MINISTÉRIO DA SAÚDE

I.D.T.
Instituto da Droga e da Toxicodependência

Avaliação da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga

1999 – 2004

I.º CONGRESSO NACIONAL DO IDT

Santa Maria da Feira, 24 e 25 de Novembro

— Promoção da reflexão e do debate crítico internos sobre os fundamentos e resultados da aplicação da ENLCD e PAH2004.

— Construção da identidade e cultura institucional do IDT.

— Análise, discussão e definição de linhas de acção prospectivas no combate às drogas e às toxicodependências.

CONGRESSO

[SESSÃO DE ABERTURA]

«Génese e implementação da ENLCD»

[«Avaliação externa da ENLCD»]

[«Identitas» — Paulo Teixeira Pinto]

[«Idealis» —José Pacheco Pereira]

APRESENTAÇÃO «Relatório 2004 OEDT»

[APRESENTAÇÃO «Relatório Avaliação PJ/UCIC 1999/2004»]

MESA REDONDA: «Avaliação da ENLCD pelos partidos políticos»

[«Investigare» — Alexandre Castro Caldas]

[«Linking research, policy and practice» — Richard Hartnoll]

[SESSÃO DE ENCERRAMENTO]

WORKSHOPS

WORKSHOP A — «Avaliação das estratégias e instrumentos de prevenção»

WORKSHOP B — «Avaliação das estratégias e instrumentos de tratamento»

WORKSHOP C — «Avaliação das estratégias e instrumentos de reinserção»

WORKSHOP D — «Avaliação das estratégias e instrumentos de redução de riscos»

WORKSHOP E — «Avaliação das estratégias e instrumentos de dados, informação, comunicação, formação e investigação»

WORKSHOP F — «Avaliação das estratégias e instrumentos de cooperação nacional / internacional, instrumentos de organização e desenho institucional»

WORKSHOP G — «Dados e ensinamentos dos casos *Porto Feliz*, *Plano Integrado Lisboa* e outros projectos específicos»

WORKSHOP H — «*Guidelines* terapêuticos, altas e indicadores clínicos»

WORKSHOP I — «Factores protectores, grupos vulneráveis e escola»

WORKSHOP J — «Planos e centros integrados, respostas locais e proactividade»

WORKSHOP L — «Álcool e novos padrões de consumo»

[no presente documento reúnem-se textos neste índice indicados a **negro** e *workshop*]

«Génese e implementação da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga»

Foi a percorrer o caminho da memória que os nossos prestigiados oradores do painel «Génese e implementação da ENLCD» nos apresentaram os desafios que animaram os membros da Comissão de Estudo a produzir um documento que acolheu as linhas de acção susceptíveis de auxiliar o Governo na formulação de uma estratégia global de intervenção na área das drogas e das toxicodependências.

Importa sublinhar que a Comissão integrou os nossos mais reputados especialistas externos e profissionais que trabalham nos diferentes contextos da área da prevenção da droga e da toxicodependência. Permitam-me que eles sejam aqui mencionados novamente: Prof. Alexandre Quintanilha, que presidiu, Dr. Lourenço Martins, Prof. Cândido Agra, Prof. Daniel Sampaio, Dr. João Goulão, Dr. Joaquim Rodrigues, Prof. Júlio Machado Vaz, Dr.ª Manuela Marques e Dr. Nuno Miguel.

Ao partilharem connosco esses momentos, os oradores, presidente e membros da Comissão permitiram que nós os acompanhássemos nessa viagem ao passado, iniciada com a constituição da Comissão, a 16 de Fevereiro de 1998, até à entrega do Relatório final, passando ainda pela participação dos membros da Comissão em diversos debates enquadrados no processo de auscultação pública.

Decorridas todas estas etapas preliminares, oito meses depois da entrega do Relatório Final da Comissão, foi aprovada a Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga, através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 46/99, de 26 de Maio.[1]

[1] Diário da República, n.º 122, I-B Série, de 26.05.1999.

Neste nosso Congresso, os oradores relembraram as propostas contidas no Relatório final, que foi entregue a 2 de Outubro de 1998, e analisaram os passos dados no sentido da aplicação prática da política nacional de luta contra a droga.

Coube aos comentadores, dos quais dois foram igualmente membros da Comissão, o papel de realçar algumas questões que pela sua relevância no domínio da luta contra a droga não poderiam ficar em segundo plano.

Neste contexto, o Prof. Dr. Alexandre Quintanilha destacou os seguintes aspectos:

— em vez de colocar ênfase na forma como a sociedade devia reagir às situações relacionadas com o consumo de droga, a Comissão procurou compreender as razões que podiam estar na génese dos problemas, o que seria fundamental para a identificação das estratégias mais adequadas para os enfrentar. Para o efeito, procuraram encontrar respostas para um conjunto de seis questões, tendo a Comissão encontrado unanimidade de posições em quase todos elas, excepto na que dizia respeito à descriminalização da droga. Por isso, foi solicitado um apoio neste particular ao Prof. Dr. Faria Costa.

— a ENLCD foi, na altura da sua preparação, um documento inovador, visando objectivos realistas, nomeadamente: conter e reduzir os efeitos das substâncias; considerar o consumidor como um doente e não como um criminoso; combater com vigor o tráfico ilícito de droga; descriminalizar o consumo.

— a publicação de uma série de diplomas legais foi uma das formas mais visíveis do processo de implementação da Estratégia.

— este Congresso ajudará a esclarecer alguns aspectos, tais como saber onde estamos e para onde queremos ir. Assim, importa: verificar se existem dados fiáveis sobre qual é a situação presente para, em conformidade, podermos definir qual o caminho a percorrer; identificar metas quantificáveis a serem atingidas dentro de 7 / 10 anos; desenvolver de forma sólida os mecanismos e novas formas de actuar; e encontrar formas mais humanistas e pragmáticas para o desenvolvimento da sociedade

— para avaliar a ENLCD será importante, logo de início, definir quais as metas a atingir e identificar os instrumentos credíveis de avaliação. A avaliação deverá ser sempre feita através de uma abordagem científica que possa trazer conhecimentos.

Por sua vez, o Prof. Dr. Cândido Agra referiu que:

— a avaliação ganhará em substância se for efectuada por vários actores de diferentes domínios científicos e culturais.

— as preocupações com a avaliação no domínio da droga são muito recentes. Durante muito tempo, a avaliação só acontecia no fim da realização das acções, como se se tratasse de um momento independente e desgarrado do resto do programa de intervenção.

— importa realçar que a ENLCD tem um capítulo onde fala da avaliação, portanto esta necessidade ficou claramente prevista.

— o acto de avaliar pressupõe uma crítica, um juízo de valor.

— porque existem várias formas de avaliar e de julgar as acções, o orador apresentou em síntese diferentes modelos de avaliação com o intuito de demonstrar aquele que melhor se adequaria a uma avaliação da ENLCD. Assim evidenciou:

— o *modelo escatológico*, como modelo dominante, que se preocupa em fazer primeiro e avaliar no final. Ao chamar tudo e todos para um juízo final dos acontecimentos atemporais, este modelo mostra a característica de relacionar a acção humana com a normatividade humana e com as normas codificadas. Naturalmente que esta comparação traz em si um julgamento sobre o que é bom e o que é mau, efectuando uma transformação ontológica formal.

— o *modelo da metanóia* é como um movimento de purificação, em que o conhecimento implica uma avaliação constante, que não pode ser vista como um acontecimento mas antes como um processo e que se inscreve na lógica do conhecimento dos estados mais perfeitos. Assim, esta avaliação é um processo, em que a acção não é relacionada com qualquer normatividade, mas supõe um ideal a ser atingido, sendo julgada pela sua eficiência. Tem por objectivo encontrar os erros e efectuar as devidas correcções.

Mas esta procura do erro e da perfeição também se encontra no exame e na auto avaliação, de si sobre si.

— existe mais recentemente uma outra variante de neoliberal e tecnocrata., ligada às técnicas de gestão e de avaliação da intervenção.

— porém existe um *modelo de avaliação menos conhecido de investigação avaliativa*, sendo esta a que se aplica com maior interesse nesta área, que se encontra esboçada na própria ENLCD.

— para além da necessidade de um adequado planeamento de uma metódica e rigorosa avaliação dos resultados dos programas, importa que a avaliação seja encarada como uma actividade científica, em que medir o que se faz se enquadra na relação com os efeitos e os resultados. Aqui não interessa tanto os *outputs* mas os *outcomes*.

Podemos pois dizer, em síntese, que os oradores destacaram a importância da avaliação dever ser planeada antes do início dos programas, com objectivos claramente definidos. A avaliação também subentende um prévio conhecimento da situação onde se pensa intervir, de modo a que se torne possível estabelecer dados e ter um conhecimento prévio da realidade que permita, mais tarde, comparar diferenças após a aplicação dos programas.

Por sua vez, os comentadores deste Painel salientaram os seguintes aspectos:

— a existência de dificuldades de percurso na aplicação da ENLCD

— o sentimento de que não foram desenvolvidos todos os aspectos de luta contra a droga contidos na Estratégia

— a possibilidade da nova versão da Estratégia ser um documento menos extenso, mas capaz de cobrir as lacunas eventualmente detectadas, fixando no início da vigência da nova estratégia as questões que exigem uma avaliação, bem como as formas de concretizar esse imperativo.

— encontrar um grupo de peritos para preparar uma Estratégia Nacional surge como um esforço de racionalidade científica, o que significou um momento importante para todos nós, como tentativa de convergência com vista a definir políticas nacionais e respectivas consequências práticas.

— para se pensar agora numa avaliação da Estratégia, tal significa que o sistema de avaliação foi construído e deve ter sido aplicado, caso contrário não faria sentido, nem seria possível realizar nenhum balanço.

— para avaliar a Estratégia será necessário, não só ter os instrumentos, mas também saber escolher os caminhos mais adequados para o fazer.

— o conceito sócio-clínico ajudar-nos-á a interpretar a *dimensão clínica* (médica e psicológica) e a *dimensão social* (como variante entre o eixo da inclusão / exclusão e a normatividade / transgressão), e através delas procurar o mínimo denominador comum para a regularidade clínica, bem como no plano social a dimensão menor comum que assegure a avaliação no plano das cidades. As exigências da avaliação da ENLCD são saber cruzar os dados da clínica com a evidência empírica da avaliação / intervenção; saber conjugar, no plano sócio-clínico, as grandes linhas nacionais de intervenção / avaliação, com as especificidades sócio-ecológicas das micro-regiões onde actuam estes actores.

— ao recordarem o percurso da implementação da ENLCD, foi também lembrado que faltou levar à prática algumas das etapas previstas. Entre outras, foi mencionado que faltou ainda publicar legislação sobre alguns aspectos e aplicar o reforço financeiro correspondente à necessidade de desenvolver a ENLCD.

— pela importância dada à questão da avaliação, poderemos dizer, concluindo, que os participantes deste painel defenderam vigorosamente a necessidade de uma verdadeira avaliação da política nacional de luta contra a droga.

Apresentação do «Relatório Anual 2004 do OEDT»

KEYNOTE SPEAKERS:	Jaume Bardolet
	Gonçalo Felgueiras e Sousa
COMENTADORES:	Salvador Massano Cardoso
	Luís Patrício
RELATOR:	Fátima Trigueiros

O Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência [OEDT] é uma agência criada em 1993 e sediada em Lisboa. O seu objectivo consiste em transmitir informação objectiva, fiável e comparável, sobre a droga e a toxicodependência, à União Europeia, aos decisores políticos e aos investigadores e profissionais desta área.

Estatutariamente, é composto pelo *Conselho de Administração*, integrado por representantes dos Estados da EU, da Comissão Europeia, dois especialistas nomeados pelo Parlamento Europeu e observadores da Noruega, dos países candidatos à UE e de organizações internacionais; pelo *Conselho Científico*; e pelo *Director Executivo*, que chefia uma equipa de 80 pessoas.

Em 2002 ocorreu uma reforma interna da agência, tendo sido criado o cargo de *Coordenador-Geral*, ocupado desde então por Jaume Bardolet.

A informação na qual se baseiam os documentos produzidos no OEDT é recolhida nos pontos focais nacionais, um por Estado membro, na Comissão Europeia, na Noruega e nos países candidatos (Bulgária, Roménia e Turquia) que integram a Rede Europeia de Informação sobre Droga e Toxicodependência [REITOX].

Essa informação centra-se em cinco indicadores-chave epidemiológicos harmonizados e ferramentas padronizadas para a recolha e apresentação de dados comparáveis sobre o fenómeno da droga. Desde 2003 juntaram-se a esses indicadores-chave indicadores de situação.

Anualmente, o OEDT publica, entre outros, um relatório anual (referente ao período de dois anos antes, condicionante que resulta da dimensão da base de recolha).

Esse relatório constitui uma 'fotografia' europeia elaborada a partir dos dados recebidos e considerados numa perspectiva de harmonização e comparabilidade, que não seria possível sem uma cultura de recolha de dados e sem o empenho e a dedicação dos profissionais dos vários países envolvidos, seja de forma directa pelo envio de dados, seja através dos relatórios produzidos a nível nacional.

O Dr. Jaume Bardolet expôs os aspectos gerais do Relatório Anual 2004[2] do OEDT[3] (referente aos dados em 2002).

Este relatório assinala 10 anos de publicações sobre a problemática da droga. O desenho de uma informação sistemática sobre droga implica uma base científica sólida. O desenvolvimento de ferramentas de recolha de dados e dos indicadores-chave e de situação implicam, por sua vez, uma linguagem comum com a qual se pretende facilitar e obter uma melhor compreensão do problema da droga na Europa.

[2] http://annualreport.emcdda.eu.int/download/ar2004-pt.pdf
[3] http://annualreport.emcdda.eu.int/pt/home-pt.html

[SINAIS DE PROGRESSO e SINAIS NEGATIVOS:]

Como SINAIS DE PROGRESSO ressaltou a redução das consequências do consumo de drogas, com a descida das mortes relacionadas com o consumo de drogas, a descida do consumo de heroína e do número de toxicodependentes que se injectam.

Nos novos membros da EU, a problemática está a evoluir muito rapidamente no sentido das respostas. Verifica-se melhor acesso ao tratamento e aos cuidados de saúde, tendência que se encontra estabilizada ou consolidada nos antigos Estados da UE e em rápida consolidação nos novos.

Como SINAIS NEGATIVOS destacou os riscos destas tendências positivas poderem ser de curta duração, bem como a preocupação com as novas epidemias, em particular nos novos Estados-Membros, e a manutenção em níveis elevados do consumo de droga. Verifica-se um aumento do consumo de cocaína e regista-se aumento dos consumidores de *cannabis* e *ecstasy*.

Analisando os capítulos em que se divide o relatório, panorâmica global, situação e intervenções por substância na prevenção e tratamento da toxicodependência, questões de criminalidade e detenções, e os três temas específicos: [1] avaliação das «estratégias nacionais de luta contra a droga», [2] contextualização dos problemas relacionados com o consumo de cannabis, e [3] co-morbilidade, o Dr. Jaume Bardolet realçou os aspectos seguintes na sua apresentação.

No que se refere ao consumo problemático de drogas registou-se o consumo de OPIÁCEOS sem ser por injecção. Aumentou a procura de tratamento por parte de consumidores problemáticos de COCAÍNA e registou-se o aumento do consumo de cocaína fumada – o consumo de *crack* está restringido a algumas, poucas, cidades, não existindo tratamento por substituição para estes casos.

É preocupante a generalização do consumo de *CANNABIS*, no que respeita ao consumo nos últimos 30 dias, 15% dos alunos de 15-16 anos da União Europeia fizeram-no de forma intensiva, ou seja, todos ou quase todos os dias. Os jovens do sexo masculino têm mais probabilidade de intensificar os consumos.

As mortes atribuídas apenas à COCAÍNA continuam a ser raras, mas podem estar a aumentar. As substâncias utilizadas para 'cortar' a cocaína têm suscitado preocupação por representarem, potencialmente, riscos sanitários suplementares. É necessária mais investigação nesta matéria.

No que se refere ao ECSTASY, esta substância está a ultrapassar o consumo de anfetaminas, rivalizando ambas pelo segundo lugar de substância mais consumida na União Europeia. Cerca de 2/3 dos Estados membros referem que o seu consumo é mais comum entre a população entre os 15 e os 34 anos. O consumo entre os jovens estudantes de 15 / 16 anos estabilizou. As actividades de prevenção em ambientes nocturnos em que o ecstasy pode ser consumido têm registado um ligeiro aumento, com respostas mais focalizadas.

Os padrões de *consumo problemático* de droga continuam a evoluir. Alguns países em que este consumo estava tradicionalmente associado ao consumo crónico de opiáceos referiram um aumento do número de consumidores com policonsumos ou de consumidores de estimulantes. A percentagem da população adulta (15 a 64 anos) europeia que pode ser definida como consumidora problemática de droga é de mais de 1%. De entre os países com estimativas comunicadas mais elevadas está Portugal (6 a 10 casos por 1 000 habitantes adultos.) Menos de metade dos que receberam pela primeira vez tratamento por consumo de opiáceos na União Europeia referiram o consumo desta droga por injecção. Em Espanha, nos Países-Baixos e em Portugal, uma percentagem relativamente pequena de consumidores utilizou a via endovenosa.

De entre os três temas específicos abordados no relatório deste ano o Dr. Jaume Bardolet citou a adopção de estratégias nacionais em 22 países, embora nem todas contemplem uma estrutura de coordenação, das quais a portuguesa é uma das mais completas, com uma dupla vertente, política e técnica. Cabe realçar a crescente importância dada à avaliação como ferramenta indispensável das políticas nacionais. Presentemente vive-se um momento chave a nível político, com a avaliação da Estratégia e do Plano de Acção da União Europeia, este precisamente aprovado em Santa Maria da Feira, e a aprovação da nova Estratégia 2005-2012 ainda na Presidência holandesa. A avaliação da Estratégia e do Plano de Acção 2000-2004 sugere que há algum progresso, mas também desafios a enfrentar. Nem todos os objectivos foram atingidos. A luta contra a droga não pode ser feita isoladamente, a dimensão europeia é muito importante e a actividade do OEDT fornece informação que contribui para mais e melhor compreensão sobre o fenómeno.

O Dr. Gonçalo Felgueiras e Sousa, responsável do OEDT para a ligação com as Administrações Nacionais, referiu que o Relatório Anual do OEDT não é uma peça isolada, antes se inscrevendo num pacote informativo de produtos que inclui as sínteses nacionais dos 26 países (os 25 Estados membros da EU e a Noruega), assim o situando dentro das actividades desenvolvidas pelo OEDT com o objectivo de produzir informação objectiva, fiável e comparável sobre a droga e a toxicodependência. Seguidamente apresentou a síntese da situação em Portugal com dados de 2002. Destaca-se o CONSUMO na população em geral e nos jovens. Os inquéritos em meio escolar, INME e ESPAD revelam um aumento da experimentação de quase todas as drogas e o aumento do consumo recente e actual de quase todas as drogas.

O CONSUMO PROBLEMÁTICO, definido como «consumo de droga injectada ou consumo prolongado / regular de opiáceos, cocaína e / ou anfetaminas», apresenta estimativas de 2,3 a 8,6 consumidores problemáticos por mil habitantes (15 a 64 anos) e de 4,3 a 6,4 consumidores de droga injectada por mil habitantes (15 a 64 anos).

No que respeita à procura de TRATAMENTO, assistiu-se ao aumento das pessoas que referem o consumo de *cannabis*, anfetaminas e cocaína e à diminuição do número de pessoas que refere o consumo de droga injectada.

Há uma diminuição significativa do número de casos de MORTES relacionadas com drogas em que foi detectada uma substância ilícita (156 casos em 2002 contra 369 em 1999) e uma diminuição do número de casos em que foi detectada a presença de opiáceos 69% em 2002 (contra 88% em 1999).

Na PREVENÇÃO, a maioria das iniciativas verificam-se na implementação de planos municipais e no reforço da rede de escolas para a promoção de saúde (dados de 2002). A PREVENÇÃO SELECTIVA incide sobretudo no abandono escolar, estando a avaliação das acções de prevenção pouco desenvolvida, destacando-se a descentralização como uma característica nacional da cultura portuguesa de prevenção no contexto europeu.

O número estimado de pessoas em TRATAMENTO DE SUBSTITUIÇÃO é de 12 863, verificando-se o aumento da percentagem no conjunto de utentes da rede pública de 30% em 2000 para 50% em 2002.

As respostas existentes no quadro da REDUÇÃO DE RISCOS incluem programas e estruturas, com relevo para o programa de troca de seringas, parceria da Comissão Nacional e da Associação Nacional de Farmácias.

As APREENSÕES de heroína e cocaína registaram uma diminuição significativa, tanto em número de apreensões como em quantidade apreendida; já o número das apreensões

de haxixe diminuiu e as quantidades apreendidas aumentaram. 43% das infracções à legislação envolveram uma só substância e 38% envolveram mais de uma.

Em 2002 o quadro legal vigente era o da descriminalização do consumo, mantendo-se o tráfico proibido, com penas de 1 a 12 anos de prisão.

Em 2002 estava em aplicação a ENLCD e o Plano de Acção Nacional – Horizonte 2004, com uma estrutura nacional de coordenação de nível político e de nível técnico.

Os comentadores desta sessão foram o Prof. Doutor Massano Cardoso, Professor Catedrático de Epidemiologia e Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina de Coimbra e Director do Instituto de Higiene e Medicina Social, e o Dr. Luís Patrício Psiquiatra, Director do Centro de Atendimento a Toxicodependentes das Taipas, co-fundador e membro científico da Rede Europeia T3E – Toxicomanie, Europe, Échanges, Études.

O Prof. Doutor Massano Cardoso, que agradeceu ao IDT o convite para estar presente no Congresso do IDT, em vez de comentar especificamente o Relatório Anual do OEDT, cujos dados considerou terem sido apresentados com muita clareza e objectividade, preferiu, dado o tempo de que dispunha, comentar alguns pormenores que representam o ponto de vista epidemiológico relevante para o esclarecimento e resolução de problemas. Para estudar um problema em termos de saúde pública torna-se necessário conhecer as causas próximas e as causas remotas. Após a resolução dos aspectos de natureza metodológica, com as técnicas adequadas é possível tratar a informação com recurso ao cruzamento de dados. É preciso transformar a informação em conhecimento. Em Portugal não existe uma cultura de registos, sendo preciso investimento, em particular a nível cultural e em termos de bases de dados credíveis. A

epidemiologia é uma disciplina fornecedora de metodologias e permite relacionar os conhecimentos e definir quadros conceptuais. O presente relatório tem um valor apreciável e contém muita informação, em particular dados muito importantes e positivos. A epidemiologia descritiva do presente relatório é um primeiro passo, resta saber se a evolução registada é resultado, ou não, das medidas estratégicas desenhadas, dado que a informação implica a associação dos valores analíticos. Há necessidade de acentuar as causas próximas, procurar as causas remotas e identificar as origens dos problemas. Não se têm estudado e explorado suficientemente as causas e os resultados. Nas doenças cardiovasculares, que citou como exemplo, os factores de risco apenas explicam 50% das causas. Dado que tudo é explicável, é preciso actuar a montante. Objectivo: reduzir ao mínimo aceitável determinados comportamentos.

Seguidamente, o Dr. Luís Patrício comentou o Relatório Anual do OEDT do ponto de vista do profissional que trabalha na prática clínica e como estudioso do fenómeno. Desse ponto de vista considerou o relatório uma peça importante, realçando no entanto alguns aspectos de pormenor que, na sua opinião, podem melhorar a leitura do relatório utilizado como ferramenta pelos profissionais.

A relatora agradeceu aos apresentadores e aos comentadores a sua participação nesta sessão plenária.

MESA REDONDA: «Avaliação da ENLCD pelos partidos políticos»

Participaram os deputados:

António Pinheiro Torres (PSD)

Bruno Dias (PCP)

Manuel Paiva (CDS/PP)

Pedro Sales (Bloco de Esquerda)

Pedro Silva Pereira (PS)

Considerações manifestadas:

— encontrar uma posição consensual sobre as linhas que estruturam a Estratégia, evitando utilizá-la como elemento de combate partidário.

— manter uma linha condutora que dê estabilidade aos técnicos e à população em geral, sem embargo da discordância em relação à forma de a concretizar.

— avaliar a estratégia de forma rigorosa e sistemática; Congresso elogiado como um dos meios de avaliação.

— salientou-se o esforço de todos aqueles que trabalham no terreno.

— restituir a autonomia administrativa e financeira ao IDT, de forma a agilizar o apoio às entidades credenciadas e aos profissionais do sector.

— menos procura não significa menos necessidade de investimento nesta área.

— concordância geral sobre os pilares da Estratégia:

— cooperação internacional;

— descriminalização do consumo;

— prevenção como prioridade;

— política de redução de danos;

— coordenação de combate ao tráfico;

— princípio do pragmatismo.

— a nova Estratégia deverá contar com a participação activa de todos, de forma a que os partidos políticos possam tomar decisões de forma sustentada.

Pedro Silva Pereira (PS):

— só com o Governo PS passou a existir Estratégia de luta contra a droga;

— em relação à execução da Estratégia, critica:

— desvalorização política;

— orientação terapêutica desnorteada;

— desestruturação dos serviços do IDT;

— perda de capacidade financeira.

António Pinheiro Torres (PSD):

— problemas com o excesso de burocracia e de patamares de decisão, dificultando o apoio concreto aos toxicodependentes;

— a «descriminalização» *versus* «‘desvalor’ de se ser consumidor» e a necessidade de limitar o passo psicológico que a proibição, apesar de tudo, encerra;

— mensagens contraditórias que podem facilitar o consumo;

— CT’s estão transformadas em estruturas burocráticas;

— tratamentos de substituição devem ser devidamente avaliados;

— atenção particular aos consumos das drogas sintéticas;

— revisão da lei: mais clareza na distinção entre traficantes-consumidores e consumidores.

Manuel Paiva (CDS/PP)

— importância de colaboração com os Municípios (capacidade, formação e meios).

Pedro Sales (Bloco de Esquerda)

— aplicação prática da política do combate à toxicodependência; avaliação negativa;

— crítica às posições políticas do passado;

— crítica ao Ministro da Saúde, que só por uma vez foi ao parlamento, sobre o tema;

— troca de seringas nas prisões essencial para a política de redução de riscos;

— legalização do consumo de *cannabis.*

Bruno Dias (PCP)

— comparar a estratégia com o que foi realmente atingido; avaliação negativa;

— dificuldades com a perda de autonomia financeira e com os recursos disponíveis;

— o papel do Estado não se deve cingir a apoiar as IPSS’s;

— desvalorização do sector por parte do Ministério da Saúde.

WORKSHOP A

«Avaliação das estratégias e instrumentos de prevenção»

— os objectivos da ENLCD integravam-se num plano global, pelo que a AVALIAÇÃO terá que levar em conta não apenas a actuação do IDT, mas também a que competia a outros ministérios (por exemplo, ao Ministério da Educação).

— a necessidade de ARTICULAÇÃO coloca-se a diferentes níveis, ligados entre eles:

[*articulação 'institucional'*]

— articulação entre os serviços e as áreas de intervenção do IDT; com outros serviços do Ministério da Saúde; com entidades externas, outros ministérios, as autarquias, a sociedade civil (*e assim, potenciar os saberes e os recursos existentes, e desenhar respostas integradas que vão de encontro às necessidades das populações, beneficiando a…*)

[*articulação de objectivos*]

— articulação entre a *redução de riscos* e a *prevenção*, em contextos particulares, por exemplo, a *intervenção em meio escolar*, onde se pretende a diminuição dos comportamentos de risco e a promoção da saúde e do desenvolvimento, evitando que se multipliquem 'prevenções' com diferentes

objectivos específicos (tabagismo, toxicodependências, saúde sexual e reprodutiva, etc.).

Os financiamentos até aqui atribuídos permitiram:

— mobilizar a sociedade civil;

— consciencializar sobre a importância de actuar ao nível preventivo;

— marcar que a intervenção tem que se basear em conhecimentos científicos.

Para rentabilizar e maximizar esse investimento, deve-se agora:

— evitar o financiamento a acções dispersas que a ele se candidatem;

— investir em acções definidas pelo IDT, assegurando o desenvolvimento de 'boas práticas', a qualidade e a especificidade da intervenção.

Para capacitar e creditar as pessoas, os instrumentos e os materiais, o IDT deve:

— definir linhas orientadoras que harmonizem os procedimentos;

— definir indicadores e instrumentos de avaliação (a avaliação de projectos e a avaliação da nova estratégia);

— definir materiais e instrumentos preventivos a desenvolver;

— definir a formação dos interventores.

O IDT deve assumir-se como:

— um serviço de referência;

— serviço regulador e gestor de redes de actores sociais.

WORKSHOP B

«Avaliação das estratégias e instrumentos de tratamento»

RELATOR: Marino Tralhão.

a) Concordância acerca da importância da AVALIAÇÃO DOS TRATAMENTOS, como:

— Imperativo científico (*follow up*);

— Imperativo ético: — se o que fazemos é o que queremos fazer;

— como é que se está a interferir com a liberdade dos utentes;

— bom aproveitamento dos meios postos à disposição.

— Imperativo social: alarme social sobre as toxicodependências: demonstrar que nos estamos a implicar, com que objectivos e com que resultados.

b) Foi também consensual o reconhecimento da existência de VÁRIOS TRATAMENTOS, com diversos graus de exigência e correspondentes a diferentes perfis de utentes.

c) As avaliações devem ter em conta essa variedade de modelos.

d) Quando se pretende AVALIAR, não há necessidade de novidades. Existem grelhas e instrumentos de avaliação validados para vários países europeus e também para Portugal. Há necessidade de conhecê-los, escolhê-los e aplicá-los.

e) Verificou-se que, por vezes, por não haver critérios de avaliação externa, isso não invalida que não se possa AVALIAR INTERNAMENTE, de forma rigorosa e metodologicamente controlada, a validade e a coerência interna dos modelos.

WORKSHOP C

«Avaliação das estratégias e instrumentos de reinserção»

ANIMADORES: Paula Brum; Paula Neto.[4]

RELATOR: António José Ferreira.

O *workshop* desenvolveu-se a partir de dois eixos de análise:

— viagem pela intervenção em reinserção com base na experiência do Projecto «Saber» (Algarve);

— observação da ENLCD, donde se realçam dois aspectos: – de um ponto de vista da suposta valorização social da reinserção, ela ocupa apenas 6 páginas face a um total de 180, o que pode indicar uma representação do «estado da arte ou do saber» naquele dado momento; — de um ponto de vista programático, apenas se encontravam previstos ou contemplados, enquanto programas de acção, o Programa Vida Emprego e mais algumas propostas não muito concretas.

A partir destes dois eixos de análise, os participantes manifestaram um conjunto de questões que manifestam, elas próprias, lacunas, necessidades de intervenção ou pontos de reflexão. Assim, de forma breve, as reflexões ou questões levantadas foram:

1 — *A nível geral:*

[4] As animadoras deixaram, como contributo para a futura Estratégia Nacional, os seguintes documentos / propostas:
— *Declaração comum sobre utilização de drogas e reintegração social* elaborado por especialistas numa Universidade de Verão na Escócia (*Declaração de Glasgow* – «documento programático»);
— Contributos para a criação de um *sistema de indicadores para a reinserção* pelo Núcleo de Reinserção do IDT.

— Programa Vida Emprego – apesar de estar a decorrer, por que não se maximizou ou potenciou este programa ao nível do aproveitamento do seu sistema conceptual?, do seu saber em construir diagnósticos de necessidades?, da sua capacidade em congregar respostas locais e noutras áreas? E ainda, qual a responsabilidade do IDT na despromoção / desmobilização social do presente Programa?

— A toxicodependência não é um fenómeno uniforme. Então, como lidar com diferentes populações ou toxicodependentes, com as suas características e as suas necessidades diferenciadas?

— Como encontrar uma lógica e como trabalhá-la entre perfis de consumidores e perfis sociais?

— Como reconhecer e como interpretar que o trabalho de reinserção é essencialmente de articulação entre técnicos, entidades, medidas e programas?

— Como construir a formulação de uma epidemiologia social, ou seja, um sistema de indicadores relativos à reinserção no sistema de avaliação do IDT?

— Que conceptualização e que metodologias de intervenção em reinserção?

— Que avaliação em reinserção?

— Como evoluir para a construção de um sistema de 'boas práticas' em reinserção e promover a sua divulgação?

— Como estabelecer uma linha de orientação e de investimento que promova a estabilidade das respostas na intervenção em reinserção?

— Ao fim de 4 anos de ENLCD, que estruturas foram criadas e quais as que permanecem?

2 — *A nível interno do IDT*:

— Que metodologia conceptual construir para trabalhar nos diferentes contextos de intervenção e de trabalho?

— Que princípios de acção para intervenção em reinserção?

— (*contacto com o utente*)

– A reinserção deve começar no primeiro contacto com o utente;

– A importância da entrevista de acolhimento em reinserção;

– A importância do *empowerment* na estratégia de reinserção;

— (*metodologia de intervenção*)

– Privilegiar o carácter experimental de iniciativas e projectos;

– Potenciar as plataformas de trabalho entre os técnicos dos CAT's e outros técnicos;

– Evoluir para a caracterização dos perfis profissionais necessários para se trabalhar em reinserção e respectivas necessidades de formação;

– Estabelecer os parâmetros necessários para o trabalho em equipa em reinserção.

WORKSHOP D

«Avaliação das estratégias e instrumentos de redução de riscos»

Foram revistos os objectivos n.os 10 a 17 do Plano de Acção, tendo em vista a avaliação do trabalho realizado nos últimos quatro anos. São de salientar várias questões.

— Têm sido valorizadas as respostas na área da MINIMIZAÇÃO DE DANOS, e menos focadas as da área da REDUÇÃO DE RISCOS (necessário maior equilíbrio e articulação).

— exemplos: falta de INFORMAÇÃO nos meios recreativos nocturnos;

inexistência de PONTOS DE CONTACTO E INFORMAÇÃO, apesar de haver regulamentação; insuficiente abrangência do PROGRAMA DE TROCA DE SERINGAS.

— Necessidade de regulamentação para a maior parte das ESTRUTURAS SÓCIO-SANITÁRIAS, nomeadamente: GABINETES DE APOIO A TOXICODEPENDENTES sem enquadramento sócio-familiar, CENTROS DE ACOLHIMENTO, CENTROS DE ABRIGO.

— Alteração das portarias referentes à CERTIFICAÇÃO E FINANCIAMENTO DAS EQUIPAS DE RUA, para evitar que se prejudique a continuidade dos projectos.

— FORMAÇÃO aprofundada nesta área para os técnicos que executam os projectos no terreno, que desempenham um papel fundamental na articulação entre a 'rua' e as estruturas de tratamento.

— Necessidade de fomentar parcerias com outros serviços públicos (SNS) ou entidades privadas. Para, por exemplo, dar resposta à taxa elevada de infecções HIV, Hepatites B e C e Tuberculose, e aos consumidores com idade avançada.

— Alargamento dos PROGRAMAS DE SUBSTITUIÇÃO DE METADONA (alto e baixo limiar), nomeadamente através da criação de ESPAÇOS MÓVEIS.

— Criação de respostas apropriadas aos 'novos' consumos.

— Criação de PROGRAMAS DE REDUÇÃO DE RISCOS acessíveis aos RECLUSOS TOXICODEPENDENTES (as actuais respostas são muito insuficientes).

[CONCLUSÕES:]

— Considerou-se que os objectivos delineados no Plano de Acção Horizonte 2004 não estão concretizados.

— deve combater-se a ideia de que a REDUÇÃO DE RISCOS e MINIMIZAÇÃO DE DANOS 'favorece' os consumos e considerar esta intervenção como essencial para que um número significativo de consumidores possa responder aos tratamentos.

WORKSHOP E

«Avaliação das estratégias e instrumentos de dados, informação, comunicação, formação e investigação»

ANIMADORES: José António Santos Silva; Pedro Catita.

RELATOR: Rui Correia

1 – PREOCUPAÇÕES INICIAIS DE CADA UM DOS PRESENTES.

2 – CLARIFICAÇÃO DE DEFINIÇÕES.

3 – ANÁLISE DA SITUAÇÃO: 1999 *VERSUS* 2004.

4 – QUESTÕES QUE SE LEVANTAM: O QUÊ?, PARA QUÊ?, PARA QUEM?

5 – PERSPECTIVAS PARA O FUTURO.

1 – PREOCUPAÇÕES INICIAIS.

A grande maioria dos presentes demonstrou preocupações relacionadas com a avaliação. Surgiram questões que evidenciaram:

— um défice de apresentação de dados provenientes da clínica;

— dificuldades de avaliação de dados clínicos a partir da base de dados (SIU – não responde às necessidades dos técnicos do tratamento nem às do OEDT);

— a necessidade de proceder a avaliações dos programas de tratamento bem como da ligação entre o consumo de drogas e a comorbilidade psiquiátrica (devendo implementar-se uma cultura de avaliação das estratégias e dos instrumentos);

— a falta de retorno da informação enviada aos serviços centrais e às delegações regionais;

— a preocupação com a formação dos técnicos do IDT e a sua articulação com os interventores que estão no terreno;

— deficiente utilização dos dados de que o IDT já dispõe, bem como a necessidade de reformulação dos instrumentos de recolha de dados de forma a harmonizar a investigação nacional e internacional;

— falta de comunicação entre os CAT's e as comunidades terapêuticas, bem como a existência de diferentes critérios de tratamento (diferentes metodologias, objectivos e conceitos).

2 – CLARIFICAÇÃO DE DEFINIÇÕES.

DADOS – elementos significativos que podem ser transformados em informação.

INFORMAÇÃO – resulta da transformação e processamento de um conjunto de dados.

COMUNICAÇÃO – acto ou procedimento de troca / partilha de informação.

FORMAÇÃO – acto / processo de dar ou adquirir forma; conjunto de conhecimentos adquiridos ou exigidos para exercer determinada actividade.

INVESTIGAÇÃO – pesquisa detalhada e sistemática.

3 – ANÁLISE DA SITUAÇÃO: 1999 *VERSUS* 2004.

DADOS, INFORMAÇÃO e COMUNICAÇÃO *[1999]:*

– relatório de actividades do SPTT sem dados sobre os utentes;

– infra-estruturas rudimentares (redes, computadores e software);

– deficiente cultura de registo de dados;

– prevenção, redução de danos e reinserção sem dados;

– Algarve e Centro sem sistema de informação;

– Norte com aplicação centrada na actividade.

DADOS, INFORMAÇÃO e COMUNICAÇÃO *[2004]:*

– recolha de dados generalizada no País (em especial ao nível da prevenção primária);

– relatório de actividades do IDT debruça-se sobre pessoas;

– relatórios da toxicodependência mais consolidados;

– evolução significativa ao nível das infra-estruturas;

– claro incremento de uma cultura de registo de dados;

– a avaliação da Estratégia tem implicado o recurso a dados, informação e comunicação.

FORMAÇÃO e INVESTIGAÇÃO *[1999]:*

– inexistência de um plano nacional de formação;

– formação permanente em prevenção das toxicodependências (SPTT);

– iniciativas das várias Direcções Regionais do SPTT / CAT;

– inexistência de um 'corpo' de investigação a nível nacional;

– revista *Toxicodependências* desde 1995;

– iniciativas de vários CAT's / técnicos.

FORMAÇÃO e INVESTIGAÇÃO *[2004]:*

– Gabinete de Formação do IDT procura harmonizar práticas e conhecimento das necessidades e recursos entre as diversas Delegações Regionais;

– grande incremento de iniciativas de investigação no ex-SPTT e ex-IPDT, com continuidade: estudos em meio escolar; filhos de toxicodependentes, grávidas, estudos de prevalência, etc.;

– consolidação de um corpo de investigação;

– continuidade na edição da revista *Toxicodependências*;

RESUMO DA SITUAÇÃO em 1999 e em 2004

DADOS

[1999] – o défice de dados condiciona a qualidade da informação e da comunicação; não operacionalizados (com algumas excepções).

[2004] – muitos e diversos, embora se continue a verificar a necessidade da sua operacionalização, que condiciona a comparabilidade e a eficácia da comunicação.

INFORMAÇÃO

[1999] – pobre, dispersa.

[2004] – razoável, já com alguma articulação mas ainda não estruturada com coerência.

COMUNICAÇÃO

[1999] – limitada, 'arcaica'.

[2004] – evoluiu, mas com assimetrias e sem grande expressão entre os técnicos.

FORMAÇÃO

[1999] – descoordenada, insuficiente.

[2004] – início de articulação, mas ainda sem a identificação das necessidades formativas do serviço.

INVESTIGAÇÃO

[1999] – reduzida, sem âmbito nacional.

[2004] – razoável, mas não disseminada a todos os níveis e sem responder a algumas questões.

MEIOS (HUMANOS E FÍSICOS)

[1999] – grande carência de meios.

[2004] – alguma carência de meios.

Em todas as áreas se deve dar atenção:

(1) PREVENÇÃO, (2) TRATAMENTO, REINSERÇÃO e REDUÇÃO DE DANOS, (3) GESTÃO.

DADOS

Operacionalização? Instrumentos de recolha? Estratégia de implementação?

INFORMAÇÃO

De que informação precisa para avaliar e fazer evoluir a nossa actividade?

Que relatórios gostaríamos que um sistema de informação emitisse?

Que estrutura organizacional que dê suporte às novas necessidades?

COMUNICAÇÃO

Entre que espaços e entre que profissionais?

Com que frequência?

Que meios serão mais adequados?

FORMAÇÃO

Que formato?

Mais prática? / Mais teórica?

Que modelo organizacional e que coordenação regional / nacional?

INVESTIGAÇÃO

Dar resposta aos técnicos no 'terreno'?, aos serviços regionais / nacionais / internacionais?

Que articulação / suporte às iniciativas das unidades especializadas?

Que modelo organizacional e que coordenação regional / nacional?

5 – PERSPECTIVAS PARA O FUTURO.

— Implementar uma formação estruturada (sujeita a avaliação) por oposição a um formato avulso:

– formação pré-graduada: ao nível dos curricula académicos;

– formação pós-graduada: ciclos de estudos especiais / formação de peritos;

– organizar a formação contínua;

– implementar formação de mediadores: défice na intervenção comunitária.

— Implementar uma cultura de recolha de dados (prévia sensibilização dos profissionais à semelhança do que sucede na prevenção) bem como agilizar procedimentos de harmonização de recursos e aproveitamento da informação existente;

— alterar o material de que dispõem os serviços, dado que este é relativamente obsoleto: por vezes faltam pequenas coisas para obter e partilhar informação.

WORKSHOP F

«Avaliação das estratégias e instrumentos de cooperação nacional / internacional, instrumentos de organização e desenho institucional»

ANIMADORES: António Camacho; António Marciano.

RELATOR: Ana Sofia Santos.

A *relatora* fez um breve enquadramento da actuação internacional do IDT, tendo referido que pelo facto da toxicodependência ser um fenómeno complexo e multifacetado, não é passível de uma abordagem estritamente nacional. Assim, atendendo à sua dimensão mundial, as relações internacionais nesta matéria assumem uma importância particular.

Referiu as grandes linhas estratégicas que orientam a actuação do IDT ao nível internacional com vista à prossecução dos seguintes objectivos.

1. Assegurar a representação de Portugal nas instâncias internacionais com responsabilidades em matéria de luta contra a droga e a toxicodependência, designadamente ao nível da União Europeia, do OEDT, das Nações Unidas e do Conselho da Europa.

2. Promover a coordenação da intervenção portuguesa ao nível internacional:

2.1. Coordenação interna, no âmbito do IDT, entre serviços centrais, regionais (Delegações Regionais), locais (Unidades Especializadas: CAT, UD, CT e UP) e CDT's;

2.2. Coordenação com outros ministérios e serviços com intervenção em matéria de luta contra a droga e a toxicodependência.

3. Desenvolver actividades de cooperação com outros países:

3.1. Cooperação com organizações e instituições congéneres, promovendo o intercâmbio de experiências técnico-profissionais e científicas.

António Marciano referiu um INSTRUMENTO DE COOPERAÇÃO NACIONAL que tem sido desenvolvido por aquela Delegação Regional, através dos protocolos de cooperação existentes e que promove uma coordenação e articulação com todos os Serviços Prestadores de Cuidados de Saúde do SNS (Hospitais e Centros de Saúde – ARS / SRS), no que respeita à cedência de recursos humanos, instalações e diverso material de consumo clínico, por forma a facilitar o acesso dos doentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade.

Em termos de cooperação internacional o Delegado Regional referiu os projectos desenvolvidos com:

EXTREMADURA: Apoio inter-institucional no tratamento de toxicodependentes (conseguiu-se transferir a quase totalidade de doentes das unidades de tratamento estremenhas para as portuguesas). Participação em acções formativas comuns (conferências, seminários, encontros, etc.). Visitas recíprocas aos serviços prestadores de cada região transfronteiriça.

ANDALUCÍA: Participação da Delegação Regional do Alentejo do IDT, no projecto Interreg II (Drog@2), como parceiro privilegiado no âmbito da formação *on-line* de lideres juvenis e associativos de âmbito universitário, para intervenção inter-pares em conjunto com o Instituto Politécnico de Beja, Universidade do Algarve, Universidade de Huelva e Deputacions de Huelva.

António Camacho apresentou de forma resumida o projecto Rede de Artesão, que constitui um instrumento de cooperação nacional, já com alguns anos de implementação no Algarve. A principal característica do projecto é a intervenção combinada dos CAT's e do meio empresarial. Os parceiros são a Delegação Regional do Algarve do IDT, a Ambifaro, agência de desenvolvimento económico de Faro, e a Fundação António Silva Leal. O projecto conta com o apoio financeiro da Iniciativa Equal.

Relativamente à cooperação internacional, António Camacho referiu a Sapiens Network, que é uma parceria transnacional do projecto Rede de Artesãos, na qual participam Portugal, Grã-Bretanha, Alemanha, França, República Checa e Irlanda.

A Delegação Regional desenvolve ainda dois projectos de prevenção transnacionais, o CECAP e o CAMINHA, cujos parceiros são entidades espanholas da Andaluzia, ao abrigo do Programa de Iniciativa Comunitária INTERREG.

O Projecto CECAP é promovido pela Delegação Regional do Algarve do IDT e visa diminuir o insucesso escolar, através de um conjunto de actividades alternativas que vão de encontro às potencialidades de cada jovem. O que se pretende é que os jovens, que pelas suas características são considerados 'em risco', sejam incorporados nos centros de apoio existentes e outros a criar, de modo a que possam vir a ser adultos saudáveis e estruturados.

O «CAMINHA» é um projecto promovido pela Delegação Regional do Algarve do IDT, cujo parceiro é a ONG «Alternativas», com incidência nas zonas geográficas do Algarve e da Andaluzia. Este projecto visa dinamizar um conjunto de actividades nas áreas de enquadramento e prevenção, com vista a: fomentar o enquadramento sócio-laboral de pessoas com passado ligado à toxicodependência, através da criação de uma empresa de inserção; bem como prevenir comportamentos desviantes junto dos jovens de escolas do ensino secundário.

O debate em torno destes três temas permitiu as seguintes conclusões:

— *Desenho institucional e cooperação nacional*

Em virtude da cooperação interministerial ter ficado aquém dos objectivos fixados na Estratégia deve-se promover um maior envolvimento dos vários ministérios e serviços com intervenção nesta área, ou seja, deve-se promover a coordenação e cooperação interministeriais;

Devem-se fomentar as parcerias 'públicas – públicas' (por exemplo com o Sistema Nacional de Saúde e as autarquias) e 'públicas – privadas' (com associações de

desenvolvimento local e de carácter social), no sentido de promover uma actuação integrada e a consequente racionalização de recursos humanos e financeiros;

Investir numa perspectiva de proximidade, de forma a dar uma resposta mais eficaz aos destinatários, o que poderá implicar um reforço das competências regionais e locais;

Em termos prospectivos, referiu-se que, no futuro modelo institucional, se poderá equacionar a possibilidade de desenhar Planos Integrados e / ou Articulados (Prevenção, Tratamento, Redução de Danos e Reinserção), tendo em vista a eficiência e a eficácia.

— *Instrumentos de avaliação*

Foi sublinhada a importância de definir os instrumentos de avaliação desde o início do processo de concepção da futura Estratégia e garantir que acompanham todo o ciclo de implementação. Destacou-se a importância do PLANO DE ACÇÃO e RELATÓRIO DE ACTIVIDADES como instrumentos de avaliação.

— *Cooperação internacional*

Considerou-se que seria importante promover uma atitude empenhada nas diferentes instâncias internacionais que abordam a problemática da luta contra a droga e toxicodependência, designadamente através da divulgação de experiências nacionais inovadoras, sobretudo aquelas que possam constituir exemplos de 'boas práticas'. Esta atitude deverá enquadrar-se no espírito de intercâmbio de informação e experiências com outros países, bem como no intercâmbio e formação de técnicos.

WORKSHOP G

«Dados e ensinamentos dos casos *Porto Feliz*, *Plano Integrado Lisboa* e outros projectos específicos»

ANIMADORES: Álvaro Pereira, António Cardoso Ferreira, Clara Frexes, Ernesto Paulo (em substituição do Prof. Marques Teixeira)

RELATOR: Paula Vale de Andrade

Apresentação do Projecto «Porto Feliz» [Ernesto Paulo].

Nasce de uma iniciativa da Câmara Municipal do Porto em estreita articulação com a Fundação para o Desenvolvimento Social do Porto (entidade promotora) e tem como objectivos principais:

– devolver a cidadania aos actores sociais excluídos;

– aumentar a segurança dos cidadãos.

Com vista à prossecução dos objectivos propostos a intervenção organiza-se em torno das seguintes estruturas e recursos:

– trabalho de rua / equipa de mediação;

– unidade de intervenção sócio-sanitária;

– centro de investigação.

Apresentação do Plano Integrado de Lisboa [Clara Frexes].

O «Plano Integrado de Lisboa» faz parte do «Plano Municipal de prevenção e inclusão de toxicodependentes e sem-abrigo».

Este Plano prevê a definição e implementação de medidas abrangentes de redução de riscos e minimização de danos para toda a cidade e desenvolve-se em duas linhas de intervenção:

– intervenção de Rua por equipas pluridisciplinares, enquadradas em diferentes projectos dirigidos a problemáticas específicas, que se caracterizam essencialmente por uma abordagem directa e de proximidade;

– estruturas de acolhimento e de encaminhamento permanentes: concentram serviços especializados de diagnóstico e de encaminhamento para estruturas de tratamento (Gabinetes de Apoio, Unidades Móveis, Centro de Acolhimento e Centro de Abrigo);

Neste *workshop* foram apresentadas experiências de duas cidades, de dois projectos e de duas intervenções, que têm na sua génese motivações, necessidades e objectivos diferentes.

No entanto, há pontos comuns, nomeadamente:

– desenvolvem-se em centros urbanos com grande densidade populacional;

– demonstram a necessidade de respostas de proximidade integradas.

SÍNTESE DOS TRABALHOS:

Tendo sido assumida a importância e a mais valia de uma intervenção integrada, foram enumerados vários pressupostos fundamentais para a sua implementação:

– definição clara dos objectivos;

– formas de articulação entre estruturas;

– níveis de intervenção dos vários parceiros;

– avaliação, financeira e técnica, do processo e dos resultados.

Dados que demonstram a importância da intervenção de proximidade:

– cerca de 30% dos utentes abrangidos por estas estruturas vivem numa situação de exclusão social (sem-abrigo);

– cerca de 50% destes utentes (em Lisboa) nunca tiveram contacto com as estruturas convencionais de tratamento, quer da rede pública (CAT) quer da rede privada (CT).

Face ao exposto conclui-se que:

– é importante criar NOVAS RESPOSTAS DE PROXIMIDADE, nomeadamente fora dos grandes centros urbanos, com situações de grande exclusão social que, mais tarde, sem este apoio, carecerão de intervenções de emergência;

– o trabalho de proximidade implica que os técnicos aceitam o desafio de sair do gabinete para a rua, sabendo à partida que a intervenção a realizar junto de uma população deve ter em conta as necessidades reais e que para isso o projecto de vida a construir com estes utentes deve ser flexível e adaptada às reais possibilidades do indivíduo.

WORKSHOP H

«*Guidelines* terapêuticos, altas e indicadores clínicos»

ANIMADORES: Isabel Prado e Castro; Rodrigo Sousa Coutinho.

RELATOR: João Almeida

Os animadores do *workshop* propuseram uma metodologia de trabalho que, devido à falta de tempo, não foi possível seguir na totalidade (ver anexo [?]).

Houve um período aberto às intervenções de vários técnicos presentes e uma análise sumária de uma *guideline*, de origem estrangeira, referente às tomas domiciliárias de metadona.

Do debate, curto mas muito participado, retiraram-se algumas pistas:

1 – A necessidade da existência de *guidelines*.

2 – As *guidelines* servem de orientação aos técnicos, mas deve preservar-se o respeito pelos interesses dos doentes.

3 – As *guidelines* deverão ser elaboradas segundo critérios clínicos, éticos, de 'boas práticas' e evidência científica.

4 – As *guidelines* poderão ser elaboradas por técnicos do IDT, mas também por organizações e sociedades científicas ligadas ao terreno, e contar, eventualmente, com a colaboração dos utentes.

5 – Não deve haver confusão entre *guidelines* e POLÍTICAS DE SAÚDE.

6 – As *guidelines* permitem homogeneizar práticas e critérios, possibilitando a avaliação do trabalho dentro de uma unidade e em comparação com outras unidades. Não podem, no entanto, deixar de atender às realidades e necessidades locais e ao juízo clínico de um técnico em determinado contexto.

7 – Os projectos de elaboração de *guidelines* já existentes a nível central e regional deverão ser apoiados e os seus resultados desenvolvidos.

WORKSHOP I

«Factores protectores, grupos vulneráveis e escola»

ANIMADORES: Helena Dias

RELATOR: Maria Margarida T. Matos Beja

Helena Dias:

O trabalho na clínica permitiu observar a repetição de histórias problemáticas:

— insucesso/abandono escolar;

— alcoolismo precoce;

— alcoolismo ou doença mental nos progenitores;

— perda de um dos progenitores.

Perante estas histórias, começou-se a trabalhar mais em termos de prevenção. Depois houve uma resenha histórica sobre a prevenção primária realizada.

:

A VULNERABILIDADE e a PROTECÇÃO não são pólos extremos de uma mesma variável, mas antes um processo dinâmico, dependente das características individuais e das oportunidades dadas ao indivíduo.

A INTERVENÇÃO deverá ocorrer nos ‘grupos saudáveis’, fortalecendo um adequado desenvolvimento psicológico; e nos ‘grupos de risco’, amortecendo ou prevenindo consequências negativas.

—*três eixos da INTERVENÇÃO:*

— responder à necessidade de escuta; [?]

— melhorar as relações entre eles; [?]

— proporcionar a elaboração de projectos.

— *através de:*

— espaços de atendimento individual;

— avaliação (razões éticas e metodológicas);

— serviços gratuitos, confidenciais e acessíveis.

Na discussão abordaram-se as seguintes questões:

— a nível de PREVENÇÃO, temos que reflectir sobre o que já foi feito e não recomeçar do ‘nada’.

— as INTERVENÇÕES, actualmente, não estão integradas numa política global de saúde em articulação com o Ministério da Educação. São pontuais, fragmentadas, avulsas e reactivas.

— as ESCOLAS PROMOTORAS DE SAÚDE lamentam não ser ouvidas e terem perdido o apoio. No Horizonte 2004, previa-se a passagem de 20 a 100 escolas – afinal nem essas continuam e as que subsistem é à força de amadorismo e boa vontade.

— necessidade de intervenção nas FAMÍLIAS, nomeadamente nas pobres e sem condições.

— a grande lacuna da Estratégia Nacional é o aspecto do trabalho com a FAMÍLIA.

WORKSHOP J

«Planos e centros integrados, respostas locais e proactividade»

(O resultado dos trabalhos consistiu, por falta de tempo, em levantar questões e pistas de reflexão.)

Emília Leitão propôs que a reflexão se fizesse a dois níveis:

— macro: que relação queremos construir uns com os outros? que sociedade queremos?

— individual, i.e., centrado nos indivíduos e nos grupos de indivíduos.

Significado dos conceitos subjacentes aos temas do título do *workshop*:

INTEGRAR – tornar inteiro; incluir num todo; incorporar; complementar; fazer-se parte integrante de...; inserir; adaptar; insinuar.

PROACTIVO – que tende a criar ou a controlar uma situação, tomando a iniciativa e não apenas reagindo a ela.

participantes:

PLANOS E CENTROS INTEGRADOS

— Ao pressuposto da INTEGRAÇÃO propõe-se acrescentar o da COMPLEXIDADE, ou seja, pensar integradamente a complexidade da nossa área de intervenção.

— Olhar a realidade de forma abrangente e não parcelar, não bastando a visão de cada um dos grupos profissionais.

— Sugeriu-se a ideia de CENTROS DE DECISÃO INTEGRADOS.

— Ao invés de centrar a actividade em vertentes específicas da prevenção, apontar para a GLOBALIDADE DA PROMOÇÃO DA SAÚDE, decorrendo a necessidade de uma articulação forte entre o IDT, Centros de Saúde, IPSS, Autarquias, etc.

— Integrar não é sobrepor, no sentido de anular o outro (sentimento que pode estar a ser vivido neste processo).

— Quanto ao IDT, questionou-se – que necessidades, diagnosticadas localmente, podem encontrar respostas integradas, através dos planos e dos centros integrados?

— A complexidade deste fenómeno implica que a resposta não se deve situar apenas no plano individual, mas também no do TRABALHO EM REDE, de inserção de nível social, de forma a optimizar a abordagem aos problemas?

— Integração dos vários níveis de intervenção – o TRATAMENTO e a PREVENÇÃO. Ao separar-se a prevenção do tratamento afastam-se as duas dimensões do fenómeno.

— Uma linha de integração apresentada referiu que os técnicos do tratamento têm contributos importantes, mas que importa também ter uma visão a nível da intervenção na COMUNIDADE, mais abrangente, e não só a nível do INDIVIDUAL.

— Como integrar, no trabalho em toxicodependência, o PÚBLICO e o PRIVADO? Para compensar a excessiva dependência da comunidade face ao Estado. é desejável seguir uma lógica de COMPLEMENTARIDADE entre 'público' e 'privado': papel das ONG's, IPSS.

— Comprometer vários níveis e sectores, considerando (e repensando) o que já existe, por exemplo: Conselhos Locais de Acção Social, Conselhos Municipais de Educação, Planos Municipais de Prevenção.

[Referiu-se o PIPT de Vila Franca de Xira, no qual há intervenção na prevenção e no tratamento, com vantagens na rentabilização de recursos e apoios 'inter-técnicos', nomeadamente, em reuniões conjuntas.]

[Referiu-se o PMP da Amadora, como um exemplo de que há planos no terreno com aspectos positivos, que deviam ser mais avaliados, que resultaram de diagnósticos realizados por planos de saúde, que identificaram problemáticas.]

— A limitação de recursos humanos nas UP's 'forçou' a um trabalho articulado e de estabelecimento de parcerias com outras estruturas da comunidade. As UP's, em muitos casos, terão contribuído para incentivar entidades (em especial autarquias) menos mobilizadas para este tipo de intervenção. Este facto realça a importância da proactividade, i.e., tomar a iniciativa de buscar a cooperação com outros organismos e estruturas locais.

— Deve-se apostar prioritariamente na integração com a saúde mental e com os cuidados de saúde primários?

— É fundamental considerar a paridade das várias valências da intervenção: PREVENÇÃO, TRATAMENTO, REINSERÇÃO e REDUÇÃO DE RISCOS.

WORKSHOP L

«Álcool e novos padrões de consumo»

ANIMADORES: António Felisberto;

Medeiros Paiva.

Medeiros Paiva:

1 – alteração dos padrões de consumo de álcool nos países latinos produtores de vinho;

1.1. – do vinho à cerveja e aos *shots*;

1.2. – do consumo continuado, ligado à cultura (desde a infância, identificado como alimento, medicamento, etc., com instalação de sintomas de alcoolismo crónico), para os consumos abruptos ('pedrada', com alteração rápida e propositada da consciência, frequentes ao fim-de-semana, nos jovens entre 10 e os 20 anos).

2 – incentivo ao consumo de álcool através de propaganda atractiva;

2.1. – sites na Internet com descrições e explicações pormenorizados sobre bebidas alcoólica e o seu consumo (nomes sugestivos, ligados a atractivos sexuais, comentários dos utilizadores…)

3 – evolução das classificações de alcoolismo.

questões:

— Que significado tem este novo modo de consumir álcool?

— Quantos e quais destes jovens consumidores vão desenvolver alcoolismo crónico?

— Quais os efeitos agudos, neurológicos, destes consumos abruptos?

— Quem está mais vulnerável e quem está mais protegido?

— Que legislação deve ser aplicada relativamente à venda de bebidas alcoólicas a jovens e como fiscalizar?

— Que instituições ou estabelecimentos têm condições adequadas para intervenção preventiva e curativa dirigida aos jovens consumidores de álcool?

opiniões:

— uma moda, uma forma de rejeitar a tradição e os pais.

— uma afirmação de independência, de identidade de risco.

— consumo ilícito de uma substância lícita: a ‘pedrada’, a fuga à realidade.

prevenção:

— ‘ensinar a beber’, uma pedagogia do beber.

— punir a venda ilícita de bebidas alcoólicas a jovens.

— aumentar o preço das bebidas alcoólicas.

— promover hábitos de vida saudáveis.

— conceber *marketing* atractivo nas campanhas preventivas.

— cuidados com as famílias disfuncionais.

Quem se compromete com o cuidado aos jovens em risco ou já adoecidos pelo consumo de álcool?

— CAT's em colaboração com os serviços de saúde mental em consulta específica?

— CRA's em colaboração com os Centros de Saúde e os Serviços de Saúde Mental, em consulta específica?

— as várias instituições em colaboração (CAT's, CRA's e Serviços de Saúde Mental) em consulta específica nos Centros de Saúde ou outros locais não estigmatizados para a doença aditiva?