e) Consequências na Saúde

Entre as consequências do consumo de substâncias psicoativas ilícitas encontram-se infeções tais como o VIH, Hepatite C e Hepatite B que configuram para o indivíduo infetado um alto nível de fragilidade provocado pela comorbilidade física e, para o sistema de saúde, um elevado impacto a nível de recursos necessários para responder às necessidades e evitar novos contágios. Os CDI eram, no início da década um dos principais grupos de transmissão de infeções de VIH em Portugal embora o peso das infeções provocadas por este grupo tenha vindo a diminuir paulatinamente após o pico conhecido entre 2000 e 2001.

Na Noruega, Espanha e Portugal existem registos nacionais do número de CDI com VIH/SIDA, indicando-se ainda a categoria da infeção. Em Portugal, os resultados sobre a prevalência de VIH/SIDA provêm da informação obtida nos utentes de UD da rede pública.

<sup>145</sup> *Ibidem.*

<sup>146</sup> *Ibidem.*

Portugal tem apresentado a par com Espanha uma diminuição contínua do número de casos de VIH diagnosticados entre os CDI. Em 2010 o valor em Portugal situava-se entre 1 a 3 casos por 100.000 habitantes de VIH atribuídos a CDI, percentagem mais elevada que a observada em Espanha e na Noruega (entre 0,2 a 1 casos por 100.000 habitantes) e a segunda mais elevada na Europa com exceção da Letónia, Estónia e Lituânia (ver figura). Os PSO e de troca de seringas e agulhas 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<sup>147</sup>. 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. Estas fazem parte das nove intervenções incluídas no *Joint UN Programme on HIV/AIDS* da UNAIDS, *UN Office on Drugs and Crime* (UNODC) e OMS. Em Portugal, Espanha e Noruega a combinação destas medidas está disponível. No entanto, tal como já pudemos observar, Portugal destaca-se pelo alto grau de cobertura de PTS entre a população consumidora e também de PSO<sup>148</sup> (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), fator que pode explicar a trajetória observada no nosso país de grande decréscimo do número de casos de infeção por VIH nos toxicodependentes.

Em Portugal o rácio de CDI que recebem tratamento antirretroviral<sup>149</sup> situa-se em 10 por cada 100 CDI com VIH, em Espanha em 63 e na Noruega em 32 (idem).

---

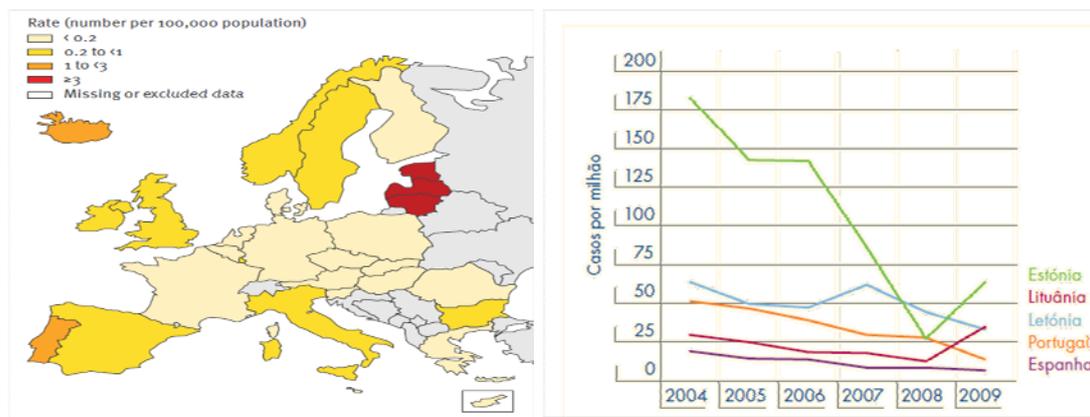
<sup>147</sup> Wiessing L, Likatavicius G, Hedrich D, Guarita B, Van de Laar MJ, Vicente J.(2011) Trends in HIV and hepatitis C virus infections among injecting drug users in Europe, 2005 to 2010. *Euro Surveill*.16(48):pii=20031. Available URL: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20031>

<sup>148</sup> Mathers, B. *et al.* (2010). HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. *The Lancet*, Volume 375, Issue 9719, Pages 1014 – 1028.

<sup>149</sup> *Idem.*

## Resultados

Figura 7. Número de casos de VIH diagnosticado por 100.000 habitantes atribuídos a CDI (2010) e Gráfico 16. Tendências em cinco Estados-membros da UE com os mais elevados índices de infeção por VIH recentemente diagnosticados entre os CDI



Fonte: Wiessing L, Likatavicius G, Hedrich D, Guarita B, van de Laar MJ, Vicente J. (2011). Trends in HIV and hepatitis C virus infections among injecting drug users in Europe, 2005 to 2010. *Euro Surveill.* 16(48):pii=20031. Available online: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20031>

A **prevalência de VIH em CDI nas UD públicas em Portugal** diminuiu entre 2004 e 2011 (de 19,1% para 17,5%, respetivamente).

No que diz respeito à **prevalência de Hepatite B em CDI atendidos em UD públicas**, 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<sup>150</sup>. (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<sup>151</sup>.

Se analisamos a **prevalência de Hepatite C em CDI**, constatamos que a infeção causada pelo vírus 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. Na Noruega 85,4% dos casos reportados de infeção por Hepatite C em CDI foram causados por partilha de seringas.

No que se refere à **Tuberculose**, Portugal apresenta taxas de 28,7 casos por 100.000 habitantes<sup>152</sup>. Na Europa, Portugal é um dos países onde se registam taxas mais elevadas de tuberculose ativa (sintómica) entre os consumidores de droga em tratamento (1%-2%). As análises sistemáticas realizadas nos centros de tratamento da toxicod dependência na Noruega não identificaram quaisquer casos<sup>153</sup>.

<sup>150</sup> Informação ad-hoc fornecida pelo IDT, I.P.

<sup>151</sup> Observatório Europeu da Drogas e Toxicod dependências, Boletim Estatístico 2012.

<sup>152</sup> Predominantemente concentrada em grupos de alto risco, como os migrantes, as pessoas sem-abrigo, os consumidores de droga e os reclusos, (OEDT (2011). A evolução do fenómeno da droga na Europa. Relatório Anual 2011, Lisboa, OEDT, p. 98).

<sup>153</sup> Observatório Europeu da Droga e da Toxicod dependência (2011). A evolução do fenómeno da droga na Europa. Relatório Anual 2011, Lisboa, OEDT.

Nos países em análise existem várias fontes de informação sobre as **mortes relacionadas com o consumo de drogas**. 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 OEDT. Em 2008 estimou-se em 94 o número de *overdoses*<sup>154</sup> em Portugal, e em 2011<sup>155</sup> a estimativa foi de 19. Em Espanha existem dois registos, o Registo Geral de Mortalidade e um Registo Especial baseado nos resultados toxicológicos forenses (que cobre 50% da população espanhola). Foram registadas neste último um total de 424 mortes relacionadas com droga em 2008 (os dados do registo geral indicam 540 casos, dos quais 87% de homens). Na Noruega, o número de mortes relacionadas com droga tem diminuído desde 2001, de acordo com o registo Kripas (Serviço Nacional de Investigação Criminal), o qual trabalha o indicador de acordo com a definição do OEDT. Os resultados toxicológicos mostram que na Noruega 95% das mortes relacionadas com drogas em 2008 envolveram o consumo de opiáceos. Em Portugal em 2009 essa percentagem era de 89,3%, em 2008 de 85,1%. e em 2011 de 89,5%.

As **taxas de mortalidade estimadas em 2009 na população adulta provocadas por consumo de droga (15-64 anos)** em Portugal e Espanha são menores às da média europeia (21 mortes por milhão de habitantes), como se pode observar no seguinte gráfico.

Gráfico 17. Taxas de mortalidade estimadas na população (15-64 anos) devido a mortes induzidas por droga (2009)



Fonte: Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2011). *A evolução do fenómeno da droga na Europa*. Relatório Anual 2011, Lisboa, OEDT.

Em relação às mortes relacionadas com o consumo de drogas no meio prisional a informação pública disponível não apresenta dados (a desagregação de causas de morte existentes inclui as seguintes categorias: Doenças; Suicídio e Homicídio<sup>156</sup>).

<sup>154</sup> Em Portugal os dados relativos às mortes relacionadas com o consumo de drogas, referem-se sempre a overdoses.

<sup>155</sup> Este dado poderá sofrer alteração na próxima atualização, por isso se exige cautela na leitura comparativa. Informação *ad-hoc* fornecida pelo IDT, I.P.

<sup>156</sup> Direção de Serviços de Planeamento e Relações Externas (2011), *Estatísticas Anuais*, Direcção-Geral dos Serviços Prisionais.

### 5.2.5 Conclusões e recomendações

Entre os três países objeto de análise neste capítulo (Portugal, Espanha e Noruega) 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. Esta abordagem humanista, pragmática e centrada na defesa da saúde pública representa uma mudança de paradigma que centra o foco no cidadão e não na substância. Em Espanha vigora aquilo a que se poderia chamar de “descriminalização mitigada” embora não exista uma descriminalização explícita. Na Noruega o consumo está criminalizado.

Os três países em comparação dispõem de estratégias e planos de ação nacionais que enquadram o desenvolvimento de respostas e serviços no âmbito da droga e toxicodependência. Todos incluem serviços na área de prevenção, RRMD, tratamento e reinserção na sua oferta. O financiamento dos serviços prestados na rede pública é estatal e existem modalidades diferenciadas no âmbito das competências de prestação, centralizadas em Portugal até 2012 no IDT, I.P. as quais passaram este ano a estar descentralizadas nas regiões, à semelhança do que acontece em Espanha com as Comunidades Autónomas.

A oferta de serviços observada nos três países em análise apresenta características similares. Todos 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. A Noruega destaca-se pelo grau de cobertura de programas de prevenção seletiva a crianças em idade escolar com problemas sociais / académicos, na família (juntamente com Espanha) e jovens delinquentes (juntamente com Portugal).

As intervenções no âmbito da RRMD pautam-se por uma oferta de serviços equivalente nos três países em comparação. A alta cobertura apresentada por Portugal junto com a Noruega ao nível dos PTS e PSO encontra-se entre os fatores determinantes para o decréscimo observado nos últimos anos em Portugal na incidência de doenças infecciosas entre a população consumidora e, sobretudo, entre a população consumidora por via endovenosa. Destaca-se em Portugal a implementação do Programa Klotho e do sistema ADR nas estruturas de RRMD e de tratamento tendo sido um importante mecanismo de deteção de positivos. Pese embora se tenha assistido durante este ciclo estratégico a uma diminuição paulatina, Portugal continua marcado pela elevada incidência de VIH/SIDA entre consumidores em comparação com os países em análise, indicando a importância de se manter o nível de intervenção conseguido no âmbito da deteção de casos, na referenciação para tratamento e nas medidas de prevenção de contágio através da distribuição de material (seringas, preservativos). Por sua vez, a elevada cobertura conseguida em Portugal de toxicodependentes em PSO constitui um elemento chave na RRMD pelo que é necessário garantir a oferta destes serviços e em proximidade à comunidade, quer em recursos de saúde (farmácias, centros de saúde) como em territórios críticos ao nível da exclusão social, através da intervenção das equipas de RRMD. Importaria avançar na publicação das orientações nacionais sobre os PSO. Em relação aos toxicodependentes em tratamento antirretroviral os dados apontam ser necessário aumentar a cobertura.

Os três países em análise dispõem de programas de tratamento compreensivos, 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. Portugal obtém bons resultados, em relação aos países em comparação, sobre o tempo médio para acesso a internamento e outros programas de tratamento.

A efetividade e benefícios obtidos em Portugal, conseguidos através de uma abordagem integrada da intervenção entre os vários vetores constituem elementos que informam da importância de manter e consolidar este paradigma de intervenção, evitando espartilhar as abordagens e respostas. A cobertura conseguida em Portugal do número de toxicodependentes ligados a estruturas especializadas no âmbito das toxicodependências, através do alargamento da rede de RRMD é sem dúvida um dos maiores êxitos conseguidos na implementação do PNCDT. Seria no entanto necessário no futuro promover a realização de estimativas atualizadas sobre o número de consumidores problemáticos em Portugal para atualizar a informação sobre o nível de cobertura obtido na segunda década do novo milénio.

Em relação aos consumos observa-se que a população portuguesa regista prevalências baixas quando comparada com outros países europeus. A evolução observada em Portugal indicou uma subida na prevalência dos consumos de qualquer droga ao longo da vida na população geral (15 a 64 anos), na população jovem adulta (15 a 34 anos) e na população jovem (15 a 24 anos) entre 2001 e 2007; a estabilização entre 2001 e 2007 dos consumos de qualquer droga no último ano por parte população adulta e da população jovem adulta e um decréscimo na população jovem. Os dados de 2011 do inquérito à população escolar (15 e 16 anos) revelam no entanto uma subida das prevalências de consumo ao longo da vida e no último ano, ao contrário do que aconteceu em Espanha e na Noruega situando-se ainda assim o nosso país abaixo da média europeia. Em Portugal, regista-se uma alta prevalência de consumo de tranquilizantes sem receita médica na população em idade escolar (15 a 16 anos) em relação à média europeia, Espanha e Noruega pelo que deveria haver uma monitorização deste consumo e a definição e implementação de medidas de regulação que permitam evitá-lo. O aumento das prevalências de consumo da população portuguesa em idade escolar, igualando as prevalências médias obtidas no conjunto dos países do ESPAD, indica a necessidade de se atuar do lado da procura, reforçando as intervenções de carácter universal e os fatores de proteção que permitem evitar a evolução para um consumo problemático de substâncias e, do lado da oferta, através de programas tais como o Escola Segura.

Mais de metade dos consumidores habituais de cannabis (consumo diário ou quase) entre a população jovem (15 a 34 anos) são homens apontando para um comportamento mais protetor por parte das mulheres. Este dado revela a pertinência de se promoverem ações de prevenção diferenciadas e/ou específicas para os consumidores do sexo masculino.

Os jovens portugueses têm uma perceção de risco de consumo de substâncias equivalente à média dos jovens europeus. Portugal é ainda o país europeu entre os comparados em que a população entre 15 a 24 anos declara menor facilidade de acesso a todas as substâncias, com exceção da heroína e cocaína, sendo a cannabis a substância para a qual declaram maior acessibilidade. Assinala-se que entre as fontes de informação sobre substâncias ilícitas às quais os jovens acedem com maior facilidade encontra-se a internet, pelo que é importante que as futuras intervenções tenham em conta as novas tecnologias, incluindo as redes sociais.

### 5.3 ANÁLISE DE CUSTO-BENEFÍCIO

#### 5.3.1 Síntese

O PNCDT procedeu, como já foi dito, a uma reorientação estratégica que consistiu na integração das abordagens. O objetivo desta componente é, tal como estabelecido no caderno de encargos, analisar o custo-benefício do financiamento de PRI, tendo em conta esta reorientação de paradigma que permitiu constituir dispositivos de resposta abrangentes numa rede de ação coerente visando lidar com a complexidade e transversalidade da problemática da droga e questões conexas. Esta avaliação tem como contrafactual modalidades de intervenção dispersas e pulverizadas, características das tendências desta problemática.

No início da investigação foram empreendidos os trabalhos necessários para identificar os dispositivos integrados em modalidades de resposta abrangentes bem como medidas similares desenvolvidas implementadas numa situação contrafactual, não obstante, de forma dispersa e não integrada com as demais respostas. Após exclusão de várias hipóteses nos vários vetores da área de missão de redução da procura por indisponibilidade de informação suficiente para caracterizar uma e outra modalidade em simultâneo, foram selecionadas as intervenções realizadas pelas ER uma vez que este dispositivo se encontrava já em desenvolvimento antes do PNCDT e com informação de atividade, produção e recursos suficiente para proceder à análise. Após a implementação do PNCDT, e com a criação do PORI, foi operacionalizada a sua integração em dispositivos mais abrangentes, visando obter resultados globais mais relevantes a partir da atuação complementar e em articulação com as demais respostas preconizadas no PNCDT. O PORI caracterizou-se pela opção estratégica do IDT, I.P., concentrada no financiamento de projetos com mais de um tipo de resposta pelo que se pretende estimar em termos económicos os benefícios gerados pela alteração de estratégia que passou de ser pulverizada para ser integrada e pela integração das ER neste enquadramento estratégico global.

Face às limitações da informação disponível para desenvolver uma análise custo-benefício com a comparação de dois tipos de respostas, apenas foi possível neste estudo realizar esta comparação para o vetor de RRMD. Esta análise deve interpretar-se como um eixo de avaliação complementar às avaliações qualitativas e de *benchmarking* realizadas noutras componentes deste estudo.

Para os restantes vetores desenvolveu-se uma análise do impacto económico tendo como referência e em exclusivo o período PORI.

#### Metodologia

Cada um dos vetores do plano teve como base diferentes abordagens metodológicas. Ao tratar-se de um programa *multi-output*, torna-se complexo realizar uma avaliação do impacto global, já que as metodologias de medida de resultados são diferentes para cada vetor. Assim apresenta-se uma avaliação para cada vetor.

## Vetor Prevenção:

Desenvolveu-se uma análise do impacto económico como resultado das economias sociais que se originam a vários níveis (educação, saúde, sistema judicial ou produtividade) com a implementação de programas de prevenção. Foram considerados os programas de prevenção desenvolvidos no âmbito das respostas de PRI do PORI, dirigidas a crianças, adolescentes e jovens.

## Vetor RRMD:

Apesar da abordagem das ER ser ampla e integrar diferentes ações, elegeu-se como objeto de avaliação económica a sua atuação no âmbito do PTS e PSO-BLE dado o seu impacto económico e social em termos da prevenção de doenças infecciosas e, consequentemente, pela poupança em custos médicos e sociais gerada. A metodologia utilizada para levar a cabo a avaliação económica baseou-se em análises de custo-efetividade e de custo benefício das intervenções das ER sobre a população consumidora de substâncias psicoativas ilícitas em Portugal, comparando o período prévio ao PORI e o PORI. Concretamente, aplicaram-se as análises custo-efetividade, custo-benefício e poupança de custos da atividade desenvolvida pelas ER durante o período PRE-PORI e PORI, através da qual o principal risco evitado estudado foi o contágio VIH e as intervenções principais a troca de seringas e o encaminhamento para PSO-BLE.

## Vetor Tratamento:

Os utentes incluídos em tratamento possuem menos probabilidades de cometer um delito, pelo que se direcionou o estudo para uma análise económica que considera as economias geradas pelos delitos que são evitados pela inclusão dos utentes em programas de tratamento. A análise foi centrada nos indivíduos abrangidos no âmbito das respostas de tratamento incluídas nos PRI e desenvolvidas sob a alçada do PORI.

## Vetor Reinserção:

Cada utente reinserido no meio laboral contribui para a produtividade do país. Neste vetor, a análise económica avalia esse impacto na sociedade, através do estudo dos indivíduos incluídos em respostas de reinserção nos PRI.

## **Conclusões**

A análise do custo da intervenção das ER, mostra como em termos globais, o custo do período PRE-PORI foi superior ao custo do período PORI, enquanto o número de contágios evitados do VIH foi superior durante o período PORI face ao PRE-PORI. Como consequência, a intervenção das ER durante o período PORI mostrou ser mais custo-efetiva e custo-benéfica do que a intervenção durante o período PRÉ-PORI.

Os resultados da avaliação corroboram que a estratégia integrada é mais custo-efetiva que a pulverizada e que com menos recursos é possível obter melhores resultados. Portanto, é recomendável e muito benéfico desde o ponto de vista social continuar a desenvolver estes programas que demonstraram uma grande utilidade. A partir da perspetiva da avaliação económica seria recomendável estudar o tipo de indicadores a incluir nos sistemas de informação de forma a poder obter a informação necessária para a realização de avaliações de custo-benefício.

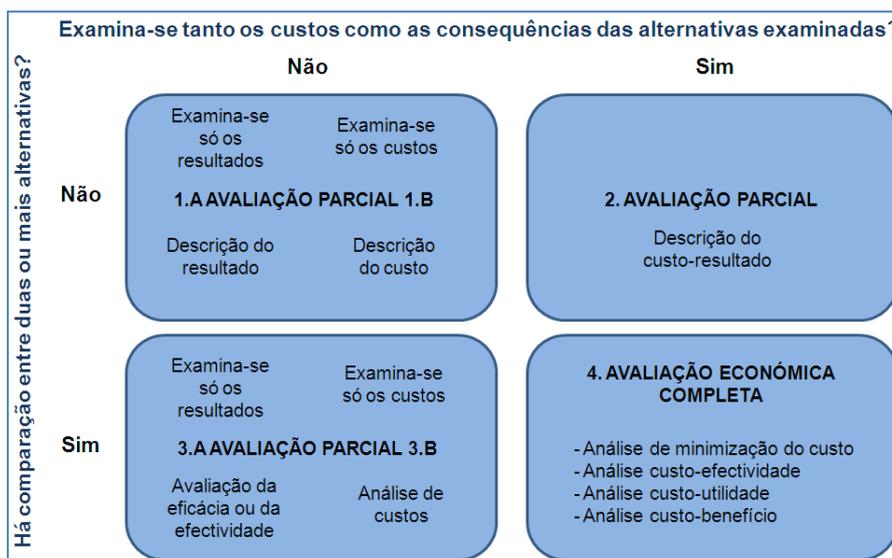
Esta análise deve interpretar-se como um eixo de avaliação complementar às avaliações qualitativas e de *benchmarking* realizadas noutras componentes deste estudo.

### 5.3.2 Metodologia

#### a) Enquadramento teórico

A avaliação económica de programas é o conjunto de técnicas analíticas para ajudar no processo de tomada de decisões. Essencialmente, a avaliação económica trata de analisar a relação entre o consumo de recursos (custo) e as consequências (resultados) produzidos para poder compará-las<sup>157</sup>.

Figura 8. Classificação dos distintos tipos de avaliação económica



Fonte: Drummond, O' Brian, Stoddart, Torrance (2001).

Na figura anterior apresentam-se distintos tipos de avaliação económica. Nas células 1A, 1B e 2, não é realizada uma comparação entre diferentes alternativas constituindo por isso **avaliações parciais**. Na célula 1A, só se examinam os resultados do serviço ou programa e por isso esta avaliação denomina-se **descrição do resultado**. Na célula 1B, como só se examinam os custos, fala-se em **descrição do custo**. Os estudos descrevem os custos para a sociedade, mas ao não comparar alternativas, não são avaliações económicas completas. Na célula 2, analisam-se os resultados e custos de um único serviço ou programa, denominando-se esta avaliação económica **de descrição dos custos e resultados**. Nas células 3A e 3B estão representadas situações de avaliação nas quais se comparam duas ou mais alternativas, mas onde não se examinam simultaneamente os custos e resultados de cada uma. Na 3A só se examinam os resultados das alternativas, chamando-a de **avaliação da eficácia ou da efectividade**. Na 3B só se examinam os custos das alternativas. Tais estudos podem ser chamados **análises de custos**. Assim, nenhuma das referidas células cumpre completamente com as duas condições de avaliação económica. Por essa razão devem denominar-se como avaliações parciais. Isso não significa que os estudos com estas características careçam de valor já que podem representar etapas intermédias importantes para compreender os custos e os

<sup>157</sup> Lázaro P. (1994), *Evaluación de la tecnología médica. Papeles de Gestión Sanitaria*, Monografía n.º 11-94. Valencia: MCQ Ediciones.

resultados dos serviços ou programas. Não obstante, a denominação "avaliação parcial" indica que não se responde a perguntas sobre eficiência, porque não tem em conta simultaneamente ambas condições. Só uma avaliação completa, como nos mostra a célula 4, pode responder às perguntas sobre eficiência, isto é, simultaneamente, comparam-se alternativas e examinam-se os custos e as consequências.

Dependendo de como se medem os resultados, **consideram-se cinco técnicas de análise para medir a eficiência:**

- **Análise de minimização de custos:** forma de avaliação da eficiência na qual duas ou mais alternativas ao serem comparadas apresentam os mesmos resultados a custos diferentes, escolhendo-se a alternativa que minimize esses custos;
- **Análise de custo-eficiência:** forma de avaliação da eficiência na qual duas ou mais alternativas são comparadas mediante a relação entre os recursos consumidos (unidades monetárias) e os resultados produzidos em termos de eficácia;
- **Análise de custo-benefício:** forma de avaliação da eficiência na qual duas ou mais alternativas são comparadas através da relação entre os recursos consumidos (unidades monetárias) e os resultados produzidos medidos em unidades monetárias<sup>158</sup>;
- **Análise de custo-efetividade:** forma de avaliação da eficiência na qual duas ou mais alternativas são comparadas mediante a relação entre os custos (unidades monetárias) e os resultados medidos em termos de efetividade. Os efeitos das ações medem-se em unidades (*e.g.*, anos de vida ganhos, mortes evitadas, diminuição da glicemia, etc.<sup>159</sup>);
- **Análise de custo-utilidade:** forma de avaliação da eficiência na qual duas ou mais alternativas são comparadas mediante a relação entre os recursos consumidos (unidades monetárias) e a sobrevivência ajustada por qualidade de vida<sup>160</sup>.

Todos os custos são medidos em unidades monetárias, enquanto as consequências podem medir-se em diferentes unidades. A próxima tabela resume os tipos de avaliação económica completa, as unidades de medida dos custos e dos resultados.

---

<sup>158</sup>Lázaro P. (1994), *Evaluación de la tecnología médica. Papeles de Gestión Sanitaria*. Monografía n.º 11-94. Valencia: MCQ Ediciones.

<sup>159</sup> *Idem*.

<sup>160</sup> *Ibidem*.

Tabela 5. Tipos de avaliação económica completa de programas de saúde

Tipo de estudo	Medição dos custos	Identificação das consequências	Medição das consequências
Análise de minimização dos custos	Unidades monetárias	Idênticas em todos os aspetos relevantes	Nenhuma
Análise de custo-eficiência	Unidades monetárias	Um único aspeto de interesse, comum a todas as alternativas, mas conseguido em graus diferentes	Indicadores epidemiológicos
Análise de custo-efetividade	Unidades monetárias	Um único aspeto de interesse, comum a todas as alternativas, mas conseguido em graus diferentes	Indicadores epidemiológicos
Análise de custo-utilidade	Unidades monetárias	Um ou numerosos aspetos de interesse, não necessariamente comuns a todas as alternativas	QALYs (Anos de Vida Ajustados por Qualidade)
Análise de custo-benefício	Unidades monetárias	Um ou numerosos aspetos de interesse, não necessariamente comuns a todas as alternativas	Unidades monetárias

Fonte: Drummond, O'Brian, Stoddart, Torrance (2001)

Neste âmbito pretende-se conhecer o custo-benefício da reorientação contemplada do PNCDD de integração de abordagens criando dispositivos de resposta abrangentes que constituem uma rede de ação coerente e não dispersas ou pulverizadas. A operacionalização do PORI através dos PRI em cada território visou facilitar que nos territórios onde já existissem intervenções a decorrer e/ou meios que não estivessem suficientemente rentabilizados, fosse feita uma reorganização dos recursos disponíveis, potenciando as mais-valias em função das necessidades identificadas no caso dos PRI sem necessidade de cofinanciamento direto. Os PRI são intervenções que integram respostas interdisciplinares, de acordo com alguns ou todos os eixos (prevenção, RRMD, tratamento e reinserção), decorrendo dos resultados do diagnóstico de um território identificado como prioritário. O IDT, I.P. estabeleceu que "para o desenvolvimento dos PRI, o enfoque está na pertinência e adequabilidade das parcerias a constituir, bem como no compromisso assumido pelas entidades quanto aos contributos para a execução dos projetos. O princípio da integração implica um trabalho articulado ao nível das respostas que intervêm mais indiretamente no âmbito do consumo de drogas ao nível local sendo igualmente importante garantir a integração das intervenções com outras respostas a decorrer no território, não promovidas pelo IDT, I.P."<sup>161</sup>.

Algumas das respostas já existentes antes do PNCDD (e.g., ER) foram enquadradas em PRI (Portaria n.º 131/2008, de 13 de Fevereiro que definiu o regulamento que estabelece as condições de financiamento público dos projetos que constituem os PRI), tendo existido um concurso público para o efeito, o qual financiava até 80% dos custos elegíveis. No quadro seguinte apresentam-se as

<sup>161</sup> Instituto da Droga e da Toxicoddependência, I.P. (2007), Plano Operacional de Respostas Integradas - Diagnóstico a nível nacional, Lisboa, IDT, I.P.

rubricas de custos elegíveis no âmbito do concurso a respostas de PRI por vetor, sendo que os que estão assinalados com o x são custos específicos e os outros custos gerais (ao somatório destes, aplica-se uma percentagem de 20% passível de ser cofinanciada).

Tabela 6. PORI - Eixos de intervenção: componente técnica e financeira

RUBRICAS ELEGÍVEIS	PREVENÇÃO	REDUÇÃO DE DANOS	TRATAMENTO	REINSERÇÃO
<b>1. Encargos com pessoal</b>				
<b>1.1 Equipa técnica</b>				
1.1.1. Pessoal Dirigente	X	X	X	X
1.1.2. Pessoal Técnico	X	X	X	X
1.1.3. Pessoal Administrativo	X	X	X	X
1.1.4. Pessoal Auxiliar		X	X	
<b>1.2 Deslocações</b>				
1.2.1. Deslocações		X		X
<b>2. Encargos de funcionamento</b>				
<b>2.1 Infraestruturas</b>				
2.1.1. Adaptação de instalações móveis		X		
2.1.2. Assistência/manutenção de instalações móveis		X		
2.1.3. Arrendamento das instalações				
2.1.4. Amortizações das instalações móveis				
2.1.5. Aluguer das instalações móveis				
2.1.6. Seguros	X	X	X	X
<b>2.2 Administrativos gerais</b>				
2.2.1. Água				
2.2.2. Electricidade				
2.2.3. Gás				
2.2.4. Comunicações		X	X	X
2.2.5. Combustível e lubrificantes		X		
2.2.6. Limpeza e higiene		X	X	
<b>2.3 Alimentação</b>				
2.3.1. Fornecimento de refeições		X		
2.3.2. Aquisição de géneros alimentares		X	X	X
<b>2.4 Material duradouro</b>				
2.4.1. Equipamento administrativo		X	X	
2.4.2. Equipamento social		X	X	
2.4.3. Equipamento básico		X	X	
<b>2.5 Material de desgaste</b>				
2.5.1. Material de escritório	X	X	X	X
2.5.2. Medicamentos e material de consumo clínico		X	X	
2.5.3. Outros bens		X	X	X
<b>2.6 Material técnico-pedagógico</b>				
2.6.1. Livros e documentação técnica	X	X	X	X
2.6.2. Material de actividades ocupacionais	X	X	X	X
<b>2.7 Outros serviços</b>				
2.7.1. Aquisição de serviços especializados	X	X	X	X
2.7.2. Documentação notarial		X		X

Fonte: Consultado a 02 de julho de 2012 na url: <http://www.idt.pt>

A avaliação de custo-benefício trata de analisar a rentabilidade do conjunto de atividades que integram o programa, confrontando-a com os benefícios obtidos. Para esta análise procedeu-se:

- À definição do tipo de enfoque: identificação da modalidade em estudo em cada vetor de intervenção e respetivo do contrafactual;
- À identificação e consenso da lista de indicadores que medem o custo-benefício do financiamento da modalidade integrada versus da modalidade dispersa e pulverizada, através de 3 passos: 1) definição dos indicadores económicos; 2) definição dos indicadores de resultados; 3) definição dos rácios de custo-benefício;

- À identificação dos indicadores objetivamente mensuráveis a partir da informação disponível;
- À recolha de informação, tratamento e análise dos dados.

### **b) Objetivo da avaliação**

Avaliar o custo-benefício do financiamento de PRI, tendo em conta a 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.

### **c) Metodologia específica**

#### **c.1) Informação disponível**

Inicialmente realizaram-se diligências no sentido de identificar, vetor a vetor da área da redução da procura, as modalidades comparáveis entre si que tivessem sido desenvolvidas de forma dispersa e pulverizada e que, com a implementação do PNC DT, tivessem passado a outro tipo de enquadramento como já foi dito, integrado. Esta tarefa pautou-se pela dificuldade em encontrar modalidades contrafatuais em todos os vetores com informação suficiente para permitir a avaliação solicitada em caderno de encargos. Perante esta situação, optou-se por centrar a avaliação de comparação no vetor RRMD e nomeadamente nas ER, já que adicionalmente era possível encontrar alguma da informação indispensável para a realização da análise num e noutra enquadramento.

No caso dos vetores de prevenção, tratamento e reinserção, realizou-se uma análise dos benefícios obtidos através da implementação de respostas no âmbito dos PRI no período PORI.

#### **c.2) Metodologia**

Face à informação disponível e à revisão bibliográfica realizada, a avaliação económica desenvolveu-se nas seguintes etapas:

1. Avaliação global para conhecer os montantes investidos em cada uma das fases e vetores;
2. Avaliação por vetores. Para os vetores de prevenção, tratamento e reinserção foi realizada uma avaliação económica com base no período PORI. Para o vetor de RRMD a avaliação considerou as respostas implementadas ao abrigo da abordagem integrada patente no PORI e a mesma tipologia de resposta, implementada anteriormente e portanto, sem o enquadramento integrado existente no âmbito do PORI.

### c.3) Metodologia específica da avaliação do vetor prevenção

O investimento gerado em programas de prevenção provoca economias sociais, entendidas como poupanças a vários níveis (educação, saúde, do sistema judicial assim como os decorridos por perda de produtividade). Para este vetor, calcula-se a poupança social gerada a partir dos custos incorridos para implementar as respostas de prevenção de PRI no âmbito do PORI.

### c.4) Metodologia específica da avaliação do vetor RRMD

Para proceder à avaliação do custo-benefício tendo como contrafactual modalidades de intervenção dispersas e pulverizadas, tal como pedido no caderno de encargos, foi selecionada a análise da intervenção desenvolvida por ER, no âmbito do vetor de RRMD. Esta avaliação económica específica é centrada na intervenção enquadrada no PTS desenvolvida pelas ER bem como no seu papel no encaminhamento de utentes para PSO-BLE. A eleição destas intervenções deve-se à sua relevância económica e social, medida pelo número de doenças infecciosas evitadas, assim como pelas poupanças nos custos médicos e sociais. Concretamente, estimou-se o custo-efetividade e o custo-benefício da intervenção das ER em reduzir o risco de contágio do VIH no grupo CDI<sup>162</sup>. A eleição do VIH sobre outras doenças infecciosas que afetam o grupo de CDI baseia-se na proporção alta de toxicod dependentes com VIH em Portugal e ainda pela forma como afeta a esperança de vida do infetado<sup>163</sup>.

#### c.4.1) População alvo

---

População portuguesa CDI atendida pelas ER:

- o Antes-PORI: estimativa<sup>164</sup>;
- o PORI: esta informação obtém-se através de uma amostra obtida nos relatórios de avaliação das ER que apresentam a informação pretendida.

O principal risco evitado é o contágio VIH e as intervenções principais a troca de seringas e o encaminhamento para PSO-BLE.

---

---

<sup>162</sup>Gibson, David R., Neil, M Flynn and Perales, Dann (2001).Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and seroconversion among injecting drug users. AIDS, (15) 15: 1329-1341.

<sup>163</sup> Cabasés, J. M., Sánchez, E. (2003). Costs and effectiveness of a syringe distribution and needle exchange program for HIV prevention in a regional setting. Eur J Health Econom 4:203–208.

<sup>164</sup> Ribeiro, Maria José Fatela (2009).Avaliação económica do custo-efetividade da intervenção das equipas de rua num contexto populacional de toxicod dependência. Lisboa: ISCTE, Tese de mestrado.

## c.4.2) Perspetiva

---

- Aplicar-se-á no estudo a perspetiva social e do financiador;
  - Os custos em análise são os objeto de financiamento pelo IDT, I.P., correspondentes a um máximo de 80% dos custos elegíveis por resposta.
- 

## c.4.3) Alternativas

---

### 1. Pré-PORI (2004 - 2007):

- A.1. Com resposta de ER;
- A.2. Sem resposta de ER.

### 2. PORI (2009 - 2011):

- B.1. Com resposta de ER;
  - B.2. Sem resposta de ER.
- 

## c.4.4) Tipo de Avaliação Económica

---

- **Análise do custo-efetividade (ACE) das ER:**
    - Obter-se-ão os custos por pessoa não infetada por efeito da intervenção;
      - Custo: total das respostas de ER no âmbito dos PRI;
      - Efetividade: estimativa da diminuição da probabilidade de infeção VIH/SIDA nos CDI das ER participantes do PTS.
  - **Análise do custo- benefício (ACB) das ER:**
    - Avaliação dos custos e resultados em unidades monetárias;
    - Poupança obtida por infeções evitadas (em euros) em relação aos custos da intervenção;
    - Custos e benefícios: Pré-PORI vs PORI.
-

#### c.4.5) Modelação

De seguida, mostra-se o modelo proposto por Laufer<sup>165</sup> para a estimativa do número de casos de contágio do VIH prevenidos pelas ER nos CDI.

$$N = c * (1 - p) * a * r$$

Donde,

*N* = número de contágios vírus HIV prevenidos por programa TS

*c* = número de DIU (não duplicados) em programa

*p* = taxa de prevalência contágio vírus HIV de DIU em programa TS

*a* = taxa de participação de DIU em programa

*r* = redução incidência contágio HIV

Para a aplicação do modelo ao caso português presumimos o seguinte:

- A informação relativa à população CDI (*c*), procede do IDT, I.P. Estimou-se a partir da soma do número de CDI anuais, utentes das ER encaminhados cada ano para PSO-BLE.
- A prevalência de contágio do VIH de CDI (*p*) estimou-se a partir do relatório do projeto da Cáritas Diocesana de Coimbra, facilitado pelo IDT, I.P. Assume-se que *p* é constante (*p*=7%), para ambos os períodos, PORI e PRE-PORI.
- A redução da incidência de contágio do VIH, (*r*), foi considerada constante para os períodos PRE-PORI e PORI, e foi estimada partindo de estudos prévios, nos quais *r* oscila no intervalo [0,6%-6,8%] [Des Jarlais et al<sup>166</sup>; Hall et al.<sup>167</sup>, Laufer<sup>168</sup>], no nosso estudo, *r*=4%.
- *a*, faz referência à proporção de CDI das ER que participam no PTS de forma constante e ativa. A taxa de participação de CDI no PTS oscila entre 0 e 100%. Foi considerada como proporção de referência *p*=0,6. Isto significa que no cenário de referência, o número de contágios de VIH evitados se calcula considerando 60% da população CDI das ER que participa no PTS. Posteriormente realizou-se uma análise de sensibilidade, em que se calcula o número de contágios de VIH evitados fazendo variar a percentagem de população CDI das ER que participa no PTS.

**N** é o número de contágios de VIH prevenidos pela participação dos utentes das ER no PTS, estimados anualmente.

<sup>165</sup> Laufer FN. (2001). *Cost-effectiveness of syringe exchange as an HIV pre-vention strategy*. J Acquir Immune Defic Syndr. 28:273–8.

<sup>166</sup> Des Jarlais DC, et al. (1996). *HIV incidence among injecting drug users in New York City syringe-exchange programmes*. The Lancet, 348:987-991. DOI: 10.1016/S0140-6736(96)02536-6).

<sup>167</sup> Hall, H. I et al. (2010). *Estimated Future HIV Prevalence, Incidence, and Potential Infections Averted in the United States: A Multiple Scenario Analysis*. J Acquir Immune Defic Syndr, 0: 1-6.

<sup>168</sup> Laufer FN. (2001). *Cost-effectiveness of syringe exchange as an HIV pre-vention strategy*. J Acquir Immune Defic Syndr. 28:273–8.

Uma vez estimado o N, é possível conhecer as poupanças anuais derivadas da intervenção das ER, como produto do número de contágios evitados pelo VIH e medição do custo médio anual dos utentes contagiados pelo VIH para o sistema de saúde.

#### c.4.6) Análise de sensibilidade

Todos os parâmetros do modelo foram considerados constantes, à exceção de a. Desenvolveu-se a análise de sensibilidade do modelo para estimar como varia N, em função da taxa de participação de CDI no programa (N(a)).

Para ambos os períodos, PORI e PRE-PORI, criaram-se **quatro cenários**, considerando a taxa de participação no programa variável, no intervalo [50%, 80%]. Assim, foram estimados os números mínimos e máximo de contágios do VIH evitados anualmente em função da população CDI das ER participante no programa e, como consequência, foram estimadas as poupanças anuais geradas pela intervenção.

#### c.5) Metodologia específica da avaliação do vetor tratamento

Neste ponto, as economias geradas pela intervenção das respostas de tratamento no âmbito dos PRI foram calculadas com base na estimativa dos delitos evitados face aos utentes que integram estas respostas, isto é, observam-se os custos das respostas desenvolvidas no âmbito dos PRI neste vetor em relação aos custos dos delitos evitados que ocorreriam caso os utentes não estivessem integrados nestas respostas.

#### c.6) Metodologia específica da avaliação do vetor reinserção

Para este vetor, calcularam-se as economias sociais que se geram com a reinserção laboral dos utentes integrados nas respostas deste vetor no âmbito dos PRI, ou seja, compara-se o custo destas respostas com a produtividade laboral dos utentes reinseridos no meio laboral.

### 5.3.3 Resultados

#### a) Avaliação económica do vetor prevenção

Segundo Miller, T. and Hendrie, D (2009)<sup>169</sup> por cada dólar investido em programas de prevenção, são geradas poupanças sociais na ordem de 18 USD. Ao realizar o câmbio de dólares a euros à data de elaboração do estudo<sup>170</sup> verifica-se que a equivalência em euros corresponde a 17,84 euros de poupança social por cada euro investido em programas de prevenção. Como já referido estas poupanças referem-se a vários níveis, tanto no sistema judicial do país, como na educação, saúde ou trabalho. O motivo pelo qual se geram estas poupanças deve-se não só ao fato de evitar que os participantes nos programas iniciem o consumo de drogas, como também ao atraso em 2 anos na iniciação do consumo de acordo com estes autores.

Assim, conhecendo o investimento neste vetor, podemos calcular a economia social gerada pelas respostas de prevenção dos PRI durante este período na seguinte tabela.

Tabela 7. Análise económica (prevenção)

	Valor orçamentado PREV.	Poupança gerada PREV.
<b>2009</b>	1.593.725,52 €	28.432.063,26 €
<b>2010</b>	1.493.340,62 €	26.641.196,57 €
<b>2011</b>	1.892.138,57 €	33.755.752,09 €
<b>TOTAL</b>	4.979.204,70 €	88.829.011,92 €

Elaboração própria. Fonte: Relatórios de Actividades 2009, 2010 e 2011, IDT, I.P.

A poupança gerada durante o período 2009-2011 ascende a 88.829.011,92 euros, a qual reflete os benefícios que resultam da implementação deste programa, entre a população alvo. Como limitação, cabe assinalar que os programas de prevenção da UE não são idênticos nas atividades e recursos destinados aos que se desenvolveram em Portugal, assim estes dados devem ser considerados como uma aproximação. Em qualquer caso, as atividades de prevenção resultam ser claramente benéficas desde o ponto de vista do seu impacto social e económico.

<sup>169</sup> Miller, T and Hendrie, D. (2009). *Substance Abuse Prevention Dollars and Cents: A Cost-Benefit Analysis*, DHHS Pub. No.(SMA) 07-4298. Rockville, MD: Center for Substance Abuse prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

<sup>170</sup> Dezembro de 2009 - taxa de câmbio: 1,4406\$/euros.

## b) Avaliação económica do vetor de RRMD

### b1) Medida da efetividade/resultados do programa de RRMD

O principal indicador de efetividade dos programas de RRMD é a **redução dos problemas de saúde e entre eles o mais significativo é o VIH – SIDA**. Por esta razão consideram-se as infeções VIH/SIDA como indicador de efetividade.

Nas tabelas seguintes observa-se que o número de registos de novos casos anuais de VIH em Portugal desceu de 417 para 88 entre 2003 e 2010. Em termos percentuais relativamente ao total de notificações parece passar-se de 54,2% para 25%. Esta diminuição pressupõe uma alteração importante nos padrões de consumo para o qual contribuíram significativamente os programas de prevenção e de informação, os programas de tratamento e de RRMD.

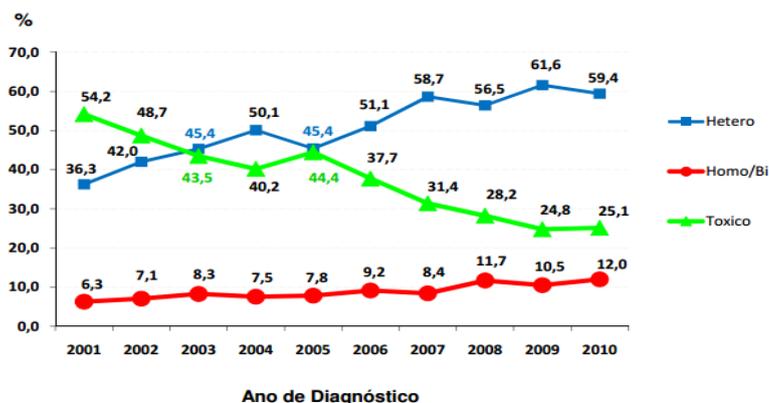
Tabela 8. Distribuição dos casos de VIH/SIDA por categorias de transmissão e ano de diagnóstico

Categorias de Transmissão	01/01/1983 – 31/12/2010										Total	
	≤2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Não referido	Nº	%
Homo ou Bissexuais	1 552	80	64	64	65	51	68	47	42	0	2 033	12.4
Tóxico-dependentes	5 514	417	338	357	268	187	164	109	88	0	7 442	45.5
Homo/Tóxico-dependentes	106	4	3	6	0	2	0	2	0	0	123	0.8
Hemofílicos	61	1	0	3	1	0	1	0	0	0	67	0.4
Transfusionados	129	3	0	0	0	0	0	0	0	0	132	0.8
Heterossexuais	3 336	439	425	371	363	354	328	275	208	0	6 099	37.3
Mãe/Filho	81	2	3	4	3	2	4	2	0	0	101	0.6
Nosocomial	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0
Não referida	266	22	15	12	10	8	16	12	12	0	373	2.3
<b>TOTAL</b>	<b>11 045</b>	<b>968</b>	<b>848</b>	<b>817</b>	<b>710</b>	<b>604</b>	<b>581</b>	<b>447</b>	<b>350</b>	<b>0</b>	<b>16 370</b>	<b>100</b>

Nota: O ano de 2002 inclui os casos de 1983 a 2002.

Fonte: Infeção VIH/SIDA (2011): A Situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2010 Departamento de Doenças Inoficuosas. Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica. Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Inoficuosas; colaboração com Coordenação Nacional para a Infeção VIH/SIDA. DDI-URVE

Gráfico 18. Casos de SIDA: tendências temporais nas 3 principais categorias de transmissão



Fonte: Infeção VIH/SIDA (2011): A Situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2010 Departamento de Doenças Inoficuosas. Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica. Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Inoficuosas; colaboração com Coordenação Nacional para a Infeção VIH/SIDA. DDI-URVE

## b.2) Análise custo efetividade

### b.2.1) Resultados globais

Com a informação disponível foram aplicados os modelos de avaliação económica descritos na metodologia. Os resultados são apresentados numa tabela de resumo que reúne os seguintes indicadores:

- Número de infeções evitadas;
- Poupança de custos;
- Rácio custo-efetividade;
- Rácio custo-benefício.

Estes indicadores são os correspondentes a dois períodos. O primeiro, anterior ao PORI inclui a análise de 2004 a 2007, ambos incluídos<sup>171</sup>. O segundo, com a mesma duração de três anos abarca os anos de 2009 a 2011. São visíveis as diferenças entre ambos os períodos.

Em primeiro lugar, relativamente ao número de infeções evitadas, observa-se um pronunciado aumento durante o período PORI se comparado com o anterior. Portanto, é lógico que a poupança de custos devida às poupanças em tratamento de utentes contagiados seja superior nesse período, já que ao evitar mais contágios se poupa nos tratamentos que este iriam necessitar.

Por outro lado, o rácio custo-efetividade é superior no período anterior ao PORI. Isto significa que o custo de evitar o contágio é superior neste período. Portanto, no período 2009-2011 poupa-se por cada contágio evitado.

**O rácio custo-benefício corrobora o melhor resultado do programa durante o período (2009 a 2011) já que é inferior: concretamente passa de 1,52 para 3,41.**

Tabela 9. Resumo indicadores principais da avaliação

	Período 2004 - 2007	Período PORI (2009-2011)
<b>Número de infeções prevenidas (utentes)</b>	45	71
<b>Poupança (euros)</b>	4.530.000	7.071.000
<b>Rácio custo-efetividade (euros)</b>	65,589.91	29,301.08
<b>Rácio custo-benefício</b>	1,52	3,41

Elaboração própria. Fonte: Estimativas com dados de IDT, I.P.

<sup>171</sup> Os valores apresentados reportam ao período de execução dos projetos que, sendo anual, abarca geralmente 2 anos civis (e.g., março 2004 a fevereiro 2005).

**b.2.2) Infecções prevenidas por períodos**

Segundo as estimativas realizadas seguindo o modelo de Laufer que se apresentou na metodologia, as infecções prevenidas no período PORI foram 71, enquanto que no período anterior o número não ultrapassou as 45 pessoas.

Tabela 10. Infecções evitadas nos dois períodos

PRÉ-PORI	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2004-2007
<b>N (infecções evitadas)</b>	19	13	13	<b>45</b>

Elaboração própria. Fonte: Estimativas com dados do IDT, I.P.

PORI	2009	2010	2011	2009-2011
<b>N (infecções evitadas)</b>	19	30	22	<b>71</b>

Elaboração própria. Fonte: Estimativas com dados do IDT, I.P.

**b.2.3) Poupanças de custos, rácio custo-efetividade e rácio custo-benefício**

As poupanças de custos por infecções evitadas apresentam-se nas tabelas seguintes. Para este cálculo estimou-se uma poupança por infeção evitada de 100.000 euros, considerando a revisão bibliográfica realizada por Andersen M. A. *et al.*<sup>172</sup>. Como se observa na tabela, a poupança durante o período PORI é muito superior ao PRÉ-PORI, sendo a diferença de 2.541.000 euros.

Tabela 11. Poupança de custos nos dois períodos

	Ano	Ano	Ano	Global
PRÉ-PORI	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2004-2007
<b>Poupança de custos (euros)</b>	1.863.000	1.327.000	1.339.000	4.530.000

Elaboração própria. Fonte: Estimativas com dados do IDT, I.P.

PORI	2009	2010	2011	2009-2011
<b>Poupança de custos (euros)</b>	1.884.000	2.982.000	2.205.000	7.071.000

Elaboração própria. Fonte: Estimativas com dados do IDT, I.P.

<sup>172</sup>Andersen, Martin A., Boyd, Neil (2010). *A cost-benefit and cost-effectiveness analysis of Vancouver's supervised injection facility*. International Journal of Drug Policy, 21: 70-76.

Em anexo apresenta-se de forma detalhada os cálculos efetuados para um e outro período.

Em relação ao período anterior ao PORI, o número de contágios evitados no âmbito das respostas em análise do PORI aumenta, o que é muito favorável, já que é esse precisamente o objetivo do programa estudado. Incrementou-se o número de contágios evitados em 25,41 pessoas em média (ver anexo 6).

O **rácio custo-efetividade** descende no âmbito das respostas em avaliação incluídas no PORI (passa de 65.589 no período anterior ao PORI para 29.301 no âmbito do PORI), o que significa que se poupam custos por contágio prevenido neste período (ver anexo 6). É mais custo-eficaz e portanto, melhora a situação dos anos compreendidos no período estudado anterior ao PORI.

Por último, o **custo benefício** aumenta (3,41 no período PORI vs 1,52 no período anterior), o que está em concordância com todos os resultados vistos até ao momento (ver anexo 6).

#### **b.2.4) Análise de sensibilidade**

Foi considerado conveniente fazer uma análise de sensibilidade considerando para ambos os períodos, **taxas de participação no programa variáveis, desde uma  $a=0,5$  até uma  $a=0,8$** . Mostra-se neste intervalo o valor mínimo e máximo para cada período estudado. Tomou-se como **valor base** para comparar ambos os períodos, o modelo em que a taxa de participação é de 60% ( $a=0,6$ ) calculando-se o número de infeções evitadas, custo das ER, poupança devida ao evitamento do custo do tratamento e o rácio custo-efetividade e custo-benefício para cada um dos anos, assim como para o global de cada período.

Em conclusão, o número de infeções evitadas é superior no período PORI, o qual gera uma maior poupança em custos de tratamento das infeções evitadas e em consequência, maiores rácios custo-efetividade e custo-benefício. Significa isto que a efetividade da intervenção é superior em todos os casos para o período PORI, ou seja, tornam-se mais favoráveis, desde o ponto de vista económico, as respostas prestadas no âmbito do PORI.

Tabela 12. Análise de sensibilidade PRÉ-PORI

RESULTADOS PRÉ-PORI	2004-2005	2005-2006	2006-2007	Global PRÉ-PORI
Infeções evitadas (utentes)	19	13	13	45
	(15 - 24)	(11 - 17)	(11 - 17)	(37 - 60)
Custo do programa (euros)	876.866	1.075.320	1.019.035	2.971.223
Poupança devida ao custo do tratamento (euros)	1.863.050,40	1.327.281,12	1.339.445,52	4.529.777,04
	(1.552.542-2.484.067,20)	(1.106.067,60-1.769.708,16)	(1.116.204,60-1.785.927,36)	(3.774.814,20-6.039.702,72)
Rácio custo-efetividade (euros)	47.067	81.033	76.104	65.589
	(35.299 - 56.479)	(60.762 - 97.220)	(57.059 - 91.294)	(49.194 - 78.711)
Rácio custo-benefício	2,12	1,23	1,31	1,52
	(1,77-2,83)	(1,03-1,65)	(1,10-1,75)	(1,27-2,03)

Elaboração própria. Fonte: Estimativas elaboradas com dados do IDT, I.P.

Tabela 13. Análise de sensibilidade PORI

RESULTADOS PORI	2009	2010	2011	Global PORI
Infeções evitadas (utentes)	19	30	22	71
	(15,70-25,12)	(24,85-39,76)	(18,38-29,40)	(58,92-97,28)
Custo do programa (euros)	627.399,70	756.778,70	687.701,00	2.071.879,40
Poupança devida ao custo do tratamento (euros)	1.883.808	2.981.952	2.205.216	7.070.976
	(1.569.840-2.511.744)	(2.484.960 - 3.975.936)	(1.837.680 - 2.940.288)	(5.892.480-9.427.968)
Rácio custo-efetividade (euros)	33.301	25.378	31.188	29.301
	(24.978 - 39.965)	(19.033 - 30.454)	(23.388 - 37.422)	(21.975 - 35.161)
Rácio custo-benefício	3,00	3,94	3,20	3,41
	(2,50-4,00)	(3,28-5,25)	(2,67-4,28)	(2,84-4,55)

Elaboração própria. Fonte: Estimativas elaboradas com dados do IDT, I.P.

### c) Avaliação económica do vetor tratamento

Neste vetor avalia-se o impacto económico da intervenção estimando-se os custos dos delitos evitados como consequência da intervenção, de acordo com a abordagem utilizada por outros autores<sup>173</sup>.

#### c.1) Valor de um delito evitado

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<sup>173</sup>, 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. No Relatório síntese de “caracterização dos utentes das ER” (IDT, I.P.: 2006) observa-se que em média, 43,5% dos utentes contactados, consumidores de heroína e/ou cocaína, já cometeram algum delito ao longo da sua vida. Essa percentagem será utilizada para calcular o número de delitos evitados pela inclusão dos utentes em programas de tratamento.

#### c.2) Número de delitos evitados

Para calcular o número de delitos evitados por ano, considerou-se uma percentagem de 43,5% de delitos evitados nos utentes incluídos no programa em cada ano. Esta percentagem obteve-se através do cálculo da média das probabilidades de os consumidores de cocaína, heroína e ambas cometerem um delito ao longo da sua vida de acordo com o relatório citado<sup>174</sup>. Estes dados apresentam-se na tabela seguinte:

Tabela 14. Delitos evitados

Percentagem de delitos evitados sobre N	
Cocaína	50%
Heroína	39,70%
Heroína + Cocaína	40,80%
Média	43,50%

Elaboração própria. Fonte: IDT, I.P., DTRDR – Núcleo de Redução de Danos (2006). Caracterização dos utentes das Equipas de Rua, IDT, I.P., 2006.

Estes delitos cometidos pelos utilizadores de drogas geram custos. Para calcular o custo de um delito centrou-se a análise nos custos gerados por um roubo, que é o delito mais comum nestes casos e que congrega vários custos, a saber:

- Em primeiro lugar, o delito gera uma perda de produtividade por parte de quem o comete se se considerar que essa pessoa estaria na prisão uma média de 28 meses de acordo com Gary et

<sup>173</sup> Gary A. Zarkin, Laura J. Dunlap, Katherine A. Hicks and Daniel Mamo. (2005). *Benefits and costs of Methadone treatment: results from a lifetime simulation model*. *Health economics*. 14 1133-1150.

<sup>174</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência, DTRDR – Núcleo de Redução de Danos (2006). Caracterização dos utentes das Equipas de Rua, IDT, I.P.

al<sup>175</sup>. Assim, e tendo em conta que essa pessoa estaria sem contribuir a nível laboral para a sociedade, calculou-se a perda de produtividade que 12 meses supõem, considerando o salário mínimo de Portugal para cada um dos anos objeto de estudo;

- O custo que supõe a pessoa objeto do roubo era de 2.027\$ em 1992 segundo Rajkumar, A. and French, M.<sup>176</sup>. Decorrendo o tipo de desconto de 4% e transformando-o em euros, calcularam-se os dados para o nosso estudo;
- De acordo com estes autores, os custos de prisão<sup>177</sup> e os custos judiciais<sup>178</sup> gerados com cada delito supõem custos específicos que se estimam na tabela seguinte.

Tabela 15. Custos por delito (em euros)

Anos	Salário mínimo	Perda prod.	Custo por pessoa roubada	Custo prisão	Custos judiciais	Custo total
2009	450	6.750,00	3.055,13	27.570,00	5092,55	42.467,68
2010	475	7.125,00	3.177,33	27.570,00	5296,25	43.168,59
2011	485	7.275,00	3.304,42	27.570,00	5508,10	43.657,53

Elaboração própria

Tendo em conta estes fatores, é calculado o custo que implica um roubo e o número de roubos evitados entre os utilizadores incluídos no programa. Deste modo, conhecem-se os custos que um programa gera em relação aos custos como fruto desses crimes. Com os dados disponíveis dos custos das intervenções de tratamento no âmbito dos PRI e os que se estimam a partir da informação disponível e da literatura consultada, calculam-se os rácios de custo-efetividade e de custo benefício do programa. O resultado revela que para os três anos, assim como para o período no global, o programa resulta tanto custo-efetivo como custo-beneficioso, já que os custos evitados como consequência do programa são muito superiores em relação aos incorridos. Estes rácios são apresentados na seguinte tabela.

<sup>176</sup> Rajkumar, A. and French, M. (1997). Drug abuse, crime costs, and the economic benefits of treatment. *Journal of Quantitative Criminology*, vol. 13, N.º 3.

<sup>177</sup> *Idem*.

<sup>178</sup> *Idem ibidem*.

Tabela 16. Custo-efetividade e custo-benefício (tratamento)

	2009	2010	2011	2009-2011
<b>Custos do programa</b>	71.486,79€	139.040,00€	175.079,76€	385.606,55€
<b>Delitos evitados</b>	230,12	282,75	361,92	874,79
<b>Custo-efetividade</b>	310,66	491,74	483,75	440,80
<b>Benefício</b>	9.700.962,9	12.066.877,5	15.625.453,0	37.393.293,5
<b>Custo-Benefício</b>	135,70	86,79	89,25	96,97

Elaboração própria

#### d) Avaliação económica do vetor de reinserção

Para avaliar adequadamente os benefícios deste vetor, deve ser considerado o número de pessoas reinseridas, entendendo-se por reinserção a incorporação ou reincorporação destas pessoas no mundo laboral, assim como o valor económico que supõe para a sociedade.

Consideraram-se os custos tangíveis para estimar o valor económico por pessoa reinserida. A medida mais direta é o valor potencial que uma pessoa pode contribuir para a economia do país, portanto, o aumento de produtividade foi avaliado em termos de salários auferidos, tendo como referência a metodologia seguida em outros estudos<sup>179</sup>.

O aumento de produtividade foi estimado a partir do rendimento mínimo e tendo em conta um total de 14 meses de salários. O valor total de produtividade ganho será a soma dos salários obtidos atualizados a uma taxa de desconto (4%).

Considerando a idade média dos utilizadores que beneficiam da intervenção em 38 anos e tendo em conta que a idade média de reforma em Portugal se situa em 65 anos, o aumento de produtividade será de 27 anos. A idade média dos utilizadores procede da caracterização sociodemográfica dos utentes que iniciam tratamento em ambulatório em 2010<sup>180</sup>.

A percentagem de utentes que estão incluídos dentro do programa na área de reinserção, e que serão reinseridos, entendendo-se por reinserção uma incorporação no mercado de trabalho, será de 1% em estimativa. Dada a situação socioeconómica atual, estimou-se por baixo a percentagem de utentes do vetor de reinserção que possa alcançar esta reinserção laboral.

<sup>179</sup> Laufer, F. N. (2001): "Cost-effectiveness of syringe exchanges as an HIV prevention strategy." Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, vol. 28, nº 3, pp. 273-78.

<sup>180</sup> Instituto da Droga e da Toxicoddependência, I.P. (2011) Anexo ao relatório anual 2010, Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicoddependências, Lisboa, IDT, I.P.

## Resultados

Tendo em conta esta estimativa, o número de pessoas reinseridas, será, para o período 2009-2011, de 82 pessoas. A partir dos dados de custos das intervenções e tendo em conta o valor de produtividade gerada podem calcular-se os rácios do custo-efetividade e do custo-benefício do programa.

Tabela 17. Custo-efetividade e custo-benefício (reinserção)

	2009	2010	2011	2009-2011
<b>Custos</b>	658.203,92 €	766.628,99 €	808.830,66 €	2.233.663,57 €
<b>Utentes</b>	2.370	3.669	2.136	8.175
<b>Utentes reinseridos (1%)</b>	24	37	21	82
<b>Custo-efetividade</b>	27.425,16 €	20.719,70 €	38.515,75 €	27.239,80 €
<b>Benefício</b>	1.810.829,44 €	3.039.797,45 €	1.351.573,53 €	6.202.200,43 €
<b>Custo-benefício</b>	2,75	3,96	1,67	2,77

Elaboração própria

Os resultados revelam que as intervenções 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, assim as intervenções no âmbito da reinserção desenvolvidas ao abrigo do PORI são custo-beneficiosas visto que os benefícios gerados pelas intervenções são superiores aos custos das mesmas.

### 5.3.4 Conclusões e recomendações

A análise apresentada deve ser interpretada como um eixo de avaliação complementar às avaliações qualitativas e de *benchmarking* realizadas noutros capítulos desta avaliação.

Os resultados da avaliação corroboram que a estratégia integrada é mais custo-efetiva que a pulverizada e que com menos recursos se podem conseguir melhores resultados. É portanto recomendável e muito benéfico desde o ponto de vista social continuar a desenvolver estes programas que demonstraram ser de grande utilidade.

A partir da análise das intervenções incluídas no PRI no âmbito do programa PORI, pode inferir-se que o programa no global é altamente custo-beneficioso devido aos custos sociais que se poupam, tais como na educação, saúde, produtividade laboral ou no sistema judicial do país.

Desde a perspetiva da avaliação económica seria recomendável melhorar os sistemas de informação pensado nos indicadores necessários para realizar futuras avaliações neste domínio. Por tanto, para futuros programas, recomenda-se o estabelecimento de indicadores de avaliação, nomeadamente unidades ou medidas de resultado (“*outcome*”) para cada vetor e dispositivo, com o objetivo de

estimar para cada ano o nível de resultado alcançado tornando possível avaliar com detalhe os ganhos do mesmo, sendo que o critério principal no momento de medir os resultados ou “outcomes” propostos é a existência de poupança de custos com a intervenção.

## 5.4 ANÁLISE DA EFICÁCIA, EFICIÊNCIA E QUALIDADE DE INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS

### 5.4.1 Prevenção

#### a) Objetivo

No âmbito do vetor da prevenção pretendeu-se avaliar a eficácia, a eficiência e a qualidade de intervenções, em específico o 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, tal como referido no caderno de encargos do estudo.

A prevenção é definida no PNCDT<sup>181</sup> como uma área prioritária que visa preparar os jovens para enfrentar os riscos associados ao consumo. Por isso, é importante aumentar a abrangência dos programas. Os grandes objetivos estratégicos definidos para esta área são:

- ✓ Prevenir o início do consumo de drogas;
- ✓ Prevenir a continuação do uso e abuso;
- ✓ Prevenir a passagem do uso ao uso nocivo ou abuso e à dependência.

#### b) Resumo dos desenvolvimentos ocorridos no vetor Prevenção entre 2005 e 2012

O PNCDT preconizou o investimento em estratégias de prevenção que preparassem os jovens para enfrentar/lidar com os riscos associados ao consumo. Para isso apostou na qualidade, no desenvolvimento de programas baseados em evidência científica e no planeamento de intervenções para grupos específicos tendo como princípio orientador da atuação a promoção da complementaridade intersectorial necessária para garantir uma intervenção coerente e global.

Os níveis operacionais com base nos quais se operacionaliza a intervenção em prevenção da saúde são de três tipos: prevenção universal, dirigida à população em geral; prevenção seletiva, dirigida a grupos com fatores de risco associados e, prevenção indicada, dirigida a indivíduos com padrões de risco acentuado ou comportamentos de risco. A aposta na prevenção seletiva e indicada, materializada em projetos para grupos específicos (crianças, jovens, famílias, comunidades) e efetuada em diferentes contextos (escolas, bairros, contextos recreativos, universidades, etc.), foi uma das áreas que marcou o vetor da prevenção no período de vigência do PNCDT através dos projetos que integram os PRI, no âmbito do PORI e do PIF, permitindo obter uma maior partilha e articulação dos recursos quer a nível interno como externo. Privilegiou-se ainda o desenvolvimento

---

<sup>181</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência (2005), *Plano Nacional contra a Droga e as Toxicodependências, 2005-2012*, Lisboa, IDT, I.P.

de programas já consolidados tais como "Eu e os Outros" (EEOO) e o "Trilhos" em detrimento de intervenções pontuais e menos estruturadas. Entre outros projetos apoiados encontram-se o PIF, dirigido a famílias, crianças e jovens vulneráveis e frequentadores de contextos recreativos; a intervenção na Casa Pia, para jovens em situação de institucionalização, o projeto "Copos, quem decide és tu" no âmbito da prevenção do consumo do álcool, o projeto Interceções, no âmbito do meio laboral e finalmente intervenções em contextos recreativos.

Deu-se especial ênfase, no período de vigência do PNCDD, ao desenvolvimento de ações preventivas visando o reforço da componente técnico – científica e metodológica. Assim, para além da definição de competências das equipas de prevenção, da elaboração de orientações técnicas ou do desenvolvimento de ações de formação, foi particularmente trabalhada a definição de processos e procedimentos orientadores da intervenção preventiva contemplando: (i) a definição de metodologias e instrumentos de diagnóstico que permitissem um melhor conhecimento da realidade, (ii) metodologias para a identificação das estratégias e formas de intervenção mais adequadas, (iii) o planeamento estratégico da intervenção, com a definição dos objetivos e resultados a alcançar, (iv) a intervenção integrada na comunidade e articulada entre atores, (vi) a aplicação de instrumentos de monitorização e (vii) a avaliação de resultados.

O foco na área da prevenção assentou assim fundamentalmente na garantia da qualidade técnica e científica das intervenções, na sua capacidade para informar sobre os resultados, através de avaliações intermédias e finais e, na sua capacidade atuar de forma global e integrada, abrangendo diferentes grupos, contextos e atores.

### c) Racional da avaliação

#### Metodologia

Na medida em que se pretende avaliar a intervenção específica definida ao nível da eficácia, eficiência e qualidade da atuação no período entre 2005 e 2012, o primeiro passo foi identificar quais os projetos de prevenção que foram desenvolvidos e que cumpriram o requisito de ser promotores de estratégias e ações baseadas em evidência científica. Os mesmos foram identificados em conjunto com os serviços centrais do então IDT, I.P. tendo em consideração a definição de intervenção técnico-científica como um *processo ativo de implementação de projetos e programas tendentes a modificar e melhorar a formação integral e a qualidade de vida dos indivíduos, fomentando competências pessoais e sociais*. Neste sentido identificaram-se um total de 5 projetos dentro desta definição, 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 – Quem decide és tu (Copos); EEOO e Trilhos. Uma breve descrição de cada um destes projetos apresenta-se no quadro seguinte.

---

#### PIF

Programa desenhado no sentido de aumentar o número de intervenções preventivas baseadas em evidência científica; incrementar as intervenções preventivas de carácter seletivo para famílias, crianças e jovens vulneráveis e indivíduos com padrões de consumo de drogas em contextos recreativos e implementar um sistema estruturado de seleção monitorização e avaliação dos projetos baseado em critérios de qualidade e eficácia. Assim, o programa estruturou-se em quatro

---

componentes: seleção, monitorização, financiamento e avaliação. A intervenção desenvolvida pelos projetos foi multicompetente, compreensiva, focalizada num grupo específico, de intensidade regular, baseada num quadro conceptual e metodológico, com equipas multidisciplinares de técnicas com formação e experiência específica na área, contemplando ainda a avaliação como princípio estruturante.

## **Casa Pia**

O projeto de prevenção do consumo de drogas em parceria entre a Casa Pia de Lisboa e o IDT, I.P., enquadra-se no plano de ação do IDT, I.P. ao nível da intervenção junto de jovens em meio escolar e institucional e surge como uma resposta preventiva do consumo e de promoção do desenvolvimento saudável dos educandos da Casa Pia de Lisboa. O objetivo geral do projeto é desenhar e implementar uma intervenção preventiva, de carácter seletivo e indicado, adequada às necessidades e características dos grupos-alvo dos estabelecimentos da Casa Pia de Lisboa. Os objetivos específicos são conhecer a situação do consumo de drogas na população de jovens da Casa Pia de Lisboa; identificar as perceções e as necessidades dos diferentes agentes educativos; identificar os recursos existentes para a intervenção e definir as prioridades de intervenção a vários níveis (educandos, famílias e agentes educativos da Casa Pia de Lisboa).

## **Copos - Quem decide és tu**

Este projeto resulta de uma parceria protocolada entre a Cruz Vermelha Portuguesa, através da Juventude Cruz Vermelha, e o IDT, I.P., articulada com o ME. Inserido na área geral de Promoção e Educação para a Saúde, área privilegiada do trabalho da Juventude Cruz Vermelha, trata-se de um projeto de prevenção universal que visa sensibilizar e informar os jovens entre os 14 e 20 anos de idade para os riscos inerentes ao abuso de álcool.

## **Eu e os Outros**

O projeto “Eu e os Outros” foi desenhado por uma equipa técnica ligada à Linha Vida SOS Droga e surge integrado no desenvolvimento do site juvenil “Tu Alinhas?”. Este projeto tem por objetivo genérico promover a reflexão em grupo sobre temas do desenvolvimento ligados a adolescência, criando uma dinâmica de grupo geradora de crescimento pessoal e social. Consiste num jogo interativo constituído por oito histórias e está suportado num Manual para o utilizador. Este projeto tem um processo de avaliação próprio desenvolvido desde a sua implementação e está creditado ao nível da componente formativa pelo centro de Formação Pedagógica de professores. Constitui-se como um instrumento promotor de processos de tomada de decisão, confrontação no seio do grupo e exploração de informação dirigido a grupos de jovens entre os 10 e os 18 anos. Tem como suporte temas ligados ao desenvolvimento pessoal e social.

## **Trilhos**

Este é um Programa de Desenvolvimento de Competências Pessoais e Sociais de intervenção em contexto escolar. Tem como objetivo reduzir o número de alunos que inicia o consumo de tabaco, álcool e cannabis antes dos 15 anos de idade. Pretende-se promover o desenvolvimento de competências pessoais e sociais, através de abordagem de quatro componentes: informativa, tomada de decisão e resolução de problemas, regulação emocional e competências de comunicação.

---

Destina-se a alunos de terceiro ciclo do ensino básico e constitui-se como uma ferramenta preventiva a ser utilizada pelos professores, podendo, no entanto, a sua aplicação ser adaptada a outros contextos. A implementação implica uma fase prévia de formação, que se deve manter ao longo do programa, no sentido de ir fornecendo supervisão e apoio técnico à sua implementação.

---

Para a avaliação da eficácia, foram selecionados indicadores tais como o número de programas realizados, o número de indivíduos abrangidos e o número anual de ações realizadas. Para avaliar a eficiência observaram-se os recursos económicos utilizados em cada programa com relação aos indivíduos abrangidos ou ações realizadas. Por fim para a avaliação da qualidade, elegeram-se indicadores relacionados com a existência ou não de materiais de reflexão / descrição/ avaliação dos programas.

Em relação ao processo de seleção, acompanhamento e monitorização dos programas e projetos, o Núcleo de Prevenção em conjunto com a equipa avaliadora coincidiram na inclusão dos projetos realizados no âmbito do PORI como a área-chave em que o processo com as três vertentes foi realizado. Paralelamente, constituíram-se indicadores para observar quais dos programas, à parte dos incluídos no PORI, foram objeto de acompanhamento e monitorização.

#### Fontes

A partir das fontes existentes, foi feita uma análise dos dados quantitativos e qualitativos recolhidos para responder aos indicadores de avaliação estabelecidos. As fontes referenciadas, disponíveis ao público, foram maioritariamente os *Relatórios de Actividades* do IDT, I.P. (2007, 2008, 2009, 2010 e 2011); os Relatórios Finais do PIF e informação *ad-hoc* fornecida pelo IDT, I.P., para o estudo dos recursos económicos.

Os dados quantitativos foram triangulados com os qualitativos recolhidos nas TGN nas quais participaram representantes dos CRI e das diversas entidades parceiras.

### d) Resultados

#### Eficácia

Os projetos de prevenção desenvolvidos permitiram alargar a intervenção do IDT, I.P. por forma a atuar mais precocemente, tornar possível o planeamento das ações de prevenção, mobilizar parceiros e elaborar programas de intervenção tendo em conta os objetivos deste âmbito. O número total anual de programas de prevenção previstos no período de 2005 a 2012 cumpriu-se a 100% com a implementação dos projetos previstos.

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; com especial intensidade em 2007 (211.238 indivíduos), 2008 (216.643 indivíduos) e 2009 (223.077 indivíduos) devido ao PIF.

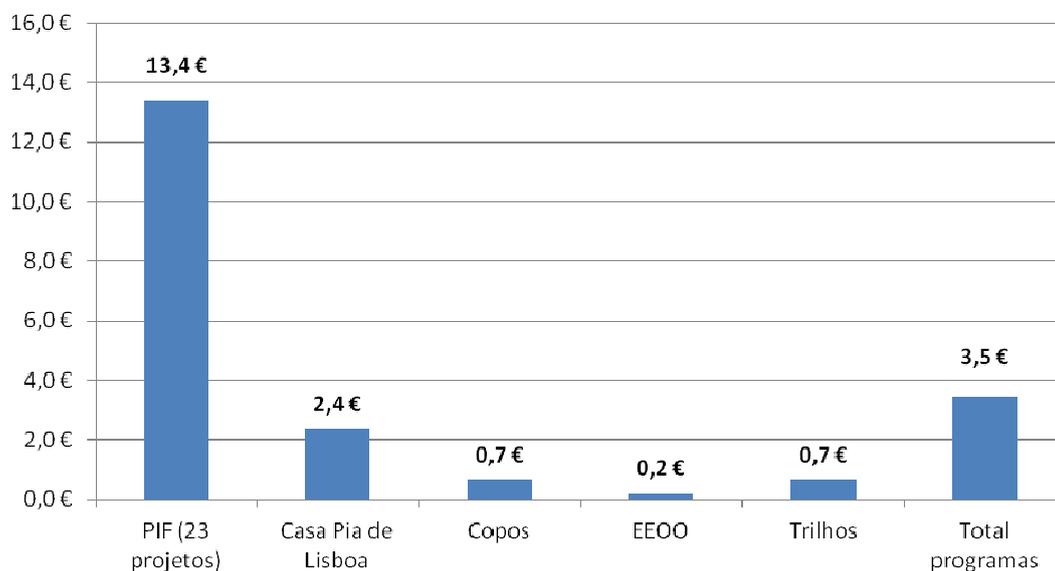
No âmbito da eficácia, e no que respeita ao número de ações de prevenção realizadas por programa com base em evidência científica e de intercâmbios e experiências entre 2005 e 2012, observa-se um

número médio de ações anual de 658,5 (com a inclusão de todos os programas). Consta-se que o número de ações foi mais elevado entre 2007 e 2011 pelo PIF que contou com 543 ações em 2007, 813 ações em 2008 e 1.309 ações em 2009 e, devido às ações relativas ao EEOO, 1.352 ações em 2010 e 1.098 ações em 2011.

## Eficiência

Em relação ao âmbito da eficiência, analisam-se os custos unitários por programa de prevenção baseado em evidência científica e intercâmbios e experiências realizadas entre 2005 e 2012, sendo que o custo anual médio por programa e indivíduo foi de 3,5 euros (total dos programas) (ver gráfico seguinte).

Gráfico 19. Custo médio anual por programa de prevenção e indivíduo abrangido



\* Técnico Superior - Montante pecuniário 2009 (1 201,48 Euros) de acordo com a Portaria nº 1553-C / 2008 de 31.12.2008.

\* As ajudas de custos, as deslocações e os flyers não estão incluídos.

\* Para o programa EEOO, o ano 2009 faz referência ao ano letivo 2008/2009; ano 2010 (ano letivo 2009/2010); ano 2011 (ano letivo 2010/2011) e ano 2012 (ano letivo 2011/2012)

\*O custo anual do programa EEOO entre 2009 e 2012, é uma estimativa partindo de um valor de referência.

\*Nos custos não estão contabilizados as horas de tratamento de dados para Trilhos, Copos, e Casa Pia.

Elaboração Própria. Fontes: Informação *ad-hoc* fornecida pelo IDT, I.P.

## Qualidade

No âmbito dos programas em análise constatou-se uma preocupação no desenvolvimento dos documentos e instrumentos que permitem aferir e melhorar a qualidade das intervenções. A própria intervenção específica em análise faz apelo, na sua própria definição, a um processo de qualidade. Neste sentido, foram emanados na generalidade dos programas manuais de boas práticas, manuais de apoio, manuais de procedimentos, linhas orientadoras e foram desenvolvidos sistemas de suporte para o registo e mecanismos de monitorização e avaliação. Relativamente à formação foram

desenvolvidas ações, no entanto não foi possível compilar informação conjunta dos programas em análise.

Sublinha-se que a existência destes instrumentos constitui um recurso que permite harmonizar as práticas e fomentar a qualidade, fornecendo ainda uma série de linhas de orientação para refletir e resolver determinados problemas de trabalho inerentes a esta área de intervenção.

### **Seleção, Acompanhamento e Monitorização dos Projetos**

Em relação ao processo de seleção de projetos, verifica-se que os projetos de prevenção desenvolvidos no âmbito do PORI foram sujeitos a um processo de seleção a partir de um procedimento concursal instaurado e cujas vagas para projetos foram identificadas com base nos diagnósticos territoriais e na priorização de necessidades de intervenção. Por outro lado, o mecanismo de financiamento destes programas envolveu um processo de acompanhamento e monitorização, por parte dos CRI, DR e serviços centrais, bem como a produção de relatórios de avaliação. Neste sentido, esta intervenção foi cumprida.

Os projetos do PIF também foram sujeitos a um processo de seleção e monitorização. O desenho do Programa previa a implementação de *“um sistema estruturado de seleção monitorização e avaliação dos projetos baseado em critérios de qualidade e eficácia”*. O processo de seleção adotado foi mesmo reconhecido pelo OEDT como uma boa prática, tendo sido inserido no seu portal na internet.

### **e) Conclusões e recomendações**

Entende-se que os diferentes projetos e programas em avaliação constituíram uma proposta inovadora e experimental, coerente com as premissas enunciadas no PNC DT. Estes projetos e programas 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, refletir sobre os seus resultados de modo a que se constituíssem como contributos orientadores para a intervenção preventiva futura. Passou-se por um processo avaliativo das estratégias e metodologias aplicadas em prevenção, com a participação de todos os intervenientes, de onde saíram conclusões que apontavam para a necessidade de um melhor conhecimento da realidade, maior rigor e aumento da qualidade das intervenções. As atuações previstas no âmbito das intervenções específicas em análise foram todas cumpridas recebendo portanto, nota positiva.

Em relação à eficiência, 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, o que terá contribuído para os baixos custos obtidos para o IDT, I.P. Um exemplo é a integração de alguns dos programas em quotidiano escolar e com um maior envolvimento de todos os parceiros.

Por sua vez, ao nível da qualidade os objetivos foram transversalmente conseguidos, tendo-se desenvolvido uma panóplia de ações em diferentes áreas (desde a definição de linhas orientadoras, competências, instrumentos de monitorização e avaliação, ações de formação, entre outras) que

permitem concluir que estas intervenções se pautaram essencialmente pela sua capacidade de integração na conceptualização e implementação dos programas.

No âmbito geral, a estratégia de intervenção da Prevenção auferiu de um grande estímulo com a implementação do PNCDT.

#### 5.4.2 Dissuasão

##### a) Objetivo

No âmbito da Dissuasão pretendeu-se avaliar a eficácia, a eficiência e a qualidade de intervenções neste vetor, 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 n.º 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, os Serviços de Saúde, os já extintos Governos Cívicos, EP, entre outros.

A estratégia de intervenção da Dissuasão supera a mera ótica da descriminalização do consumo, visando uma integração de respostas locais complementares que vá ao encontro das necessidades da população consumidora, tal como é referido no PNCDT<sup>182</sup>. Por outro lado, o vetor da Dissuasão tem com um dos seus principais objetivos sinalizar percursos de uso de drogas que podem originar consumos problemáticos, possibilitando uma intervenção precoce. Nesta linha de pensamento, o toxicodependente é considerado um doente que precisa de cuidados de saúde. Assim, a atuação das CDT sustenta-se grandemente na articulação estabelecida com os serviços centrais do IDT, I.P. e com a rede de recursos existente no âmbito local de cada CDT. As CDT estão sob a tutela direta do MS e do Ministério da Justiça (MJ). Já o vetor da Dissuasão é, por natureza, uma área de interseção e de articulação inter e intraministerial com uma área de intervenção mais abrangente, podendo, conforme os serviços com responsabilidade nesta área estar em tutelas diferentes. Destaca-se o reforço e a visibilidade do dispositivo da Dissuasão nas restantes áreas de atuação do IDT, I.P.

##### b) Resumo dos desenvolvimentos ocorridos no vetor Dissuasão entre 2005 e 2012

A “descriminalização” do uso de substâncias psicoativas ilícitas formalizou-se em 2000 com a Lei n.º 30/2000, de 29 de novembro, que representou a descriminalização da posse para consumo relativamente a todas as substâncias, com um limite definido para o efeito (quantidade relativa a um consumo médio individual para 10 dias). Acima do limite estabelecido na referida lei, constituía-se um processo-crime ao abrigo do Decreto-Lei n.º 15/93 (em vez de um processo de contraordenação por consumo)<sup>183</sup>. Esta alteração legal implicou a constituição de uma CDT por cada distrito do

<sup>182</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência, *Relatório de Atividades 2005*, Lisboa, IDT.

<sup>183</sup> Conferir o texto da lei disponível em URL:

território nacional. De 2005 a 2007, assistiu-se à falta de *quórum* em cinco das dezoito CDT (acrescidas da CDT de Coimbra a partir de meados de 2007). Em 2008 foi reposto o *quórum* destas Comissões, verificando-se um grande investimento no âmbito da Dissuasão a partir desta data.

Em 2006, foram reunidos os primeiros esforços para a criação de um organismo de coordenação das entidades diretamente envolvidas no vetor da Dissuasão, nomeadamente através da realização de uma reunião de trabalho com o Departamento de Apoio às Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (DACDT). Consequentemente, em 2007 cria-se a Subcomissão de Dissuasão do PNCDT, constituída por representantes do IDT, I.P., da Procuradoria-Geral da República, do Conselho Superior de Magistratura, da GNR, da PSP, da DGSP, da DGS e dos Governos Cívicos<sup>184</sup> que na atualidade é mais ampla pois integra, a partir de 2011, o álcool – Comissão de Dependências.

Em 2010, destaca-se o fortalecimento da articulação com as demais entidades envolvidas na efetivação da Lei n.º 30/2000, de 29 de novembro (CRI, Tribunais, Autoridades Policiais e Governos Cívicos), quer por parte do Gabinete de Apoio à Dissuasão (GAD) do IDT, I.P., quer por parte das próprias CDT. O investimento na Dissuasão também se refletiu ao nível financeiro, com um ligeiro aumento da verba adstrita pelo IDT, I.P. a este vetor nos anos de 2008 e 2009 (este último ano foi aquele em que o volume de investimento financeiro foi mais alto: 3.002.611 euros). Este crescimento da verba deveu-se à transição de competências dos Governos Cívicos para o IDT, I.P., no que diz respeito ao apoio administrativo (consumíveis e instalações), nos termos do Despacho n.º 4021/2009, de 3 de janeiro.

### c) Racional da avaliação

#### Metodologia

A avaliação do fomento da articulação intra e interministerial foi feita principalmente a partir de duas áreas. Por um lado, através da análise dos mecanismos estabelecidos para agilizar a comunicação e o trabalho com entidades envolvidas na aplicação da Lei n.º 30/2000, de 29 de novembro e, por outro, a partir do estudo das relações existentes entre estas entidades (por exemplo, os encaminhamentos das CDT, os processos de comunicação e *follow up* existentes entre esses organismos e/ou instituições, etc.). A partir das fontes disponíveis, foi feita uma análise dos dados quantitativos e qualitativos recolhidos para responder aos indicadores de avaliação estabelecidos (ver anexo 8, grelha enviada às CDT).

---

[http://www.idt.pt/PT/Legislacao/Legislao%20Ficheiros/Descriminaliza%C3%A7%C3%A3o\\_do\\_consumo\\_de\\_drogas\\_-\\_Lei\\_30-2000/lei\\_30\\_2000.pdf](http://www.idt.pt/PT/Legislacao/Legislao%20Ficheiros/Descriminaliza%C3%A7%C3%A3o_do_consumo_de_drogas_-_Lei_30-2000/lei_30_2000.pdf)

<sup>184</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP, *Relatório de Actividades 2007*, Lisboa, IDT, I.P.

## Fontes

As CDT fazem um trabalho de proximidade territorial, mediando diretamente situações relacionadas com o consumo, para além de aplicarem as respetivas sanções. Neste sentido, foi fundamental auscultar as dezoito Comissões correspondentes às divisões distritais nacionais, com o intuito de estudar o objetivo específico proposto para avaliação no domínio deste vetor. Em coordenação com os serviços centrais do IDT, I.P. foi enviado um pedido de informação às CDT, ao qual todas responderam.

Para além do pedido específico feito às Comissões, foram consultados os relatórios de atividades anuais do IDT, I.P. assim como os relatórios anuais “A situação do País em Matéria de Drogas” do Coordenador Nacional existentes para o período de 2006 a 2010.

Os dados quantitativos foram triangulados com os qualitativos recolhidos no contexto da TGN, no âmbito da qual participaram representantes das diversas autoridades policiais e das CDT. A entrevista realizada ao representante do OEDT, também fundamentou reflexões sobre esta original estratégia de combate à droga e às toxicodependências, em especial comparando-a com outras políticas europeias.

## Limitações

Pese embora se conheça a existência de procedimentos que visam assegurar a harmonização de registo entre as CDT através do Registo Central de Processos<sup>185</sup> (RC), para algumas das Comissões não foi possível fornecer os dados para a avaliação de determinados itens em causa neste estudo (e.g.: o tempo médio de atendimento ou o tempo médio de decisão dos processos), o que provocou algumas dificuldades na medição dos indicadores de eficiência e de qualidade.

## d) Resultados

### Eficácia

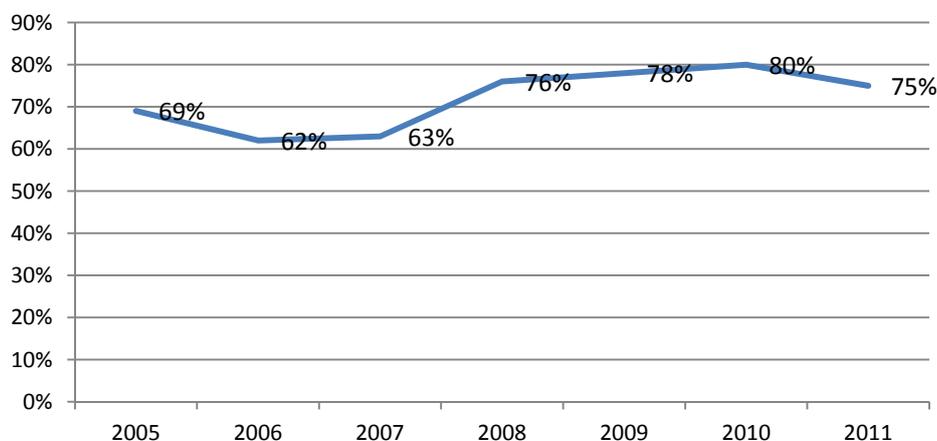
O número de processos nas CDT manteve-se estável no período em avaliação. Em 2005, as CDT tiveram um total de 7.368 processos e em 2011 esse número foi de 7.388. O ano em que verificou o maior volume de processos foi 2009, com 8.441 processos constituídos. Apesar da capacidade de decisão das CDT ter sido diferenciada ao longo deste período, devido à falta de quórum de algumas delas, a percentagem de processos decididos face aos constituídos subiu de forma significativa. Durante os sete anos analisados, a percentagem sobe principalmente a partir de 2008, como se pode ver no seguinte gráfico:

---

<sup>185</sup> O Registo Central de Processos é uma base de dados oficial na qual constam os registos de todos os processos de contraordenação por consumo a nível nacional, regulado nos termos da Portaria n.º 604/2001, de 12 de junho.

## Resultados

Gráfico 20. Evolução da percentagem de processos decididos nas CDT, 2005 - 2011<sup>186</sup>



Elaboração própria. Fontes: *Pedido de informação ad-hoc às CDT.*

Uma das áreas na qual se sentiu dificuldades no âmbito da estratégia da Dissuasão, prende-se com a articulação entre as várias entidades envolvidas na aplicação da Lei n.º 30/2000. Por um lado, as autoridades policiais referem que poucas vezes recebem *feedback* sobre o resultado dos autos/processos levantados e enviados para as CDT. Esta opinião é corroborada pela entrevista a membros do Conselho Diretivo do IDT, I.P. (ver anexo 3). Todavia, há que ter em conta que não existe obrigatoriedade legal de envio de retorno por parte das Comissões para as autoridades policiais<sup>187</sup>. Já no caso dos encaminhamentos das CDT para outros serviços e estruturas de intervenção na área da saúde, o artigo 12º da Lei nº 30/2000 define claramente que “a entidade de saúde pública ou privada escolhida pelo consumidor para fazer tratamento deverá informar “a comissão, de três em três meses, sobre a continuidade ou não do tratamento” (Lei n.º30/2000, p.6829). Constatou-se através da informação recolhida junto às CDT que, embora tenha sido estabelecido este requisito, esse *feedback* não é efetuado de forma sistemática.

Em termos de articulação, deve ser dado um destaque para o trabalho conjunto entre as CDT e os Tribunais. De facto, as CDT remetem processos para os Tribunais e vice-versa sempre que as quantidades apreendidas para consumo não se enquadrem nas alçadas de cada uma destas entidades. Nesse caso, o acompanhamento e *follow-up* funciona de forma suficiente e plena.

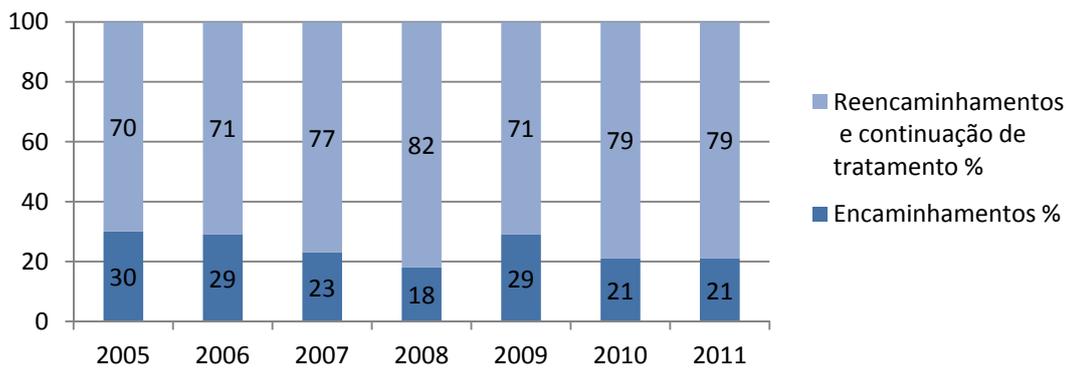
No que diz respeito ao direcionamento dos indiciados toxicodependentes para outras respostas durante o período em análise, sublinha-se que a percentagem de encaminhamentos de novos indivíduos para estruturas apropriadas revela o potencial da estrutura de Dissuasão para captar

<sup>186</sup> Duas CDT não puderam fornecer os dados necessários para este cálculo.

<sup>187</sup> No âmbito das reuniões anuais realizadas entre as CDT e as forças de segurança na maioria delas faz-se o levantamento dos autos recebidos e informam-se as forças de segurança (GNR e PSP) sobre o estado de cada processo instruído, em correspondência aos autos de contraordenação levantados, para melhor sensibilização, partilha de dados e fomento da articulação.

consumidores que nunca tinham contactado com serviços específicos de intervenção nos comportamentos aditivos e/ou de apoio social. As percentagens variam entre o mínimo de 18% de encaminhamentos no ano de 2008 e o máximo de 30% em 2005. Veja-se a distribuição dos encaminhamentos face aos reencaminhamentos<sup>188</sup> e redireccionamentos para continuação de tratamento<sup>189</sup> dos indiciados toxicodependentes no seguinte gráfico.

Gráfico 21. Evolução do n.º de encaminhamentos, reencaminhamentos e continuação de tratamento dos indiciados toxicodependentes (2005-2011)



Elaboração própria. Fontes: Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., *Relatórios de Actividades 2005-2011*, Lisboa, IDT, I.P.

Há que notar que a estratégia da Dissuasão, em consequência da descriminalização do consumo, gerou um grande interesse internacional, especialmente a partir de 2010, ano em que este interesse se marcou pela busca do conhecimento e da avaliação deste modelo<sup>190</sup>. Evidências deste interesse encontram-se nas publicações internacionais a propósito desta estratégia (Domoslawski<sup>191</sup>, Greenwald<sup>192</sup>, Hughes and Stevens<sup>193</sup>, *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA*<sup>194</sup>). Este facto veio fortalecer a implementação da estratégia do IDT, I.P., com resultados claramente positivos no que diz respeito ao combate à exclusão social (*idem, ibidem*). Já no que diz respeito à redução da procura, seria conveniente que se realizasse um estudo

<sup>188</sup> Os indivíduos que já se encontravam em programas de tratamento no passado mas que à data da constituição do processo na CDT não se encontravam em tratamento, são reencaminhados pelas CDT para tratamento.

<sup>189</sup> Os redireccionamentos para continuação de tratamento dizem respeito aos indivíduos que já se encontravam em processo de tratamento à data da constituição do seu processo na CDT. Assim, estes indivíduos são redireccionados para continuação de tratamento.

<sup>190</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., *Relatório de Actividades 2010*, Lisboa, IDT, I.P.

<sup>191</sup> Domoslawski, Artur (2011), *Drug Policy in Portugal: The Benefits of Decriminalizing Drug Use*, Warsaw, Hungria, Open Society Foundations.

<sup>192</sup> 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>

<sup>193</sup> 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.

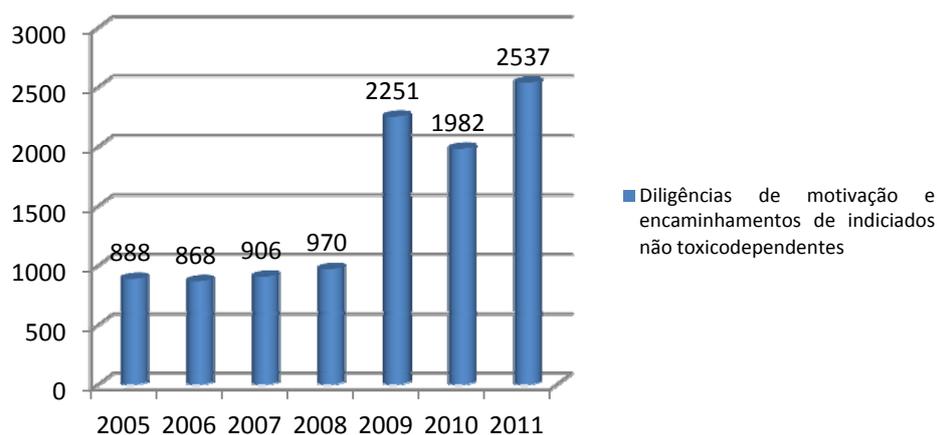
<sup>194</sup> EMCDDA (2011), *Drug Policy Profiles: Portugal*, Luxembourg, Publications Office of the European Union.

## Resultados

científico mais aprofundado para aferirmos dos resultados desta estratégia no que concerne a esta vertente. De qualquer forma, os trabalhos levados a cabo pelo professor Jorge Quintas<sup>195</sup> 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”. Para além disso, o investigador refere que existe uma articulação melhor entre o sistema legal e o sistema de saúde no âmbito do modelo da Dissuasão.

Um dos grandes pontos de sucesso de intervenção na área da Dissuasão relaciona-se com as respostas dadas aos indiciados não toxicodependentes que, perante uma situação de consumo, acedem a informação específica e recebem respostas de diversos teores. Podemos ver a evolução do número de suspensão de processos com diligências de motivação, encaminhamentos com diligências de motivação e encaminhamentos diretos para estruturas de apoio no seguinte gráfico.

*Gráfico 22. Evolução do n.º de suspensões de processos de indiciados não toxicodependentes com diligências de motivação, diligências de motivação e encaminhamentos e encaminhamentos diretos para estruturas de apoio*



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

Como podemos ver, entre 2005 e 2008, o número de suspensão de processos de indiciados não toxicodependentes mantém-se estável. A partir de 2009 este número mais do que duplica, em parte fruto do investimento feito no âmbito do vetor da Dissuasão no ano de 2008<sup>196</sup>. Entre 2009 e 2011, a variação do número de encaminhamentos é superior a 200%. Assim, podemos dizer que se torna muito relevante o trabalho de encaminhamento de indiciados toxicodependentes (ver gráfico

<sup>195</sup> Quintas, Jorge (2011), *Regulação legal do Consumo de Drogas*, Porto, Fronteira do Caos Editores.

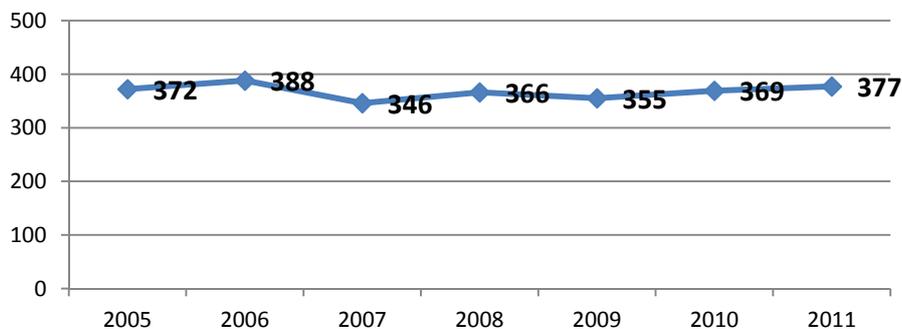
<sup>196</sup> É de sublinhar em particular a reposição de *quórum* em todas as CDT a partir de 2008 que terá sido um dos fatores que influenciaram esta subida de encaminhamentos de indiciados não toxicodependentes.

*Evolução do n.º de encaminhamentos, reencaminhamentos e continuação de tratamento dos indiciados toxicodependentes) que nunca tiveram contato com estruturas de tratamento para respostas adequadas, como ganha mais consistência o trabalho das Comissões no âmbito da dissuasão do uso e abuso de drogas, o seu primeiro propósito, dos consumidores classificados como não toxicodependentes (ver gráfico *Evolução do n.º de suspensões de processos de indiciados não toxicodependentes com diligências de motivação, diligências de motivação e encaminhamentos e encaminhamentos diretos para estruturas de apoio*).*

## Eficiência

Para medirmos a eficiência neste âmbito, enfrentámos uma série de obstáculos que se prenderam essencialmente com a falta de informação disponível. Por esta razão, foi impossível medir a eficiência de cada CDT para encontrarmos o respetivo rácio. A opção analítica consistiu em focalizar os custos financeiros globais com as CDT e fazer a relação desses recursos com o número de processos. Como se pode ver a seguir, 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. Há que ter em conta que segundo a Administração Geral da Justiça, a despesa por processo por 100.000 habitantes era, em 2007, de 525,25 euros. Deste modo, podemos ver que os custos por processo em cada CDT são inferiores aos custos apresentados nos tribunais judiciais de primeira instância<sup>197</sup>.

Gráfico 23. Custo médio por processo no total das CDT de 2005 a 2010 (em euros)



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

Ainda em termos de eficiência, há que ter em conta a formulação de novos mecanismos de articulação durante o período de vigência deste novo plano (PNC DT 2005-2011), compreendendo principalmente ações de formação (à comunidade escolar, às forças de segurança), reuniões de

<sup>197</sup> 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/caderno-indicadores-tribunais-2007.pdf?nocache=1212684815.51>

trabalho e protocolos de parceria estabelecidos com alguns dos seguintes organismos e entidades: Câmaras Municipais, forças de segurança, Centros de Saúde, CRI, CT, Centros pertencentes a Contratos Locais de Desenvolvimento Social (CLDS) e associações de desenvolvimento local, social e cultural. Muitas vezes, 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 outras espécies de apoio). Assim, pode constatar-se que perante uma rede de recursos locais onde geograficamente se insere cada Comissão, os profissionais afetos ao vetor da Dissuasão a nível local e, por vezes, com o apoio dos serviços centrais, conseguiram rentabilizar esse manancial de modos diversos com resultados positivos a vários níveis. Tal como reportado pelos profissionais, algumas das CDT (principalmente as que estiveram desprovidas de quórum durante um determinado período), não estabeleceram este tipo de parcerias por falta de recursos profissionais nas CDT. Finalmente, os despachos de delegação de poderes reforçaram uma intervenção mais estreita com as CDT e permitiram ao IDT, I.P. avaliar e criar mecanismos de harmonização de práticas e a sua respetiva promoção.

### Qualidade

Um bom indicador de qualidade de qualquer serviço é o número de queixas apresentadas. As CDT possuem um sistema próprio de queixas que implica o registo das mesmas em cada CDT 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<sup>198</sup>.

Sublinha-se a iniciativa da criação de um Manual de Boas Práticas em 2010 e que em 2011 se encontrava em fase de elaboração (com base nos contributos e troca de experiências entre os Técnicos e os membros das CDT, a nível nacional, em sede de reuniões realizadas no IDT, I.P.). Em termos de qualidade dos serviços, a existência de um Manual de Boas Práticas é fundamental pois constitui um recurso que permite harmonizar as práticas, tal como fornece uma série de linhas de orientação para refletir e resolver determinados problemas de trabalho inerentes a esta área de intervenção.

A falta de comparência dos indiciados prejudica a atuação das CDT. A partir do pedido de informação feito às Comissões, apurou-se que as comparências dos indiciados aumentaram de 40%, em 2005, para 76%, no ano de 2011<sup>199</sup>. É sabido que, em caso de não comparência do indiciado, a Lei n.º 30/2000 prevê que se prossiga com o processo, dispensando-se a presença do indiciado. A Lei prevê ainda várias formas de notificação dos indiciados, processos que normalmente contam com a colaboração das forças de segurança e, por vezes, de ER. Algumas Comissões procederam a uma articulação com organismos como o SEF (Serviço de Estrangeiros e Fronteiras), o ISS, I.P. e a DGCI (Direção Geral de Contribuições e Impostos), atual ATA (Autoridade Tributária Aduaneira), no

<sup>198</sup> As queixas foram registadas nos anos de 2008 e 2010, nas CDT de Évora e Viana do Castelo respetivamente.

<sup>199</sup> De fora deste cálculo ficaram quatro CDT que não forneceram dados para este item.

sentido de apurar a morada atualizada dos indiciados para envio das notificações. Deve referir-se ainda que algumas CDT adotaram uma postura muito pró-ativa para resolver o problema da não comparência dos indiciados. Algumas descentralizaram as audições para locais mais próximos dos indiciados (*e.g.* instalações disponibilizadas pelas respetivas Câmaras Municipais) no caso de o solicitarem expressamente, apresentando dificuldades de deslocação às instalações das CDT, seja pelos custos associados aos transportes públicos, pelos custos diretos e indiretos de transporte particular, seja por outros motivos de força maior, em particular, faltas ao trabalho ou dificuldades financeiras. Este tipo de medidas tem sido objeto de referência, apresentando um elevado índice de adesão por parte dos indiciados. No caso de outras Comissões, existem colaborações específicas com associações locais que asseguram o transporte de indiciados. O protocolo de cooperação entre o MAI e o IDT, I.P., em 2011 sobre a transição das competências estreitou a articulação, colaboração e redução de encargos entre CDT e forças de segurança.

Outras medidas empreendidas pelas CDT prendem-se com a alteração do horário de funcionamento, passando a abrir à hora do almoço. Esta medida também obteve bons resultados em termos de aumento das comparências. Portanto, nota-se que ao longo do período de 2005 a 2011, as Comissões não se cingiram aos mecanismos existentes na Lei, ensaiando várias estratégias para contornar os problemas encontrados na sua própria dinâmica de funcionamento<sup>200</sup>.

A implementação do SIADAP nas CDT ocorreu em 2011 por despacho que prevê a avaliação dos membros e 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 quando a finalização deste relatório.

#### **e) Conclusões e recomendações**

A estratégia da Dissuasão possui originalidade no contexto das políticas europeias de combate à droga e às toxicodependências e deve salientar-se o grande esforço feito para desenvolver várias ações neste domínio durante o período de 2005 a 2011. Em particular o efeito dissuasor dos consumos, que constitui o primeiro objetivo da estratégia deste vetor, 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. Nesta área, destacam-se também as ações de sensibilização sobre o uso e abuso de drogas por parte das CDT em articulação com o GAD, destinadas a indiciados não toxicodependentes, de acordo com o Despacho n.º 9467/2010, no nº4.1. alínea d)<sup>201</sup>. 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, como foi referido atrás.

A dinâmica local criada por muitas das CDT, rentabilizando uma rede de recursos locais através do estabelecimento de parcerias e protocolos, merece também destaque em termos de avaliação da

<sup>200</sup> Informação fornecida pelas CDT em resposta ao pedido de informação específico para o estudo de avaliação externa.

<sup>201</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., *Relatório de Atividades 2010*, Lisboa, IDT, I.P.

## Resultados

eficiência de funcionamento destas entidades durante o período em análise. Os custos financeiros com os processos mantiveram-se estáveis, como vimos, mas as comparências dos indiciados e os processos resolvidos tenderam a aumentar. Isto quer dizer que com igual quantidade de recursos se otimizou o funcionamento das CDT.

Para além do custo efetivo do processo, devem ter-se em conta as mais-valias de suporte que as CDT têm relativamente a um tribunal de pequena instância, tais como as equipas técnicas especializadas que permitem um acompanhamento dos processos e dos indiciados, assim como o encaminhamento para todo um leque de estruturas e respostas. Propõe-se realizar futuramente um estudo sistemático de comparação entre as duas estruturas, as dos tribunais e as criadas no âmbito do vetor da Dissuasão.

No domínio da qualidade, há a apontar o número absolutamente residual de queixas apresentadas (apenas duas durante o período em questão).

Os mecanismos construídos pelas Comissões no sentido de lidar com a não comparência dos indiciados nas audições revelam o fomento da articulação com outros organismos a nível local. No entanto, há que sublinhar que neste campo há desequilíbrios entre a atuação das várias CDT. Seria aconselhável que se estudasse a eficácia destas medidas experimentadas a nível local para saber se se deverão adotar a nível nacional. A divulgação das boas práticas de certas Comissões nesta área poderia ser eficaz. Note-se que já foram feitos esforços nesta área, principalmente através da promoção de reuniões entre os técnicos e os membros das CDT para partilha deste tipo de informação. Todavia, parece que este empenho não foi suficiente para atingir os objetivos propostos.

A nível formal foram delineadas várias medidas para fomentar a articulação inter e intraministerial, contudo conclui-se que existe necessidade de levar a cabo mais medidas que vão de encontro a este objetivo. No que diz respeito ao funcionamento das CDT e dos serviços centrais do IDT, I.P., os procedimentos legais que sustentam a referida articulação são maioritariamente cumpridos. Já no que diz respeito aos prestadores de cuidados especializados no âmbito da toxicodependência, não se pode dizer o mesmo. Assim, apresentaremos uma série de recomendações que vão no sentido de colmatar as dificuldades existentes.

Em primeiro lugar, parece fundamental promover ações de formação junto de outros serviços de saúde, no sentido de esclarecer os seus profissionais relativamente à estratégia da Dissuasão, em particular dos procedimentos legais que devem cumprir relativamente ao acompanhamento de *follow-up* e *feedback* dos processos entre instituições. Em segundo, as dificuldades que várias Comissões sentiram durante o período do PNC DT relativas à falta de *quórum*, sugerem a necessidade da formulação de um mecanismo mais ágil de nomeação/substituição dos elementos necessários ao funcionamento normal das CDT.

Também seria desejável a evolução do sistema de indicadores no âmbito da Dissuasão. No relatório de 2010, refere-se o planeamento de uma “base de dados tipo para trabalhar dados estatísticos de uma forma comum a todas as CDT”<sup>202</sup>. Seria importante que se incluíssem nessa base de dados

---

<sup>202</sup> *Idem*.

informações de cariz qualitativo, como por exemplo medidas inovadoras para lidar com o leque de obstáculos ao funcionamento das estruturas da Dissuasão ou, em alternativa, proceder à regulamentação da prática, por exemplo, através da realização de reuniões de *benchmarking*. A conclusão do manual de procedimentos também seria uma mais-valia para otimizar a intervenção no vetor da Dissuasão.

Por fim, é de salientar os esforços empreendidos para lidar com a extinção dos serviços dos Governos Cívicos no ano de 2011<sup>203</sup>, consubstanciados na construção de propostas alternativas com o fim de não prejudicar o normal funcionamento das Comissões e os próprios indiciados (IDT, I.P.: 2011, P.60). Em particular o protocolo estabelecido entre o MAI e o IDT, I.P. sobre a transição de competências que estreitou a colaboração e a redução de encargos entre CDT e forças de segurança permitiu uma boa articulação e deu origem a uma harmonização de procedimentos entre as CDT.

No cômputo geral, a estratégia de intervenção da Dissuasão auferiu de um grande estímulo com a implementação do PNCDT. Recomenda-se que este trabalho se continue, se possível incorporando as sugestões apresentadas.

### 5.4.3 Redução de Riscos e Minimização de Danos

#### a) Objetivo

No âmbito do vetor da redução de RRMD o caderno de encargos inclui a avaliação da eficiência, a eficácia e a qualidade de intervenções, particularmente a construção de uma rede global de respostas integradas com parceiros públicos e privados. A abordagem da RRMD baseia-se no pragmatismo e na compatibilidade com uma estratégia de saúde pública, centrando-se particularmente nas consequências ou nos efeitos dos comportamentos dependentes. Por um lado, visa a estabilização do comportamento problemático relacionado com o consumo de drogas e a prevenção das respetivas consequências. Por outro lado, esta forma de intervenção assenta na promoção do acesso a serviços de baixa exigência, alternativamente a respostas tradicionais de alta exigência<sup>204</sup>. Para além disso, inclui a intervenção em contextos recreativos. Neste domínio, a atuação não se dirige apenas a prevenir ou minimizar consequências potencialmente negativas de comportamentos dependentes especificamente, pois os consumos efetuados podem não configurar uma situação de dependência. O Decreto-Lei n.º 183/2001 de 21 de junho, define o Regime Geral das Políticas de Prevenção e de RRMD. No PNCDT estabelece-se uma série de objetivos específicos a cumprir durante o período da sua implementação. O objetivo que se encontra em avaliação neste capítulo faz parte deste conjunto.

---

<sup>203</sup> Conferir o Decreto-Lei n.º114/2011 de 30 de novembro de 2011, Diário da República n.º 230/30 – Iª Série, Ministério da Administração Interna, Lisboa.

<sup>204</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência, *Relatório de Atividades 2005*, Lisboa, IDT.

**b) Resumo dos desenvolvimentos ocorridos no vetor RRMD entre 2005 e 2012**

Para além da regulamentação da intervenção em RRMD, levada a cabo em 2001 (com o Decreto-Lei n.º 183/2001, de 21 de junho), os passos mais importantes no âmbito da RRMD são dados em 2003, altura em que se constitui o Núcleo de Redução de Danos. No plano Horizonte 2004 refere-se a existência de duas redes de RRMD: a rede primária, composta por ER e a rede secundária, estruturada por gabinetes de apoio (alguns deles com camas de emergência) e por centros de acolhimento. Como não existia uma rede integrada em RRMD, nesta altura surgiram programas municipais como, por exemplo, o “Porto Feliz” (em execução de 2002 a 2006).

A proximidade e a centralidade no cidadão (e não na substância) são princípios basilares das intervenções no domínio do RRMD que se encontram explícitos no PNCDT 2005-2012. Em primeiro lugar, e segundo os objetivos traçados no plano, pretendia-se implementar e/ou reforçar estruturas de proximidade e às quais o cidadão pudesse facilmente aceder tais como ER, PCI, unidades móveis e gabinetes de apoio. Em segundo lugar, exprimiu-se o desejo de dar continuidade ou promover a criação de estruturas intermédias (centros de acolhimento e centros de abrigo) que favorecessem a estabilização dos utentes encaminhados pelas estruturas de proximidade, que ainda não possuísem condições para aceder a programas de tratamento. Como meta fundamental no âmbito desta intervenção, fixou-se a disponibilização de PSO-BLE no contexto destas estruturas. O PTS é também referido como um projeto a manter e a aperfeiçoar, assim como se propõe a avaliação de intervenções inovadoras como as máquinas de troca de seringas e as salas para consumo assistido. Finalmente, é ainda referida a necessidade de fazer uma articulação e mobilização das unidades especializadas do IDT, I.P., e restantes unidades do MS com as estruturas de proximidade, no sentido de alargar a intervenção em RRMD e de construir respostas integradas segundo as lacunas identificadas.

A partir de 2005 fizeram-se muitos avanços no vetor de RRMD. A carteira de serviços neste âmbito de intervenção incluía, em 2005, os seguintes itens: troca de seringas, distribuição de material assético e preservativos, divulgação e distribuição de material informativo, primeiros socorros em situação de negligência ou de emergência, encaminhamentos sócio sanitários, respostas de terapêutica medicamentosa, PSO, apoio psicológico e social. No mesmo ano, regulamentaram-se as estruturas de RRMD, tal como se deu início à criação de um quadro conceptual de orientação estratégica para a intervenção na luta contra a droga e a toxicodependência, de acordo com uma perspetiva territorial, integrada e participativa.

Em 2006 implementou-se o Programa KLOTHO em duas estruturas de RRMD. Foi dada atenção à necessidade de formação dos técnicos de ER e por isso iniciaram-se algumas ações nesse sentido. Tal como estava previsto no PNCDT, avaliam-se propostas inovadoras em RRMD como as máquinas de troca de seringas e as salas de consumo vigiado. Visando uma perspetiva integradora das respostas, inicia-se também a designação da figura do interlocutor de RRMD nos CAT.

Em 2007, encetam-se processos de articulação com as IPSS para a implementação de programas de substituição com agonistas. Em termos legislativos, o ano de 2007 representou um ano em que foram introduzidas algumas alterações. Em primeiro lugar, publicam-se as portarias n.º 748/2007 e n.º 749/2007 que regulamentam, respetivamente, a criação e funcionamento e o financiamento de estruturas sócio sanitárias de RRMD. A primeira Portaria revoga a n.º 1115/2001 de 20 de setembro. Apresenta-se neste momento, a primeira proposta para salas de consumo assistido. O PTS começa a ser avaliado neste ano e cria-se um documento metodológico para a intervenção, a par da realização

das primeiras formações específicas de técnicos para este tipo de ação. Deve destacar-se também a intervenção em contextos festivos, particularmente no contexto do Festival “Rock in Rio”, a partir da qual se produziu um relatório.

No ano de 2008, o programa KLOTHO está implementado em 35% das estruturas de RRMD. Este ano destaca-se como uma altura de grande produção de documentos normativos e orientadores da intervenção em RRMD. No campo dos PSO-BLE, salienta-se que a sua implementação atinge 38% das estruturas de RRMD. Ao nível da definição das competências e atividades das equipas de RRMD, também se elabora um documento técnico-normativo. O projeto-piloto das salas de consumo assistido é também apresentado pela primeira vez. Na intervenção em contextos recreativos ou festivos, produz-se um documento de trabalho com vista a criar condições de aceitação dos técnicos por parte dos organizadores das festas. No âmbito do PORI, financiam-se 29 projetos com intervenção em RRMD. Finalmente, merece atenção o trabalho com os grupos mais vulneráveis, pois apresenta-se uma proposta para campanhas de informação e de sensibilização acerca dos riscos de *overdose* nos EP.

Em 2009, continuou-se o trabalho com os grupos socialmente mais excluídos, avaliando-se a implementação do PTS nos EP, assim como se elabora um plano de adaptação nesta área. Dando continuidade ao trabalho do ano precedente, constrói-se uma proposta de programa de informação e sensibilização de interlocutores-chave sobre RRMD nos EP. Mais uma vez, a produção de documentos orientadores para a intervenção ganha relevo com a conclusão de um manual de intervenção em espaços recreativos, tal como se realiza um diagnóstico regional das necessidades existentes neste domínio.

Os anos de 2007, 2008 e 2009 constituíram momentos de intenso trabalho no domínio do vetor da RRMD, por isso em 2010 deu-se continuidade à grande parte dos projetos e atividades iniciados nesse período. Neste ano, sublinha-se o facto de se ter respondido a todas as solicitações de intervenção em contextos festivos, assim como a produção de instrumentos de caracterização dos mesmos e a proposta de temas de formação nesta área. Como os procedimentos de avaliação já se encontram implementados nesta altura, cumpre-se com o preenchimento dos respetivos instrumentos. O sistema de ADR substitui o programa KLOTHO no ano de 2009 e prevêem-se ações de formação nesta área durante o ano de 2010. Os planos de intervenção em territórios com vulnerabilidade crítica, em especial nos bairros do Lagarteiro, da Cova da Moura e do Vale da Amoreira, são também merecedores de destaque.

Em 2011, continuou-se o trabalho nas várias áreas referidas, assim como se focalizou a sistematização do trabalho em contextos recreativos patente na reflexividade materializada na produção de relatórios e na organização de reuniões de acompanhamento. A implementação do sistema de recolha de informação em todas as estruturas de RRMD, marca também um momento importante da intervenção neste vetor. Todas as estruturas apresentam relatórios mensais neste ano. Finalmente sublinha-se que 87% das estruturas têm implementado o sistema ADR no final de 2011.

Pelos dados apresentados, pode dizer-se que durante o período de implementação do PNCDT foram feitos muitos avanços nas várias áreas de intervenção de RRMD. Importa agora avaliar, com mais detalhe, a intervenção proposta no caderno de encargos.

### c) Racional da avaliação

#### Metodologia

A avaliação da construção de uma rede global de respostas integradas com parceiros públicos e privados foi feita principalmente a partir de três áreas. Em primeiro lugar, através da análise da evolução do número de respostas implementadas entre 2005 e 2012 (incluindo estruturas e programas), do seu grau de integração e da respetiva população abrangida. Em segundo, pelo estudo das intervenções em RRMD em termos do orçamento envolvido nesta abordagem. Por fim, a partir da definição de linhas orientadoras para a intervenção, garantia da qualidade dos serviços prestados.

#### Fontes

As fontes de dados que estruturaram a presente avaliação foram essencialmente os relatórios de atividades do IDT, I.P. Igualmente, as TGN desenvolvidas propiciaram informações de grande utilidade para levar a cabo esta tarefa. Particularmente, as técnicas nas quais participaram os profissionais dos CRI, dos PRI e das equipas de RRMD contratualizadas, foram importantes para aferir da eficácia, da eficiência e da qualidade do vetor da RRMD, no que diz respeito ao objetivo proposto. Para a análise económica foi solicitada informação *ad-hoc* ao IDT, I.P. Foram consultados ainda os documentos produzidos pelo IDT, I.P. especificamente neste vetor.

#### Limitações

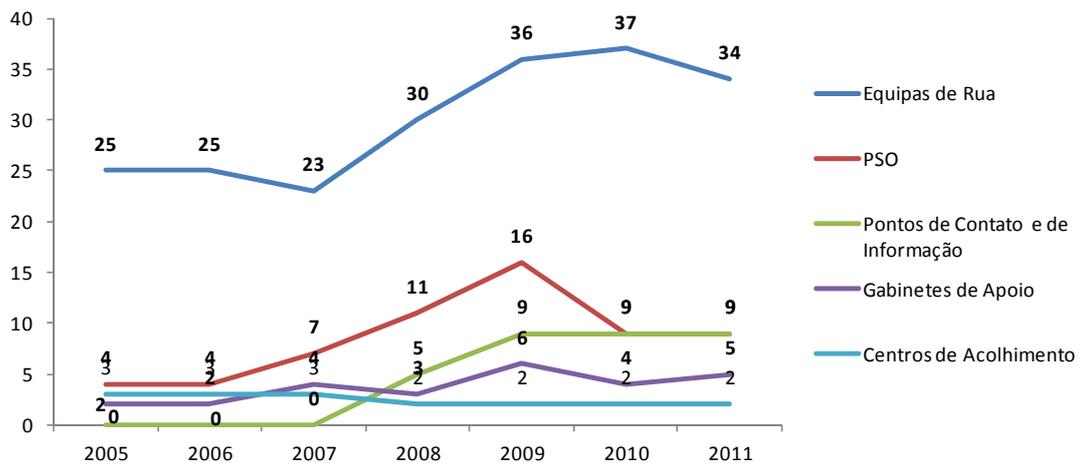
Muitos dos dados analisados não estão disponíveis para todos os anos do período de implementação do PNC DT, o que limita uma visão evolutiva mais clara dos desenvolvimentos sucedidos neste vetor e, especificamente, na intervenção proposta. Deve ter-se em conta que a estratégia da RRMD se encontrava, à data de redação do plano, pouco consolidada, ao contrário de outras. Assim, podemos justificar que o modo de recolha e apresentação dos dados estivesse, de certo modo, em experimentação, tal como o esteve uma série de projetos e programas neste vetor. Assim, as limitações encontradas tornam-se inevitáveis, pois fala-se de uma área de intervenção inovadora e em verdadeira expansão durante o período em análise.

## d) Resultados

### Eficácia

Neste vetor foi implementado um amplo leque de respostas a nível nacional. Como se pode observar no gráfico abaixo, foi dado um grande impulso a estas estruturas com a implementação do PNCDT. Destaca-se a promoção de PCI e o aumento de PSO a partir de 2008.

Gráfico 24. Evolução do n.º de respostas de RRMD, 2005-2011



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

A percentagem dos beneficiários de cuidados de saúde que foram vacinados situou-se entre os 4,17% em 2009<sup>205</sup> e os 2,83% em 2011<sup>206</sup>. Fica por apurar a percentagem de beneficiários de cuidados de saúde que teriam necessidade de vacinação para alcançar uma visão mais clara da atuação em RRMD nesta área.

12.550 utentes foram contactados no âmbito das respostas de RRMD<sup>207</sup> no ano de 2011. No que diz respeito aos indivíduos, sublinha-se o facto do n.º de utentes contactados em média e por mês ser de 4.827, em 2009, de 7.032, em 2010, e de 5.979 em 2011. Vê-se que existe um aumento significativo de 2009 para 2010 e depois um ligeiro decréscimo de 1,7% em 2011. Acresce a este número os 52.683 indivíduos contactados pelos PCI em 2011.

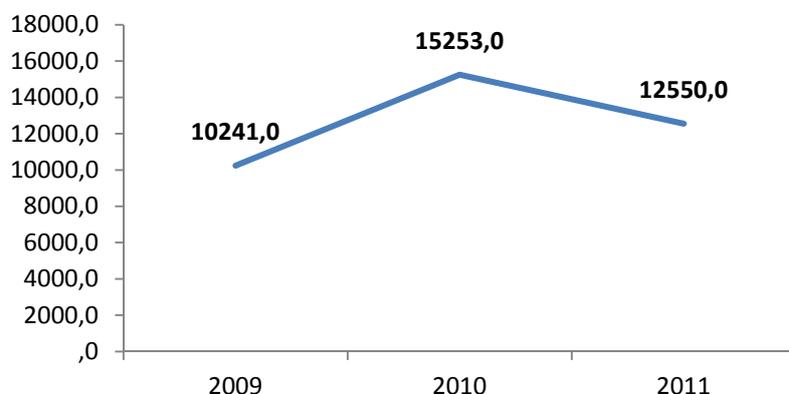
<sup>205</sup> Dados apresentados dizem respeito as Equipas de Rua, Gabinetes de Apoio, e PSoble.

<sup>206</sup> Dados apresentados dizem respeito as Equipas de Rua, Gabinetes de Apoio, PSoble e Centros de Acolhimento.

<sup>207</sup> Equipas de Rua, Gabinetes de Apoio, PSoble e Centros de Acolhimento.

## Resultados

Gráfico 25. N.º de utentes contactados no ano por estruturas de RRMD\*, 2009-2011



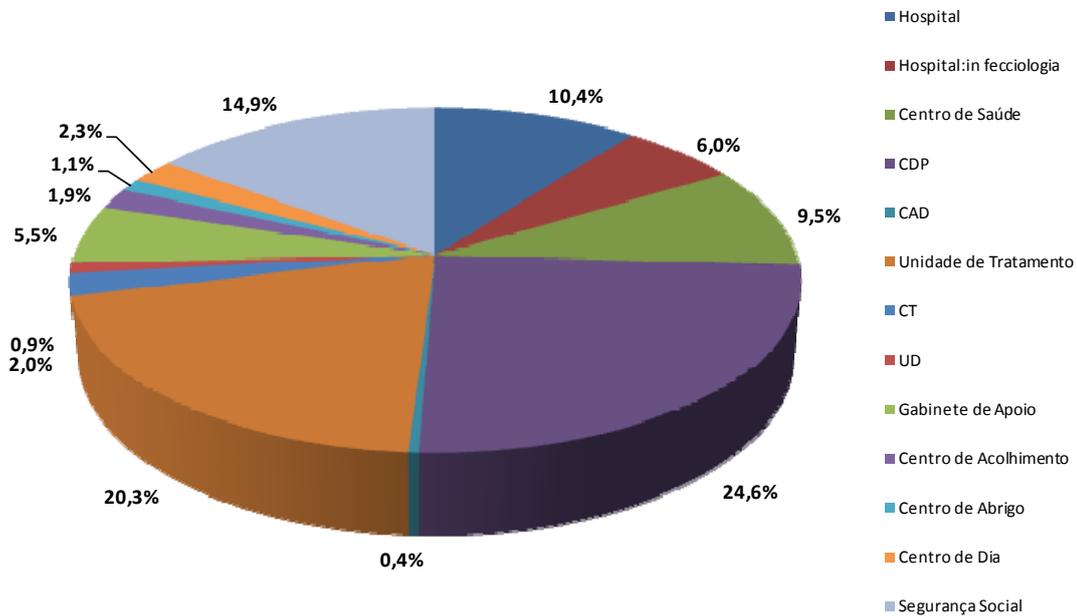
\* Não inclui a intervenção em contextos recreativos.

Elaboração própria. Fonte: Instituto da Droga e da Toxicod dependência, I.P., *Relatórios de Atividades 2009-2011*, Lisboa, IDT, I.P.

Do universo de utentes contactados, 72% beneficiaram de apoio psicossocial, 18% de cuidados de saúde e 13% foram encaminhados para outros serviços<sup>208</sup>. Verificou-se um aumento de 41% em termos do apoio psicossocial prestado entre 2009 e 2011, o que revela que o investimento feito nesta área, deu os seus frutos. Ao lançar o olhar para os dados relativos aos encaminhamentos dos utentes de RRMD feitos para os diversos serviços entre 2009 e 2011, vê-se que em média 24,6% dos mesmos são feitos para Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) e 20,3% são encaminhamentos para Unidades de Tratamento (UT). A percentagem de encaminhamentos para infeciologia situou-se na média dos 6%. Relativamente aos encaminhamentos, há ainda que ressaltar que o leque de respostas é muito diverso e abrangente. Os utentes dos serviços agrupados neste vetor são encaminhados para um amplo conjunto de respostas tais como Hospitais, Centros de Saúde, CT, UD, Gabinetes de Apoio, Centros de Acolhimento, etc.

<sup>208</sup> Instituto da Droga e da Toxicod dependência, I.P., *Relatório de Atividades 2011*, Lisboa, IDT, I.P.

Gráfico 26. Distribuição média de utentes encaminhados para diversos serviços entre 2009 e 2011



Elaboração própria. Fonte: Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., *Relatórios de Atividades 2009-2011*, Lisboa, IDT, I.P.

25% dos utentes contactados em média por mês encontram-se em PSO-BLE.

Um dos objetivos propostos no domínio do vetor da RRMD era a avaliação de respostas inovadoras, tal como referido. De facto, foi elaborada uma proposta para a constituição de salas de consumo assistido em 2007. Foi construída uma proposta inicial para as unidades de longa duração a qual não teve desenvolvimento na discussão com parceiros.

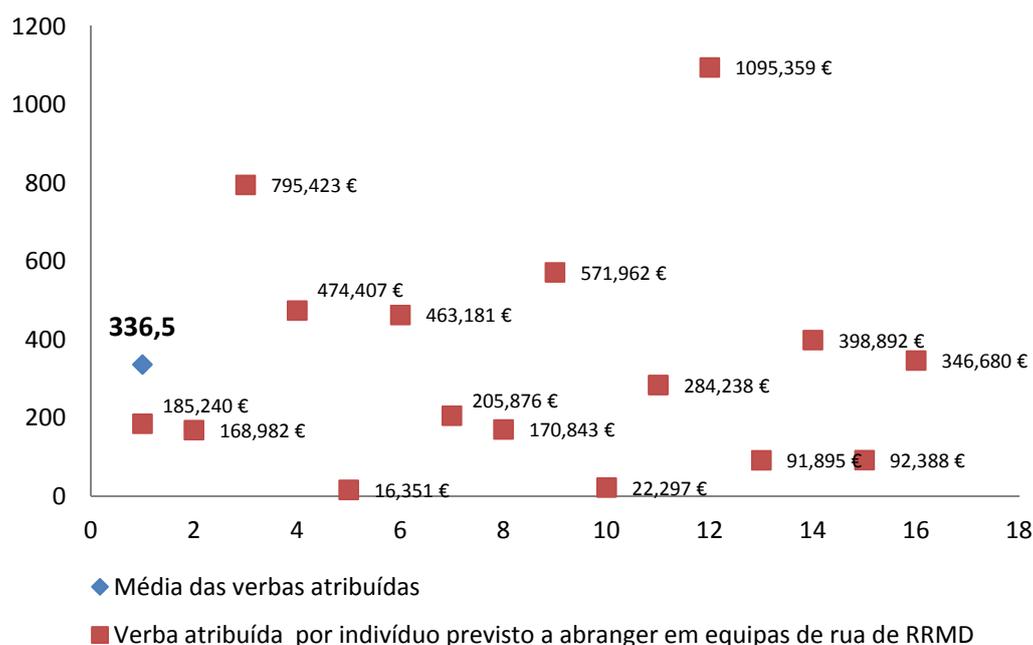
## Eficiência

Relativamente à eficiência, isto é, à relação entre os recursos despendidos e os resultados alcançados, procedeu-se a uma estimativa das verbas atribuídas por indivíduo a abranger em ER de RRMD face à média das verbas atribuídas para o período compreendido entre 2008 e 2014, com base numa amostra dos projetos de RRMD desenvolvidos. A média anual das verbas atribuídas é de 336,5 euros 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, situação que se prende essencialmente com os serviços incluídos em cada equipa e a subsequente variação de indivíduos abrangidos. Assim, as equipas cuja verba atribuída por utente é menor correspondem: i) a equipas que também intervêm em contexto recreativo (bares, discotecas, festas e/ou festivais de verão) sendo que o tipo de intervenção incide muito mais na disponibilização de informação pontual do que num acompanhamento psicossocial realizado junto de toxicodependentes sem enquadramento

## Resultados

sócio familiar e, ii) a equipas que trabalham com um leque alargado de população (trabalhadores sexuais, sem abrigo, toxicodependentes, entre outros).

Gráfico 27. Verbas atribuídas por indivíduo previsto a abranger por ano em equipas de rua de RRMD (2008-2014)

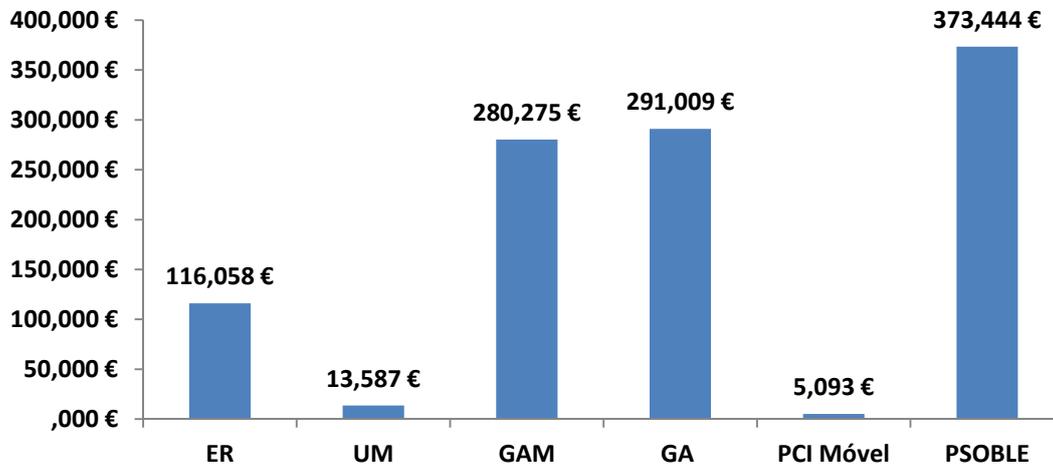


Elaboração própria. Fonte: Pedido de informação ao IDT, I.P.

Para se ter uma noção mais clara dos gastos por cada tipo de estrutura de RRMD<sup>209</sup>, pode observar-se o gráfico a seguir, que resulta também de cálculos aproximados, pois não existem elementos relativos a este item de todos os projetos de RRMD implementados. Pela natureza do serviço prestado os PSO-BLE são a estrutura de RRMD mais dispendiosa, se comparada com as restantes. Um indivíduo em PSO-BLE custa por ano aproximadamente 373,44 euros. Seguidamente, os gabinetes de apoio fixos e móveis representam as estruturas com custos previstos mais altos, com uma média de 291,01 euros para o primeiro tipo e de 280,27 euros para o segundo. A estimativa da verba atribuída por indivíduo atendido por ER é de 116,06 euros. Os PCI e as UM têm uma previsão de verba atribuída por indivíduo muito mais baixa.

<sup>209</sup> Cada estrutura é financiada segundo uma determinada tipificação mas na sua intervenção, engloba uma carteira de serviços muito mais abrangente que varia de projeto para projeto. Por outro lado, quando se comparam os custos de uma ER com os de um Gabinete de Apoio importa considerar, por exemplo, que a ER pode ter um Gabinete de Apoio de retaguarda e que o Gabinete de Apoio pode fazer giros de rua regularmente.

Gráfico 28. Verba média atribuída por ano às estruturas de RRMD por indivíduo previsto abranger (2008-2012)



Elaboração própria. Fonte: Pedido de informação ao IDT, I.P.

### Qualidade

A recolha de informação com vista à avaliação das atividades desenvolvidas em RRMD, caminhou a par da implementação de uma série de estruturas e de projetos. Desde 2001 que estão definidas as seguintes estruturas e programas de RRMD no Decreto-Lei n.º 183/2001 de 21 de junho<sup>210</sup>: Gabinetes de apoio a toxicodependentes, centros de acolhimento, centros de abrigo, PCI, espaços móveis de prevenção de doenças infecciosas, PSO-BLE, PTS, ER e programas para consumo vigiado. É sabido que os serviços prestados em RRMD excedem os definidos pelo Decreto-Lei mencionado, especialmente no âmbito de atuação das ER.

Em 2006, destaca-se a produção de um guia metodológico para o PTS, resultante dos trabalhos desenvolvidos para articulação com a ANF, a Coordenação Nacional para a Infeção VIH/SIDA e o Gabinete de Apoio Terapêutico (GAT). Nesta altura, fez-se também o primeiro estudo de caracterização dos utentes das ER, crucial para nortear a intervenção nos anos seguintes.

Em 2007, e ainda no que diz respeito às ER, foi feito um estudo de avaliação dos resultados da sua intervenção, assim como se definiram técnica e normativamente as competências e atividades das equipas de RRMD. 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, constituiu uma garantia da imposição de normatividade e das condições de prestação de serviços nesta área. Este ano foi rico em termos de produção de *guidelines*, pois também se elaboraram orientações técnicas para a implementação de

<sup>210</sup> Decreto-Lei n.º183/2001 de 21 de junho de 2011, Diário da República n.º 142 – Iª Série - A, Presidência do Conselho de Ministros, Lisboa.

PSO-BLE, dirigidas às IPSS para discussão nos serviços do IDT, I.P.. Por fim, convém ressaltar o trabalho desenvolvido em meio prisional com a criação do guia metodológico para a implementação do projeto piloto Programa Específico de Troca de Seringas, em colaboração com a DGSP e a Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA.

No ano seguinte, o investimento na área da qualidade disse respeito essencialmente à RRMD em contextos recreativos, com o desenho de propostas de definição das regras de segurança nestes espaços e do documento de trabalho para criar as condições de aceitação dos técnicos pelos organizadores das festas.

Em 2009 foi adaptada a base de dados para os indicadores de execução dos projetos no âmbito deste vetor. Para a sua adaptação concorreram principalmente dois documentos de trabalho, a saber uma proposta de investigação sobre indicadores e uma análise de indicadores das estruturas de RRMD. Pode considerar-se que esta revisão dos indicadores de execução representou o grande marco de qualidade em RRMD durante o período de implementação do PNCDT. Igualmente, a avaliação das estruturas de RRMD baseada numa análise técnica das DR para apreciar a pertinência do alargamento das respostas existentes, pode ser considerado um importante momento de reflexão sobre a estratégia de RRMD em Portugal. Para além desta relevante avaliação, destaca-se a produção de um documento com a definição de circuitos e procedimentos para consolidar e aperfeiçoar o modelo de acompanhamento, monitorização e avaliação de RRMD. A edição de um guia de apoio com orientações técnicas para intervenção neste sector, representa também um ponto de solidificação da intervenção nesta área. Deve notar-se que simultaneamente se propôs a criação de uma comissão de validação dos materiais de suporte da intervenção e uma grelha de critérios de qualidade para a criação e uso desses materiais, o que atesta o esforço de corroboração dos conteúdos de orientação produzidos. Outro passo muito relevante nesta área foi dado com a proposta de modelo de certificação apresentada, assente em parâmetros para a análise de requerimentos de autorização de criação e funcionamento das estruturas de RRMD. Mais uma vez avançou-se na qualidade da atuação desenvolvida em contextos recreativos com a proposta de trabalho interna de uma grelha de critérios para a seleção de eventos alvo de intervenção. Concluindo a análise deste ponto em 2009, resta referir que se decidiu apoiar projetos de investigação-ação neste domínio, uma ótima ferramenta de qualidade da intervenção pois o estudo da realidade na qual se intervém e da intervenção em si mesma, é uma das maiores garantias da melhoria contínua do desempenho profissional em qualquer campo de trabalho.

A criação de um *portfolio* de projetos de RRMD apoiados pelo IDT, I.P.<sup>211</sup> proporciona um conhecimento detalhado de todas as iniciativas existentes, incluindo localização geográfica, tipo de contexto de consumo de drogas, caracterização geral da população-alvo e dos “clientes” e os equipamentos e serviços prestados no âmbito dos projetos. Este documento é um bom sinal dos avanços empreendidos na área da qualidade em 2010, e para o qual foi fundamental a criação de uma base de dados para o registo dos serviços prestados nestes projetos. Consequentemente foi criado um documento para acompanhamento e avaliação destes projetos, um elemento crucial de qualidade. O manual de RRMD terminado neste ano é uma base fundamental para o trabalho neste

---

<sup>211</sup> “*Portfólio* de projetos de redução de riscos e de minimização de danos apoiados pelo IDT”, disponível em URL: [http://www.idt.pt/PT/ReducaoDanos/Documents/2011/Portfolio\\_%20Projectos\\_2011.pdf](http://www.idt.pt/PT/ReducaoDanos/Documents/2011/Portfolio_%20Projectos_2011.pdf)

vetor. Continuou a investir-se nos contextos recreativos, nomeadamente através da elaboração de *guidelines* para a atuação neste domínio. Em colaboração com a Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA finalizou-se o manual de procedimentos para troca de seringas. A realização de auditorias nesta área é um elemento que também contribuiu para o intenso trabalho desenvolvido na área da qualidade em RRMD (foram realizadas um total de 9 auditorias neste ano).

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 do Núcleo de Redução de Danos. Já que os contextos recreativos eram os campos de intervenção nos quais se trabalhava sistematicamente há menos tempo, fizeram-se nesta altura propostas de orientação geral para a atuação dos profissionais. De sublinhar são também as oito iniciativas desenvolvidas em parceria para o diagnóstico, aconselhamento e referenciação de doenças infecciosas, um elemento que atesta os esforços feitos no sentido de alcançar a qualidade de uma rede global de respostas integradas baseada em parcerias com entidades públicas e privadas.

## e) Conclusões e recomendações

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 IPSS, o que permitiu chegar a franjas mais alargadas e vulneráveis da população, assim como proporcionar uma vasta rede de serviços aos utentes, algo praticamente inexistente antes do PNCDT 2005-2012. Adicionalmente foi assegurada a complementaridade na intervenção entre os prestadores de serviços em RRMD, através da integração do vetor de RRMD nos CRI e da criação da figura do interlocutor em RRMD nestes centros. O trabalho desenvolvido nos EP, com o programa troca de seringas e as ações de sensibilização realizadas nestes espaços, também confirma o alcance da intervenção desejada.

Pode dizer-se que a intervenção em RRMD auferiu de um grande estímulo no período de implementação do PNCDT, patente no aumento significativo das estruturas de RRMD, na elevação do número de utentes contactados (mais 22,5% em 2011, face ao ano de 2009), assim como no número de beneficiários de cuidados de saúde no âmbito deste vetor que é 45% mais elevado em 2011 face a 2009.

A manutenção e aperfeiçoamento do programa de troca de seringas, com a criação de *guidelines* de intervenção, equivaleram a um aumento da eficácia e da qualidade desta rede global de respostas integradas com parceiros públicos e privados. Por último, cabe referir que a rede de parceiros das estruturas de RRMD é muito ampla, pois pode ler-se a abrangência de relações inter e intra-institucionais nos dados indiretos dos encaminhamentos dos utentes e no conjunto diverso de entidades que colaboram com estas estruturas, especialmente no âmbito dos PRI.

No que diz respeito à qualidade, há que destacar que foi feito um grande investimento na reflexividade da atuação em RRMD, particularmente através da elaboração de uma panóplia de

manuais de RRMD, da realização de diversas reuniões de acompanhamento das intervenções neste vetor, da criação de uma carteira de serviços plasmada no *portfolio* de projetos na implementação do InPAR, um projeto de investigação-ação com potencialidades de incrementar a qualidade dos serviços prestados pela informação sistemática proporcionada.

Foi criada a figura de interlocutor de RRMD no âmbito dos CRI, assim como, em 2007, se propôs um documento de articulação entre dispositivos de RRMD e as ET destes centros, segundo as recomendações estabelecidas nos conteúdos funcionais.

A estratégia de RRMD exige um grande esforço de articulação em várias escalas. Em primeiro lugar, a nível macro, pelas necessidades de conexão com instituições e entidades nacionais como, por exemplo, a Coordenação Nacional para a Infecção VIH/ SIDA. Seguidamente, no plano meso, pelas oportunidades e constrangimentos que se colocam na comunicação com as comunidades e os territórios nos quais se inserem as respostas de RRMD, por exemplo, expressas em sede de Núcleo Territorial. Em último lugar, a abordagem de RRMD estabelece-se como uma área de intervenção que impõe grandes desafios ao nível microssocial, pela intervenção de proximidade com o indivíduo e o seu contexto socialmente mais restrito. Globalmente, os dados analisados relativos às intervenções no âmbito da RRMD mostram que foi trilhado um longo e fértil caminho durante o período de implementação do PNCDT, criando-se uma rede de respostas integradas que era praticamente inexistente e que se revela absolutamente fundamental no domínio da intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências. Tais estruturas, redes, serviços e respostas deverão ser mantidos mesmo em contextos de especial adversidade económica, pois pelo seu cariz de proximidade e de integração não poderão ser substituídos por outras estratégias.

#### 5.4.4 Tratamento

##### a) Objetivo

No âmbito do tratamento visou-se avaliar a eficiência, a eficácia e a qualidade de intervenções deste vetor, em específico a disponibilização de uma oferta de programas de tratamento e de cuidados, abrangendo um amplo leque de abordagens psicossociais e farmacológicas, orientadas por princípios éticos e por evidência científica tal como previsto no Caderno de Encargos. No que diz respeito a esta temática, destacam-se as necessidades dos grupos mais vulneráveis, simultaneamente numa lógica vertical (referenciação) e horizontal (articulação dos diferentes vetores). Pode dizer-se que com a criação dos CRI em 2007, a lógica de resposta horizontal ficou praticamente cumprida, uma vez que foram implementadas estruturas deste tipo em todos os distritos nacionais, com equipas de todos os vetores de intervenção trabalhando de forma integrada. Deste modo, os objetivos estabelecidos prenderam-se com a continuidade e a melhoria da oferta de programas de tratamento, pautados pela ética e pelo rigor científico, tanto ao nível estatal como privado; a implementação de programas específicos de tratamento com especial atenção a grupos vulneráveis (em particular, grávidas e recém-nascidos, menores, reclusos e ex-reclusos) e a grupos portadores de comorbilidade física (infeciosa), psíquica ou social (exclusão); a definição de mecanismos de cooperação e/ou articulação entre a DGSP do MJ e o IDT, I.P. do MS, de forma a garantir que população reclusa tenha acesso a programas terapêuticos iguais aos dos cidadãos não reclusos.

**b) Resumo dos desenvolvimentos ocorridos no vetor Tratamento entre 2005 e 2012**

No PNCDT, considera-se que o alargamento do dispositivo do tratamento realizado na década de 90 foi notável. O país possuía, à data de elaboração do Plano, “condições de resposta satisfatórias” neste domínio<sup>212</sup>. Contudo, reconhecia-se que havia ainda muito por fazer principalmente nas áreas metropolitanas de Lisboa e do Porto, onde se concentravam a maior parte dos problemas. Nestes grandes centros urbanos persistia um grande número de toxicodependentes (principalmente heroínodedependentes, mas também um número crescente de dependentes de cocaína) que não tinham acesso a tratamento. Adicionalmente verificava-se que os toxicodependentes com acesso às estruturas de RRMD, também se deparavam com obstáculos para aceder a programas e estruturas de tratamento. Assim, as vias apontadas para resolver estes problemas focalizavam-se na criação de estruturas de proximidade, através do reforço de equipas, da criação de estruturas móveis e/ou do estabelecimento de novas parcerias<sup>213</sup>. Para além destas lacunas no vetor do tratamento, apontavam-se outras como a debilidade das respostas para consumidores de outras substâncias não opiáceas que não apresentavam quadros de dependência, mas com sintomas físicos e psíquicos. Em particular, era sublinhada a necessidade de criar respostas menos estigmatizantes para estes consumidores.

A grande prioridade estabelecida no PNCDT ao nível do tratamento, diz respeito ao alargamento da acessibilidade aos programas, eliminando constrangimentos relacionados com dificuldades de acesso físico, listas de espera à entrada e dificuldades de ingresso em programas de substituição<sup>214</sup>. Outra questão à qual foi dada primazia no Plano, e que já tinha sido objeto de ênfase na ENLCD, foi o acesso alargado a programas de tratamento em meio prisional.

2006 foi um ano importante na estratégia do tratamento, pois estabeleceu-se um inquérito para aferir dos tempos de espera aceitáveis e reais para o atendimentos nos vários serviços do então IDT, I.P. A partir desta altura, é possível comparar qualitativamente a acessibilidade aos serviços prestados.

O segundo semestre de 2007 ficou marcado pela integração dos problemas relacionados com o consumo de álcool nas competências do IDT, I.P., integrando-se nesta estrutura os 3 Centros Regionais de Alcoologia existentes no país. Ainda neste ano sublinhava-se a necessidade de repensar o modo de articulação da prestação de serviços dos profissionais das quatro áreas de missão dos CRI<sup>215</sup>, para além da reorganização das ET devido ao estabelecimento de protocolos de referência decorrentes da implementação do programa KLOTHO. Em 2006, a assinatura do acordo conjunto entre o IDT, I.P. e a Coordenação VIH/SIDA designado KLOTHO constituiu um marco da intervenção, pois representou uma mais-valia no controlo das infeções por VIH/SIDA na população toxicodependente. Um dos marcos de desenvolvimento neste vetor, consistiu na criação do SIM que

---

<sup>212</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência (2005), *Plano Nacional contra a Droga e as Toxicodependências, 2005-2012*, Lisboa, IDT, I.P.

<sup>213</sup> *Idem, ibidem.*

<sup>214</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência (2005), *Plano Nacional contra a Droga e as Toxicodependências, 2005-2012*, Lisboa, IDT, I.P.

<sup>215</sup> *Idem, ibidem.*

veio possibilitar a organização dos dados relativos ao tratamento, permitindo uma monitorização mais eficaz das intervenções e alargando os horizontes de avaliação.

## c) Racional da avaliação

### Metodologia

A avaliação do fomento da disponibilização de uma oferta de programas de tratamento e de cuidados, abrangendo um amplo leque de abordagens psicossociais e farmacológicas, orientadas por princípios éticos e por evidência científica foi realizada a partir de três abordagens (i) de análise da eficácia, (ii) eficiência e (iii) qualidade. A eficácia na disponibilização da oferta de programas foi observada a partir da evolução dos utentes atendidos nos serviços de ambulatório e internamento, da rede pública e convencionada e, pela análise do leque de programas e abordagens disponibilizadas entre 2005 e 2011. A eficiência foi abordada através do estudo dos recursos, nomeadamente financeiros, atribuídos para prestar esta oferta no território nacional. Finalmente, a qualidade é estudada através de variáveis como a acessibilidade da população a estes programas e a definição de linhas orientadoras para a intervenção, com especial ênfase nos grupos especialmente vulneráveis, como as grávidas, as crianças inseridas em famílias com comportamentos aditivos e os jovens em risco.

### Fontes

As fontes de dados que alimentaram esta tarefa foram essencialmente os relatórios de atividades do IDT, I.P. As entrevistas realizadas, também proporcionaram dados úteis para efetuar esta avaliação. Para calcular os resultados apresentados no âmbito da eficiência, para além da informação sobre atividade obtida nos relatórios anuais do IDT, I.P., fez-se um pedido de informação às DR para recolha de dados de cariz financeiro e produção.

### Limitações

Não foi possível recolher os dados de cariz financeiro relativos a todas as DR, mas aproveitaram-se os obtidos para efetuar cálculos por amostragem. Por outro lado, a partir de 2008 a informação apresentada sobre atividade e produção nos CRI contempla os utentes com PLA e os utentes com problemas ligados ao consumo de outras substâncias psicoativas (OSPA). Uma vez que a informação no caso do número total de utentes e consultas realizadas nos CRI não discrimina uns e outros, a análise abaixo apresentada agrega ambos os grupos. No entanto o álcool não é objeto desta análise, já que o caderno de encargos versa apenas sobre substâncias ilícitas. Este fator impediu a avaliação a partir de 2008 da evolução da atividade em ambulatório especificamente dirigida para os consumidores de substâncias ilícitas.

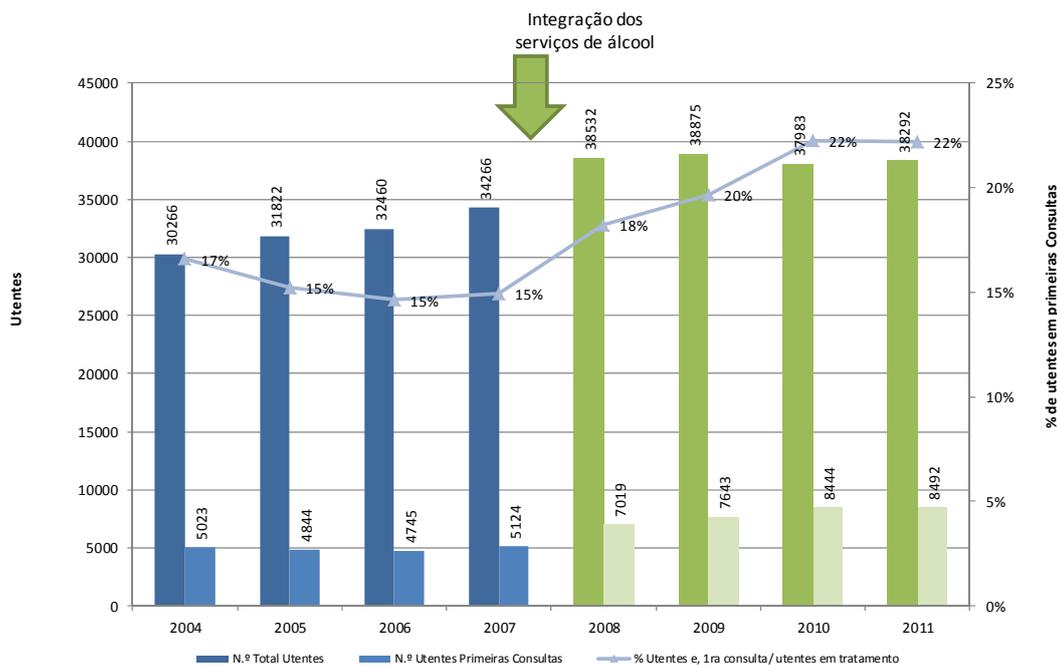
## d) Resultados

### Eficácia

Como vimos, a área do tratamento de consumidores de substâncias ilícitas já se encontrava relativamente consolidada no momento da elaboração do PNCDT.

Ao nível do tratamento em regime de ambulatório, prestado pelos CRI, o aumento no número de utentes atendidos verificado em 2007 está relacionado com a integração, a partir do segundo semestre do ano, dos utentes com problemas derivados do consumo de álcool. Assim, em 2008 é constatável de uma forma plena o impacto da integração destes utentes na atividade anual (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).

Gráfico 29. N.º de utentes em tratamento e em primeiras consultas na rede de ambulatório (2004-2010)



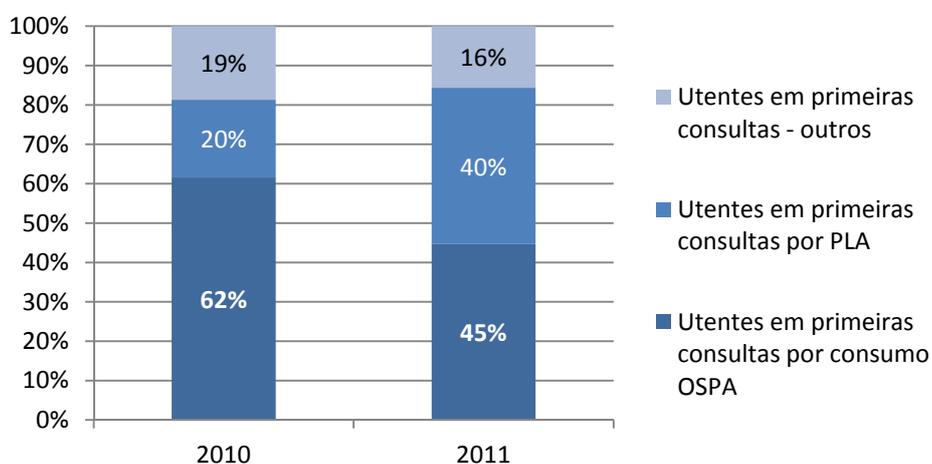
Elaboração própria. Fonte: Instituto da Droga e da Toxicod dependência, I.P., *Relatórios de Atividades 2004-2011*, Lisboa, IDT, I.P.

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 o peso dos utentes de substâncias psicoativas ilícitas no total de primeiras consultas diminuiu entre 2010 e 2011. Neste último ano os utentes com problemas relacionados com o consumo de álcool quase igualam em percentagem a proporção de utentes consumidores de substâncias psicoativas ilícitas. No gráfico

## Resultados

abaixo encontra-se ainda uma percentagem de utentes em primeiras consultas denominada como "outros". Sob esta denominação encontram-se porém dados muito relevantes em relação à abordagem integrada patente nos serviços de ambulatório já que neste coletivo se englobam utentes em primeira consulta para cessação tabágica; utentes em consulta por motivo de outras patologias aditivas; familiares em consultas de intervenção sistémica, crianças e jovens em risco, utentes em consultas para grávidas e puérperas, entre outros. Esta diversidade permite inferir a diversidade de situações que são abordadas pelos serviços de ambulatório e às quais não seria possível responder sem recursos multidisciplinares e um amplo leque de abordagens, tal como veremos adiante.

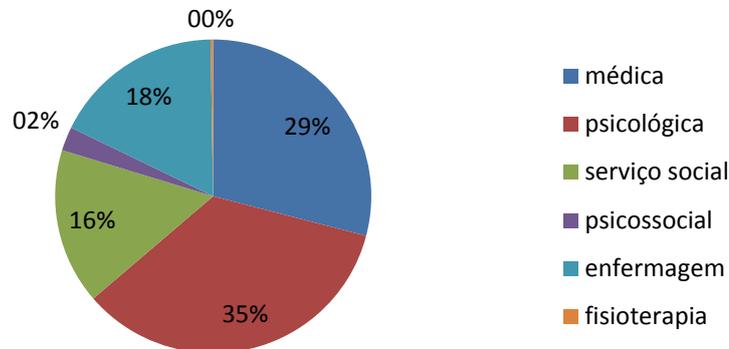
Gráfico 30. Distribuição percentual de utentes em primeiras consultas na rede de ambulatório, por tipo (2010 e 2011)



Elaboração própria. Fonte: Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., *Relatórios de Atividades 2010-2011*, Lisboa, IDT, I.P.

Os utentes do Centro de Dia da UD-Centro das Taipas entrevistados no âmbito deste estudo, frequentaram vários serviços de tratamento, incluindo os ex-CAT (agora CRI) e as CT, como anteriormente referido. Na sua perspetiva, os serviços e programas de tratamento são geralmente acessíveis, com tempos de espera considerados reduzidos. No plano farmacológico, os utentes estão satisfeitos com os serviços prestados, contudo ao nível psicossocial consideram que o apoio é deficitário. Analisando a distribuição em 2011 das consultas por grupo profissional nos CRI, verifica-se no entanto que psicologia representa a maior percentagem de consultas (35%), seguida das consultas médicas. Enquanto as consultas de psicologia aumentaram entre 2005 e 2011 em 33%, as consultas médicas diminuíram 14%. Em 2007 o Relatório de Atividades do IDT, I.P. apresenta um rácio para os CAT de 29 atendimentos por semana no caso dos médicos e de 25 no caso dos psicólogos, valor que em 2011 provavelmente terá sofrido modificações face às variações verificadas no número de consultas realizadas por cada grupo profissional.

Gráfico 31. Distribuição percentual de utentes em primeiras consultas na rede de ambulatório, por tipo (2011)



Elaboração própria. Fonte: Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., *Relatório de Atividades 2011*, Lisboa, IDT, I.P.

Os serviços disponíveis de tratamento de ambulatório incluem consultas de psicoterapêutica individual e de terapia familiar, para além de outros como 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 nomeadamente CT e UD.

Deve ser feita uma nota para o facto de alguns programas de tratamento também estarem disponíveis nos EP, como o programa “Unidades Livres de Drogas” e “Casa de Saída” (orientados para a abstinência) e programas terapêuticos com agonistas e com antagonistas opiáceos.

As CT oferecem atividades de cariz psicoterapêutico, sócio ocupacional e médico-sanitário, visando a desabitação e reabilitação pessoal e social do dependente através de um trabalho psicoterapêutico individual em grupo, com espaços de natureza terapêutica e outros de matriz marcadamente ocupacional – produtivos e recreativos. Um internamento residencial tem, habitualmente, a duração de 3 a 12 meses, geralmente sem necessidade de medicação. O IDT, I.P. disponha de 3 unidades deste tipo. No território nacional estão licenciadas 72 CT privadas, 66 das quais com convenção com o IDT, I.P. As UD possibilitam a desabitação da substância de abuso em regime de internamento de curta duração para tratamento do Síndrome de Privação em pessoas toxicodependentes que não o conseguem fazer em ambulatório. O IDT, I.P. dispõe de 4 unidades, estão licenciadas 11 UD privadas, das quais 6 têm camas convencionadas com o então IDT, I.P. Habitualmente, os internamentos têm a duração de 7 a 10 dias e podem ir até 20 dias em situações de comorbilidade. O número de utentes atendidos em 2005 em CT e UD foi de 6.249 e em 2011 de 4.946, o seja uma variação negativa de 26%<sup>216</sup> devido à comorbilidade.

<sup>216</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., *Relatório de Atividades (2005 e 2011)*, Lisboa, IDT, I.P.

Os CD apoiam o tratamento e a reinserção, estando vocacionados sobretudo para pessoas toxicodependentes em fase de abstinência, com suporte familiar insuficiente ou inexistente. Nestas estruturas trabalha-se no âmbito do desenvolvimento pessoal, aquisição e treino de competências sociais. O IDT, I.P. dispõe de 2 CD e existem mais 9 CP, 5 dos quais têm lugares convencionados.

Entre as CT, UD e CD encontra-se uma variedade de formas de intervenção, em função do modelo conceptual que está na base da intervenção. Como é sabido, são múltiplas e abrangentes as formas de abordar o consumo problemático de substâncias ilícitas e não está definida qual a intervenção mais efetiva já que a génese e evolução dos consumos é geralmente multifatorial, dificultando por isso intervenções monográficas que não abarquem a complexidade da problemática. Nesse sentido, existe algum consenso na literatura em relação à necessidade de se combinar intervenções que favoreçam uma abordagem holística ao indivíduo e é nessa perspetiva que se nota de forma positiva a existência de uma rede nacional que integra uma diversidade de opções que se pretendem integradas entre si e complementares. Esta diversidade de abordagens e intervenções torna por isso mais premente uma intervenção por parte do financiador e regulador que permita assegurar a existência de parâmetros mínimos de qualidade e adequação dos pressupostos, processos e procedimentos técnicos adotados por cada estrutura, própria ou convencionada, ultrapassando assim as tarefas de garantia dos requisitos mínimos ao nível das condições físicas, materiais e humanas utilizadas. O incentivo à adoção de práticas com evidência científica e/ou empírica demonstrada e a monitorização dos processos e resultados com vista a garantir a qualidade da intervenção independentemente da estrutura que o utente frequente, enquadrado num sistema de gestão global da qualidade e num processo de *benchmarking*, torna-se essencial para fomentar as práticas e, sobretudo, a centralidade do cidadão ao garantir a adequação da proposta de intervenção em função das necessidades, as quais são mutantes no percurso de cada utente em função das circunstâncias.

### **Eficiência**

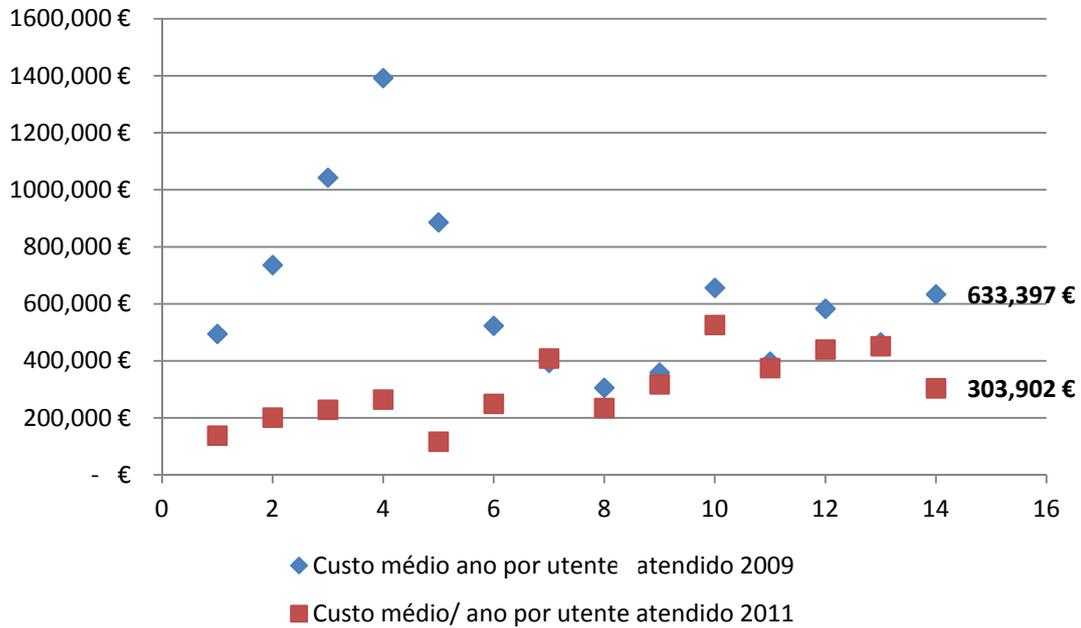
Em termos de eficiência, apenas foi possível fazer uma aproximação dos custos por utente a partir de uma amostra de CRI<sup>217</sup>. Como podemos ver no gráfico, o custo médio por utente em CRI cresceu de 303.90 euros para 633.40 euros um pouco de 2008 para 2009. Não se dispõe dos dados respeitantes aos custos com os utentes nos ex-CAT que permitiria comparar a eficiência das duas respostas – os ex-CAT e os atuais CRI, já que a verba executada entre 2005 e 2007 é apresentada de forma agregada para os vetores de tratamento, reinserção e RRMD.

No entanto, está disponível informação, a partir da amostragem de CRI obtida, em relação ao custo médio por utente atendido por ano por CRI. Os valores relativos a 2009 apresentam uma grande dispersão, com valores máximos de aproximadamente 1.400 euros por utente atendido/ano.

---

<sup>217</sup> Da Delegação Regional do Centro e Norte.

Gráfico 32. Custo médio por utente atendido/ ano no vetor de tratamento por CRI (euros) 2009-2011



Elaboração própria. Fonte: *Dados ad-hoc fornecidos pelas Delegações Regionais.*

## Qualidade

Como referido anteriormente, um dos grandes investimentos em termos de qualidade no vetor de tratamento, deu-se em 2006 quando se levou a cabo um inquérito em todos os CAT para aferir dos tempos de espera relativos ao acesso de uma diversidade de serviços e programas, assim como para alcançar um consenso sobre os tempos de espera considerados aceitáveis<sup>218</sup>. O facto de se recolherem elementos para estimar os tempos de espera reais e os consensuais, representou um esforço de reflexividade importante, podendo avaliar-se este item a partir de 2006. Os tempos de espera para primeira consulta foram consideravelmente reduzidos de 2006 para 2009, pois caíram para metade como se pode ver no gráfico abaixo. Note-se que o tempo médio de espera considerado aceitável é de 10 dias, portanto, em 2009, a 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. Nos anos seguintes este número manteve-se estável, notando-se uma ligeira tendência para aumentar a partir de 2009 o tempo médio de intervalo devido à comorbilidade. Em 2011, os dados relativos à UD Norte que indicavam 16 dias de tempo de espera<sup>219</sup> influenciaram a média do tempo de espera a nível nacional. Nesta Unidade do Norte verificou-se uma diminuição da lotação oficial praticada (22 camas) em determinados períodos do ano, razão pela qual se elevou o tempo de espera. No caso das CT, os tempos de espera para ingresso nestas instituições diminuiu bastante de 2006 para 2009. Em 2010 os tempos aumentam novamente para 22 dias, descendo depois para 9 dias. No caso das CT, desde

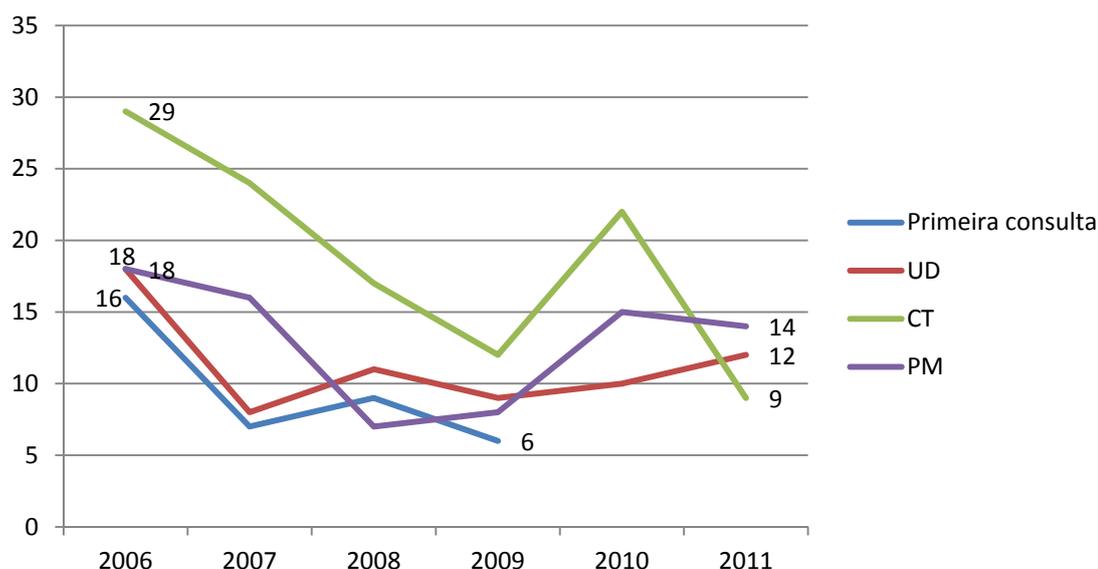
<sup>218</sup> Instituto da Droga e da Toxicoddependência, I.P., *Relatório de Actividades 2006*, Lisboa, IDT, I.P.

<sup>219</sup> Instituto da Droga e da Toxicoddependência, I.P., *Relatório de Actividades 2011*, Lisboa, IDT, I.P.

## Resultados

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. Como se pode observar, desde 2010 que se tem vindo a exceder esse limite.

Gráfico 33. Evolução dos tempos de espera para tratamento (em dias), 2006-2011



Elaboração própria. Fonte: Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP, *Relatórios de Atividades 2006-2011*, Lisboa, IDT, I.P.

Em termos de qualidade, há que ter em conta os grandes avanços no registo dos dados relativos ao tratamento numa matriz única - SIM. A criação de tal sistema permite ter acesso a uma panóplia de informação útil para monitorizar a intervenção. Neste campo, foi desenvolvido um trabalho exemplar.

Durante o período de implementação do PNCDT houve um investimento na certificação da qualidade das unidades de tratamento, pois evidenciou-se a obtenção da acreditação pelas entidades UKAS e IPAC do Sistema de Gestão da Qualidade de duas unidades orgânicas, a saber a CT Ponte da Pedra (DRN) e a UD de Coimbra (DRC) no ano de 2010<sup>220</sup>. Estas unidades já se encontravam certificadas pela “Lloyd’s Register Quality Assurance” (LRQA), o que sucedeu em 2009. Esta entidade também certificou o Sistema de Gestão da Qualidade da Equipa Técnica Especializada do CRI de Vila Real (DRN) e do Núcleo de Apoio Técnico da DRC<sup>221</sup>.

<sup>220</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., *Relatório de Atividades 2010*, Lisboa, IDT, I.P.

<sup>221</sup> *Idem, ibidem.*

Ainda em 2010, foram definidos os critérios de admissão para as UD e para as Unidades de Atendimento. No que diz respeito às regras de admissão para CD, também se começou a elaborar uma proposta de definição de critérios no ano de 2010. Este objetivo não se cumpriu em 2011, mas prevê-se atingir esta meta dentro do período de vigência do PNCDT, isto é, até ao final de 2012. O mesmo aplica-se ao documento de admissão para PTAO que também se encontra por finalizar, prevendo-se a sua conclusão na mesma altura<sup>222</sup>.

É referido no relatório anual de 2011 que se procedeu à monitorização do acesso aos diversos programas de tratamento e que este processo foi avaliado através de um questionário dirigido às ET sobre o acesso aos programas de Metadona, internamento em UD e CT públicas. No entanto, ficam por definir os instrumentos de monitorização de acesso às entidades de tratamento convencionadas, em particular, às CT convencionadas.

Relativamente ao trabalho desenvolvido com os grupos mais vulneráveis, destaca-se o facto de se terem encetado esforços para monitorizar a ocorrência de morbilidade (física e psíquica). Pretendia-se elaborar um relatório síntese de cinco relatórios regionais, com base nos registos de comorbilidade no SIM. Todavia, este objetivo não foi ainda cumprido devido à ausência da entrega dos cinco relatórios regionais<sup>223</sup>. De certo modo, a monitorização do trabalho com grupos vulneráveis ficou comprometida uma vez que também não se elaborou o documento previsto de dinamização em todos os CRI e no âmbito dos CSP, de um serviço de atendimento, avaliação, triagem e encaminhamento de crianças inseridas em famílias com toxicodependência e de jovens em risco ou consumidores.

Relativamente às linhas orientadoras, ressalta-se o facto das propostas de atualização não terem sido realizadas para o acompanhamento dos seguintes grupos vulneráveis: grávidas e puérperas<sup>224</sup>. O tratamento precoce de jovens em risco e de consumidores adolescentes com enfoque nos sintomas precoces, foi reforçado com a atualização das linhas orientadoras respetivas no ano de 2011.

#### **e) Conclusões e recomendações**

A reorganização funcional com a conversão dos então CAT em CRI, parece ter constituído uma mais-valia em termos de resposta oferecida, pois proporcionou uma integração e flexibilidade necessárias a uma abordagem holística ao indivíduo com comportamentos aditivos. A partir de 2008 aumentou consideravelmente o número de utentes em tratamento, em parte devido à inserção dos indivíduos com consumos problemáticos de álcool nesta rede de cuidados. A quase duplicação do número de primeiras consultas, 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. Este número também pode refletir uma maior consciência para o ingresso em programas terapêuticos por parte dos consumidores de substâncias psicoativas. Os serviços de tratamento oferecidos incluem uma diversidade de terapêuticas farmacológicas e psicossociais.

---

<sup>222</sup> *Idem.*

<sup>223</sup> *Ibidem.*

<sup>224</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., *Relatório de Atividades 2011*, Lisboa, IDT, I.P.

## Resultados

Recomenda-se a construção de uma carteira de serviços na área do tratamento, com a finalidade de discriminar os serviços que são prestados nesta área. Muitos avanços foram feitos em termos de descrição dos recursos existentes nas várias regiões, patentes na elaboração dos catálogos assistenciais da zona Norte e também no “Guia de Recursos Saúde e Dependências”<sup>225</sup>. Para além disso, existe o serviço Linha Vida, uma linha telefónica acessível a qualquer cidadão que pretenda informar-se sobre os serviços prestados no âmbito deste vetor. O site do IDT, I.P., também proporciona uma série de informações sobre as ações, projetos e estruturas da área do tratamento<sup>226</sup>, o que também deve ser tido em conta nesta avaliação.

Como o vetor do tratamento se desdobra numa diversidade de serviços e estruturas, públicas e privadas, por vezes torna-se impossível avaliar a eficiência do trabalho desenvolvido pois a informação existente não possui o nível de desagregação necessária para essa apreciação. Dirigiu-se um pedido às DR no sentido de recolher a informação adequada a estes cálculos, o qual não foi respondido por todas as DR. Assim, procedeu-se a um estudo parcial e por amostra dos custos por utente nos CRI e concluiu-se uma diminuição entre 2009 e 2011.

Em termos de qualidade, o destaque é feito para o processo que possibilitou a definição dos tempos médios de espera no atendimento dos vários serviços em 2006. Sublinha-se que desde então, os tempos médios de espera foram muito reduzidos, o que indica que aumentou consideravelmente a acessibilidade da população aos programas de tratamento. Neste sentido, o vetor do tratamento recebe uma nota positiva pelo investimento feito ao longo do período de implementação do PNCDT. Apenas se recomenda a revisão e avaliação da capacidade de resposta dos programas de metadona, pois desde 2010 que se tem vindo a exceder o tempo de espera considerado aceitável. Este dado parece sinalizar uma necessidade de investimento nesta área.

O SIM constitui uma ferramenta poderosa para monitorizar a qualidade da intervenção em tratamento. Desta forma, o trabalho feito no plano da homogeneização do registo de dados e de processos também foi de relevo. Obteve-se ainda a certificação de entidades e de ET, assim como se definiram regras para admissão em estruturas públicas de tratamento. Seria recomendável definir os mecanismos de referência e os critérios de admissão dos utentes para as CT convencionadas homogêneo para a mesma tipologia de recursos. O trabalho com os grupos mais vulneráveis foi reforçado, contudo no que diz respeito à elaboração de *guidelines* recomenda-se a conclusão dos documentos referidos anteriormente durante este ano.

O estabelecimento de parcerias a um nível mais macro, abrangendo o território nacional, também constituiu uma área de atuação que marcou a intervenção em tratamento. Em particular, o programa KLOTHO, que mais tarde originou o sistema ADR, constituiu um importante suporte da intervenção que visa a redução de infeções com VIH/SIDA na população toxicodependente. Neste domínio, pode dizer-se que houve um grande avanço em termos das ações centradas na melhoria dos cuidados de saúde dos toxicodependentes, mas também um contributo para a área da abordagem interventiva em questões de saúde pública.

---

<sup>225</sup> Oliveira, Sérgio (dir) (2011), *Guia de Recursos de Saúde e Dependências*, Matosinhos, News-Coop – Informação e Comunicação, CRL.

<sup>226</sup> Por exemplo, vejam-se os tipos de programa de tratamento em URL:

<http://www.idt.pt/PT/Tratamento/Paginas/TiposdeTratamentoemAmbulat%C3%B3rio.aspx>

De um modo geral, pode dizer-se que as principais metas estabelecidas no âmbito desta intervenção específica foram atingidas. Em especial, a grande redução dos tempos de espera para os programas de tratamento comprova o grande investimento para disponibilizar uma oferta de programas de tratamento e de cuidados, abrangendo um amplo leque de abordagens psicossociais e farmacológicas. Contudo, em termos de qualidade ainda existe algum trabalho a fazer no sentido de se estender a acreditação da qualidade dos serviços.

#### 5.4.5 Reinserção

##### a) Objetivo

No âmbito da Reinserção pretendeu-se avaliar a eficiência, a eficácia e a qualidade de intervenções deste vetor, em específico a adoção de um modelo de intervenção para a área da reinserção, que contemple a figura do gestor de caso, a abordagem familiar e o acompanhamento integrado do utente, tal como referido no caderno de encargos do estudo.

A Reinserção é uma área transversal em toda a intervenção na problemática da toxicodependência, sendo parte integrante e complementar das áreas de Prevenção, Dissuasão, RRMD. Tal como é referido no PNCDT<sup>227</sup>, o fim último de qualquer estratégia na área das drogas e toxicodependências é inserir/reinserir o indivíduo na sociedade.

Segundo o IDT, I.P. (2003) a “Reinserção Social contribui para a eficácia do tratamento, conduzindo à realização pessoal e ao restabelecimento das redes sociais de suporte, no sentido da estabilidade clínica, emocional e social do indivíduo. É um processo através do qual o indivíduo reestrutura a sua personalidade e a sua vida, desenvolvendo competências de autonomia e responsabilidade, capazes de o valorizar enquanto membro útil à sociedade”.

A estratégia de intervenção em análise - a implementação de um MIR<sup>228</sup> - visou colocar o utente no centro da ação, assentando numa lógica de intervenção integrada, centrando-se nas necessidades multidimensionais do indivíduo, adequando as estratégias de intervenção à situação do indivíduo através da contratualização de um PII e articulando as áreas de missão do IDT, I.P. com os parceiros externos.

##### b) Resumo dos desenvolvimentos ocorridos no vetor Reinserção entre 2005 e 2012

A importância de tratar a Reinserção Social enquanto vetor imperativo e superar a tendência em considerar este vetor menor ou até dispensável na luta contra a droga foi apresentada na ENLCD em 1999. Nesta Estratégia concebe-se a reinserção social como um instrumento de prevenção na medida em que a ressocialização do indivíduo previne o consumo de drogas e como um vértice aquando do tratamento pois o sucesso da reabilitação/tratamento do indivíduo não pode estar

<sup>227</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência, *Relatório de Actividades 2005*, Lisboa, IDT.

<sup>228</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., *Orientação Técnica n.º 1/2009/NR/DTR*, IDT, I.P.

dissociado da ressocialização familiar e profissional nem da inclusão social do toxicodependente<sup>229</sup>. Neste sentido esta Estratégia enfatizou a necessidade de se intensificarem as respostas ao nível habitacional, emprego, formação profissional bem como o desenvolvimento das aptidões sociais.

No âmbito do PNCDT a estratégia relativa à Reinserção deve assentar em ações que permitam garantir a abrangência e a transversalidade dos recursos institucionais/não institucionais da reinserção nas várias áreas de vida do cidadão. Sendo a reinserção um processo global há que envolver todos os atores na ótica da abordagem e das respostas integradas, através de uma gestão participada e efetiva e devem-se potenciar as ações que promovam a implementação do processo de melhoria contínua da qualidade em reinserção.

Em 2005 salienta-se a criação de um grupo de trabalho, no seguimento do trabalho desenvolvido pelo Núcleo de Reinserção em 2004, que visava a construção de indicadores para a área da Reinserção, para tal contou-se com uma equipa multidisciplinar onde se integraram representantes das DR, da FPCEUP (Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação Universidade do Porto), do OEDT e do Núcleo de Reinserção<sup>230</sup>. Deste trabalho resultou a definição das diferentes dimensões que importam registar durante o percurso de inserção do indivíduo tais como a Habitação; Educação; Trabalho e Formação Profissional; Participação, Cidadania e Autonomia; Família e Relações e Lazer e tempos livres. Em 2008 foi possível iniciar a monitorização das intervenções em reinserção, nomeadamente ao nível das necessidades evidenciadas pelos utentes em algumas destas dimensões, nomeadamente habitação, educação, formação, emprego, lazer e socio terapêuticas, possibilitando-se assim, através do sistema de monitorização, caracterizar as necessidades dos utentes.

Ainda em 2005 foi possível elaborar um Manual de Boas práticas em Reinserção que sistematizou e organizou um quadro de referência para a área da reinserção cuja edição se concretizou em 2007.

O alcance de uma rede de respostas que respondam às necessidades multidimensionais dos indivíduos requer uma coordenação e participação ativa das instituições com intervenções na área da saúde e social, intensificando-se ações conjuntas intra e inter institucionais. Assim entre 2005 e 2011 foram criadas/reforçadas as articulações intra e inter-institucionais tais como o Programa Vida Emprego<sup>231</sup>, os projetos desenvolvidos em conjunto com o ISS,I.P. o IEFP, I.P.<sup>232</sup>, o projeto Interação<sup>233</sup> possibilitado pelo protocolo com a CGTP. Em Portugal, o Projeto Europeu EURIDICE, foi desenvolvido sob a designação “Programa Interação”.

---

<sup>229</sup> Resolução de Conselho de Ministros n.º 46/99 (1999), Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga 1999-2004.

<sup>230</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência, *Relatório de Atividades 2005*, Lisboa, IDT.

<sup>231</sup> Criado em 1998 através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 136/98, de 4 de dezembro, que tem como fim potenciar a reinserção social e profissional de consumidores de substância psicoativas, como parte integrante e fundamental do processo de tratamento e reinserção. De acordo com a informação consultada no site do IDT, I.P. no dia 31.07.2012 URL: <http://www.idt.pt/PT/Reinsercao/Paginas/AreasIntervencao.aspx>

<sup>232</sup> Como por exemplo o projeto PASITForm desenvolvido em articulação com o IEFP, I.P. e em conjunto com o Núcleo de Reinserção, visa a intervenção nos Centros de Formação a vários níveis. De acordo com a informação consultada no site do IDT, I.P. no dia 31.07.2012 URL <http://www.idt.pt/PT/Prevencao/Paginas/ProgramaseProjetos.aspx>

<sup>233</sup> O “Programa Interação” desenvolveu-se ao longo de ano de 2005 e tem como área de intervenção prioritária a prevenção da desinserção em contexto laboral.

2008 foi um ano relevante para a área da Reinserção. À parte do início da monitorização das intervenções já referida, foi um ano marcado pela adoção do MIR, o qual assume o carácter de orientação técnica em 2009<sup>234</sup>. O MIR assenta a abordagem social nas necessidades específicas e multidimensionais que o utente apresenta, sendo para tal necessário realizar um diagnóstico social que para além de contemplar a inventariação das necessidades dos utentes deve contemplar os recursos e potencialidades pessoais do indivíduo, tal como os recursos familiares e sociais de que dispõe. O MIR é operacionalizado através de instrumentos chave na intervenção tais como o PII, o qual é definido, executado, avaliado e contratualizado com o utente, numa perspectiva de promoção do seu papel no seu projeto de vida. O PII não é mais que um desenho conjunto do percurso de inserção, com a definição de objetivos, estratégias a adotar, responsabilidades e etapas, ações prioritárias, a médio e longo prazo, que se adequem às necessidades pessoais, sociais e potencialidades diagnosticadas em cada momento de avaliação do processo. Neste ano iniciou-se ainda a utilização da bolsa de empregadores, uma aplicação informática que permite facilitar entre todos os técnicos a informação relativa a entidades empregadoras parceiras do IDT, I.P., facilitando o acesso dos utentes ao mercado de trabalho.

Em 2009 o NR prioriza a participação na Estratégia Nacional para a Integração das Pessoas Sem-abrigo e na definição de um modelo de funcionamento consensualizado<sup>235</sup> das Unidades Residenciais de Longa Duração.

Em 2010 destaca-se a aprovação das competências das equipas técnicas de reinserção através da Orientação Técnica n.º3/2010/DTR/NR<sup>236</sup> e a consolidação do sistema de informação da reinserção que cria a nível nacional e regional as ferramentas *online* necessárias à monitorização da execução das atividades e as intervenções junto dos utentes<sup>237</sup> e que passou a constituir em 2011 um importante instrumento de gestão<sup>238</sup>.

A reinserção foi sem dúvida, tal como já foi sendo dito ao longo do presente relatório, uma das áreas que conheceu maior desenvolvimento já que se constitui como uma entidade própria, com objetivos e metodologias específicas e diferenciadas mas inserida e integrada nas restantes vertentes de missão e nos recursos da comunidade. O PNCDD permitiu assim continuar a visão estratégica já definida na ENLCD onde a reinserção aparece como uma área *sine qua non* na garantia do processo de reabilitação do utente. A resenha apresentada sobre os desenvolvimentos verificados entre 2005 e 2012 nesta área permite inferir sobre os resultados positivos obtidos, tendo constituído este desenvolvimento uma mais-valia na abordagem do utente como um todo. Importa agora avaliar, com mais detalhe, a intervenção proposta no caderno de encargos.

---

<sup>234</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., *Orientação Técnica n.º 1/2009/ NR/ DTR*, IDT, I.P.

<sup>235</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., *Relatório de Atividades 2010*, Lisboa, IDT, I.P.

<sup>236</sup> *Idem*.

<sup>237</sup> *Ibidem*.

<sup>238</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., *Relatório de Atividades 2011*, Lisboa, IDT, I.P.

### c) Racional da avaliação

#### Metodologia

A avaliação da adoção de um modelo de intervenção para a área da reinserção, que contemple a figura do gestor de caso, a abordagem familiar e o acompanhamento integrado do utente seguiu a seguinte ordem analítica: avaliação da eficácia através do estudo da implementação do MIR nos serviços locais do IDT, I.P. e do grau de adoção dos instrumentos preconizados no âmbito do MIR nos utentes (nomeadamente o PII); a eficiência, através do conhecimento do custo alocado por utente/ano nos serviços locais, nomeadamente nas equipas de reinserção dos CRI e, finalmente, a qualidade, através da análise do modelo de qualidade adotado para a área da reinserção. A bateria de indicadores estabelecidos apresenta-se no anexo 1.

#### Fontes

As equipas de reinserção integram os CRI e desenvolvem as atividades subjacentes ao MIR. Neste sentido, foi fundamental auscultar as DR que agregam os dados de atividade e recursos financeiros e humanos alocados nos CRI, com o intuito de estudar o objetivo específico proposto para avaliação no domínio deste vetor em termos de eficiência. Para além disso, foram consultados os relatórios de atividades anuais do IDT, I.P., assim como os relatórios anuais “A Situação do País em Matéria de Drogas” existentes para o período de 2005 a 2010, da responsabilidade do Coordenador Nacional e os Catálogos Assistenciais de alguns CRI para o ano de 2011.

Os dados quantitativos foram triangulados com os qualitativos recolhidos no contexto das entrevistas realizadas.

#### Limitações

Pretendeu-se avaliar ao nível da eficiência os recursos envolvidos nas equipas de reinserção nos serviços locais. Foi possível obter informação discriminada por estrutura ao nível dos CRI para algumas regiões. Neste sentido, a análise efetuada baseia-se na observação do comportamento num conjunto de serviços que não cobre a totalidade dos existentes na área de reinserção no território nacional.

### d) Resultados

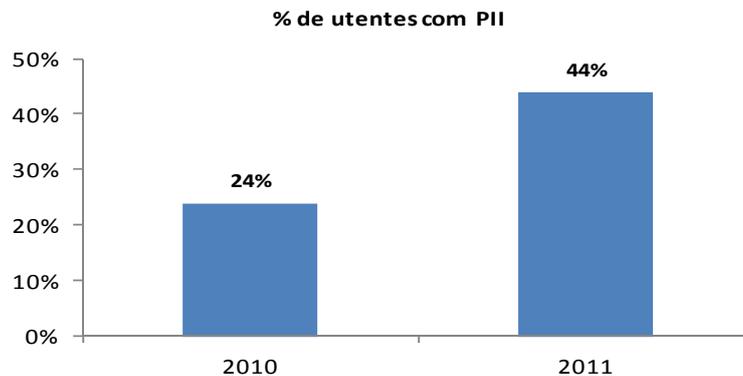
#### Eficácia

O objetivo de adotar um modelo de intervenção específico para a área da reinserção foi conseguido já que se constata que o modelo (MIR) foi criado tendo assumido o caráter de orientação técnica em 2009. No que se refere à sua implementação, a avaliação é positiva já que 93% dos serviços locais

em 2010 tinham em funcionamento o MIR<sup>239</sup>, percentagem que subiu para 95% em 2011 (apenas 4 serviços locais num total de 72 não tinham implementado o MIR). 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<sup>240</sup>.

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 direcionada para a reinserção social, é o caso do PII. Como se observa no gráfico seguinte, embora a taxa de adoção do MIR pelos serviços num curto espaço de tempo fosse muito alta, este desenvolvimento não se traduziu imediatamente na taxa de utentes com PII elaborado, aliás, como é de esperar num período de transição de uma abordagem para outra. No entanto, constata-se uma evolução do trabalho uma vez que em 2010 esta taxa situava-se em metade da conseguida em 2011. Espera-se portanto, que a curto prazo todos os utentes tenham PII elaborado.

Gráfico 34. % de utentes acompanhados pelas equipas de reinserção com PII elaborado



Elaboração própria. Fontes: Relatórios de Atividades 2010 e 2011, Lisboa, IDT, I.P.

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. O acompanhamento reflete-se ao longo de todo o percurso da intervenção e é mediado por uma avaliação intermédia, realizada em reunião de equipa multidisciplinar e uma avaliação final que pode traduzir-se ou não em alta social. Esta avaliação final ocorre quando o PII finaliza. A alta social dá-se quando se conclui que o objetivo geral foi atingido e o utente não necessita de manter acompanhamento social. À parte, está preconizado um *follow-up* após um ano com o objetivo de aferir junto do utente a situação em que o mesmo se encontra, os progressos e as dificuldades que enfrenta ou enfrentou.

<sup>239</sup> Incluindo ET, Consultas Descentralizadas, Extensões, UA, CT.

<sup>240</sup> Instituto da Droga e da Toxicoddependência, I.P., *Relatório de Atividades 2010*, Lisboa, IDT, I.P.

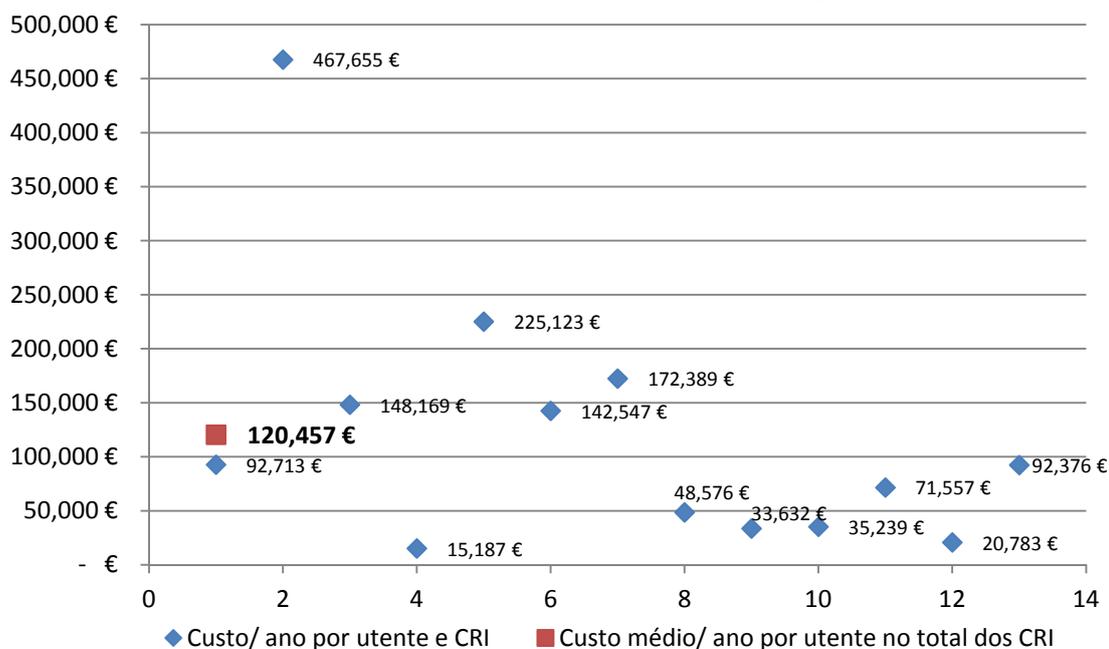
# Resultados

## Eficiência

Para medirmos a eficiência neste âmbito, enfrentámos algumas limitações que se prenderam essencialmente com a inexistência de informação para os CRI de todas as regiões pelo que os dados a seguir apresentados resultam de uma amostragem sendo ainda que só há informação disponível para 2011, não se podendo conhecer a evolução registada em termos de recursos alocados ao atendimento de utentes pelas equipas de reinserção após a adoção do modelo e até à atualidade. A opção analítica consistiu em focalizar os custos financeiros globais com as Equipas de Reinserção e o número de profissionais em ETC relacionando-os com o número de utentes abrangidos.

De seguida apresenta-se a dispersão do custo médio por utente acompanhado por Equipa de Reinserção dos CRI no ano de 2011 face à média. O valor médio anual por utente acompanhado é de 120.46 euros, 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.

Gráfico 35. Custo /ano por utente acompanhado pelas Equipas de Reinserção dos CRI no ano de 2011 (em euros) e valor médio por utente acompanhado/ano no conjunto dos CRI



Elaboração própria. Fonte: Pedido de Informação ad-hoc às DR

## Qualidade

No âmbito do vetor da reinserção observa-se que entre 2005 e 2011 foram elaboradas orientações e manuais que visaram orientar os profissionais para atuações mais coerentes e com base em boas práticas. De destacar a publicação de um manual de boas práticas em Reinserção cuja publicação ocorreu em 2007.

É no ano de 2009 que se verifica um maior esforço na estabilização e normalização de procedimentos face à adoção do novo Modelo. O MIR, assente na Orientação Técnica n.º1/DRT/2009<sup>241</sup> (Linhas orientadoras para a Intervenção Social – MIR), desencadeou a elaboração de instrumentos de trabalho facilitadores da sua aplicação, como a criação da ficha do PII e o manual de implementação e contratualização. De destacar que o PII<sup>242</sup> é um instrumento intrínseco ao MIR e assenta primeiramente na realização de um diagnóstico, condição fulcral para o seu desenvolvimento e é continuamente alvo de avaliação e monitorização envolvendo o utente neste processo.

Foram estabilizados e normalizados os procedimentos de acompanhamento, monitorização e avaliação das atividades, de destacar o trabalho desenvolvido pelas equipas de reinserção dos CRI responsáveis pelo acompanhamento e monitorização dos projetos implementados no seu território.

Também em 2009, foi elaborada a Orientação Técnica n.º2/DRT/2009<sup>243</sup> (Linhas orientadoras para o Programa Vida Emprego e para o acesso a outras medidas de emprego e formação), que teve como objetivo promover a criação e consolidação de canais de comunicação e de articulação entre os serviços regionais e locais do IDT, I.P. e o IEFP, I.P., numa lógica de resposta integrada o que se considera uma mais-valia para o acesso dos utentes às respostas e medidas que o IEFP, I.P. tem disponíveis para os públicos que serve. Esta orientação tem ainda como objetivo a rentabilização do PVE, pois define linhas orientadoras e procedimentos inerentes ao seu funcionamento.

Em 2010 foi elaborada a Orientação Técnica n.º3/DRT/2010<sup>244</sup> (Normalização das Competências das Equipas Técnicas Especializadas da área de missão de reinserção dos CRI) que sistematiza a normalização das competências das equipas técnicas especializadas da área de missão da reinserção dos CRI e em 2011 são publicados os catálogos assistenciais dos CRI onde se apresentam estas competências.

Em 2011 é aprovado o Relatório de avaliação do MIR<sup>245</sup> e é elaborada a conceptualização do conceito de intervenção social, normalizando-se a prática de intervenção por parte dos técnicos que intervêm na reinserção independentemente da sua formação académica para utilização do registo informático<sup>246</sup>. No mesmo ano também foi criado o Modelo de avaliação da qualidade das unidades de internamento atuantes na área de toxicod dependência<sup>247</sup>, considerado como uma *Guideline* para a avaliação da qualidade na área da reinserção das unidades de internamento atuantes na área da toxicod dependência.

---

<sup>241</sup> Aprovadas por despacho do Conselho Diretivo, de 29/10/2009, exaradas na informação nº 14/2009/DTR/NR, de 28/10/2009.

<sup>242</sup> Aprovado por despacho do Concelho Diretivo de 03/04/2009, exarado na informação nº 02/2009/DTR/NR, de 12 /03/2009.

<sup>243</sup> Aprovado por despacho do Concelho Diretivo de 30/12/2009, exarado da informação nº 20/2009/DTR/NR.

<sup>244</sup> Aprovado por despacho do Concelho Diretivo de 21/12/2010, exarado da informação nº 27/2010/DTR/NR, de 17/12/2010.

<sup>245</sup> Aprovado por despacho do Concelho Diretivo de 29/12/2011, exarado na informação nº 53/2011/DTR/NR, de 28 /11/2011.

<sup>246</sup> Aprovado por despacho de concelho diretivo de 24/03/2011, exarado na informação nº 19/2011/DTR/NR, de 22/03/2011.

<sup>247</sup> Aprovado por despacho de concelho diretivo de 07/07/2011, exarado na informação nº 31/2011/DTR/NR, de 04/07/2011.

Com o objetivo de aprofundar as competências dos profissionais na área da reinserção e prevenção da desinserção ao longo de 2009 e 2011 foram desenvolvidas 97 intervenções formativas que abrangeram um total de 1.283<sup>248</sup> técnicos.

#### e) Conclusões e recomendações

A estratégia de intervenção na área de missão Reinserção obteve um grande desenvolvimento a partir do ano de 2009 com a adoção de um novo modelo de intervenção cuja base se centra no indivíduo.

Como foi referido o MIR direciona a intervenção para as dimensões do indivíduo e sistemas sociais em que a família se destaca com um importante papel. É de apontar que no ano seguinte à publicação da orientação técnica deste modelo 100% dos CRI tinham implementado o MIR. As práticas de reinserção social contemplam através deste modelo e como um todo os aspetos psicológicos e a integração familiar, social e laboral.

No âmbito de avaliação deste projeto destaca-se a nota positiva em relação à implementação do modelo observada entre 2009 e 2011. Por outro lado, 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. Por outro lado, cria a figura do gestor de caso e configura os instrumentos os procedimentos necessários para a implementação do Modelo. Deve-se reconhecer o mérito à área da reinserção na conceptualização de um modelo de intervenção que inclui o indivíduo no processo de cuidados, o qual é traduzido numa contratualização de um PII o qual é sujeito a avaliação periódica, final e de *follow-up*, a adequação, os resultados e impactos. Destaca-se ainda criação e implementação de sistemas de monitorização e de informação. De fato, como se já comentou anteriormente, pela primeira vez a partir de 2009 foi possível observar nos relatórios de atividade do IDT, I.P. uma descrição detalhada das atividades levadas a cabo pelos técnicos da área de reinserção. Importa no futuro continuar a monitorizar estes dados, acrescentar a informação sobre o impacto da intervenção e prosseguir o caminho percorrido na área da qualidade apostando-se na divulgação de boas práticas, na formação contínua dos profissionais e na garantia da harmonização de práticas entre prestadores. Em relação à eficiência, será necessário estudar de forma mais detalhada alguma dispersão nos recursos financeiros observada em alguns dos serviços em relação à média.

O trabalho de reinserção requer uma coordenação e participação ativa de todas as instituições com responsabilidade na área social e da saúde, sendo fundamental continuar a promover iniciativas conjuntas intra e inter institucionais que assegurem a continuidade das respostas de emprego, formação profissional, habitação, educação e aptidões sociais.

---

<sup>248</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., *Relatórios de Atividade 2009-2011*, Lisboa, IDT, I.P.

#### 5.4.6 Prevenção da criminalidade associada à droga

##### a) Objetivo

A intervenção específica no PNCDT na área de missão da redução da oferta que se avalia é a "prevenção e combate da criminalidade associada à droga, através da coordenação e articulação das diversas entidades nacionais com competências na matéria e da cooperação com organismos internacionais e autoridades competentes de outros Estados". Esta enquadra-se no âmbito dos objetivos previstos na Estratégia Europeia de Luta Contra a Droga<sup>249</sup> (2005-2012) relacionados com a redução da oferta. Em forma resumida, a Estratégia Europeia prevê nesta matéria:

- **Reforçar a cooperação da UE em matéria de aplicação da lei a fim de reforçar as atividades operacionais no domínio da droga e o desvio de precursores no tocante à produção, tráfico de droga transfronteiras (intra-UE), redes criminosas envolvidas nessas atividades e criminalidade grave afim. Para tal é necessário que os decisores e os serviços melhorem e partilhem dos seus conhecimentos através do intercâmbio de melhores práticas;**
- **Intensificar a eficácia da cooperação em matéria de execução da lei entre os Estados-Membros, utilizando os instrumentos e quadros existentes (tais como a decisão–quadro que adota regras mínimas quanto aos elementos constitutivos das infrações penais e às sanções aplicáveis no domínio do tráfico ilícito de droga, as equipas comuns de investigação, o mandado de detenção europeu, a Europol e a Eurojust, a unidade de informações financeiras, as medidas de confisco de bens, assim como a Convenção das Nações Unidas contra o Crime Organizado Transnacional e seus protocolos);**
- **Prevenção e punição da importação e exportação ilícitas de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, sendo que os Estados-Membros deverão envidar esforços para assegurar a coerência das normas relativas às práticas de instauração de processos nos Estados-Membros;**
- **Reforçar, num quadro da UE, a cooperação em matéria de aplicação da lei, investigação criminal e polícia científica entre os Estados-Membros da UE que possuem interesses comuns e/ou enfrentam problemas idênticos relacionados com a droga (investigações conjuntas, equipas de investigação, criação de redes de intercâmbios em determinados domínios, projetos de caracterização da droga, formações, seminários ou conferências sobre temas específicos);**
- **Intensificar a ação repressiva dirigida a países terceiros, em especial os países produtores e as regiões atravessadas pelas rotas de tráfico. Intensificar a cooperação europeia na fiscalização das mercadorias de alto risco que entram na União, bem como a aplicação da lei em relação ao tráfico de droga na UE. No que se refere às medidas repressivas fora da UE, é vital controlar, melhorar e – se necessário – ampliar a rede de agentes de ligação dos Estados-Membros da UE nos países terceiros. Devem ser plenamente utilizados os instrumentos da Política Externa e de Segurança Comum (PESC).**

Fonte: Conselho da União Europeia (2004), Estratégia da UE de Luta contra a Droga (2005-2012).

<sup>249</sup> Conselho da União Europeia (2004), *Estratégia da UE de Luta contra a Droga* (2005-2012).

**b) Resumo dos desenvolvimentos ocorridos no âmbito da prevenção da criminalidade relacionada com a droga entre 2005 e 2012**

De forma a encetar uma resposta efetiva na prevenção e combate da criminalidade relacionada com a droga, importa assegurar que:

- as competências de cada OPC estão claramente definidas;
- que existe capacidade de cada OPC em dar resposta às suas atribuições;
- que existem e funcionam os mecanismos de coordenação e articulação que permitam consubstanciar uma política integrada de prevenção e combate à criminalidade, quer a nível nacional, quer a nível internacional.

A política integrada desenvolvida em matéria de fiscalização, prevenção e investigação criminal do tráfico ilícito de estupefacientes é feita pelos OPC<sup>250</sup>, e outras entidades e organismos do Estado<sup>251</sup>. O modelo existente em Portugal em matéria de prevenção e combate da criminalidade relacionada com a droga caracteriza-se por uma clara definição de competências de cada força policial e de segurança, que permite assegurar a eficiência nas atividades desenvolvidas, evitando duplicidades na atuação. O Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, e o Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro, fixam o regime jurídico aplicável ao tráfico e consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas. O Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro estabelece as regras que se prendem com a área de intervenção e as modalidades em que se desenrola a intervenção da GNR, PSP, PJ, SEF e da ATA no que diz respeito a redução da oferta e repressão do tráfico. Contempla cinco áreas, a saber:

- ❖ **A partilha de informação;**
- ❖ **A centralização da informação;**
- ❖ **O registo prévio de Informação (*Flag System*);**
- ❖ **As competências específicas** – com a criação de unidades especiais em matéria de prevenção e investigação do tráfico de substâncias estupefacientes ou psicotrópicas.
- ❖ **Os mecanismos de coordenação.**

À GNR e à PSP cabe a competência para a investigação dos seguintes crimes praticados nas respetivas áreas de jurisdição, a saber: i) crime previsto e punido de tráfico, quando ocorram situações de distribuição direta aos consumidores, a qualquer título, das plantas, substâncias ou preparações nele referidas; ii) dos crimes previstos e punidos de tráfico-consumo, incitamento ao uso de estupefacientes ou substâncias psicotrópicas, abandono de seringas e desobediência qualificada. Em termos de **investigação criminal** a PJ, através da Direção Central de Investigação do Tráfico de Estupefacientes (DCITE) detém a competência para a investigação dos crimes relacionados com a produção e tráfico de estupefacientes e percursos; conversão, transferência ou dissimulação destes bens ou produtos; abuso do exercício de profissão médica para fins não terapêuticos e associações criminosas.

---

<sup>250</sup> Polícia Judiciária, Guarda Nacional Republicana, Polícia de Segurança Pública, Autoridade Tributária e Aduaneira (Direção Geral das Alfandegas) e Serviço de Estrangeiros e Fronteiras.

<sup>251</sup> Direção Geral dos Serviços Prisionais e da Polícia Marítima (ou Autoridade Marítima).

Em matéria de **prevenção criminal** cabe especialmente à PJ: i) a prevenção da introdução e trânsito pelo território nacional de substâncias estupefacientes ou psicotrópicas e, ii) a prevenção da constituição de redes organizadas de tráfico interno dessas substâncias. À GNR e à PSP compete especialmente, nas respetivas áreas de atuação e com vista à deteção de situações de tráfico e consumo de estupefacientes ou substâncias psicotrópicas: i) a vigilância dos recintos predominantemente frequentados por grupos de risco; ii) a vigilância e o patrulhamento das zonas usualmente referenciadas como locais de tráfico ou de consumo. A ATA desenvolve a sua ação em matéria de prevenção do tráfico de droga através de unidades de informação, procedendo à identificação e adequado controlo de mercadorias e meios de transporte, na importação, exportação e trânsito, nas vias rodoviária, marítima, aérea e postal, mobilizando para o efeito todos os meios disponíveis.

**A PJ assume as funções de centralização informativa e de coordenação operacional** respeitante às infrações tipificadas no Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro através da DCITE.

Os OPC e os serviços aduaneiros transmitem à DCITE todas as informações que obtenham no âmbito da matéria em causa. É obrigatória a transmissão prévia à DCITE das ações planificadas a desencadear por parte de qualquer dos OPC. A GNR e a PSP remetem de imediato à DCITE cópia dos autos de notícia ou de denúncia e dos relatórios finais dos inquéritos que elaborem e as demais informações que por esta lhes forem solicitadas.

As **Unidades de coordenação e intervenção conjunta (UCIC)** estão sob a coordenação e direção estratégica e tática da PJ e integram a GNR, a PSP, a PJ, o SEF e a ATA, às quais compete disciplinar e praticar a partilha de informações oriundas de cada força ou serviço integrante e a coordenação das ações que devam ser executadas em comum. As UCIC são 7 (1 de âmbito nacional e 6 de âmbito regional, incluindo as Regiões Autónomas) e cada uma reúne 4 vezes por ano. Às UCIC compete a partilha de informação proveniente de cada força ou serviço integrante, avaliar os resultados e coordenar as ações para serem executadas em comum.

### c) Racional da avaliação

#### Metodologia

A CE submeteu uma proposta<sup>252</sup> de tipologia de "criminalidade associada à droga" ao Conselho da UE, a qual incluía os seguintes elementos, de acordo com Goldstein:

- **Crimes psicofarmacológicos:** delitos cometidos sob a influência de uma substância psicoativa;
- **Crimes económicos compulsivos:** delitos cometidos com o intuito de obtenção de dinheiro (ou drogas) para alimentar o consumo de droga;
- **Crimes sistémicos:** delitos cometidos no âmbito do funcionamento dos mercados de drogas ilícitas (como parte da atividade de venda, distribuição e consumo de droga);

<sup>252</sup> European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2007), *Drogas em Destaque - Nota do OEDT*, Bélgica, Serviço das Publicações, EMCDDA.

- **Infrações à legislação em matéria de droga: delitos por infração à legislação em matéria de droga (e de outra conexas).**

No capítulo que nos ocupa, centrar-nos-emos na avaliação dos mecanismos de articulação entre autoridades nacionais (GNR e PSP<sup>253</sup>, PJ<sup>254</sup>, AM<sup>255</sup>, ATA<sup>256</sup>) e cooperação com organismos e congéneres nacionais para prevenir e combater a criminalidade associada à droga, fundamentalmente no âmbito dos **crimes sistémicos e infrações à legislação em matéria de droga**. O SEF e o SIED, não tendo competências em relação ao combate ao tráfico de estupefacientes, dão apoio a estas entidades na fiscalização transfronteiriça pelo que serão incluídos na análise.

Assim, definiram-se indicadores (ver anexo 1) com objetivo de avaliar:

- ✓ A existência de mecanismos de coordenação e articulação entre as entidades nacionais e destas com organismos internacionais e congéneres noutros Estados (eficácia);
- ✓ Os processos utilizados (qualidade).

### Fontes

As fontes de informação utilizadas procedem fundamentalmente dos relatórios e estatísticas produzidas pelo Coordenador Nacional (Relatórios anuais da Situação do país) e pelas forças de segurança suprarreferidas (Relatório Anual de Segurança Interna). Foi ainda trabalhada informação *ad-hoc*, fornecida especificamente para o presente estudo.

### Limitações

A temática em avaliação compõe-se por uma série de dados de carácter sensível, que pela sua confidencialidade, não estão disponíveis ao público. Assim, o exercício de avaliação da eficácia e eficiência pretendido neste ponto será realizado fundamentalmente a partir da descrição de informação qualitativa.

<sup>253</sup> A Polícia de Segurança Pública e a Guarda Nacional Republicana têm como competências prevenir e detetar situações de tráfico e consumo de estupefacientes ou outras substâncias proibidas, através da vigilância e do patrulhamento das zonas referenciadas como locais de tráfico ou consumo. A GNR para além de competências de prevenção e deteção, tem também competências de vigilância e investigações de situações de tráfico e consumo de estupefacientes ou outras substâncias proibidas, nos termos do art.º 57º, nº2 do DL 15/93 de 23 de janeiro, na redação dada pela alteração operada pelo DL nº 80/95 de 22 de abril, assim como do exposto no art.º 2º, nº2 e 3 deste último diploma.

<sup>254</sup> A Polícia Judiciária, através da Unidade Nacional de Combate ao Tráfico de Estupefacientes (UNCTE), tem competências em matéria de prevenção, deteção, investigação criminal e a coadjuvação das autoridades judiciais relativamente aos crimes de tráfico de estupefacientes e de substâncias psicotrópicas tipificadas na lei.

<sup>255</sup> A Autoridade Marítima tem competências no combate à criminalidade por via marítima e ao tráfico de estupefacientes.

<sup>256</sup> Autoridade Tributária e Aduaneira: Controlo portuário e aeroportuário do tráfico de estupefacientes. Autoriza o exercício da atividade de importação, exportação e colocação no mercado de produtos químicos suscetíveis de serem utilizados na produção ilícita de estupefacientes e substâncias psicotrópicas e colabora com os organismos competentes, nacionais ou internacionais, na elaboração de normas relativas à comercialização dos precursores de estupefacientes e de substâncias psicotrópicas, bem como dos produtos estratégicos (Portaria n.º 320- Resolução da Assembleia A/2011, de 30 de dezembro da República n.º 124/2011, DR n.º 250 – Série I – 2º SUPL).

## d) Resultados

### Eficácia

Um dos objetivos estabelecidos no PNCDT refere-se a consolidar o modelo de prevenção e combate ao tráfico de estupefacientes em vigor, mantendo e reforçando os níveis de atuação complementar e coordenada de diversas entidades. Neste âmbito, destaca-se a integração em 2010 da AM nas UCIC<sup>257</sup>, sendo que neste momento todas as forças de segurança e/ou organismos com autoridade na matéria estão integradas nestas Unidades. Anualmente são realizadas em média 28 reuniões nos âmbitos nacional e regional<sup>258</sup> e, entre 2005 até 20 de junho de 2012, foram realizados um total de 19.074 pedidos às UCIC (uma média anual, entre 2005 e 2011, de 2.508 pedidos<sup>259</sup> sendo que desde 2009 se constata um acréscimo do número anual de pedidos). Estes dados poderão indicar, ainda que de forma parcial, o volume de interações existentes entre OPC. Foram desenvolvidas diligências no sentido de reforçar a centralização da informação bem como a coordenação destas Unidades. Este esforço, de acordo com o citado nos relatórios do Coordenador Nacional consultados, verificou-se fundamentalmente:

- Na recolha de informação especialmente no âmbito das vias marítima e aérea, entre GNR, PSP, PJ e DGAIEC;
- Na elaboração de relatórios operacionais sobre atividades ilícitas de indivíduos ou organizações criminosas;
- Na elaboração de relatórios estratégicos sobre o fenómeno do tráfico de drogas.

#### d.1. Articulação e coordenação a nível nacional

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 através de vários elementos, a saber:

- **Projetos conjuntos desenvolvidos entre forças de segurança ou entre organismos com competências ou relações no âmbito deste fenómeno:** destaca-se o Projeto CS6 realizado em 2006 em conjunto pela PSP e PJ para intervenção em bairros críticos de Lisboa. Entre organismos civis foi realizado em 2010 o projeto da DGAIEC (agora ATA) de cooperação com operadores económicos;
- **Implementação de mecanismos de ligação e reporte entre as entidades de controlo e regulação administrativa, o comércio, a indústria e a PJ** em matéria de produção, importação e exportação de substâncias psicotrópicas e percussores. Neste âmbito constata-se que:
  - Foram estabelecidos canais de comunicação entre a PJ e a DGAIEC e entre a ASAE, PJ e Ministério Público;

---

<sup>257</sup> O Decreto-Lei n.º 81/95, de 22 de abril, estabelece as UCIC – Unidades de Coordenação e Intervenção Conjunta - como o sistema de coordenação operacional. Em 1996 o Protocolo de Coordenação das UCIC, estabelece que a informação relativa à prevenção e investigação criminal das atividades ilícitas é centralizada na DCITE – Direção Central de Investigação do Tráfico de Estupefacientes da Polícia Judiciária.

<sup>258</sup> Informação *ad-hoc* fornecida pela Polícia Judiciária (25.06.12).

<sup>259</sup> Informação *ad-hoc* fornecida pela Polícia Judiciária (25.06.12).

- Foram realizados seminários sobre o controlo de percussores na europa (dirigidos à indústria, funcionários aduaneiros e PJ).
- **Implementação e desenvolvimento de mecanismos e suportes operacionais que permitam investigar no plano financeiro e patrimonial as organizações criminosas e as estruturas económicas** a elas associadas, maximizando a apreensão e o confisco de bens e valores gerados pelo tráfico de estupefacientes. Neste âmbito constata-se o desenvolvimento em 2007 do sistema de gestão de base de dados para controlar o movimento de dinheiro líquido na fronteira e foi intensificada a cooperação entre as unidades operacionais da DCITE e UIF (Unidade de Informação Financeira), tendo sido respondidas todas as solicitações de informação efetuadas<sup>260</sup>;
- Para o **reforço dos mecanismos de racionalização e coordenação da atividade desenvolvidas por todas as entidades com intervenção na luta contra o tráfico de estupefacientes** no exercício das atribuições e competências fixadas pelo Decreto-lei n.º 81/95 de 22 de abril, nos anos 2008 a 2010 foi elaborado o relatório de georreferenciação dos resultados obtidos por cada organismo. Anualmente é ainda publicado o relatório anual TCD<sup>261</sup> que congrega informação das atividades das várias forças de segurança no âmbito das apreensões de drogas ilícitas.

A pesquisa efetuada evidenciou ainda as seguintes medidas:

- Desenvolvimento e consolidação do Sistema Integrado da Informação Criminal (SIIC). Este sistema possibilita ainda a realização dos relatórios que apresentam anualmente informação estatística sobre o fenómeno e que reúne informação sobre a atividade de cada OPC;
- Realização de ações de formação com integração de várias OPC (a nível nacional).

A PJ, que tem uma estrutura vocacionada especificamente para o combate ao tráfico de droga (DGITE) no âmbito das suas competências e atribuições<sup>262</sup>, elegeu desde 2006 como objetivos operacionais principais da sua atividade o combate à criminalidade organizada e ao grande tráfico quer interno como internacional. A GNR desenvolveu o projeto de substituição do sistema de vigilância costeira (LAOS) por um novo sistema (SIVICC), o qual constitui uma mais-valia no reforço das atividades de vigilância.

A DGAIEC visou o aumento de eficácia e eficiência na gestão da fronteira externa e na regulação das trocas, contribuindo para a coerência e harmonização entre as diversas políticas públicas nacionais e internacionais. Em 2007 encetou medidas com o objetivo de melhorar a uniformização e o controlo da fronteira externa nos locais onde se encontra representada e em ultimar a informatização do

---

<sup>260</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., (2008). Relatório anual 2007 A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências, Lisboa, IDT, I.P.

<sup>261</sup> O qual é elaborado com base nos formulários TCD (Tráfico e Consumo de Drogas), Modelo A, relativo a substâncias e Modelo B, relativo a intervenientes, recebidos e tratados na Seção Central de Informação Criminal da DCITE.

<sup>262</sup> Decreto-Lei n.º15/93 de 22 de janeiro e Decreto-Lei n.º 81/95, de 22 de abril.

Sistema de Declarações Sumárias do Sistema de Processamento de Declarações Aduaneiras de Exportação e do Sistema Automático de Seleção, os quais entraram em funcionamento. Para além disso, procedeu à consolidação do Sistema Integrado de Informação Antifraude.

## d.2. Articulação e coordenação a nível internacional

O posicionamento geográfico de Portugal assume relevância em matéria de fluxos de tráfico de droga, quer seja por via marítima, aérea ou terrestre. Embora de acordo com o Relatório Anual de Segurança Interna<sup>263</sup>, Portugal não constitua a sede da maior parte das organizações criminosas nesta matéria, é um território com potencialidade para a criação de estruturas de logística que permitem o decorrer das atividades de tráfico de estupefacientes de carácter transnacional. Neste sentido, as operações de prevenção e combate da criminalidade associada à droga de âmbito internacional nas quais o Estado português participa centram-se sobretudo no tráfico de estupefacientes. De forma concomitante a estas ações, cria-se conhecimento através da elaboração de trabalhos para observar as tendências de desenvolvimento ao nível do tráfico internacional de estupefacientes visando definir as tendências do fenómeno (capacidade das redes internacionais, *modus operandi*, meios, agentes, rotas e ligações com crime organizado e grupos terroristas) e uma melhor capacidade de intervenção.

De acordo com os relatórios anuais de Segurança Interna, as atividades de prevenção e repressão do tráfico internacional por via marítima que ocorreram fundamentalmente em 2010 terão conduzido a um desinvestimento do tráfego em território nacional por esta via. A mesma fonte refere que a diminuição do volume de apreensões e quantidades deverá ser interpretada com alguma precaução já que podem estar implicados vários fatores que a justifiquem tais como "as quantidades apreendidas no ano transato terem sido tão elevadas que se torna difícil igualar valores; um indício de que as redes de tráfico desmanteladas (...) não conseguiram recuperar, ou, tendo-se reabilitado, não conseguiram atingir os níveis anteriores..."<sup>264</sup>.

No que se refere à recolha de informação que possa testemunhar as atividades desenvolvidas entre 2005 e 2012 no âmbito da **articulação e ações de coordenação com congéneres de outros Estados-membros e organismos internacionais**, as matérias em que se pode observar a participação das forças e organismos nacionais em atividades de articulação e coordenação internacional são assim as seguintes:

- **Cooperação contra a produção e tráfico de droga a nível internacional:**
  - Participação da PJ no Projeto Mediterrâneo que envolveu cinco países tendo realizado 2 operações por via aérea e 2 por via marítima;

<sup>263</sup> Ministério da Administração Interna (2012). Relatório anual Segurança Interna 2011, Lisboa, MAI.

<sup>264</sup> Ministério da Administração Interna (2008). Relatório anual Segurança Interna 2007, Lisboa, MAI.

- A PJ foi fundador do projeto *Maritime Analysis and Operations Center – Narcotics* (MAOC-N)<sup>265</sup> em 2007 e atualmente detêm a presidência;
  - Participação da PJ em projetos com países da África ocidental, especialmente com o Senegal, Guiné Bissau, e Cabo Verde (projetos recorrentes);
  - Participação da PJ nos Projetos PRISM e CHAIN (relacionados com as drogas sintéticas) e no Projeto COCAF - White Flow;
  - Participação da PJ no Projeto de Cooperação em Matéria de Aplicação da Lei e de Inteligência Contra o Tráfico de Cocaína da América Latina para a África Ocidental;
  - Participação da PJ no Projeto CAVE ANTRAF (Alfândegas e Cabo Verde) e no Projecto Drug NET<sup>266</sup>;
  - Participação da PJ nos projetos COLA, SYNERGY, HEROÍN, CANNABIS e em ficheiros de análise da Europol (atividade regular);
  - Participação da PJ nas reuniões de coordenação no Eurojust;
  - A PJ liderou o projeto COSPOL-Cocaína (2007);
  - A DGAIEC participa em operações aduaneiras com as suas congéneres a nível internacional;
  - A Direção-Geral da Autoridade Marítima (DGAM) participou em 2010 na operação European Global Operation Deployment e no programa Frontex, no âmbito do qual se desenvolveram 1.085 ações especificamente dirigidas para o narcotráfico<sup>267</sup>.
- Em relação às medidas de **prevenção e combate ao branqueamento de capitais gerados pela produção e tráfico ilícitos de estupefacientes, substâncias psicotrópicas e precursoros:**
    - Intensificaram-se em 2007 as trocas de informação entre a DGAIEC e as Alfândegas Comunitárias através das aplicações informáticas existentes e trabalhos de participação no desenvolvimento da aplicação informática YACHTINFO destinada à troca de informações referentes a embarcações de recreio suspeitas de envolvimento em tráfico de mercadorias sujeitas a proibições/ restrições;
    - Participação da DGAIEC em 2007 e 2008<sup>268</sup> na reunião plenária MARINFO/ YATCHINFO SUL que integrou Administrações Aduaneiras de países do Sul da Europa, Norte de África e Próximo Oriente, bem como no Grupo ODYSUD que reúne administrações aduaneiras dos portos do Sul da Europa e no Grupo de Trabalho Comunitário *Security Risk Rules*. Atividades de cooperação e assistência técnica às Administrações Aduaneiras de Cabo Verde, Timor Leste, Angola, São Tomé e Príncipe e Moçambique;
    - Em 2008<sup>269</sup> a DGAIEC participou noutras reuniões de carácter internacional que visaram estabelecer controlos homogéneos na fronteira da UE;

---

<sup>265</sup> Organismo com sede em Lisboa, que congrega sete Estados-Membros, num esforço acrescido de combate ao tráfico por via marítima.

<sup>266</sup> Ficheiro *ad-hoc* fornecido pela PJ.

<sup>267</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., (2011). Relatório anual 2010 A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências, Lisboa, IDT, I.P.

<sup>268</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., (2008). Relatório anual 2007 A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências, Lisboa, IDT, I.P. e Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., (2009). Relatório anual 2008 A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências, Lisboa, IDT, I.P.

<sup>269</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (2009). Relatório anual 2008 A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências, Lisboa, IDT, I.P.

- A PJ<sup>270</sup> recebeu nos anos 2009 e 2010 um total de 231 pedidos de informação pelas congéneres e formulou um total de 185 pedidos de informação. Significa portanto, que por cada dia útil de trabalho num ano, foram realizados uma média aproximada de dois contactos formalizados por dia entre organismos congéneres o que revela uma atividade significativa de articulação no âmbito da recolha de informação. Sublinha-se que os contactos são regulares, muitos dos quais não registados.
- Foram ainda desenvolvidas **ações de partilha de informação, investigação e repressão sobre atividades de estruturas criminosas que utilizem o território nacional como ponto de apoio tendo em vista a introdução de estupefacientes**, nomeadamente:
  - Reuniões entre PJ e congéneres europeias;
  - Foi dado cumprimento a um total de 164 cartas rogatórias entre 2005 e até 20 de junho de 2012 (uma média de 22 cartas por ano);
  - Participação em investigações com articulação e coordenação com MAOC-N, Espanha e Polícia Federal do Brasil.
- No âmbito do **reforço das atividades de vigilância, controlo e fiscalização da fronteira externa da UE para eliminar as possibilidades de introdução de drogas no território nacional e no espaço europeu**:
  - A GNR, realizou em 2008 um total de 225 Controlos Móveis (mais 25% que em 2007)<sup>271</sup>, com a participação de 483 militares, no quadro de cooperação bilateral com a Guardia Civil de Espanha e Polícia Nacional de Espanha e, em 2009, operações conjuntas com a Guardia Civil de Espanha nos rios Minho e Guadiana<sup>272</sup>;
  - A PJ, no âmbito da partilha e registo de informação no MAOC-N procedeu em 2009 a 400 operações de controlo, recolha de informação seguimento e vigilância de passageiros suspeitos de envolvimento no tráfico de droga e, em 2010, a 285 operações<sup>273</sup>;
  - Foi realizada a operação "Brigantine" em 2007 e que se desenvolveu em quatro zonas<sup>274</sup>, diferenciadas pelas áreas de atuação dos países intervenientes (total de 11 países e 3 agências internacionais como observadores). Esta operação concluiu com a detenção de 28 pessoas e a apreensão de cocaína e haxixe;
  - A GNR participou em 2006 na operação "Guanatema II", que contou com a participação de 8 países, entre os quais Portugal.

<sup>270</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (2010). Relatório anual 2009 A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências, Lisboa, IDT, I.P. e Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (2011). Relatório anual 2010 A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências, Lisboa, IDT, I.P.

<sup>271</sup> Ministério da Administração Interna, Relatório anual 2007e 2008 Segurança Interna, Lisboa, MAI.

<sup>272</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (2008), Relatório anual 2007 A Situação do País em matéria de Drogas e Toxicodependências, Lisboa, IDT, I.P. e Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P.(2009), Relatório anual 2008 A Situação do País em matéria de Drogas e Toxicodependências, Lisboa, IDT, I.P.

<sup>273</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (2010), Relatório anual 2009 A Situação do País em matéria de Drogas e Toxicodependências, Lisboa, IDT, I.P. e Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (2011), Relatório anual 2010 A Situação do País em matéria de Drogas e Toxicodependências, Lisboa, IDT, I.P.

<sup>274</sup> Em que Portugal empregou forças da Brigada Fiscal da GNR na Zona II (entre o Estreito de Gibraltar e o nordeste de Espanha, Ilhas Canárias, Arquipélagos da Madeira e Açores), Relatório anual de Segurança Interna, 2007, MAI.

- No que se refere às **ações de cooperação entre os Estados-Membros, Europol, Eurojust e países terceiros e organizações internacionais contra a produção e tráfico organizado de droga a nível internacional**:
  - A PJ realizou entre 2005 e 20 de Junho de 2012<sup>275</sup> um total de 129 entregas controladas, equivalente a uma média anual, entre 2005 e 2011, a uma média de 16 entregas controladas por ano. No âmbito da cooperação entre entidades, no ano 2007 a DGAIEC efetuou a deteção de cocaína em 14 casos que resultaram de entregas controladas da PJ<sup>276</sup>;
  - A PJ dispõe de oficiais de ligação portugueses na Europol (2 até 2011 e 1 desde 2011); Cabo Verde, Guiné-Bissau e Angola (2012), São Tomé e Brasil (até 2009) e França (em 2009). Em 2007 foi adscrito um oficial de ligação da PJ na Venezuela<sup>277</sup>;
  - Existem ainda oficiais de ligação estrangeiros em Portugal ou Espanha<sup>278</sup>, com contactos diretos e regulares com a UNCTE. Estes oficiais são provenientes do Reino Unido (2), Espanha (2), França (3), Holanda (1), Rússia (1), Itália (1), Brasil (2), Marrocos (1), Alemanha (1), Irlanda (2), Estados Unidos (2) e 2 dos países nórdicos (representando conjuntamente a Noruega, Suécia, Islândia, Dinamarca e Finlândia). Até 2009 existiram oficiais de ligação da Bélgica e Canadá;
  - A PJ destacou em 2008 funcionários de investigação criminal para países africanos de expressão portuguesa (Cabo Verde, São Tomé e Príncipe e Guiné-Bissau), com a missão de procederem a assessoria às direções locais da PJ;
  - A PJ participou entre 2006 e 2011<sup>279</sup> num total de 206 reuniões internacionais e trocou um total de 2.302 informações com instâncias internacionais entre 2005 e até 20 de junho de 2012 (média de 357 informações trocadas por ano entre 2005 e 2011);
  - A DGAIEC participou em 2008 numa Operação Aduaneira Conjunta com a Europol e apoiou as autoridades de Cabo Verde na constituição de equipas mistas de controlo fronteira.

Finalmente, Portugal dispõe ainda de Gabinetes Nacionais da Interpol e Europol. Através do Gabinete Nacional da Interpol<sup>280</sup>, no âmbito da cooperação internacional foram em 2011 abertos 2.727 processos (mais 4,5% que em 2010) dos quais 450 (17%) relacionados com estupefacientes (mais 38 processos relacionados com estupefacientes que em 2010). Através da Unidade Nacional da Europol, em 2011 foram abertos 1.058 processos dos quais 300 por tráfico de estupefacientes (significando aproximadamente 27% do total de casos).

---

<sup>275</sup> Ficheiro *ad-hoc* fornecido pela PJ.

<sup>276</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., (2008), Relatório anual 2007 A Situação do País em matéria de Drogas e Toxicodependências, Lisboa, IDT, I.P.

<sup>277</sup> Ficheiro *ad-hoc* fornecido pela PJ. Relatório de atividades 2007. Lisboa, IDT, I.P.

<sup>278</sup> Ficheiro *ad-hoc* fornecido pela PJ.

<sup>279</sup> Não existe informação para 2008. Ficheiro *ad-hoc* fornecido pela PJ.

<sup>280</sup> Organização Internacional de Polícia Criminal – Interpol.

### Qualidade

Relativamente a atividades que versam promover a qualidade das atividades desenvolvidas no âmbito da prevenção da criminalidade associada à droga, destaca-se a formalização em 2008 de um protocolo que decorre do Decreto-lei n.º 81/95, de 22 de abril, relativo às competências de investigação criminal do tráfico de estupefacientes no âmbito da UCIC e as atividades de formação desenvolvidas e que envolvem a interseção de várias forças policiais/ organismos com competências na matéria. Neste sentido, entre 2008 e 2012 foram realizadas 24 ações de formação pela PJ a elementos de outras OPC (total de 715 participantes e 91 horas de formação).

No âmbito da cooperação com países terceiros, foram desenvolvidas ações de formação para agentes de Cabo Verde e Brasil, num total de 80 horas e 30 participantes e no âmbito da cooperação internacional (nomeadamente CEPOL/EUROMED PROJECT II: Maritime Drug Trafficking e tráfico de estupefacientes por via aérea) foram realizadas 2 ações de formação para 17 participantes (total de 63,5 horas de formação)<sup>281</sup>.

### e) Conclusões e recomendações

A avaliação dos mecanismos de articulação e coordenação estabelecidos para a prevenção e combate à criminalidade relacionada com a droga revelou-se uma tarefa difícil por razões de várias ordens.

Em primeiro lugar, destaca-se a inexistência de um enquadramento conceptual comum sobre a criminalidade associada à droga, com o qual estariam estabelecidas as bases para uniformizar a categorização de cada Estado e organismo com competências na matéria em relação às ações realizadas neste âmbito. Neste sentido, proceder a uma avaliação desta natureza comporta desafios de várias índoles e é possível que as avaliações realizadas tenham a limitação de abordar o fenómeno de forma parcial.

Em segundo lugar, este tipo de informação é de carácter sensível, dada a confidencialidade da mesma, pelo que a informação pública disponível não é vasta embora exista a nível interno.

A partir da informação disponível foi no entanto possível observar a existência de um modelo de coordenação a nível nacional que define claramente as competências de cada OPC em matéria de prevenção e combate da criminalidade relacionada com a droga nos vários âmbitos de atividade e territoriais, o que permite ganhar eficiência nas investigações. Constatou-se ainda a existência de mecanismos de cooperação e de articulação a nível nacional que são operacionalizados sob uma base regular e permanente entre as autoridades policiais e organismos com competências na matéria. A nível internacional foram prosseguidas atuações de cooperação policial com as congéneres das forças de segurança portuguesas e outros organismos internacionais relacionados, foi reforçada a partilha de informação e as estruturas de ligação existente entre países através dos oficiais de ligação os quais trabalham em permanência com os organismos congéneres e foram ainda realizadas ações de formação com congéneres de outros países.

---

<sup>281</sup> Dados *ad-hoc* ficheiro PJ.



## 6. SÍNTESE DA AVALIAÇÃO DO PNCDT

Após a análise do Plano em aspetos específicos estabelecidos no caderno de encargos, pretende-se neste capítulo apresentar uma síntese da avaliação dos objetivos do Plano estabelecidos nas suas áreas de missão. A avaliação dos objetivos específicos de cada um dos vetores pode ser consultada no anexo 7.

### a) Área de missão de redução da procura

<b>Prevenção</b>	
<b>Objetivos gerais PNCDT</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Aumentar o conhecimento sobre o fenómeno dos consumos de substâncias psicoativas, em articulação com o ODT;</i></li> <li>2. <i>Aumentar a qualidade da intervenção preventiva através do reforço da componente técnico-científica e metodológica;</i></li> <li>3. <i>Aumentar a abrangência, a acessibilidade, a eficácia e a eficiência dos programas de prevenção.</i></li> </ol>
<b>Resultados</b>	<p>Os objetivos preconizados para a área de prevenção pelo PNCDT foram executados, nomeadamente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) aumentado o conhecimento <i>sobre o fenómeno dos consumos de substâncias psicoativas</i>, tendo sido:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) elaborada informação de base científica e promovida a realização de estudos para suporte a pessoas e entidades interessadas em desenvolver atividades nesta área (e.g. Eurídice), com vista a favorecer um melhor entendimento das diferentes vertentes do fenómeno do uso/abuso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas e questões correlacionadas em articulação com outras entidades;</li> <li>b) desenvolvidos instrumentos de “diagnóstico rápido” (e.g. metodologia de diagnóstico no âmbito do PORI), manifestando-se a aposta em diagnósticos, sempre que possível, de base local com vista a favorecer a alocação adequada de recursos bem como uma gestão descentralizada dos mesmos;</li> <li>c) Disponibilidade de plataformas de informação (Linha <b>Vida</b> – serviço de apoio telefónica anónimo, gratuito e confidencial de informação, aconselhamento, apoio e encaminhamento na área da toxicod dependência; e <b>Tu alinhas</b> - <a href="http://www.tu-alinhas.pt">www.tu-alinhas.pt</a>).</li> </ol> </li> <li>2) aumentada a qualidade da intervenção através do reforço da componente técnico-científica e metodológica, tal como se observou através:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) da elaboração de manuais de boas práticas, definição e elaboração de procedimentos e instrumentos de apoio para a intervenção preventiva;</li> <li>b) do desenvolvimento de ações de informação e sensibilização;</li> <li>c) do desenvolvimento de ações de formação de interventores na área;</li> <li>d) do desenvolvimento de projetos que apostaram na evidência científica, permitindo a validação de práticas de intervenção (e.g., PIF), e) da seleção, acompanhamento e avaliação dos projetos desenvolvidos (e.g., PORI).</li> </ol> </li> </ol>

3) aumentada a abrangência, a acessibilidade, a eficácia e a eficiência dos programas de prevenção. A este respeito, inclui-se o desenvolvimento de programas de prevenção em meios específicos (e.g., meio universitário, laboral) e mobilizando uma multiplicidade de parceiros (IPJ, I.P., GASSJ, entre outros). Foram desenvolvidas ações de prevenção em meio escolar e em meios específicos, aumentando o acesso de grupos específicos a programas de prevenção. Foram criadas atuações conjuntas permitindo a concentração de esforços por diferentes parceiros tendo em vista a prevenção dos consumos (e.g. implementação de programas de prevenção integrados nas áreas curriculares e com materiais técnico-pedagógicos específicos). Foram desenvolvidos programas com base em diagnósticos prévios e sujeitos a monitorização e avaliação, permitindo fomentar a eficácia e eficiência dos mesmos.

**Conclusões** O enfoque aplicado para o vetor da Prevenção através do PNCDT permitiu alcançar os objetivos gerais previstos.

#### Dissuasão

##### Objetivos gerais PNCDT

1. *Garantir a eficiência na aplicação da lei, assegurando o acompanhamento adequado, justo, com qualidade técnica e que vá ao encontro das necessidades efetivas dos indiciados consumidores;*
2. *Estabelecer e manter a dinâmica de articulação entre parceiros que trabalham na área da toxicod dependência, para que se assegure a complementaridade das intervenções específicas de cada serviço a nível local e o conhecimento aprofundado das respostas disponíveis;*
3. *Melhorar o conhecimento científico na área da dissuasão.*

##### Resultados

Os objetivos gerais 1, 2 e 3 definidos no PNCDT para a área da Dissuasão foram cumpridos.

Em relação ao objetivo 1, "Garantir a eficiência na aplicação da lei, assegurando o acompanhamento adequado, justo, com qualidade técnica e que vá ao encontro das necessidades efetivas dos indiciados consumidores" verifica-se que:

- a) em 2008 foi alargada a capacidade de decisão das CDT, através da reposição do *quórum* de todas elas, permitindo aumentar o número de processos abertos com decisão proferida;
- b) o trabalho da equipa técnica das CDT que tem como objetivo identificar qual a melhor intervenção para cada indiciado, através da realização de um diagnóstico individual de necessidades, é fundamental para a adequação da intervenção, indo portanto de encontro às necessidades do indiciado tal como previsto no objetivo definido no PNCDT;
- c) Em relação à harmonização de práticas e procedimentos das CDT, foi possível concretizar o acompanhamento das CDT através do apoio técnico em matérias jurídicas, processuais e psicossociais, emissão de pareceres sobre matérias associadas à operacionalização da lei e ainda através do controlo e acompanhamento das decisões proferidas.

No que se refere ao objetivo 2 de "estabelecer e manter a dinâmica de articulação entre parceiros que trabalham na área da toxicodependência, para que se assegure a complementaridade das intervenções específicas de cada serviço a nível local e o conhecimento aprofundado das respostas disponíveis", a criação da Sub-comissão para a Dissuasão permitiu fomentar a convergência e a articulação entre as atuações. O aumento do número de processos e o aumento do número de encaminhamentos de indiciados revela um reforço da articulação intra e interministerial.

Em relação ao objetivo 3 "melhorar o conhecimento científico na área da dissuasão", através do qual previa a avaliação do impacto da descriminalização do consumo (Plano de Ação 2009-2012) foi efetuado uma vez que foi realizado um estudo nacional pela Fundação Manuel dos Santos bem como vários estudos e artigos científicos sobre o tema.

**Conclusões** Os objetivos definidos no PNCDT foram cumpridos.

## RRMD

### Objetivos gerais PNCDT

1. Construir uma rede global de respostas integradas e complementares, no âmbito da RRMD com parceiros públicos e privados;
2. Disponibilizar programas de RRMD a grupos específicos;
3. Desenvolver um processo de melhoria contínua da qualidade da intervenção em RRMD, promovendo uma cultura de formação e avaliação, que constitua o garante desta mesma qualidade da intervenção.

### Resultados

Em relação ao objetivo 1, tal como se pode observar no documento, entre 2005 e 2012 foram desenvolvidas/reforçadas as respostas existentes de RRMD, tendo-se constituído uma rede global, com respostas integradas e complementares, que envolveu quer parceiros públicos (e.g. proteção social, educação, entre outros), como privados (e.g. IPSS).

Em relação ao objetivo 2, foram disponibilizados programas de RRMD a grupos específicos (e.g., jovens com consumos experimentais em contextos recreativos), nomeadamente através da priorização de uma intervenção de proximidade. Em relação ao meio prisional as respostas implementadas resultaram da definição do PANCPDIMP, enquadrando-se, neste âmbito, o PTS.

De acordo com o objetivo 3 da área de RRMD, foram desenvolvidos manuais de boas práticas e materiais de informação/sensibilização sobre temas específicos; implementada a nível nacional a formação de interventores de RRMD e sensibilizados técnicos/agentes da população alvo (educadores de pares) e procedeu-se ao acompanhamento, monitorização e avaliação das respostas de RRMD (e.g., respostas de RRMD no âmbito dos PRI).

**Conclusões** Os objetivos definidos para a área de RRMD foram cumpridos.

<b>Tratamento</b>	
<b>Objetivos gerais PNC DT</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. <i>Garantir a toda a população que o deseje o acesso em tempo útil a respostas terapêuticas integradas (articuladas e complementares);</i></li><li>2. <i>Disponibilizar uma oferta de programas de tratamento e de cuidados diversificada, abrangendo um amplo leque de abordagens psicossociais e farmacológicas, orientadas por princípios éticos e pela evidência científica;</i></li><li>3. <i>Implementar um processo de melhoria contínua da qualidade a nível de todos os programas e intervenções terapêuticas.</i></li></ol>
<b>Resultados</b>	<p>O objetivo 1 definido para o vetor tratamento foi alcançado, tendo-se redimensionado e reorientado a rede prestadora de cuidados constituindo uma rede dinâmica de cuidados integrados com os demais vetores de redução da procura (e.g., criação dos CRI numa lógica de articulação horizontal entre os diferentes vetores) e com os parceiros públicos e privados (e.g., circuitos de referência, definição de critérios para (re) alocação de recursos humanos, racionalizando-os). O número de dias de espera para acesso às respostas diminuiu, o número de utentes em primeiras consultas aumentou (de 5.023 em 2004 para 8.444 em 2011) e o número total de utentes em tratamento aumentou de 30.266 em 2004 para 37.983 em 2011) e foi criada uma "via verde" para as estruturas de RRMD.</p> <p>Em relação ao objetivo 2, o leque de programas de tratamento e de cuidados disponibilizado inclui uma oferta diversificada, contempla abordagens psicossociais e farmacológicas as quais são orientadas pelo rigor científico. Foram ainda implementados programas contemplando SPA ilícitas ou lícitas (no caso do álcool houve a integração dos serviços de alcoologia e na carteira de serviços incluem-se consultas para outras substâncias tais como tabaco). Em relação aos grupos vulneráveis ou de risco foram implementados programas para atendimento a grávidas e recém-nascidos, menores, reclusos e ex-reclusos, embora se necessite de maior sistematização no território nacional já que são experiências concretas de nível regional. A abordagem inclui a dimensão física, psíquica e social, sendo que o acompanhamento é realizado, na dimensão física, a todas as patologias associadas e não só à dependência. Foram definidas as linhas orientadoras (<i>guidelines</i>) dos programas de tratamento.</p> <p>O objetivo 3, que faz referência ao processo de melhoria contínua da qualidade foi alcançado na medida em que se elaboraram linhas de orientação técnicas e técnicas-normativas para as várias intervenções (e.g., linhas orientadoras para tratamento precoce de jovens em risco e de consumidores adolescentes com enfoque nos sintomas precoces, físicos e psíquicos) e foram formados interventores no vetor do tratamento.</p>
<b>Conclusões</b>	Os objetivos definidos no vetor do tratamento foram na sua maioria cumpridos.

<b>Reinserção</b>	
<b>Objetivos gerais PNCDT</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. <i>Garantir a abrangência e a transversalidade dos recursos institucionais/não-institucionais da Reinserção nas várias áreas de vida do cidadão, de forma a facilitar o desenvolvimento de projetos de vida responsáveis e responsabilizantes;</i></li><li>2. <i>Potenciar a Reinserção enquanto processo global, implicando todos os atores na ótica da abordagem e das respostas integradas, através de uma gestão participada e efetiva;</i></li><li>3. <i>Implementar o processo de melhoria contínua da qualidade em reinserção.</i></li></ol>
<b>Resultados</b>	<p>O objetivo 1 consubstanciou-se na elaboração do MIR o qual persegue o objetivo traçado ao encarar a Reinserção como um processo de intervenção em rede, preconizando uma abordagem integrada entre os recursos disponíveis.</p> <p>O objetivo 2 foi alcançado, tendo-se procedido à definição de uma metodologia própria na área da reinserção e redimensionado e reorientado a intervenção em Reinserção. Ao nível externo foram promovidas as sinergias com parceiros inter e intra-institucionais, tendo-se articulado as respostas com outras entidades (<i>e.g.</i>, com o ISS, I.P. para satisfação das necessidades dos utentes em termos de habitação, através dos Apartamentos de Reinserção Social).</p> <p>O objetivo 3, de fomento da qualidade na área de reinserção foi conseguido e está patente, entre outros, através dos documentos de orientação técnica elaborados, bem como da bateria de indicadores para monitorização e avaliação das intervenções.</p>
<b>Conclusões</b>	Os objetivos preconizados para o vetor da reinserção foram alcançados.

## b) Área de missão de redução da oferta

<b>Redução da oferta</b>	
<b>Objetivos gerais PNC DT</b>	Reduzir de forma significativa a prevalência do consumo de drogas entre a população, bem como os prejuízos a nível social e para a saúde causados pelo consumo e pelo comércio de drogas ilegais e assegurar, tendo em consideração as conquistas e valores em termos de direitos e liberdades fundamentais, um elevado nível de segurança para o público em geral, tomando medidas contra a produção e o tráfico de drogas e o desvio de precursores (incluindo o transfronteiriço) e intensificando as medidas de prevenção contra a criminalidade relacionada com a droga através da cooperação eficaz, firmada numa abordagem conjunta, com as forças de outros Estados.
<b>Resultados</b>	<p>Os resultados das operações no âmbito da prevenção e combate ao tráfico de estupefacientes constituem um indicador indireto do volume de operações/ investigações desenvolvidas já que nem todas resultam na apreensão de material ou na detenção de indivíduos.</p> <p>O número de apreensões aumentou entre 2005 (5.483) e 2011 (5.693) e as quantidades apreendidas diminuíram no mesmo período de tempo: 46.661.560,51 gramas e unidades em 2005, para 18.250.086,16 em 2011. O número total de intervenientes detidos<sup>282;283</sup> aumentou de 4.270 em 2005 para 4.661 em 2011.</p> <p>Os dados supra mencionados não ilustram convenientemente a eficácia das ações desenvolvidas, visto que as apreensões/ detenções efetuadas podem ser alvo de investigação durante anos e só ter eventualmente resultados em anos posteriores pelo que 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.</p> <p>As relações de articulação e coordenação entre OPC e organismos com competências na matéria, a nível nacional e internacional foram mantidas e reforçadas. A nível nacional importa referir a eficácia do modelo de Coordenação (Decreto de Lei 81/95) que estabelece os mecanismos de coordenação entre as diferentes OPC, e atribui à PJ as funções de centralização informativa e de coordenação operacional.</p>
<b>Conclusões</b>	A prevenção e combate à criminalidade relacionada com a droga foram asseguradas ao longo deste ciclo estratégico através da manutenção e reforço da cooperação e articulação permanentes, tanto a nível nacional como internacional.

---

<sup>282</sup> Todos os organismos incluídos: PJ, GNR, PSP, DGAIEC, DGSP, PM, e SEF.

<sup>283</sup> Só compatibilizamos os intervenientes detidos, e não o total dos detidos e não detidos.

## 7. CONCLUSÕES GERAIS

Neste relatório apresentaram-se os resultados da avaliação externa do PNCDDT. Este Plano constitui a estratégia nacional de luta contra a droga e toxicod dependência entre 2005 e 2012. À parte da avaliação externa ora apresentada, o PNCDDT abarcou duas avaliações internas, uma das quais referente ao Plano de Ação Horizonte 2008 e outra (em curso) ao Plano de Ação para os anos 2009 a 2012.

**O PNCDDT 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 uma rede global de respostas, integrada e de proximidade, que oferece um leque diversificado de intervenções com vista a responder às necessidades diagnosticadas aos 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 em termos 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 PNCDDT 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 e entre 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 esforços do nível macro ao micro com vista à obtenção dos resultados definidos do PNCDDT;

## Conclusões Gerais

- 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 PNCDT pretendeu, no âmbito da ENLCD, reorientar e focar as suas prioridades, conservando os seus objetivos. 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 a partir de intervenções baseadas: a) na centralidade do cidadão, b) no planeamento e gestão territorial, c) na intervenção integrada tanto a nível interno como externo e d) na melhoria da qualidade e dos mecanismos de certificação. Os resultados da avaliação mostraram que a implementação do PNCDT permitiu responder às principais recomendações emanadas na avaliação da ENLCD as quais foram incluídas no PNCDT, nomeadamente:

- **Reorganizar e aumentar a abrangência do Sistema Nacional de Informação sobre Droga e Toxicod dependência**;
- **Desenvolver uma nova geração de iniciativas e de programas de prevenção** com os municípios, as famílias, as escolas, os clubes desportivos, as associações, os locais de diversão (bares, discotecas, etc.) e as empresas;
- **Melhorar os sistemas de RRMD** através do desenvolvimento das linhas de ação já prosseguidas (PSO, PTS);
- Enriquecer os serviços prestados através da **regulação dos padrões terapêuticos adotados**;
- **Melhorar os sistemas de acompanhamento e avaliação**;
- Lançar um **novo espectro de iniciativas para reduzir o estigma social da droga junto dos empregadores e promover a reinserção social e laboral**;
- **Fortalecer o modelo de cooperação interministerial**.

---

**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.**

---

Especificamente, foi possível observar que:

- A implementação de programas centrados no desenvolvimento de habilidades 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. Paralelamente implementou-se uma geração de programas destinados a populações específicas identificadas com base em critérios uniformes no território nacional. 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. Constituíram-se ainda as bases para desenvolver no futuro a intervenção preventiva no meio laboral, em conjunto com as entidades empregadoras.

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. Reforçou-se a qualidade técnico-científica e metodológica dos mesmos 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. Na sua globalidade, os 3 objetivos gerais definidos no PNCDT na área da prevenção foram, portanto, cumpridos;

- No momento de elaboração do Plano agora em avaliação, Portugal tinha adotado muito recentemente uma política inovadora que previa a descriminalização das drogas e cujos efeitos eram ainda desconhecidos. 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. 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 crescimento do número de indiciados acompanhados pelas equipas técnicas indica que o objetivo foi conseguido. Foi implementado um sistema de acompanhamento e monitorização do trabalho das equipas técnicas e afiançou-se a articulação com os parceiros integrando-os na estratégia de redução da procura e da oferta. Foram ainda observadas melhorias no âmbito da monitorização e divulgação dos resultados de atividade do dispositivo. A maioria dos objetivos definidos no PNCDT para a área da dissuasão foram cumpridos. De notar que até ao momento foram já realizados 4 estudos internacionais sobre a política de descriminalização adotada em Portugal demonstrando o interesse e reconhecimento internacional suscitado por este modelo;
- Em termos da intervenção na área da **RRMD** a implementação do PNCDT teve como resultado o alargamento da rede de respostas, com consequências claras em termos de resultados em saúde e acessibilidade: Portugal encontra-se entre os países a nível mundial com maior cobertura de seringas e agulhas trocadas por CDI que, a par da alta cobertura de toxicodependentes em PSO em comparação com outros países, concorreu para os resultados obtidos de redução da prevalência de doenças infecciosas entre consumidores por via endovenosa. O alargamento das respostas de PSO-BLE e de ER, a intervenção em meio prisional e a implementação de PCI com o consequente alargamento da intervenção em espaços recreativos permitiram aumentar a acessibilidade a grupos específicos, em sintonia com os objetivos do Plano, alargando-se a resposta para as novas formas de consumo. 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. Os 3 objetivos definidos no PNCDT para a área de RRMD foram globalmente cumpridos;
- No que se refere a **Tratamento**, consolidou-se o trabalho desenvolvido dotando a rede de respostas de uma oferta de programas e cuidados diversificada e baseada na evidência científica. A reconfiguração territorial do dispositivo de ambulatório da rede pública e o reforço

## Conclusões Gerais

da articulação entre respostas internas e externas facultou uma maior acessibilidade da população às respostas. Por outro lado sublinha-se o alargamento da intervenção dirigida a grupos específicos e outras substâncias que não as ilícitas. O desenvolvimento de um 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. Os objetivos traçados para a área do tratamento foram na sua maioria cumpridos num contexto em que a integração dos serviços de alcoologia implicou uma tarefa acrescentada face aos objetivos estabelecidos no Plano;

- No que se refere à **Reinserção**, a criação e implementação de um modelo próprio de reinserção (que assenta a intervenção no diagnóstico social e nos interesses do indivíduo e na articulação e concertação de propostas com outros parceiros do meio social e laboral), a par com a definição das competências das equipas de reinserção, constituíram indubitavelmente elementos fundamentais na homogeneização e sistematização da intervenção, potenciando o seu papel no processo global de trabalho com cada indivíduo. A implementação do modelo incluiu a definição e desenvolvimento de uma bateria de indicadores e sistema de informação correspondente, promovendo a aferição de necessidades e o conhecimento dos resultados da intervenção. 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 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. 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 PNC DT.
- Na área de missão da **Redução da oferta**, o modelo de atuação das forças de segurança portuguesas 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. O papel de reforço de segurança da população foi desempenhado, sendo que existiram medidas importantes para o seu fortalecimento em termos da pequena criminalidade associada à droga, através do trabalho de proximidade à população (*e.g.*, programa Escola Segura). Para a prevenção da pequena criminalidade concorreu ainda a disponibilidade de alternativas de substituição opiácea quer nos recursos de tratamento como de RRMD. Em relação aos mecanismos de coordenação entre forças de segurança e organismos implicados na redução da oferta, a nível nacional esta foi reforçada através de instrumentos que permitiram otimizar o trabalho, destacando-se a consolidação do sistema de informação conjunto. Em termos de cooperação internacional, o trabalho desenvolvido pelas 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. Evidencia-se ainda o papel das autoridades competentes em Portugal na formação e capacitação de profissionais de organismos congéneres de países da África ocidental e o papel de liderança de Portugal em alguns projetos internacionais.

Em termos de aspetos transversais observados na implementação do PNCDT, apresenta-se de seguida uma súmula dos elementos mais importantes:

### a) Coordenação

- Reforço do modelo de coordenação interministerial no seio da estrutura de coordenação para os problemas da droga, das toxicodependências e do uso nocivo do álcool;
- Reforço da articulação e coordenação inter e intraministerial;
- Alargamento da rede de serviços que integram o Sistema Nacional de Informação sobre Drogas e Toxicodependências e melhoria da qualidade e gestão da informação nesta área.

### b) Planeamento

- Incorporação do diagnóstico de necessidades para o planeamento de recursos;
- Reorganização dos recursos da rede pública, constituindo-se uma oferta de serviços que funciona de forma integrada por vetores na área de missão da redução da procura;
- Estudo e proposta de novos modelos de intervenção e respostas;
- Planeamento da intervenção dirigida a grupos e contextos específicos.

### c) Oferta de serviços

- Implementação de uma rede de respostas integradas desde uma perspetiva de proximidade, criando valor profissional e institucional partilhado;
- Garantia da matriz bio-psico-social na abordagem aos comportamentos aditivos e às toxicodependências através da constituição multidisciplinar das equipas próprias ou contratualizadas e da utilização de instrumentos (*e.g.*, PII) que colocam em prática o modelo interdisciplinar;
- Reforçados e criados novos modelos de intervenção tornando possível adequar a melhor estratégia à necessidade apresentada pelas populações/indivíduos;
- Implementação e alargamento das respostas dirigidas a grupos e contextos específicos;
- Reforçada a abordagem integrada entre o nível penal e o assistencial, através da garantia de um seguimento assistencial aos indiciados com necessidades identificadas;
- Adotada uma abordagem que fomenta a continuidade assistencial a nível intra e intersectorial, prestando cuidados em vários níveis do sistema e fomentando a articulação entre eles;
- Reorientação estratégica na atuação envolvendo e responsabilizando a comunidade na resolução dos problemas locais, em especial aqueles que dizem respeito aos comportamentos aditivos e fatores de risco associados (PORI);
- Aumentada a acessibilidade, visível, entre outros, pelo aumento do número de indivíduos contactados ou assistidos nos vários vetores da área de missão da redução da procura.

### **d) Acompanhamento, monitorização e avaliação**

- Reforçada a capacidade de acompanhamento, monitorização e avaliação, tendo-se criado uma cultura de registo e avaliação, dotada de baterias de indicadores harmonizadas entre respostas no território nacional;
- Auditados técnica e financeiramente os projetos, programas e intervenções.

### **e) Qualidade**

- Implementados projetos e programas baseados na evidência científica, permitindo a disponibilidade de catálogos de intervenções avaliadas (metodologia de investigação-ação);
- Incorporadas normas e procedimentos que orientam as intervenções;
- Definidos e implementados os circuitos de referência entre respostas;
- Elaborados e incorporados *guidelines* que possibilitam a harmonização dos procedimentos e dos modos de intervenção;
- Iniciado o processo de certificação e acreditação das intervenções, programas e projetos.

### **f) Cooperação e articulação**

- Criada a figura do Núcleo Territorial que veio impulsionar a congregação e articulação de atores locais em torno de objetivos comuns;
- Reforçada a articulação e coordenação entre atores a nível regional e local;
- Iniciada a intervenção em meio laboral, em conjunto com o tecido empresarial e sindical, abrindo uma nova área de intervenção.

### **g) Investigação, formação, informação e sensibilização**

- Executado o plano formação de técnicos, dispondo de formadores certificados, sendo que o IDT, I.P. recebeu certificação como entidade formadora;

### **h) Financiamento**

- Abertas linhas de financiamento específicas para permitir a contratualização de projetos com base em diagnósticos territoriais de necessidades, possibilitando colmatar áreas lacunares até então.

## 8. 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 estratégias 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 PNCDT 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;

## Recomendações Gerais

---

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.

---

De seguida apresentam-se as **recomendações específicas** para o próximo ciclo estratégico as quais são organizadas em 9 grandes áreas, a saber: Coordenação, Planeamento, Oferta de serviços, Monitorização e avaliação, Qualidade, Cooperação e articulação, Formação e investigação, Comunicação e Financiamento.

### a) Coordenação

- Manter o modelo da estrutura de coordenação prevista no DL n.º40/2010, de 28 de abril, assegurando a ação organizada e articulada no território nacional a nível político e governamental, técnicos e com a sociedade civil;
- Alargar o objeto, incluindo outros comportamentos aditivos e dependências bem como outras substâncias para além das psicoativas ilícitas e do álcool;
- Identificar as áreas e organismos a incluir no modelo da estrutura de coordenação prevista no DL n.º40/2010, de 28 de abril, com o objetivo de considerar de forma holística a intervenção em comportamentos aditivos e dependências não a restringido unicamente aos problemas da droga, das toxicodependências e uso nocivo do álcool;
- Assegurar um vasto consenso em termos políticos, técnicos e na sociedade civil sobre a política na área da intervenção em comportamentos aditivos e toxicodependências;
- Rever de forma periódica a oportunidade de cada Subcomissão em relação às prioridades da política nacional, através da Comissão técnica;
- Garantir a composição pluridisciplinar e multi-institucional das Subcomissões;
- Consolidar o Sistema Nacional de Informação sobre Drogas e Toxicodependência, alargando-o simultaneamente a outras substâncias lícitas, designadamente o álcool, e a outros comportamentos aditivos e dependências sem substâncias.

### b) Planeamento

- Garantir o papel de liderança e referência do novo Plano que oriente a política nacional em termos dos princípios, estratégias e objetivos do país podendo alargar o seu espetro, incluindo todos os comportamentos aditivos e dependências;
- Identificar e listar os comportamentos aditivos e dependências objeto de intervenção;

- Estudar os novos modelos e formas de intervenção identificando as melhores práticas a nível internacional e as recomendações na literatura científica e propor modelos de intervenção adaptados à realidade portuguesa que possibilitem responder às populações com necessidades de apoio decorrentes de comportamentos aditivos e dependências;
- Sistematizar a carteira de serviços a nível nacional;
- Mapear os recursos e garantir a equidade em todo o território nacional no acesso a respostas dirigidas a pessoas com comportamentos aditivos e dependências;
- Aperfeiçoar o mecanismo de diagnóstico de necessidades, alargando o objeto a todos os comportamentos aditivos e dependências e visando a racionalidade e adequação na alocação de recursos. Fomentar a utilização de instrumentos técnicos comuns a nível regional;
- Atualizar o diagnóstico das áreas de intervenção lacunares e assegurar o financiamento das intervenções que estejam justificadas;
- Identificar e divulgar as prioridades e tipos de intervenções mais efetivas a desenvolver;
- Sistematizar os critérios de identificação e de sinalização da população com necessidades de intervenção, e aplicá-los de forma intersectorial;
- Consolidar a articulação com o setor da saúde e social, definindo e implementando os circuitos de referência nas respostas oferecidas por estes sectores (CSP, hospitais, etc.);
- Identificar as necessidades de capacitação dos técnicos, centrando o diagnóstico de necessidades não apenas nos técnicos dos recursos especializados mas também nos técnicos de outros recursos dos sectores da saúde, social, educação, justiça, administração interna, entre outros;
- Definir as prioridades em termos de investigação e planear o modelo de financiamento e de gestão.

### c) Oferta de serviços e acessibilidade

- Manter e consolidar a estratégia de integração da abordagem entre serviços e setores;
- Implementar o mapa de recursos e respostas necessárias para garantir a intervenção sobre os comportamentos aditivos e dependências;
- Desenvolver e consolidar os critérios de admissão e referência entre unidades da rede pública e convenionada para cuidados específicos no âmbito do consumo de substâncias psicoativas;
- Desenvolver os critérios de admissão e exclusão em cada um dos programas e recursos específicos e garantir a monitorização do seu cumprimento;
- Assegurar a continuidade da intervenção de forma sistemática independentemente do local onde o indivíduo se encontre (*e.g.* reclusos);
- Manter a taxa de cobertura conseguida em Portugal em intervenções com efetividade demonstrada na diminuição da propagação de doenças infecciosas derivadas de consumo problemático de substâncias psicoativas, tais como o PTS, o PSO e o sistema ADR;
- Consolidar a intervenção com grupos vulneráveis em todo o território nacional, asseverando a acessibilidade e cobertura homogéneas no território nacional;
- Assegurar a prestação adequada de cuidados para atender a necessidades crónicas (envelhecimento da população consumidora de substâncias psicoativas);
- Garantir a continuidade e financiamento de respostas em áreas lacunares de intervenção da rede pública sempre que esteja justificado a partir da identificação de necessidades;
- Reforçar a ação preventiva e dissuasora na população entre os 25 e 40 anos;
- Reforçar a utilização de novas plataformas e tecnologias (*e.g.* redes sociais) na ação preventiva;
- Fomentar o alargamento da intervenção em meio laboral;

- Otimizar a cobertura do rastreio, definindo critérios de priorização de utentes para rastreio.

#### **d) Monitorização e avaliação**

- Consolidar o modelo de acompanhamento, monitorização e avaliação das intervenções, programas e projetos;
- Desenvolver um *balanced scorecard* que permita conhecer os principais indicadores de produção e qualidade das intervenções, programas e projetos a nível regional e nacional;
- Implementar um sistema de contabilidade analítica por projetos, programas e intervenções;
- Harmonizar o sistema de indicadores de gestão de cuidados entra a rede pública e convencionada de prestadores;
- Estabelecer um sistema de *benchmarking* interno para identificar e divulgar as melhores práticas bem como as intervenções, programas e projetos mais custo-efetivos;
- Incluir indicadores para a avaliação de impacto das intervenções, programas e projetos.

#### **e) Qualidade**

- Implementar um sistema de gestão global da qualidade;
- Desenvolver o processo de acreditação das intervenções, programas e projetos;
- Reforçar o desenvolvimento de normas, metodologias e requisitos a satisfazer para garantir a qualidade das intervenções, programas e projetos na área dos comportamentos aditivos e das dependências;
- Definir os requisitos para o licenciamento de unidades privadas prestadoras de cuidados de saúde na área das dependências e comportamentos aditivos;
- Constituir um sistema de acompanhamento e auditoria à atividade assistencial e referênciação de utentes entre respostas, com o objetivo de reduzir a variabilidade técnica e aumentar a qualidade da prestação;
- Desenvolver inquéritos de satisfação à população alvo e profissionais;
- Apoiar o desenvolvimento de grupos de discussão clínica a nível local.

#### **f) Cooperação e articulação**

##### **Internacional:**

- Assegurar a representação de Portugal no âmbito internacional no domínio das suas competências e atribuições específicas, sem prejuízo das competências próprias do Ministério dos Negócios Estrangeiros;
- Garantir a cooperação a nível externo, reforçando a presença de Portugal na agenda internacional sobre esta matéria;
- Garantir o cumprimento das obrigações de Portugal como ponto focal nacional da Rede Europeia de Informação sobre Toxicodependência do Observatório Europeu das Drogas e da Toxicodependência;
- Assegurar a transposição para Portugal das convenções internacionais garantindo flexibilidade para proceder a adaptações no território nacional e prosseguir experiências inovadoras;
- Manter o trabalho de cooperação no âmbito da redução da oferta a nível externo, fomentando uma agenda coordenada e partilhada entre países (produtores, de trânsito e consumidores).

### Interna:

- Fomentar a cooperação com outros setores da sociedade civil, consolidando o funcionamento dos protocolos já existentes e identificando de forma permanente as necessidades de ajustamento e adaptação da parceria;
- Rentabilizar o *know-how* profissional e institucional construído e otimizar o trabalho de concertação desenvolvido a nível local, regional e nacional, responsabilizando cada um dos atores na sua área de intervenção;
- Criar plataformas inter-regionais, articuladas com o SICAD, para intercâmbio de experiências e promoção de uma atuação harmonizada a nível inter-regional;
- Promover o papel de atores locais na identificação e referenciação de indivíduos com necessidade de intervenção. Destacam-se, entre outros, os Cuidados de Saúde Primários, as escolas e colégios;
- Prosseguir o trabalho intra e interministerial no desenvolvimento de programas verticais de âmbito nacional, assegurando a coerência da intervenção e a formação dos técnicos em matéria de comportamentos aditivos e dependências (*e.g.* programa Escolhas);
- Fomentar o trabalho em parceria com os serviços de saúde com o objetivo de aumentar a percentagem de utentes toxicodependentes com SIDA em tratamento antirretroviral;
- Reforçar a taxa de cobertura de CDI em programas de substituição opiácea em meio prisional, incentivando a continuidade dos utentes no programa;
- Manter e reforçar estratégias e programas cuja pertinência esteja amplificada em virtude da situação social e económica que o país atravessa. Entre estes, encontram-se o PVE e as respostas e atuações no âmbito da Estratégia Nacional para os Sem-abrigo.
- Identificar áreas de trabalho específicas, junto com o MS, para abordar o consumo de medicamentos sem prescrição médica;
- Manter o trabalho de cooperação no âmbito da redução da oferta a nível interno, evitando duplicidades;
- Promover plataformas de opinião com atores da sociedade civil.

### g) Investigação, formação, informação e sensibilização

- Impulsionar linhas de investigação específicas para o estudo de comportamento aditivos e dependências;
- Fomentar a atividade de investigação nas unidades/ projetos e programas destinados à abordagem das toxicodependências;
- Promover a realização de estudos que permitam atualizar/conhecer as necessidades existentes entre a população portuguesa em termos de comportamentos aditivos e dependências (*e.g.* estimativas atualizadas sobre o número de consumidores problemáticos; estimativas sobre o consumo de drogas em meio prisional, estimativas sobre a mortalidade produzida pelo consumo de drogas em meio prisional; estimativas sobre o consumo de substâncias adquiridas em *smart shops*, entre outros);
- Conhecer os riscos associados aos consumo de novas substâncias psicoativas, fomentando a investigação nesta área;
- Fomentar a *expertise* na abordagem de outras dependências, promovendo um plano de formação dos profissionais na abordagem de comportamentos aditivos e dependentes;
- Promover linhas de investigação específicas sobre o impacto e benefícios das intervenções no âmbito da política de descriminalização levada a cabo em Portugal;

- Promover estudos que analisem a reincidência dos consumidores de drogas atendidos nos serviços;
- Promover estudos de *follow-up* sobre os resultados das intervenções;
- Fomentar e consolidar as parcerias com sociedades científicas e universidades;
- Estudar as percepções e opiniões dos principais serviços referenciadores sobre a intervenção realizada pelos serviços especializados na abordagem dos problemas relacionados com o consumo de substâncias psicoativas;
- Reforçar a transferência de conhecimento e competências para os parceiros locais de forma a garantir o desenvolvimento de projetos adequados às necessidades identificadas e em metodologias com eficácia e eficiências comprovadas.

#### **h) Comunicação**

- Reforçar a comunicação sobre a carteira de serviços oferecida, evitando a estigmatização dos serviços em torno à dependência de substâncias opiáceas;
- Reforçar a área da comunicação a nível internacional para divulgar as boas práticas implementadas em Portugal e os resultados do modelo de descriminalização adotado no país;
- Manter a divulgação periódica sobre os resultados da intervenção;
- Adaptar o espaço *web* destinado a comunicar as atuações, alargando o objeto para todos os comportamentos aditivos e dependências;
- Rever as necessidades de atualização das plataformas comunicação e materiais para ajustar a mensagem destinada à população jovem e jovem adulta, bem como às famílias e educadores;
- Promover a comunicação dos projetos e resultados desenvolvidos em território nacional, quer em publicações e congressos científicos como em prémios nacionais e internacionais destinados à matéria em causa;
- Disponibilizar de forma eletrónica um catálogo das intervenções avaliadas, difundindo as boas práticas;
- Promover seminários de periodicidade anual visando a divulgação e intercâmbio de experiências.

#### **i) Financiamento e contratualização**

- Assegurar o adequado de financiamento que permita manter o nível de serviço e de resultados obtidos no âmbito das respostas de redução da procura e da oferta;
- Implementar um sistema de contratualização com os serviços baseado nos resultados e qualidade das intervenções;
- Estudar e ajustar o pagamento das intervenções à complexidade atendida.

## 9. BIBLIOGRAFIA

Andersen, Martin A., Boyd, Neil (2010). *A cost-benefit and cost-effectiveness analysis of Vancouver's supervised injection facility*. International Journal of Drug Policy, 21: 70-76.

Cabasés, J. M., Sánchez, E. (2003). *Costs and effectiveness of a syringe distribution and needle exchange program for HIV prevention in a regional setting*. Eur J Health Econom, 4:203-208.

Conselho da União Europeia (2004). *Estratégia da UE de Luta contra a Droga (2005-2012)*.

Conselho de Ministros (2005). *Grandes Opções do Plano 2005-2009, principais linhas de ação e medidas*. Lisboa, aprovado em Conselho de Ministros.

Decreto-Lei n.º114/2011 de 30 de novembro de 2011, Diário da República n.º 230/30 – Iª Série, Ministério da Administração Interna, Lisboa.

Decreto-Lei n.º183/2001 de 21 de junho de 2001, Diário da República n.º 142 – Iª Série - A, Presidência do Conselho de Ministros, Lisboa.

Decreto-Lei n.º 81/95 de 22 de abril de 1995, Diário de Republica n.º 95 – Iª Série - A, Ministério da Administração Interna, Lisboa.

Departamento de Doenças Infecciosas. Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica. Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas (2011). *Infeção VIH/SIDA: A Situação em Portugal-31 de Dezembro de 2010*, Lisboa, INSA.

Des Jarlais DC, et al (1996). *HIV incidence among injecting drug users in New York City syringe-exchange programmes*. The Lancet, 348:987-991. DOI: 10.1016/S0140-6736 (96)02536-6).

Direção de Serviços de Planeamento e Relações Externas (2011). *Estatísticas Anuais*. Direcção-Geral dos Serviços Prisionais.

Direção Geral de Estatísticas da Educação e Ciência (2010-2011). *Estatísticas da Educação 2010/2011*. Lisboa, DGEEC.

Domoslawski, Artur (2011), *Drug policy in Portugal: The benefits of decriminalizing drug use*. Warsaw, Hungria, Open Society Foundations.

Drummond, Alistair McGuire (2001). *Economic evaluation in health care: merging theory with practice*. Oxford University Press.

Rojas, E. M. (1999). *Contexto conceptual para a avaliação de programas de saúde*. (s.l: s.n).

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2004). *Relatório Anual: A avaliação do fenómeno da droga na EU e na Noruega*, Bélgica. EMCDDA.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2007), *Drogas em Destaque - Nota do OEDT*, Bélgica, Serviço das Publicações, EMCDDA.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2011). *Drug Policy Profiles: Portugal*, Luxembourg, Publications Office of the European Union.

Ettner S.L., Huang D., Evans E., Ash D.R., Hardy M., Hser Y-I (2006). Benefit–Cost in the California Treatment Outcome Project: Does Substance Abuse Treatment ‘Pay for Itself’?. *Health Services Research*. 41(1):192–213.

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

French, M.T. Drummond, M. (2005). A research agenda for economic evaluation of substance abuse services. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 29:125-137.

Gary A. Zarkin, L. J., Dunlap, K., A. Hicks & Mamo, D. (2005). *Benefits and costs of methadone treatment: Results from a lifetime simulation model*. *Health economics*. 14 1133-1150.

Gibson, D. R., Neil, M Flynn and Perales, D. (2001). Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and seroconversion among injecting drug users. *AIDS*, (15) 15: 1329-1341.

Greenwald, G. (2009). *Drug Decriminalization in Portugal: Lessons for creating fair and successful drug policies*. *Cato Institute*, 2 de abril in URL: <http://www.cato.org/publications/white-paper/drug-decriminalization-portugal-lessons-creating-fair-successful-drug-policies>

[http://www.gnr.pt/default.asp?do=r5p1yn\\_5rt74n/DH.r56n6v56vpn/FDDK\\_FDDL/npp1r5](http://www.gnr.pt/default.asp?do=r5p1yn_5rt74n/DH.r56n6v56vpn/FDDK_FDDL/npp1r5)

[http://www.gnr.pt/default.asp?do=r5p1yn\\_5rt74n/DH.r56n6v56vpn/FDED\\_FDEE/1p144r0pvn5](http://www.gnr.pt/default.asp?do=r5p1yn_5rt74n/DH.r56n6v56vpn/FDED_FDEE/1p144r0pvn5)

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

Hall, H. I *et al.* (2010). Estimated Future HIV Prevalence, Incidence, and Potential Infections Averted in the United States: A Multiple Scenario Analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 0: 1-6.

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).

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.

Instituto Nacional de Administração (2004). Avaliação externa e independente da *Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga e do Plano de Ação Nacional da Luta Contra a Droga e a Toxicoddependência – Horizonte 2004*, Oeiras, INA.

Infeção VIH/SIDA (2010). *A Situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2010*. Departamento de Doenças Inoficiosas. Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica. Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infeciosas; colaboração com Coordenação Nacional para a Infeção VIH/SIDA. DDI-URVE.

Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal (2001 e 2007). CesNova – Centro de Estudos em Sociologia/IDT, I.P.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, DTRDR – Núcleo de Redução de Danos (2006). Caracterização dos utentes das Equipas de Rua, IDT, I.P., I.P.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., Departamento de Tratamento, Redução de Danos e Reinserção 2006, *Normas Orientadoras de Programas Terapêuticos com Agonistas Opiáceos*, 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. *Orientação Técnica n.º 1/2009/ NR/ DTR*, 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.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (s.d). *Documento de apoio ao PORI*, Lisboa, IDT, I.P.

Instituto da Droga e da Toxicodependência (2005). *Plano Nacional contra a Droga e as Toxicodependências, 2005-2012*. Lisboa, IDT, I.P.

Instituto da Droga e da Toxicodependência (2005). *Relatório anual 2004 A Situação do País em matéria de Drogas e Toxicodependências*. Lisboa, IDT.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (2006). informação consultada na URL:

<http://www.tu-alinhas.pt/InfantoJuvenil/displayconteudo.do2?numero=19711>

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (2006). *Plano de Ação Contra as Drogas e as Toxicodependências Horizonte 2008*. Lisboa IDT, I.P.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (2007). *Plano Operacional de Respostas Integradas - Diagnóstico a nível nacional*. Lisboa, IDT, I.P.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (2008). Relatório anual 2007 A Situação do País em matéria de Drogas e Toxicodependências. Lisboa, IDT.I.P.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (2009). Relatório anual 2008 A Situação do País em matéria de Drogas e Toxicodependências. Lisboa, IDT.I.P.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (2010). Anexo ao relatório anual 2009, Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, Lisboa, IDT, I.P.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (2010). Plano de Ação Contra as Drogas e as Toxicodependências Horizonte 2009-2012, Lisboa IDT, I.P.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (2010). *Relatório anual 2009 A Situação do País em matéria de Drogas e Toxicodependências*, Lisboa, IDT.I.P.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (2011). *Anexo ao relatório anual 2010, Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*, Lisboa, IDT, I.P.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (2011). *Relatório anual 2010 A Situação do País em matéria de Drogas e Toxicodependências*. Lisboa, IDT.I.P.

ISSN 1681-6374, Droga e criminalidade: uma relação complexa in *Drogas em destaque* (2007). Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT).

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

Lalander, P. e Salasuo (2005). *Drugs and youth cultures: Global and local expressions*. Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research.

Laufer FN. (2001). *Cost-effectiveness of syringe exchange as an HIV pre-vention strategy*. J Acquir Immune Defic Syndr.28:273–8.

Lázaro P. (1994). *Evaluación de la tecnología médica. Papeles de Gestión Sanitaria*. Monografía n.º 11-94. Valencia: MCQ Ediciones.

Lei n.º30/2000 de 29 de novembro, Diário da República nº276/00 – I Série-A. Assembleia da República, Lisboa.

MacCoun, R.J. y Reuter, P. (2001). *Drug War Heresies: learning from other vices, times and places*. Cambridge university Press.

Manning, P. (Ed.) (2007). *Drugs and popular culture: drugs, media and identity* in Contemporary Society Devon: Willam Publishing.

Mathers, B., Degenhardt, L., Ali, H., Wiessing, L., Hickman, M. et al. (2010). 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.

Miller, T.R., and Hendrie, D. (2009). *Substance abuse prevention dollars and cents: A cost-benefit analysis*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention. Rockville, MD: DHHS Pub. No. (SMA) 07-4298.

Ministério da Administração Interna, *Relatório anual 2007 Segurança Interna*, Lisboa, MAI.

Ministério da Administração Interna, *Relatório anual 2008 Segurança Interna*, Lisboa, MAI.

Ministério da Administração Interna, *Relatório anual 2011 Segurança Interna*, Lisboa, MAI.

Ministério da Administração Interna e Ministério da Educação (2005). *Despacho Conjunto n.º 105 - A/2005 de 2 de fevereiro*, Lisboa, MAI e ME.

Ministério da Administração Interna e Ministério da Educação (2006). *Despacho Conjunto n.º25649/2006 de 29 novembro*, Lisboa, MAI e ME.

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-financeira/indicadores-de-gestao/custo-de-funcionamento/downloadFile/file/caderno-indicadores-tribunais-2007.pdf?nocache=1212684815.51>

Ministério da Saúde da Galiza, (s.d.). *Instrumentos para a avaliação de programas de prevenção*, (s.l.:s.n).

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2009). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas 2009, MSPSI.

Núcleo de Redução de Danos DTRDR 2007, *1.º ano de intervenção - equipas de rua*, Lisboa, IDT, I.P.

Núcleo de Redução de Danos DTRDR 2007, *3.º ano de intervenção - equipas de rua*, Lisboa, IDT, I.P.

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

Observatório Europeu da Drogas e Toxicodependências, *Boletins Estatísticos*, OEDT.

Observatório Europeu da Drogas e Toxicodependências, country overview in <http://www.emcdda.europa.eu/>, OEDT.

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependências, INNS 1681 – 9374, *Drogas em destaque*, OEDT.

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependências, *Prevalence of problem drug use at national level*, Boletim Estatístico 2012, OEDT, in <http://www.emcdda.europa.eu/stats12>

Observatório Europeu da Drogas e Toxicodependências, *Relatório Anual 2011*, OEDT.

Oliveira, Sérgio (dir) (2011). *Guia de Recursos de Saúde e Dependências*, Matosinhos, News-Coop – Informação e Comunicação, CRL.

Organização dos Estados Americanos (OEA). Comissão Interamericana para o Controlo do Abuso de Drogas (CICAD), Secretaria Regional da Comunidade do Caribe (CARICOM) e Secretaria de Programação para a Prevenção das toxicodependências e na luta contra o narcotráfico e Presidência da Nação da República Argentina (s.d). *Como desenvolver uma política nacional sobre drogas, uma guia para responsáveis políticos, técnicos e peritos*.

Owen, J.M. (2007). *Program Evaluation: Forms and Approaches*. Third Edition. Allen and Unwin. Sydney, and Guildford Press, New York.

Policia Judiciária Unidade Nacional de Combate ao Tráfico de Estupefacientes, Seção Central de Informação Criminal (2005 e 2011). *Relatório anual - Combate ao tráfico de estupefacientes em Portugal, (s.l), Estatística TCD*, Policia Judiciária.

Portaria n.º 648/2007 de 30 de maio.

“Portfólio de projetos de redução de riscos e de minimização de danos apoiados pelo IDT, I.P.”, disponível em URL:

[http://www.idt.pt/PT/ReducaoDanos/Documents/2011/Portfolio\\_%20Projectos\\_2011.pdf](http://www.idt.pt/PT/ReducaoDanos/Documents/2011/Portfolio_%20Projectos_2011.pdf).

Popovici, I. (2008). Economic Evaluation of Continuing Care Interventions in the Treatment of Substance Abuse Recommendation. *Evaluation review: a journal of applied social research*. 32 (6) p 547-568.

Programa de Intervenção Focalizada (2010). Relatório Síntese de Execução, Lisboa, IDT, I.P.

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

Rajkumar, A. and French, M. (1997). Drug abuse, crime costs, and the economic benefits of treatment. *Journal of Quantitative Criminology*, vol 13. No 3.

Rebecca Lobmann, Uwe Verthein (2008). The Effectiveness of heroin-assisted treatment on crime reductions, *American Psychology-Law Society/Division 41 of the American Psychological Association*.

Reitox National focal point (2005). 2005 National Report (2004 data) to the EMCDDA -Portugal. New developments, Trends and in-depth information on selected issues – (s.l), EMCDDA.

Resolução da Assembleia da República n.º 29/91 (1991). Convenção das Nações Unidas contra o tráfico ilícito de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, Resolução da Assembleia da República.

Schori (2011). M. *Valuation of Drug Abuse: A Review of Current Methodologies and Implications for Policy Making*. *Research on social work practice*. 21 (4) p 421-431.

Resolução de Conselho de Ministros n.º 46/99 (1999). Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga 1999-2004.

Ribeiro, Maria José Fatela (2009). *Avaliação económica do custo-efectividade da intervenção das equipas de rua num contexto populacional de toxicodependência*. Lisboa: ISCTE, Tese de mestrado.

Schori (2011). M. *Valuation of Drug Abuse: A Review of Current Methodologies and Implications for Policy Making*. *Research on social work practice*. 21 (4) p 421-431.

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

Vieira, Luís Miguel e Ferreira, Aurea Celina (2010). *O IDT visto pelas outras Instituições*, Lisboa, IDT, I.P.

Wiessing L., Likatavicius G., Hedrich D., Guarita B., van de Laar M.J., Vicente J. (2011). *Trends in HIV and hepatitis C virus infections among injecting drug users in Europe, 2005 to 2010*. *Euro Surveill*. 16(48).p :20031. Available online: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20031>

## 10. GLOSSÁRIO

ACSS, I.P. - Administração Central do Sistema de Saúde, Instituto Público

ADR - Aconselhamento, Diagnóstico e Referenciação

ARS, I.P. - Administração Regional de Saúde, Instituto Público

ATA - Autoridade Tributaria Aduaneira

CAD - Centros de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH

CAT - Centro de Atendimento a Toxicodependentes

CD - Centro(s) de Dia

CDI - Consumidores de Droga Injetada

CDP - Centro de Diagnóstico Pneumológico

CDT - Comissão(ões) para a Dissuasão da Toxicodependência

CE - Comissão Europeia

CEAS - Centro de Educação e Ação Social

CRI - Centro(s) de Respostas Integradas

CT - Comunidade(s) Terapêutica(s) (do IDT, I.P. ou privadas)

DAP - Disposição a pagar

DCITE - Direção Central de Investigação do Tráfico de Estupefacientes

DGAM - Direcção-Geral da Autoridade Marítima

DGAIEC - Direcção-Geral das Alfândegas e dos Impostos Especiais sobre o Consumo

DGCI - Direcção-Geral de Contribuições de Impostos

DGSP - Direcção-Geral dos Serviços Prisionais

DR - Delegação(ões) Regional(ais)

- DRC - Delegação Regional do Centro
- DRLVT - Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo
- DRN - Delegação Regional do Norte
- EMCDDA - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
- 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
- ET - Equipa(s) de Tratamento
- ETC - Equivalência(s) em Tempo Completo
- EURIDICE - European Research and Intervention on Dependency and Diversity in Companies and Employment
- FPCEUP - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação Universidade do Porto
- GAD - Gabinete de Apoio à Dissuasão
- GAT - Gabinete de Apoio Terapêutico
- GNR - Guarda Nacional Republicana
- IDT, I.P. - Instituto da Droga e da Toxicodependência, Instituto Público
- IEFP, I.P. - Instituto de Emprego e Formação Profissional, Instituto Público
- INE - Instituto Nacional de Estatística
- INML, I.P. - Instituto Nacional de Medicina Legal, Instituto Público
- IPSS - Instituição (ões) Particular(es) de Solidariedade Social
- ISS, I.P. - Instituto de Segurança Social, Instituto Público
- MAI - Ministério da Administração Interna
- MAOC-N - *Maritime Analysis and Operations Center - Narcotics*

- ME - Ministério da Educação
- MIR - Modelo de Intervenção em Reinserção
- MJ - Ministério da Justiça
- MS - Ministério da Saúde
- NAT - Núcleo de Apoio Técnico
- NT - Núcleo territorial
- OCDE - Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Economico
- OEDT - Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- ONG - Organização(ões) Não Governamental(ais)
- OPC - Órgãos de Policia Criminal
- PIAC - Projeto Integrado de Apoio à Comunidade
- PIAM - Projeto Integrado de Atendimento Materno
- PIF - Programa(s) de Intervenção Focalizada
- PII - Plano Individual de Inserção
- PJ - Polícia Judiciária
- PLA - Problemas Ligados ao Álcool
- PM - Polícia Marítima
- 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
- PTAO - Programa Terapêutico com Agonistas Opiáceos

- PVE - Programa Vida-Emprego
- QUAR - Quadro de Avaliação e Responsabilização
- RRMD - Redução de Riscos e Minimização de Danos
- SCML - Santa Casa da Misericórdia de Lisboa
- SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
- SIM - Sistema de Informação Multidisciplinar
- SNS - Sistema Nacional de Saúde
- TCD - Tráfico e Consumo de Drogas
- TGN - Técnica de Grupo Nominal
- UCIC - Unidades de Coordenação e Intervenção Conjunta
- UD - Unidade de Desabituação
- UE - União Europeia
- UIF - Unidade de Informação Financeira
- VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

## 11. ÍNDICE DE TABELAS, GRÁFICOS E FIGURAS

### Índice de tabelas:

<i>Tabela 1. Resumo da situação de partida à elaboração do PNCDT.....</i>	<i>17</i>
<i>Tabela 2. Quantidade apreendida (em grama ou unidade) por tipo de substância (2005 e 2011) .....</i>	<i>63</i>
<i>Tabela 3. Número de Apreensões efetuadas por tipo de substância entre 2005 e 2011.....</i>	<i>63</i>
<i>Tabela 4. Resumo dos principais indicadores de consumo de droga na população portuguesa e de consequências na saúde da população toxicodependente .....</i>	<i>74</i>
<i>Tabela 5. Tipos de avaliação económica completa de programas de saúde .....</i>	<i>104</i>
<i>Tabela 6. PORI - Eixos de intervenção: componente técnica e financeira.....</i>	<i>105</i>
<i>Tabela 7. Análise económica (prevenção).....</i>	<i>111</i>
<i>Tabela 8. Distribuição dos casos de VIH/SIDA por categorias de transmissão e ano de diagnóstico .</i>	<i>112</i>
<i>Tabela 9. Resumo indicadores principais da avaliação.....</i>	<i>113</i>
<i>Tabela 10. Infecções evitadas nos dois períodos .....</i>	<i>114</i>
<i>Tabela 11. Poupança de custos nos dois períodos .....</i>	<i>114</i>
<i>Tabela 12. Análise de sensibilidade PRÉ-PORI .....</i>	<i>116</i>
<i>Tabela 13. Análise de sensibilidade PORI.....</i>	<i>116</i>
<i>Tabela 14. Delitos evitados.....</i>	<i>117</i>
<i>Tabela 15. Custos por delito (em euros) .....</i>	<i>118</i>
<i>Tabela 16. Custo-efetividade e custo-benefício (tratamento) .....</i>	<i>119</i>
<i>Tabela 17. Custo-efetividade e custo-benefício (reinserção) .....</i>	<i>120</i>

**Índice de gráficos:**

<i>Gráfico 1. Percentagem de utentes integrados em respostas pela área de reinserção, por tipo de resposta sobre os utentes com necessidades diagnosticadas (2008 e 2011) .....</i>	<i>52</i>
<i>Gráfico 2. e Gráfico 3 Estabelecimentos escolares, alunos abrangidos e ações de sensibilização no âmbito do programa Escola Segura pela PSP e GNR nos anos letivos 2005/2006 e 2010/2011 .....</i>	<i>66</i>
<i>Gráfico 4. Utentes atendidos em média por mês em PSO-BLE (2005-2011).....</i>	<i>68</i>
<i>Figura 4. Penas previstas nos Estados membros da União Europeia (UE) por posse de droga para consumo pessoal (pequenas infrações) e Gráfico 5. Relação entre o consumo de cannabis e alterações legislativas face à penalização de posse de droga para consumo pessoal .....</i>	<i>77</i>
<i>Gráfico 6. Percentagem de utentes em tratamento, por droga primária.....</i>	<i>85</i>
<i>Gráfico 7. Evolução do número de novos utentes que iniciam tratamento em ambulatório (2002 - 2011).....</i>	<i>87</i>
<i>Gráfico 8. Consumo endovenoso nos 30 dias anteriores à primeira consulta – Novos utentes em tratamento – Rede pública (2000 - 2011).....</i>	<i>88</i>
<i>Gráfico 9. Prevalências de consumo de drogas ao longo da vida (15-64 anos).....</i>	<i>89</i>
<i>Gráfico 10. Prevalências de consumo de droga nos últimos 30 dias (15-64 anos) e evolução .....</i>	<i>90</i>
<i>Gráfico 11. Prevalências de consumo de droga nos últimos 30 dias (15-34 anos) e evolução .....</i>	<i>90</i>
<i>Gráfico 12. Prevalências de consumo de substâncias psicoativas ao longo da vida na população escolar (15-16 anos).....</i>	<i>91</i>
<i>Gráfico 13. Facilidade de acesso (se desejado) a substâncias psicoativas ilícitas da população 15-24 anos (em 2011) .....</i>	<i>92</i>
<i>Gráfico 14. Perceção do risco do consumo (uma ou duas vezes) na população 15-24 anos .....</i>	<i>93</i>
<i>Gráfico 15. Prevalências de consumo de drogas na prisão na população reclusa e evolução entre 2001 e 2007 .....</i>	<i>94</i>
<i>Figura 7. Número de casos de VIH diagnosticado por 100.000 habitantes atribuídos a CDI (2010) e Gráfico 16. Tendências em cinco Estados-membros da UE com os mais elevados índices de infeção por VIH recentemente diagnosticados entre os CDI .....</i>	<i>96</i>
<i>Gráfico 17. Taxas de mortalidade estimadas na população (15-64 anos) devido a mortes induzidas por droga (2009).....</i>	<i>97</i>
<i>Gráfico 18. Casos de SIDA: tendências temporais nas 3 principais categorias de transmissão .....</i>	<i>112</i>
<i>Gráfico 19. Custo médio anual por programa de prevenção e indivíduo abrangido .....</i>	<i>125</i>

Gráfico 20. Evolução da percentagem de processos decididos nas CDT, 2005 - 2011 .....	130
Gráfico 21. Evolução do n.º de encaminhamentos, reencaminhamentos e continuação de tratamento dos indiciados toxicodependentes (2005-2011).....	131
Gráfico 22. Evolução do n.º de suspensões de processos de indiciados não toxicodependentes com diligências de motivação, diligências de motivação e encaminhamentos e encaminhamentos diretos para estruturas de apoio .....	132
Gráfico 23. Custo médio por processo no total das CDT de 2005 a 2010 (em euros) .....	133
Gráfico 24. Evolução do n.º de respostas de RRMD, 2005-2011 .....	141
Gráfico 25. N.º de utentes contactados no ano por estruturas de RRMD*, 2009-2011 .....	142
Gráfico 26. Distribuição média de utentes encaminhados para diversos serviços entre 2009 e 2011	143
Gráfico 27. Verbas atribuídas por indivíduo previsto a abranger por ano em equipas de rua de RRMD (2008-2014) .....	144
Gráfico 28. Verba média atribuída por ano às estruturas de RRMD por indivíduo previsto abranger (2008-2012) .....	145
Gráfico 29. N.º de utentes em tratamento e em primeiras consultas na rede de ambulatório (2004-2010).....	151
Gráfico 30. Distribuição percentual de utentes em primeiras consultas na rede de ambulatório, por tipo (2010 e 2011).....	152
Gráfico 31. Distribuição percentual de utentes em primeiras consultas na rede de ambulatório, por tipo (2011) .....	152
Gráfico 32. Custo médio por utente atendido/ ano no vetor de tratamento por CRI (euros) 2009-2011 .....	154
Gráfico 33. Evolução dos tempos de espera para tratamento (em dias), 2006-2011.....	156
Gráfico 34. % de utentes acompanhados pelas equipas de reinserção com PII elaborado .....	163
Gráfico 35. Custo /ano por utente acompanhado pelas Equipas de Reinserção dos CRI no ano de 2011 (em euros) e valor médio por utente acompanhado/ano no conjunto dos CRI .....	164

**Índice de figuras:**

<i>Figura 1. Cadeia Lógica de Conexões de programas de luta contra as drogas e as toxicodependências</i>	10
<i>Figura 2. Principais Características de uma Abordagem Estruturada a uma Política de Luta Contra a Droga</i>	10
<i>Figura 3. Níveis de Avaliação das “Estratégias Nacionais de Luta contra a Droga”</i>	11
<i>Figura 4. Penas previstas nos Estados membros da União Europeia (UE) por posse de droga para consumo pessoal (pequenas infrações) e Gráfico 5. Relação entre o consumo de cannabis e alterações legislativas face à penalização de posse de droga para consumo pessoal</i>	77
<i>Figura 5. N.º de seringas e agulhas distribuídas por consumidor de droga injetada por ano</i>	82
<i>Figura 6. Disponibilidade de tratamento em relação com as necessidades (Europa, 2007)</i>	83
<i>Figura 7. Número de casos de VIH diagnosticado por 100.000 habitantes atribuídos a CDI (2010) e Gráfico 16. Tendências em cinco Estados-membros da UE com os mais elevados índices de infeção por VIH recentemente diagnosticados entre os CDI</i>	96
<i>Figura 8. Classificação dos distintos tipos de avaliação económica</i>	102

VER ANEXOS DESTE RELATÓRIO

[www.sicad.pt](http://www.sicad.pt)

Avenida da República n.º 61  
do 1.º ao 3.º e do 7.º ao 9.º.

1050-189 Lisboa

Tel.: 211 119 000



GOVERNO DE  
PORTUGAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE



SICAD

Serviço de Intervenção nos  
Comportamentos Aditivos  
e nas Dependências

Gesaworld  
GROUP